Geestelijke Gezondheidkunde

Notities

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar in de Geestelijke Gezondheidkunde aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht op 28 oktober 1988 door Prof. Dr. Marcel A. van den Hout.
Dames en Heren,

De leerstoel die met het uitspreken van deze rede wordt aanvaard werd Geestelijke Gezondheidkunde genoemd. De leerstoel is nieuw: niet eerder werd in Nederland zo'n leeropdracht verleend en graag grijp ik deze gelegenheid aan om de aard van het nieuwe vakgebied enigszins te preciseren.

Allereerst zal de vraag aan de orde komen waar Geestelijke Gezondheidkunde over gaat. Wat is het object van deze discipline? Vervolgens zal nader worden uiteengezet hoe de Geestelijke Gezondheidkunde kan bijdragen aan het wetenschappelijk onderzoek. Tot slot zullen bespiegelingen worden gegeven omtrent de maatschappelijk relevantie van Geestelijke Gezondheidkunde, het onderwijs in de Geestelijke Gezondheidkunde en de verhouding van de opleiding Geestelijke Gezondheidkunde met reeds bestaande opleidingen.

Waar gaat Geestelijke Gezondheidkunde over?
Om te beginnen moet hier gewezen worden op een misverstand dat snel ontstaat en dat in de kiem gesnoeid dient te worden. Het misverstand is dat er zoiets bestaat als wetenschappelijke kennis over wat geestelijke gezondheid is. Meer in het bijzonder luidt het misverstand dat sommige universiteiten geschoolden over kennis beschikken omtrent de aard van gezonde geesten en dat zulke deskundigen hun inzicht kunnen overdragen aan studenten.
Welnu, ik weet niet wat geestelijke gezondheid is. Verdenkt u mij niet van valsche beschijdenheid, het is om principiële redenen
dat ik meen dat er, althans vanuit wetenschappelijk standpunt, niet veel verstandigs te zeggen is over wat geestelijke gezondheid constitueert.
Laat ons allereerst stilstaan bij de notie "gezondheid". Het omschrijven van wat gezondheid is, is een heikel onderneming. Onder de filosofen van onze faculteit bevinden zich voortreffelijke geleerden die hierover verstandiger kunnen spreken dan ik, doch ik ontkom er niet aan althans enige opmerkingen over het begrip te maken. In het dagelijks spraakgebruik slaat gezondheid op het "juist" of "optimaal" functioneren van het organisme c.q. van delen ervan. Als organismen hun mogelijkheden tot groei en ontwikkeling zo ontwikkelen, dat hun integriteit en levensduur optimaal wordt gewaarborgd, dan spreken we doorgaans van "gezondheid". Het is verleidelijk zo'n idee van gezondheid als "juist functioneren", als "optimale ontwikkeling" ook toe te passen op menselijk gedrag en mentale processen. Zo'n generalisatie is ook niet ongebruikelijk. Zo verklaart de Wereldgezondheidsorganisatie op 22 juli 1946 dat gezondheid is "de toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet louter de afwezigheid van ziekte of gebrek". Om gezond te zijn moet men zich mentaal volledig welbevinden. A propos, het kan niet anders dan dat de WHO hier méér mee bedoelt dan dat de betrokkene zich slechts "subjectief" volledig mentaal welbevindt; men denkt aan het intense subjectieve welbevinden dat alcohol ofOther kunnen oproepen. Alcoholische eufrorie kan men kwantitatie prototypisch gezond noemen. Nee, ook de WHO impliceert met "volledig mentaal welbevinden" een objectief optimaal functioneren. Als gezondheid verwijst naar optimaal functioneren van het organisme, dan zou Geestelijke Gezondheid slaan op optimaal
mentaal of gedragsmatig functioneren. Wat is er tegen die gedachte?

