

In der Beschränkung zeigt sich erst der Meister (Goethe)

Theorieën, modellen en methoden

Prof. Dr. W.K. (Kuno) van Dijk begint de rede, uitgesproken ter gelegenheid van zijn 25-jarig ambtsjubileum (later afgedrukt in 'Aspecten van de psychiatrie' onder redactie van Mooij en Procee, onder de titel 'Eenheid en eigenheid van de psychiatrie') met de constatering:

"Eén van de opvallende trekken van de huidige psychiatrie is de sterke differentiatie in denkrichtingen, theorieën, modellen en praktische methodieken. Soms doet deze differentiatie zich voor als een divergentie, een wirwar van ideeën en opvattingen, die elkaar onderling negeren of ook bestrijden" (Van Dijk, 1980).

Hij schijnt het gevaar van eenzijdigheid - omschreven als "het zich opsluiten in eigen kringetje, dogmatisme, fanatisme, het verwaarlozen van nuttige kennis die in een naburig veld werd verworven" - groter en bedenkelijker te vinden dan dat waar P.C. Kuiper (1965) vele jaren geleden tegen van leer trok in zijn 'Controversen', namelijk de neiging tot (onorthodoxe) rekkelijkheid en het al even verderflijke eclecticisme. Maar waar beiden zich zorgen over maken is een psychiatrie die "van alles en nog wat" kan zijn en daardoor alle kanten uit kan, maar wetenschappelijk op dood spoor zit en blijft zitten. Tracht van Dijk door zorgvuldige en laagsgewijze ontleding van de unitas multiplex mens aan de warboel te ontkomen, Kuiper gelooft in 1965 nog dat men met een doordachte dialectiek het onverzoenlijke kan verzoenen. Maar in beide gevallen wordt geopteerd voor een psychiatrie waarin volop ruimte is voor de psychoanalyse en de vraag is of ze daaraan goed hebben gedaan; want je kunt nu eenmaal niet het medisch model, respectievelijk het ziek-gezond-concept uitroepen tot waarmerk van de psychiatrie, en tegelijkertijd een dominerend denkmodel aanvaarden dat daar in wezen strijdig mee is.

Een veel verstrekkender gevolg van de innige omarming tussen psychiatrie en psychoanalyse is dat daarmee als vanzelf-sprekend psychopathieën, neurosen en vervolgens zelfs psychosociale problemen als leden werden opgenomen in het omvangrijke gezin waar vader-psychiatrie de baas leek te zijn maar waar moeder--psychoanalyse de dienst uitmaakte. Alsof het geen enkel betoog behoeft, nu niet en nooit niet; de discussie hierover is a.h.w. bij voorbaat gesloten, omdat de echtverbintenis-als-zodanig niet ter discussie kan worden gesteld. (*1)

In 1975 gooide de beroemde Engelse psycholoog H.J. Eysenck (1975) de knuppel in het hoenderhok door eerst twee psychiatrieën van elkaar te onderscheiden (die van de psychosen en die van de varianten van de menselijke verschijningsvorm: de neurosen en de psycho- en socio-pathieën), om vervolgens op een echtscheiding aan te dringen. Psychiaters zouden dan voortaan alle aandacht kunnen besteden aan de psychosen, de rest zou rustig aan klinische psychologen kunnen worden over-gelaten, die immers met de gedragstherapie een zeer eenvoudig, effectief en efficiënt, middel in handen hadden. Voor zover na te gaan heeft de psychiatrie zich niet verwaardigd hier tegen in te gaan, en ook zo'n acht jaar geleden kon dit toch nauwelijks nog uit enkele zelfverzekerdheid worden verklaard.

Ruim tien jaar eerder had Szasz ziekte al tot lichamelijke stoornis beperkt en vervolgens geestesziekte tot mythe verheven, als in feite niet bestaand maar om duistere redenen wel gehanteerd. Daarmee kwam hij tot een even radicale maar tegengestelde conclusie: de organische ziektebeelden zouden moeten worden overgelaten aan neurologen, en voor psychiaters zou het grote restant aan 'levensproblemen' overblijven (én het onbesmette blazoen van D=Defence-behandelaar, geheel ter beschikking van de hulpvrager, naar het lichtend voorbeeld van de contractuele psychoanalyse; en tegen de donkere achtergrond van de P=Prosecution-psychiaters, die dan voorlopig maar de institutionele psychiatrie zouden moeten blijven uitvoeren, doch nu niet langer als wolf in schaapskleren, maar onverhuld als 'tegenpartij' van de patiënt, in dienst van overheid en samenleving).

Behalve door anti-psychiaters en sympathisanten werd Szasz zelden serieus genomen, laat staan grondig bestudeerd, tot Pols op zijn werk promoveerde. In een zorgvuldig en overtuigend betoog komt deze in 'Mythe en Macht' (Pols, 1984) tot een aanvaarding van het door hem als biomedisch betitelde ziekteconcept, daarmee de essentiële stelling van Szasz dat psychiatrische stoornissen alleen maar levensproblemen zouden zijn, als een onhoudbare simplificatie van de hand wijzend. Veel verder gaat hij echter met Szasz mee waar het gaat om de afwijzing van het medisch model. (*2) Voor de psychiatrie acht Pols het biomedische ziekteconcept, waarin het medisch model volgens hem zijn enige rechtvaardiging vindt en waarbij vooral het oorzaak-gevolg denken past, duidelijk van veel minder betekenis dan het bio-psycho-sociale ziekteconcept. Dit moet het veel meer hebben van zin- gevende verklaringswijzen, waarvoor de psychoanalyse toonaangevend kan worden geacht. Binnen het medisch model wordt door wetten van oorzaak en gevolg paal en perk gesteld aan de menselijke vrijheid en verantwoording. (*3) Binnen het bio-psycho-sociale concept zijn vrijheid en verantwoordelijkheid juist de trefwoorden en moet inperking daarvan als een paradoxale reactie worden beschouwd en als zodanig niet aan te bevelen. Je kunt een patiënt niet z'n vrijheid hergeven door hem de vrijheid eerst te ontnemen, en hem niet leren

leven met zijn verantwoordelijkheid door deze eerst van hem af te nemen. Overigens vindt Pols het niet minder paradoxaal dat in een psychotherapie vrijheid en verantwoordelijkheid vaak worden voorondersteld, terwijl deze juist door de therapie nog herwonnen moeten worden. De psychiater dient zich te manifesteren als de volstrekt te vertrouwen behandelaar, die enkel en alleen het belang van de betrokken patiënt op het oog heeft en dient. Die niet de schuldvraag opwerpt, maar wel de verantwoordelijkheid zoveel mogelijk bij de betrokkene laat; en die zich niet leent voor de sociale rol van arbiter, die de gemeenschap meer en meer van hem vraagt. En hij mag volstrekt niet medeplichtig zijn aan dwangopname en dwangbehandeling, omdat dit geheel onverenigbaar is met zijn ideële positie binnen het bio-psycho-sociale model. Tot zover Pols, hiermee onvoldoende recht gedaan, maar vooral opgevoerd als iemand die op twee gedachten blijft hinken. Die veel goede woorden over heeft voor het ziekteconcept in de formele vorm van de trias: lijden, disfunctie en abnormaliteit, en zelfs voor het aloude medische model, maar die uiteindelijk toch de voorkeur geeft aan het minst medische aangezicht van de Januskop van de psychiatrie, en wel het zingevende respectievelijk psychoanalytische aangezicht.