Alleen al het aantal dingen dat we in principe kunnen doen, het aantal sentimenten dat we kunnen voelen en het aantal gedachten die we kunnen hebben, het is vrijwel onbepmerkt. Wat we feitelijk denken, voelen of doen, is slechts een minuscule selectie uit een onafzienbaar aantal alternatieven. Indien we het universum van potentieel doen, voelen en denken voor een individu niet uitputtend kunnen omschrijven, weten we ook niet of een bepaalde selectie van gedragingen “optimaal” is.

Belangrijker nog komt mij het volgende voor. Al doende en al latende, streven mensen doelen na. Dat mensen doelen stellen, hoe ze dat doen, waarom ze dat doen, dat zijn empirische kwesties. Of het echter psychisch gezond, in de zin van “optimaal” is om bepaalde doelen wel na te streven en andere niet, dat is geen empirische, maar een normatieve zaak. Het gaat er daarbij om welke doelen wel of niet waard zijn om na te streven en het gaat er daarbij om hoe mensen ‘behoren’ te handelen. Dit “behoren” is nog onderdeel van de gedragswetenschap, noch van gezondheidswetenschappen, noch van enige andere empirische wetenschap. Zoals door zovelen beargumenteerd, zijn er geen logische of empirische argumenten op basis waarvan uiteindelijk besloten kan worden welke doelen nagestreefd zouden moeten worden. Wie bepaalde doelen als “optimaal” propageert, die moraliseert.

Wie zich daarbij beroept op de empirische wetenschap, pleegt boerenbedrog. Hij verkoopt knollen voor citroenen.

Kort samengevat: gezondheid verwijst naar optimaal functioneren van het orgaanisme. Er zijn twee redenen waarom optimaal “geestelijke” functioneren niet eenduidig is te
definieren. In de eerste plaats is er een kwantitatief probleem: wij kennen niet alle wijzen waarop mensen geestelijk kunnen functioneren en bijgevolg weten we nooit of bepaalde mentale processen of gedragingen "optimaal" zijn. In de tweede plaats zijn bij het idee van optimaal geestelijk functioneren meer premissen in het geding. Over de geldigheid van die premissen valt langs wetenschappelijke weg niets te zeggen.

Ik ontwam er niet aan U temelden dat ik geen benul heb wat geestelijke gezondheid is. Met deze mededeling echter is de kous niet af. U zult dat vermoedelijk hebben afgeleefd uit het feit dat de oratie slechts enkele minuten heeft geduurd terwijl U een openbare les van veel langer in het vooruitzicht was gesteld. Laat ons vervolgen. Het komt mij, zoals gezegd, voor dat geestelijke gezondheid zich niet laat definieren. Daaruit volgt niet dat de empirische wetenschap de geestelijke gezondheidszorg links moet laten liggen. Mij lijkt dat de bemoediging van de wetenschap met de geestelijke gezondheidszorg indirect is. Dit verdient toelichting.

Zojuist ging het over heerlijkheden zoals het volledige mentale welbevinden van de WHO. Nu zou ik de blik willen richten op het omgekeerde van zulke paradijselijke notities. Ik zou willen stilstaan bij kommer en kwaal, bij verdriet en ellende. Mijmerend hierover maakte Freud een bruikbaar en ontwurterend onderscheid tussen "echte" en "neurotische" ellende. Echte ellende kennen we maar al te goed en dat zai wel zo blijven ook; er is geen reden te verwachten dat we op het ondermaanse bevrijd zullen worden van eenzaamheid, pijn, ziekte en dood. Echte ellende is ellende die onomkeerbaar verbonden is met de condition humaine. Anders ligt dat bij wat Freud noemde "neurotische" ellende en wat hier zonder bezwaar verbreed kan worden tot psychopathologische
ellende. Voorbeelden zijn het horen van stemmen die er niet zijn, het voelen van heftige pijn zonder dat letsel aanwijsbaar is, het onvermogen het huis te verlaten uit angst voor een dreiging die er niet is enzovoort. (Terwijl zij gemerkt heeft dat in veel gevallen de term "psychopathologie" als metafoor moet worden begrepen, ongeveer zoals men ook een staatsshuishouding als ziek kan betitelen. Dat neemt niet weg dat de term psychopathologie vaak een bruikbare beeldsprong is. Deze kwestie laat ik rusten). Kenmerkend voor psychopathologische ellende ten opzichte van "echte" ellende is natuurlijk niet dat psychopathologie "onecht" is of dat de lijdensdruk gering is. Integendeel, het verdriet en de inwiddering ten gevolge van psychopathologische problemen kunnen hartverscheurend zijn.