Als bijkomend maar niet onbelangrijk bezwaar van het blijven koesteren van de psychoanalyse geldt dat hiermee de deur wijd open werd gezet voor vele andere aantrekkelijke geestverwanten. Toen de psychiatrie alleen nog vreemd ging met de psychodynamische therapievormen, leek dit heel goed te passen en als zodanig wel 'gepast' te zijn. Maar nu lijkt ze soms een veile vrouw, die zich afgeeft met wie maar meer mans lijkt te zijn op het punt van helpen. Dat je zo 'steeds verder van huis raakt' heeft de praktijk van de psychiatrie laten zien. Ging het met de leertheoretische gedragstherapie nog betrekkelijk redelijk en met de Rogeriaanse benadering nog tamelijk vriendelijk en verantwoord toe, vooral laatstgenoemde baande de 'derde weg' van de humanistische psychologie en de experiëntiële psychotherapie, waarvan de psychiatrie niet beter is geworden, ook al zijn er zo nu en dan wellicht enige psychiatrische patiënten beter van geworden.

De mythe van de zelfontplooiing, om met Duyker (1979) te spreken, staat als geloof hoog genoteerd. Werd het er eerst al niet gezelliger op in de psychiatrie omdat er zo nodig behandeld moest worden, naast het begeleid en opvangen en desnoods even opgeborgen worden, nu waant men zich soms in een vormingscentrum, want er tussendoor moet ook nog 'gevormd' worden. Om maar te zwijgen van Gestalt- of Encounter-achtige zittingen waarin niet alleen de 'primal scream' ten hemel schreit, en van de psycho- en sociotherapeutische gemeenschappen waar zelfs non-psychose-contracten worden gehanteerd en alles geoorloofd lijkt als het maar 'strookt' (om in TA-termen te spreken) met de rol van de rustige en aanvaardende volwassene en 'gek doen' zo weinig wordt gewaardeerd dat het al gauw verbleekt. Wat dan weer als argument wordt gehanteerd, want "als het maar helpt" staat in de psychiatrische praktijk, waar doeners domineren boven denkers, hoog genoteerd.

Holisme versus reductionisme

Wat eveneens als bedreigend voor het wetenschappelijke bedrijf moet worden beschouwd is het zogenaamde 'holisme'. "Heel de mens" is ten enenmale ontoegankelijk voor wetenschappelijk onderzoek. Veel te ingewikkeld, veel te genuanceerd en ook veel te uniek om daarvan het 'object' te kunnen zijn. Met die menselijke totaliteit hebben we echter niet van doen als eenvoudige wetenschappelijke hulpverleners, ook al lijkt het er in een intensieve psychoanalyse soms sterk op. Vandaar misschien dat vanuit deze denkrichting toch vaak de suggestie wordt gewekt van het 'wezen' van de mens op het oog te hebben. De medische benadering is wat dit betreft veel bescheidener, want hierbij gaat het 'slechts' om het aspect van ziekte en gezondheid, in de deelbetekenis die Kendell (1975) eraan geeft: "Er zijn drie soorten aspecten aan elk mens te onderscheiden:

1. die hij gemeen heeft met de gehele mensheid;
2. die hij gemeen heeft met sommige anderen en
3. die uniek voor hem zijn."

De waarde van een classificatie hangt af van de omvang van de tweede categorie in verhouding tot de beide andere. Naarmate de eerste categorie groter is neemt de behoefte aan classificatie af, en naarmate de derde categorie groter is neemt de waarde van een classificatie af. (Strauss zei dit laatste vroeger al in iets andere woorden: "Hoe beter je iemand hebt leren kennen, hoe moeilijker de diagnose is te stellen")

Waarom zou eigenlijk vooral de psychiater het zo moeilijk hebben met zich te houden aan zo'n gereduceerd mensbeeld? Zou dat nu echt zijn omdat hij zo diep doordringt in de geheimen van de menselijke ziel van elk zijner patiënten, dat hij steeds weer moet constateren dat waar het op aan komt net niet zichtbaar wordt onder die wetenschappelijke loop? Of zou zijn wetenschappelijk geweten toch te zwak ontwikkeld zijn, waardoor dit steeds weer wordt overstemd door de influistering dat een mens in wezen niet te vatten is, zodat je de moeite van vakkundig diagnosticeren en deskundig classificeren beter achterwege kunt laten? Om vervolgens de schijn op te houden door schielijk lippendienst te bewijzen aan de alzijdigheid, bijvoorbeeld in het modern-modieuze gewaad van de systeemtheorie, of aan de valse bescheidenheid van het eclecticisme. In plaats van gewoon ruiterlijk toe te geven dat men slechts een bepaald vak beheerst en dús beperkt is in zijn mogelijkheden. Dat men doelbewust eenzijdig is en moet zijn: een psychiater en geen mensenkenner.

In het begin van de jaren vijftig hield de vermaarde Utrechtse hoogleraar H.C. Rümke een rede onder de titel: 'Een bloeiende psychiatrie in gevaar' (zie Van Praag, 1983), waarin hij waarschuwde voor vijf verleidingen die ook vandaag nog, misschien zelfs meer dan ooit, de psychiatrie bedreigen:

- de verzoeking om de eis van wetenschappelijke objectiviteit te laten vallen;
- de verzoeking om uitsluitend aandacht te geven aan inhouden van psychisch beleven in plaats van aan de formele aspecten;
- de verzoeking om meer waarde toe te kennen aan de 'dieptepsychologie' dan aan de meer formele, instrumentele psychologie;
- de verzoeking om alles te willen begrijpen en voor mensenkenner door te gaan;
- de verzoeking om de weg te willen wijzen naar een betere samenleving. (*4)

Waar Rümke altijd op gehamerd heeft is dat vormaspect van de psychiatrie. Ziekten, stoornissen, afwijkingen moeten herkenbaar zijn aan hun vorm. Om hiervoor door te mogen gaan moeten omschreven en overeengekomen symptomen respectievelijk syndromen aantoonbaar zijn. Pas als iets deze, binnen het medisch model afgesproken, vorm heeft aangenomen, mag er gesproken worden van een psychiatrische aandoening.