Kenmerkend voor psychopathologische ellende ten opzichte van "echte" ellende lijkt veeleer dat de narigheid waaronder betrokkene lijdt naar gebruikelijke maatstaven niet onvermijdelijk is, c.q. niet rationeel is. Opvalgend is dat één en ander niet wordt opgelost door zakelijke informatie te verstrekken: de mededeling dat spinnen ongevaarlijk zijn doet spinnenverre met verdwijnen, de mededeling dat er geen geluidsgeloven tijden toen de paranôïcus een stem hoorde, zal niet leiden tot verdwijnen van de paranoia. Van huidig belang is vooral dat psychopathologische processen mensen hinderen om hun leven op een voor hen bevredigende wijze in te richten. Neurotische angst, depressies, wonen e.d. onthemen mensen de mogelijkheid om te werken, lief te hebben of te spelen.

Terugdenkend aan wat zojuist werd gezegd over gezondheid als optimale ontplooiing of volledig welbevinden, vallen asymmetrieën in het cog. Terwijl we, zoals betoogd, nooit
weten of met bepaald gedrag een individu zich "optimaal" ontloopt. Is het wel mogelijk blokkades aan te geven waardoor ontlooping, welbevinden etc. beperkt wordt. Neurotische angst, psychotische wanen, obsessief ritualiseren zijn vrij eenvoudig als zodanig te identificeren en vormen ernstige belemmeringen voor de vrije ontwikkeling van de betrokkenen. "Optimaal" functioneren valt niet te identificeren; sub-optimaal functioneren ten gevolge van psychopathologisch lijden valt wi te lokaliseren.

Een tweede asymmetrie heeft betrekking op de genoemde onmogelijkheid om "behoren" uit "zijn" te deduceren. Wanneer we niet proberen om volledig geestelijk welbevinden, te beschrijven of te realiseren maar alswe, bescheiden, trachten geestelijke ongezondheid te identificeren en te reduceren, dan is zedenmeesterel beter te vermijden. Bij de omschrijving of behandeling van psychopathologie heeft de wetenschapper zich niet uit te spreken over hoe de ander zijn leven in moet richteren. Interventies kunnen dienen om de betrokkene in staat te stellen om, ongehinderd door lerele angst, depressies, wanen etc. zijn leven zo in te richten zoals hij dat goeddunkt.