In het al klassiek geworden rijtje eigenschappen van ziekte zoals door van Dijk geformuleerd, is de laatste dan ook niet de geringste:

- onmacht (beperking van vrijheid resp. autonomie);
- functionele insufficiëntie;
- desorganisatie (tot desintegratie);
- des-adaptatie;
- belemmering van de (zelf-)ontplooiing;
- een bepaald proces met een begin, verloop en einde (m.a.w.: een bepaalde vorm!)

Maar opnieuw kan men zich afvragen of bijvoorbeeld een begrip als dat van persoonlijkheidsstoornis of karakterneurose hieraan voldoet. Het laatste komt dan ook niet meer voor in de gangbare classificatiesystemen, maar des te vaker in het arsenaal van de doorsnee-diagnosticus. Al wordt het de laatste tijd wat verdrongen door nog dieper gaande begrippen ontleend aan het psycho-analytisch model, zoals pre-oedipaal gestoord of gestoord in de symbiotische of individuatie/separatie-fase. (*5)

De vraag rijst of door het terugdringen van de invloed van de psychoanalytische, als niet-medische en toch eigenlijk ook niet-wetenschappelijke, denkwijze de psychiatrie niet terug zal vallen op een slechts bio-medisch of nog erger: fysico-chemisch ziekteconcept; anders gezegd: of dan de biologische psychiatrie niet oppermachtig zal worden, en of het wiel van de sociale en preventieve psychiatrie dan later niet nogmaals uitgevonden zal moeten worden. Dit gevaar lijkt echter toch niet zó groot, in een tijd dat ook de rest van de geneeskunde op weg lijkt naar een nieuw paradigma, meer in systeemtheoretische richting.

Wie de ontwikkelingen op de voet volgt, krijgt weer moed. Als nooit tevoren gaat de belangstelling uit naar psychiatrische classificatie, vooral naar de DSM. Ook voor wetenschappelijk onderzoek schijnt het tij weer wat gunstiger, niet alleen binnen het territorium van de biologische psychiatrie. Het is zeker niet toevallig dat twee toonaangevende boeken op het punt van 'denken over het vak' (Clare, 1980; Wing, 1978) beide voornamelijk gaan over schizofrenie, als de belangrijkste psychose en als zodanig nog steeds dé uitdaging voor de psychiatrie. (*6)

Misschien is de psychiatrie door het diepste dal heen en weer op weg de eigen, maar wel medische, identiteit te herwinnen. Eenvoudig en eenvormig zal de psychiatrie, wier object de unitas multiplex mens blijft, nooit worden. Dit zou trouwens ook niet passen in het moderne paradigma van het multi-dimensionele systeemdenken. Maar het zou al mooi (genoeg) zijn als ze weer zodanig zichzelf werd dat ze zich ook aan een ander kan meedelen en overdragen, zodat je weet wat je aan haar hebt, waar je met haar aan toe bent - en wat je van een klinisch vak als psychiatrie kan en mag verwachten - want dat is en blijft het probate middel tegen de verblinding van de 'double blind' én de dubbele bindingen...

Dienaar of dokter

De drie 'verschijningsvormen' van het medisch model zijn:

- het preventieve volksgezondheidsmodel, zich vnl. afspelend in de 'public health' of openbare gezondheidszorg-sector,
- het medische researchmodel, hetzij in de vorm van klinisch of laboratorium-onderzoek, hetzij als epidemiologisch onderzoek,
- het curatieve geneeskundige model, ook wel klinisch model genoemd, al vindt dat behandelen in de solide arts-patiënt-relatie natuurlijk evengoed poliklinisch (en extramuraal) plaats. (*7)

Over de noblesse (die verplicht!) van het nobele ambacht van de 'echte' = klinische psychiatrie hoeft niet zoveel (meer) te worden gezegd, want zeker in de psychiatrie staat dat behandelen, hoe weinig effectief ook, hoog

aangeschreven (helaas nogal wat hoger dan het grondige onderzoek dat aan dit behandelen vooraf zou moeten gaan...). Alleen nog dit, dat het aloude artsen-adagium: "Soms genezen, vaak helpen maar altijd troosten", bij uitstek geldt (zou moeten gelden) voor de psychiatrie, zwak als deze is in het echte genezen; en dat ze hierin (nog) zo weinig voorstelt, heeft weer veel, zo niet alles, te maken met de te geringe aandacht die wordt besteed aan wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaken, en de daarop gebaseerde (primaire) preventie van ziekten, stoornissen en gebreken.

Dat grensverleggend bezig zijn, dat onvermoeibare zoeken naar 'de waarheid', dat steeds meer willen weten en nooit tevreden zijn met alles wat je al weet, wordt vooral verwacht en verlangd van het wetenschappelijk onderzoek, die volgende, veelal nogal verscholen, verschijningsvorm van de geneeskunde.

En tenslotte is er dan nog die public health-kant van de geneeskunde, de niet curatieve maar meer preventieve gezondheidszorg, zeker ook in het geval van de psychiatrie, de geestelijke gezondheidszorg, een zeer omvangrijk terrein.

Het ongelukkige van (en voor) de psychiatrie is misschien juist dat het vak zich vooral hier op houdt, in deze 'openbare ruimte' van de public health, en dat het zich vnl. bezighoudt met de geestelijke gezondheidszorg i.p.v. met de klinische geneeskundige psychiatrie. En dat het daarom ook meer met de overheid en de politiek te maken heeft (en krijgt) dan enig ander medisch specialisme.

Want wat die openbare gezondheidszorgkant van onze professie betreft, behoeft de overheid zich veel minder terughoudend op te stellen. Sterker nog, op dit territorium heeft de overheid het in belangrijke mate voor het zeggen. Daar geldt niet zozeer de artsenautoriteit als wel de overheidsmacht. Het is aan die macht dat de medische autoriteit ondergeschikt wordt gemaakt, en die maakt dat een staatsburger tegen zijn zin kan worden opgenomen, als de wet daartoe de mogelijkheid biedt. Daarom spreekt de oude KZ-wet van een niet-behandelende arts of zenuwarts; als iemand die afstand kan doen van de artsenrol die binnen de klinische geneeskunst past en waarbij slechts het belang van de individuele patiënt mag gelden, ook al is deze soms strijdig met de belangen van de hem omringende medemensen. Om deze andere rol te kunnen vervullen stapt de arts even over naar het terrein van de openbare gezondheidszorg, als deskundige in dienst van de overheid, die in dat kader de diensten verricht die de wet van hem verlangt, natuurlijk op de wijze die de wet voorschrijft. Wat de overheid, ook meer in het algemeen, van de medische stand mag verlangen is dat deze zich voortdurend legitimeert wat betreft het model dat hij op dat moment hanteert. Is dit het 'eigen' medische model dan heeft de medicus meer recht van spreken dan wanneer hij handelt in het kader van aanverwante maar toch in wezen wezensvreemde modellen.

De bevoegde medicus die als behandelend arts de 'ziekte-rol' (*8) meent toe te moeten kennen aan een patiënt kan daarin door niemand gedwarsboemd of gecorrigeerd worden, want - "de arts is vrij in en persoonlijk verantwoordelijk voor de besluitvorming met betrekking tot diagnostiek, therapie en begeleiding van de patiënt, ongeacht of hij als vrije beroepsbeoefenaar dan wel in dienstverband werkt" - aldus een gedragsregel van de KNMG. De arts die na gedegen onderzoek en gangbare diagnostiek een patiënt minder valide verklaart in de zin van de WAO, heeft eveneens het laatste woord, ook tegen de eventuele bedenkingen in van diegenen die vinden dat de WAO te makkelijk wordt toegekend, in dit speciale geval of in het algemeen. Er is wel iets tegen in te brengen, maar dan slechts door een contra-expertise door een andere arts. Doch de arts die de overheid adviseert, bijvoorbeeld over de richtlijnen om een uitkering krachtens de WAO te verkrijgen, of die onderzoek doet naar de epidemiologie rond de WAO-uitkeringen, is slechts één van de velen die een steentje bijdraagt aan het beleid terzake.

Een arts die methadon verstrekt in het kader van een methadonproject, dus in dienstverband, zou dat puur als overheidsdienaar kunnen doen en zich dan niet mogen beroepen op zijn autoriteit als arts tegenover de gebruikers en ook niet tegenover zijn werkgevers. Het gaat dan nadrukkelijk niet om een 'behandeling', want daarmee zou hij zichzelf tot klinisch-geneeskundig behandelaar verklaren en zich dus verplichten "de meest adequate behandeling, zoals deze onder beroepsgenoten gebruikelijk is" toe te passen, aldus de 'Gedragsregels voor Artsen'. Aangezien het "zich bij twijfel onthouden" ook een gulden regel voor artsen is, zal die methadon-behandeling een omstreden zaak blijven en valt er over 'heroïne-behandeling' niet eens te praten, althans niet met artsen in de rol van geneeskundige. Een andere vraag is of dat wat misschien goed is voor bepaalde mensen of voor de maatschappij, ook goed is voor de attitude en het aanzien van de betrokken artsen. Dit geldt eveneens voor abortus en euthanasie. Ook hierbij is niet alleen het belang van de cliënten in het geding maar ook dat van de artsen, in die zin dat de vraag mag worden gesteld of een en ander zich uiteindelijk wel verdraagt met het medisch beroepsbeeld en de medische ethiek, zaken van nóg zwaarder gewicht dan "het vertrouwen in de medische stand". (*9)

De psychiater die een geneeskundige verklaring uitschrijft voor wat nu nog een Rechterlijke Machtiging heet, mag weliswaar een zeer zware stem in het kapittel hebben, maar de wet schrijft voor dat het laatste woord aan de Rechterlijke Macht is. Als hij zich niet kan beroepen op het feit dat hij de behandelende psychiater is, is hij wel verplicht aan de rechtsgang rond zo'n RM mee te werken. Maar hij kan niet gedwongen worden een andere verklaring af te geven dan hij met zijn beroepsgeweten overeen kan brengen. Op dit punt is er geen andere autoriteit boven hem, zelfs niet die van de contra-expert. Verwijdert zo'n psychiater zich evenwel nog verder van

huis, en begeeft hij zich bijvoorbeeld op het terrein van het sociale of het psychotherapeutische model, dan dient hij vanuit dat model beoordeeld te worden. Hij verliest dan in elk geval het recht op aanspraken krachtens zijn arts-autoriteit.

Over deze zaken mag de overheid wel degelijk uitspraken doen en wensen kenbaar maken. Ze doet dat ook, zoals onlangs de Harmonisatie Raad Welzijns Beleid in de nota 'Grenzen van de (Gezondheids)zorg'. En wel met de volgende woorden: "Ongewenste medicalisering van de samenleving kan worden tegengegaan door de rol van de medicus meer te laten samenvallen met de deskundigheid die deze vanuit de medische wetenschappen heeft verworven: adviseren over, onderzoek naar en behandeling van lichamelijke afwijkingen. De vraag van veel burgers, politici en rechters naar het medisch oordeel, ook op niet medisch terrein, is één van de oorzaken van de uitbreiding van de medische bemoeienis".

In de nieuwe Nota Geestelijke Gezondheidszorg (1984) doet de overheid bij monde van de Staatssecretaris tamelijk gedurfde uitspraken over het vakgebied psychiatrie, en beslist niet alleen over de formele aspecten daarvan. Niemand kijkt er meer vreemd van op als de overheid kritische kanttekeningen plaatst bij al te geavanceerde technieken of zodanig dure ingrepen dat gevreesd moet worden dat ze in de toekomst onhaalbaar zullen zijn, zoals orgaantransplantaties. Maar ook het omgekeerde is denkbaar: Als bijv. de professie te conservatief zou volharden in het bestaande, en qua uitvoering of onderzoek te weinig grenzen zou verleggen, dan zou de overheid op zijn minst kunnen aansporen tot meer baanbrekende activiteit. (*10)

Waar men zich vooral in tijden van economische teruggang nogal eens op wil beroepen is de 'wet van de verminderde meer-opbrengst': het totale medische bedrijf voegt niet zoveel meer toe aan de kwantiteit en kwaliteit van het menselijk bestaan. Is het in dat geval nog de moeite waard er zoveel geld aan te besteden, aan die zogenaamde voortgang van de wetenschap?