Wat ons bezig hield was de mogelijkheid van wetenschappelijke bemoeilijking met de geestelijke volksgezondheid. Dit onderwerp kan nu enigszins worden verduidelijkt. Langs wetenschappelijke weg kan geestelijke gezondheid noch ondubbelzinnig worden gedefinieerd, noch rechtstreeks worden nagestreefd. Wel echter kan getoetst worden dat sommige mensen ernstig geblokkeerd raken in hun vermogen zich te ontvolken. De psychopathologische nosologie geeft een staalkaart van dergelijke gemankeerde ontlooping. Voor zover de wetenschap de geestelijke gezondheid kan bevorderen,
gebeurt dat indirect, niet door het bevorderen van welzijn, doch door het reduceren van psychopathologie.
In het voorgaande verwees ik naar de WHO-definitie van gezondheid als, onder meer, volledig mentaal welbevinden. Die aanduiding roept associaties op met de hemei op aarde en de omschrijving leek daardoor naïef, zo niet hilarisch. Bij nadere inspectie echter is die aanduiding misschien zo dwaas nog niet. Misschien moet volledig welbevinden simpelweg begrepen worden als ideaal waarvan we op voorhand weten dat we het niet kunnen kennen en nooit zullen bereiken doch dat desondanks nagestreefd kan worden. Immers, al kennen we het ideaal niet, over de belemmeringen bij de realisering ervan weten we wel iets en aan die belemmeringen kunnen we wellicht iets doen. Geldt er niet iets vergelijkbaars voor ons wetenschappelijk onderzoek? Ook daarin de rationele dat we een ideaal, nl. het ideaal van volledige kennis, bereiken terwijl we er zeker van zijn de uiterste waarheid nooit te zullen kennen. Wel echter kunnen we onhoudbare theorieën als zodanig ontmaskeren en elimineren. Net zoals we de kennis van het wezen der Dingen nooit zullen bereiken en de waarheid enkel iets dichterbij brengen door de eliminatie van onwaarheid, zo kunnen we het onbereikbare "volledige welbevinden" wellicht iets minder ver brengen door redutie van overbodig lijden.
Zo zijn we aangekomen bij wat ik gaarne beschouw als het geëigende object van deze nieuwe wetenschappelijke tak van sport, de geestelijke gezondheidskunde. Het vak is geen solitaire onderneming; het is geen welzijnswetenschap. Het vak bestrijkt rationele gedrag dat de betrokkene doet lijden. Door onderzoek dient nagegaan te worden welke mechanismen ten grondslag liggen aan gestoord gedrag.
klinisch werk dient, waar mogelijk, het verkregen inzicht te worden toegepast. In het onderwijs moeten studenten vertrouwd worden gemaakt met de stand van wetenschap en de mogelijkheden deze toe te passen.

Graag ga ik iets dieper in op de bijdrage die Geestelijke Gezondheidskunde kan leveren aan het wetenschappelijk onderzoek. Ik zou dat willen doen door U een casus voor te leggen. Het betreft geen gevaarsbeschrijving van een patiënt, maar de casus betreft de stand van zaken op één onderzoeksgebied, te weten het onderzoek naar paniekstoornissen. Onderzoek naar paniek vormt één, en slechts één van de onderzoeksthema's van de vakgroep Geestelijke Gezondheidskunde.

Kenmerkend voor de paniekstoornis is het optreden van paniekaanvallen: episodes van plotseling heftige angst waarbij betrokkene vreest dood te gaan, flauw te vallen, krankzinnig te worden of dat andere rampen zich elk moment zullen voltrekken. De aanvallen gaan gepaard met o.m. duizeligheid, hartkloppingen, trillerigheid, wazig zien, vlagen van warmte. Bij sommigen treden de aanvallen alleen op wanneer betrokkenen zich in specifieke situaties bevinden. Dikwijls echter zijn de aanvallen niet situatief. De paniek slaat plots, onvoorspeld toe. Er is weinig voor nodig om in te zien hoezeer het levenspiezer vergald kan worden door de permanente dreiging van een nieuwe episode van radeloze angst. Begrijpelijkerwijs ontwikkelen veel patiënten een "anticipatieangst", ze zijn bang dat een nieuwe aanval optreedt. Onderzoekswestes liggen voor de hand. Hoe komt het dat sommige mensen paniekaanvallen hebben en, natuurlijk, wat is daaraan te doen?
Weinu, verklaringen van de paniekstoornis blijken op verschillende niveau's gegeven te kunnen worden. Een losse greep uit de recente bevindingen moge een indruk geven. Met kracht worden de laatste jaren biologische verklaringen van de paniekstoornis naar voren gebracht. Er zijn dan ook enkele gegevens die de vruchtbaarheid van biologische perspectieven steunen: zo is de kans dat een 2de lid van een tweeling paniekstoornis heeft indien het 1ste lid van de tweeling een paniekstoornis heeft, aanzienlijk groter indien het een eenige in plaats van een tweeelige tweeling betreft. Er zijn een serie aanwijzingen dat het noradrenerge systeem bij paniekpatiënten hyperreactief is. Clonidine reduceert de centrale noradrenerge transmissie en heeft in paniekpatiënten een sterker hypotensief effect dan in controle proefpersonen. Omgekeerd reageren paniekpatiënten heftiger op farmacologische stimulering van het NA systeem middels b.v. Yohimbine, interessant genoeg vonden wij recent dat gezonde studenten met de beste will van de wereld niet konden uitmaken of ze een placebo namden geslikt of 20 mg Yohimbine. Meer dan 90% van de paniekpatiënten wist dat binnen 30 minuten met zekerheid te zeggen. Ook farmacotherapeutische bevindingen steunen het idee dat paniekpatiënten in biologisch opzicht afwijken van controles. Zo zijn tetracyclische anti-depressiva, die direct of indirect inwerken op het NA systeem, vrij effectief bij de behandeling van paniek. Zeer gunstige effecten worden bereikt met de getrazoleerde benzodiapine Alprazolam. Slechts terzijde zijn gemeld dat de nevenwerkingen daarvan mij nogal ernstig voorkomen. Dit voor wat betreft biologische perspectieven op paniek.