En om tenslotte te eindigen met een voorbeeld uit de psychiatrie, die zich in vrijwel alle opzichten in de bijzondere belang-stelling van de overheid mag 'verheugen': zo goed als registratie verplicht kan worden gesteld, zo zou ook een bepaald classificatiesysteem kunnen worden opgelegd, tot in de erkenningsnormen en -voorwaarden toe. In hetzelfde verband zouden dan eisen gesteld moeten worden voor het diagnostische proces, want zonder betrouwbare diagnostiek bestaat er natuurlijk geen betrouwbare classificatie. En zoals geen classificatiesysteem denkbaar en bruikbaar is zonder hiërarchie, zo kan ook geen diagnostiek zonder hiërarchie, zeker niet de diagnostiek die in teamverband wordt bedreven (zoals helaas gangbaar is geworden in de psychiatrie, als bij geen enkel ander medisch specialisme!). Wat het zwaarst is zal het zwaarst moeten wegen, maar wie bepaalt dat 'zwaartepunt'? In de geestelijke gezondheidszorg dient dat de psychiater te zijn, omdat zijn psychopathologische diagnostiek als het meest zwaarwegend mag worden beschouwd en daarenboven het toegangskaartje zou moeten zijn tot de zorg die de geestelijke gezondheidszorg te bieden heeft. Het zou eigenlijk vanzelfsprekend moeten zijn: net als kanker erger is dan griep (ook al kun je je bij het laatste veel zieker voelen), zo is een psychose erger dan een even van slag zijn door psychosociale problematiek - en een neurose erger dan bijvoorbeeld een rouwreactie. 'Wie het weet mag het zeggen' betekent in dit verband dat wie weet heeft van de psychopathologie mag bepalen of er sprake is van dergelijke pathologie. Alleen via intercollegiale toetsing kan dit gecontroleerd en eventueel gecorrigeerd worden. Is er geen sprake van psychopathologie dan treedt de medicus-psychiater terug, (*11) blijft hooguit consultatieve bijstand verlenen, of neemt deel aan deelbehandelingen (bijv. psychotherapie) of stimuleert preventie. Weliswaar behoort ook de preventie tot het medische bedrijf (*12) en zou met een beroep op 'voorkomen is beter dan genezen' in twijfelgevallen toch tot toekenning van de 'pre-patiënten-rol' en tot toelating binnen de gezondheidszorg kunnen worden besloten, maar men zou dan echter wel bepaalde beperkingen moeten aanbrengen en aanhouden, want anders is verdere medicalisering van de maatschappij niet tegen te houden. Denkbaar is daarbij dat kinderpsychiaters meer ruimte krijgen om zich in preventieve richting uit te breiden dan de psychiaters van volwassenen, en ambulante geestelijke-gezondheidszorgers meer dan intramuraal werkenden. Vóór alles is nodig dat preventie, zeker die van de aggz, zichzelf evenals de psychiatrie definieert als en beperkt tot een variant van het medische model, door 'slechts' het voorkómen van ziekten, stoornissen en gebreken' na te streven, en zich niet (langer) te manifesteren als een dure vorm van vormingswerk voor levensgeluk en zelfontplooiing.

Kortom: de psychiatrie zou zich moeten beperken tot het medische model. Zodra een medische beroepsbeoefenaar, zoals de psychiater, zich in dienst stelt van een ánder model, zoals het zorg-, het sociaal- of het psychotherapeutisch model, zou hij zijn autoriteit als arts nadrukkelijk moeten afleggen, en zich uitsluitend moeten legitimeren als werkzaam binnen dat onderhavige model. Alleen op die manier kan de (verdere) verwarring worden voorkómen en kan er een eind worden gemaakt aan de heilloze double-blind-positie waardoor overheid en psychiatrie niet weten wat ze aan elkaar hebben en hoe ze met elkaar aan moeten..

Stel dat er toch niets van komt en dat men blijft twisten over alle denkbare modellen en methoden, maar intussen toch volhardt in de wirwar waar van Dijk over sprak, mag dan de overheid ten einde raad ingrijpen, 'for better

and worse'? Het antwoord moet zijn: eigenlijk niet, want het is een welhaast heilige wet dat de overheid zich niet bemoeit met de inhoud van een erkende professie. Maar men kan zich afvragen wat de overheid bijvoorbeeld zou doen met een interne geneeskunde die zich overwegend bezighoudt met functionele klachten en die intussen verstek laat gaan bij de zwaarste ziekten? Of met een chirurgie die zijn lusten botviert op plastische operaties of harttransplantaties, en intussen de acute buik aan de eerste lijn overlaat? Zou zo'n specialisme bijvoorbeeld ook niet zoiets als de verplichting van 24-uur bereikbaarheid opgelegd hebben gekregen?

Dus - als ambivalent besluit van een 'dubbel' verhaal - toch nog de roep om de sterke arm en onverbiddelijke hand van vader overheid? Het zou echt veel beter zijn als de psychiatrie de eer aan zichzelf hield en zich eindelijk volwassen toonde, door niet langer álles te willen en tegelijkertijd nog zo bitter weinig te kunnen...

INDNOTEN

(*1) Zeer beslist wel een erkende vrucht van de verbintenis tussen psychiatrie en psychoanalyse is de neurose-preventie die, vooral via de zgn. Child-guidance-movement, allengs de Amerikaanse Mental Hygiëne-beweging (oorspronkelijk vooral opgezet voor een betere voor- en nazorg van psychiatrische patiënten) om wist te turnen tot Mental-Health-Movement, oftewel: van gezondheidszorg en ziekte-preventie naar gezondheids-bevordering, in dit geval de bevordering van de geestelijke volksgezondheid. En ook dat is iets wat tot op de dag van vandaag doorwerkt en zelfs in zekere zin gezichtsbepalend is, zeker voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg: de RIAGG's naar het model van de CMHC's: Community Mental Health Centres - met ook de preventie (wat dat ook moge betekenen bij afzwerping of verloochening van het medisch model!) en de psychosociale (LGV-)problematiek tot de zgn. 'kerntaken' rekenend.

(*2) De afwijzing van het medisch model betekent, in dit verband, inclusief de bekende postulaten van **Parsons**, nl. dat de, slechts door een arts toe te kennen, ziekterol impliceert dat de patiënt niet aansprakelijk is te stellen voor zijn toestand, dat hij vrijgesteld is van (de meeste) sociale verplichtingen en dat hij zelfs gerechtigd is zich tot op zekere hoogte afwijkend te gedragen; waar dan slechts de verplichting tegenover staat competente hulp te zoeken en daaraan mee te werken.

(*3) Anthony Clare noemt op pag. 2 van 'Psychiatry in dissent' zelfs de witte jassen en de verantwoordelijkheid in een adem: "Psychiaters en psychiatrische verpleegkundigen mogen dan misschien zichzelf graag vergelijken met hun medische beroepsgenoten, intussen dragen ze vrijwel zonder uitzondering geen witte beroepskleding meer - en verwachten ze wél in veel sterkere mate van hun patiënten dat die zelf de verantwoordelijkheid blijven dragen voor hun psychische stoornis dan in de gezondheidszorg t.a.v. lichamelijk-zieke patiënten gangbaar is."

(*4) Anthony Clare zegt het wat moderner, korter en krachtiger, als hij het heeft over de nieuwste neiging om vooral het gezin als boosdoener te beschouwen, bijv. als 'schizofrenigeeën': "En opnieuw rijst de vraag hoe moet worden vermeden dat de psychiatrie weer veel te ambitieuze claims legt, om tenslotte in verwarring te eindigen, als een stel intellectuele dilettanten die moeten toegeven dat alles mogelijk is en alles (even) relevant - en dat niets kan worden ontkend." (m.a.w.: dat dus in feite niets er echt toe doet!)

(*5) Het begrip Borderline mag dan volgens Schaap nog wel (net?) klinisch hanteerbaar zijn, óver heeft dit bepaald niet, hoewel de discussie erover al meer dan een kwart eeuw gaande is. En niemand zal toch durven beweren dat dit concept nu een toonbeeld kan worden genoemd van zindelijk en zorgvuldig formuleren en classificeren van psychiatrische ziektebeelden. Waar het wel wat over zegt, en zo wordt het vaak ook gebruikt, is over de prognose: wat je ook doet of laat, het loopt meestal niet zo best af, en als zodanig dient deze diagnose nogal eens als rechtvaardiging, vooraf of achteraf, van het uitblijven van therapeutisch resultaat - dus net als de aanduiding 'vroeg (=pre-oedipaal) gestoord' of 'Ik-zwakke', termen die niet zelden zelfs in de mond worden genomen zonder dat van aanwijsbare/aantoonbare affectieve verkommering in de vroegste jeugd sprake is (hetzij door de afwezigheid van een vaste moederfiguur, hetzij door diens affectieve onbereikbaarheid vanwege een psychotische of psychopathische gevoelsarmoede). En hoewel de term 'life events' de wat kille klank heeft van computertaal, zou men soms toch willen dat eerst eens de vroeg-anamnestiche gebeurlijkheden (ook) van deze categorie patiënten werden verzameld, alvorens tot zulke verstrekkende verklarende uitspraken te komen die meer zeggen over het vooringenomen verwachtingspatroon dan over de feitelijk voorhanden werkelijkheid!

(Of zoals de onvolprezen Sherlock Holmes ooit gezegd schijnt te hebben: "Het is een kapitale fout om te theoretiseren voor men de gegevens heeft verzameld. Want onwillekeurig begint men dan de feiten aan de theorieën aan te passen inplaats van de theorieën aan de feiten." Een spreuk die men eigenlijk zou moeten inlijsten en ophangen in elke ruimte waar, al of niet in teamverband, diagnostiek wordt bedreven!)

(*6) Schizofrenie is ooit tot 'functionele psychose' benoemd, omdat de veronderstelde lichamelijke oorzaak nog niet kon worden aangetoond - wat, als je er goed over nadenkt, toch eigenlijk net zo gek is als wanneer internisten de carcinomen 'functionele tumoren' zouden noemen zolang deze nog 'e causa ignota' zouden zijn...

(*7) Ze worden in het veelgelezen (althans veelgeprezen) boek van Siegler & Osmond 'Models of madness, models of medicine' aangeduid als de 'heilige drieëenheid', achtereenvolgens in het teken van 'geloof, hoop en liefde' (en om met 1 Cor. 13 te spreken: "maar de meeste van deze is de liefde"). Dat het inderdaad in deze volgorde van toenemende belangrijkheid moet worden beschouwd: dat wetenschappelijk spoorwerk belangrijker is dan de diverse vormen van preventie (die zonder zulke research trouwens ook slagen in de lucht zouden zijn) en dat behandelen bepaald uitnemender is dan research, wordt weliswaar niet altijd ruiterlijk toegegeven, maar is toch wel de ondertoon van de medische 'professionele standaard

(*8) Wat het toekennen van de 'ziekterol' betreft: eerst moet de 'illness' (het zich-ziek-voelen) worden gediagnosticeerd tot 'disease': het ziek-zijn in de zin van aanwezigheid van een erkende ziekte, om deze vervolgens te verklaren tot 'sickness': ziek-zijn in de betekenis van aanvaarding van de patiënten-rol.

(*9) Euthanasie (om dat onmogelijke maar helaas gangbaar geworden woord te gebruiken: er bestaat geen 'goede dood'!) is bij uitstek iets wat nooit 'gejuridiseerd' en laat staan gelegaliseerd mag (kan) worden: alleen in de intimiteit (geborgenheid en verborgenheid) van de arts-patiënt-relatie kan een eind worden gemaakt aan een ondraaglijk en uitzichtloos lijden, daar heeft verder niemand iets mee te maken, daar heeft niemand zich mee te bemoeien (zeker ook juristen niet). Hooguit kan deze uiterste vorm van beroepsmatig-medisch handelen ter toetsing worden voorgelegd aan de geneeskundige inspectie(s). Maar legalisering van het doden van een patiënt door een dokter is zó ongerijmd dat het bijna pervers wordt - en zeker uiterst schadelijk voor het vertrouwen in de stand der geneeskundigen...

(*10) Het is dat het erfelijkheidsonderzoek en de 'genetic counseling' alweer wat uit de as herrijzen, maar zou het taboe op alles wat aanleg en aangeboren betreft nog langer elke wetenschappelijke activiteit op dit gebied hebben lamgelegd, dan had de overheid misschien ook hier moeten ingrijpen - al gaat dit nu net een richting uit die je van de overheden van tegenwoordig nauwelijks kunt verwachten...

(*11) Deze 'zelf-eliminierende' activiteit is goed beschreven in 'Het spreekuur als opgave - sociologie van de psychotherapie' door A. de Swaan, bijv. op pag. 67 van deel II: "Binnen de hiërarchie van psychotherapeutische beroepen is aan psychiaters de competentie voorbehouden om eigen en dus ook andermans competentie te bepalen, en zij maken ook uit in welk psychiatrisch of psychotherapeutisch specialisme een cliënt zal worden behandeld." - en als reden hiervoor geldt niet alleen de wettelijke regeling van subsidies en erkenningen - "maar er is ook een inhoudelijke reden voor de keuze van psychiaters als spreekuurhouders aan te geven, namelijk het gehanteerde beginsel van medische zelf-eliminatie: de spreekuurhouder elimineert zichzelf allereerst door vast te stellen dat geen somatische factoren in het klachtenpatroon een rol spelen" (--) "de tweede zelf-eliminatie betreft zijn psychiatrische expertise, juist de psychiater wordt in staat geacht in het spreekuur psychotische of psychopathische patiënten te kunnen herkennen. En daarmee past hij ook een criterium toe dat in de loop van de geschiedenis van de ambulante psychotherapie steeds uitdrukkelijker is aangehouden: geen psychotische, geen zware, langdurige gevallen." (einde citaat) Hierbij komt wel de vraag op of die eliminatie niet nog wat verder zou moeten gaan, en of het niet-toekennen van de ziekterol niet zou moeten betekenen dat betrokken cliënt (nu geen patiënt!) geen aanspraak kan maken op een verstrekking krachtens de ZFW of AWBZ.

(*12) Dat de preventie al vanaf de oorsprong van de geneeskunde tot het 'medisch bedrijf' wordt gerekend, blijkt zelfs uit de Griekse mythologie: naast de grote god Aesclepios, en in diens schaduw, was de godin Hygea gezeten.

POLITIEK & PSYCHIATRIE double bind & double blind

door **J. Euwema**, geneeskundig inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid
voor Groningen, Friesland en Drenthe - **op persoonlijke titel**

Zo luidde de oorspronkelijke titel en opzet van een bijdrage aan de afscheidsbundel voor prof. W.K. van Dijk 'Stukken van de puzzel' d.d. 1985 - **alleen het laatste gedeelte destijds daarvoor gebruikt (onder de titel: Psychiatrie en medisch model)**, Bij gelegenheid van het op de PC zetten van dit stuk in december 2000 - 15 jaar na dato dus - blijkt het weinig aan actualiteit te hebben ingeboet, eerder integendeel: het is in veel gevallen heel wat erger uitgepakt dan al werd verwacht en gevreesd.

Literatuur

- Andel, H.van - De psychiater als organisatiegenoot - Tijdschrift v. Psychiatrie Nr. 9 - 1983
- Bakker, J.B. - Het psychiatrisch prognostisch oordeel - Proefschrift Rotterdam 1980
- Beers, W.v. - Psychiatrie in beweging - Intermediair - 13e jaargang (nr. 19, 21 en 23)
- Boot, J.M. en Knapen, M.H.J.M. - De Nederlandse gezondheidszorg - Aula pocket 712 - 1983
- Clare, Anthony - Psychiatry in dissent - Tavistock Publ. - London - 1980
- Duyker, H.C.J. - De problematische psychologie - Boom - Meppel - 1979
- Dijk, W.K.van - Iets over diagnostiek en diagnostiseren in de psychiatrie** - Inaugurale rede - Groningen 1964
- Het medisch model in sociale context - in: Van kinderaanalyse tot Y-chromosoom**
van Loghum Slaterus - Deventer - 1973
- Psychotherapie en medische discipline - Tijdschrift voor Psychotherapie 3 - 1976**
- Eenheid en eigenheid in de psychiatrie - in: Aspecten van de psychiatrie**
(red. A.Mooy en H.Procee) - Ambo - Baarn - 1980
- Eysinck, H.J. - The Future of Psychiatry - Methuan Pamflets London - 1975
- Giel, R. - Waarom een psychiatrische diagnose? - Stafleu, Alphen a/d Rijn - 1982
- Onze moeite met moeilijke mensen - Tijdschrift v. Psychiatrie - nr.4 - 1984
- Het beleid t.a.v. chronische patiënten - Ned. Tijdschrift v. Geneeskunde - nr. 15 - 1984
- Groot, A.D. de - Een minimale methodologie - Mouton - den Haag - 1971
- Gross, Marten L. - The psychological society - Random House - New York - 1978
- Hoofdakker, R.H. v.d. - Het bolwerk van beterswetters - Wijsgerig Perspectief - nr. 5 - 1969
- Horne, S. ten - Nazorg geeft kopzorg - proefschrift Groningen - 1982
- Hubben, J.H. - Psychotherapie en recht - Acad. proefschrift A'dam - 1984
- Jonghe, F. de - Hoe medisch is de psychiatrie? - Inauguratie A'dam d.d. 8-12-'80 - Samson- 1981
- Kendall, R.E. - The role of diagnosis in psychiatry - Blackwell - Oxford - 1975
- Kuiper, P.C. - Controversen - van Loghum Slaterus - Arnhem - 1965
- Lit, A.C. - Nieuwe psychiatrie - Leiden/Antwerpen - 1978
- Leenen, H.J.J. - Bureaucratisering in de gezondheidszorg - MGZ - 12e jaargang nr.1 - 1984
- Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid - Staatsuitgeverij - Den Haag - 1984
- Offer, D. en Sabshin, M. - Normality - theoretical and clinical concepts of Mental Health - Basic Books - New York - 1966
- Pols, J. - Mythe en Macht, over de kritische psychiatrie van Thomas S.Szasz - Sun - 1984
- Poslavsky, A. - Tussen diagnose en therapie - Openbare Les Utrecht - 1954
- Praag, H.M. van - Een bloeiende psychiatrie die niet meer in gevaar is -Tijdschrift v. Psychiatrie nr.1 (5-10) - 1983
- Rakoff, V.M. e.a. - Psychiatric Diagnosis - Brunner/Mazel - New York - 1977
- Rooymans, H.G.M. - Van psychosomatiek naar liaisonpsychiatrie - Tijdsch. v. Psychiatrie - 1983
- Rosen, R.D. - Psychobabble - Avon(pocket)books - New York - 1979
- Roscam Abbing, E.W. (red.) - Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland -
Bohn, Scheltema & Holkema - Utrecht - 1979
- Roupe v.d.Voort, F.J.M. - De psychiater in de ambulante gezondheidszorg anno 1980 - Metamedica - nr. 57 - 1978
- Siegler, M. & Osmond, H. -Models of madness, models of medicine - Harper Colophon Books (pocket-uitgave) - 1978
- Swaan, A. de (e.a.) - Sociologie van de psychotherapie - Aula pockets 661/662 - 1979
- Trimbos, K. - Antipsychiatrie - een overzicht - van Loghum Slaterus Deventer - 1975
- Verbraak, P. en Klijnsma, G. - Beleidsvorming in de geestelijke gezondheidszorg - De Toorts -Haarlem - 1978
- Verbrugh, H.S. - Paradigma's en begripsontwikkeling in de ziekteleer - De Toorts Haarlem - 1978
- Wing, J.K. - Reasoning about madness - Oxford Univ. Press - London - 1978

Ongeveer twee jaar later, nl. in Medisch Contact van 19 september **1986**, schreef Dr. M.H. Cohen Stuart een artikel 'Legalisme en psychiatrie' - waarin hij met andere woorden vrijwel hetzelfde betoogt en ook tot dezelfde soort conclusies komt. Ook dit vond toentertijd weinig tot geen gehoor, misschien omdat de tijd er nog niet rijp voor was - of juist zó rijp dat men er niet van wilde weten...

Het artikel gaat uit van de volgende stellingen:

- a. Een aanzwellende stroom van regelingen gaat zich bemoeien met de inhoudelijke zorg, op dit moment al sterk in de psychiatrie, maar zich zeker ook steeds meer richtend op de geneeskunde in het algemeen. Een vruchtbaar, nauwelijks ontgonnen werkgebied voor talloze juristen!
- b. De regelingen worden gegoten in vormen die veelal vreemd zijn aan de werkelijkheid van de psychiatrische of geneeskundige praktijk en ervaring, en komen daarmee niet zelden op bizarre en vaak paradoxale wijze in conflict.
- c. Vertrouwde en weloverwogen werkwijzen van artsen worden met een zodanig principieel wantrouwen tegemoet getreden dat artsen zich niet slechts onbegrepen, maar maatschappelijk onveilig gaan voelen. De sterk toenemende strafrechtelijke verharding in zaken van geneeskundig handelen tast die veiligheid nog meer aan. Bange artsen leiden tot slechte geneeskunst.
- d. De arts mag steeds minder datgene doen waarvoor hij beroepsmatig en vrij verantwoordelijk is; de arts worden taken opgelegd die hem niet toekomen, zoals het bewaken van psychiatrische patiënten die hij niet mag behandelen - en het doden van mensen bij wie zijn behandeling te kort schiet. Het gevaar is niet denkbeeldig dat artsen worden meegezogen in allerlei wet- en regelgeving en daardoor steeds meer verwijderd raken van hun oorspronkelijke taak en steeds meer verworden tot uitvoerders van publieke en politieke belangen.

En het artikel besluit met de volgende, al even belangrijke en behartenswaardige, conclusies:

1. Er dient een strikt onderscheid te worden gemaakt tussen de externe en de interne recht- en regelgeving in de gezondheidszorg en de daaraan ten grondslag liggende verantwoordelijkheden, respectievelijk van de overheden en de artsen (en andere professionele werkers in de gezondheidszorg).
2. De arts heeft een zelfstandige verantwoordelijkheid jegens de aan zijn zorg toevertrouwde patiënten, gebaseerd op het beginsel dat hij handelt om bestwil van die patiënten, en geregeld binnen de rechtstreekse relatie van de individuele patiënt tot de arts.
3. Het handelen van de arts wordt bepaald door de geschreven en ongeschreven regels van kennis, kunde en kunst binnen de door de arts gedragen, persoonlijke verantwoordelijkheid.
4. Het handelen van de arts mag niet worden bepaald door regels van politieke of politieke macht; deze regels kunnen alleen worden toegepast wanneer zij een plaats kunnen vinden binnen het medische handelen ten dienste van de patiënt. Schending van deze begrenzing leidt tot impliciete en expliciete ondermijning van de hulpverleningspositie van de arts en daarmee tot het aantasten van het vertrouwen in de uitoefening van de geneeskunst.
5. Het zogeheten gevaarscriterium van de wet BOPZ is een niet-psychiatrisch, politiek en politiek criterium, dat bovendien in de praktijk slecht hanteerbaar is. Mede daardoor wordt de Wet BOPZ gekenmerkt als een wet die primair gericht is op ordehandhaving. De psychiater wordt door de wet in een primair politieke rol geplaatst, hetgeen in strijd is met de zuiverheid van zijn geneeskundige taak.
6. Het is de taak van de beroepsbeoefenaar, van zijn beroepsorganisaties, van de Inspectie van de Volksgezondheid en van de overheid, er in het belang van de gezondheidszorg voor te waken dat de geneeskundige zorg zich binnen de eigen wetmatigheid kan handhaven en ontplooien.
7. Er dient een offensieve geneeskunde te worden ontwikkeld die de oneigenlijke regelgeving op het terrein van de geneeskunde moet terugdringen en die de beroepsbeoefenaars meer bewust moet maken van hun eigen, authentieke, maatschappelijke en menselijke taak. Dit laatste dient onder meer te geschieden door nadrukkelijke formulering van de eigen ethisch gefundeerde regels en door het effectiever handhaven daarvan, zowel naar binnen als naar buiten.
8. Gelijktijdig met het uitwerken en uitdenken van een offensieve geneeskunde, met de daaraan te koppelen samenwerkingsverbanden binnen het vakgebied, dient te worden gestreefd naar een nieuwe doordenking van de relatie tussen de algemene wetgeving, de externe wet- en regelgeving voor de gezondheidszorg en de professionele wet - en regelgeving van de geneeskunst. Samenleving en overheid zijn erbij gebaat dat de geneeskunst een veilig terrein is voor de burger, als patiënt of cliënt én als hulpverlener.
9. Indien de psychiater zich in geweten niet in staat acht de criteria van de wet BOPZ te combineren met het principe dat het welzijn van de patiënt voor hem de hoogste maatstaf van het handelen is, dient hij het 'om bestwil'-beginsel te laten prevaleren, dus ten koste van het eerste.
10. Aangezien ook het zogeheten gevaarscriterium is gebaseerd op het welzijn van de burger - namelijk diens persoonlijke vrijheid en onschendbaarheid - moet het mogelijk zijn in de wetgeving dit algemene 'om bestwil'-principe te verbinden met het 'om bestwil'-principe dat in de gezondheidszorg prevaleert. De geconstrueerde tegenstelling tussen het gevaarscriterium en het 'om bestwil'-criterium wijst op onkunde, onmacht of kwade trouw, al dan niet in combinatie.