Vanuit gedragstherapeutische kring is op het volgende gewezen. Paniekpatiënten rapporteren dat tijdens
paniekaanvallen diverse saillante lichamelijke gevoelens worden waargenomen en, meer nog, patiënten zeggen bang te zijn voor die lichamelijke symptomen. Er is geopperd door gedragstherapeuten, dat lichamelijke gevoelens meer zijn dan geïnterpreteerde. Paniekgiften zouden een fobische angst kunnen hebben voor specifieke lichamelijke gevoelens: waarneming van een specifieke sensatie zou leiden tot subjectieve angst en tot versterking van de optredende vreeswekkende lichamelijke gevoelens. Hoewel deze theorie nogal grof is geschetst kan iets worden gezegd over de empirische kredietwaardigheid. Allereerst werd zonnewaar dat inderdaad paniekgiften zeer specifiek interoceptieve angst hebben. In zekere zin, paniekgiften interoceptie lichamelijke signalen als voorbodes van catastrofes, zoals een hartaanvall. Het aanbieden van de gevreesde lichamelijke gevoelens, b.v. door isoproteronol, caffeine, natrium lactaat, CO2, Yohimbine etc. leidt in paniekgiften tot angst; in controle proefpersonen niet of nauwelijks. Dat stoot een nauwkeurig met een psychologische “interoceptieve angsttheorie”. Paniekgiften die voordat CO2 inhalatie goed worden geïnformeerd zijn nauwelijks meer bang. In zeer elegant onderzoek werd nep feedback (auditief) gegeven van een hertslagacceleratie aan “normalen” en aan paniekgiften. In “normalen” leiden de vermeende hertslagacceleratie niet tot angst en tot een (lichte) daling van de feitelijke hertslag frequentie. In paniekgiften daarentegen trad niet alleen angst op, doch ook een stijging van de feitelijke hertslag en bloeddruk. Een laatste bevinding van enige klinische relevantie is de behandeling met cognitieve therapie. De resultaten die gepubliceerd zijn lijken zeer goed. Tot zover de casus “paniekoordzoek”. Casuïstische
mededelingen bewijzen niets doch hebben een heuristische waarde. Wat suggerert de huidige casus? In de eerste plaats valt op dat zowel gedragswetenschappelijk- als biomedisch georiënteerde onderzoekers zich tegen hetzelfde fenomeen aanbemoelen. Het paniekonderzoek geeft voorbeelden van biomedische theorieën die leidden tot krachtige voorspellingen die uitsulpen en die niet goed gedragswetenschappelijk te verklaren zijn (ik denk b.v. aan het herkennen van Yohimbine door patiënten en niet door gezonde proefpersonen). Tevens echter zijn gedragswetenschappelijke bevindingen geraad waarmede die niet één, twee, drie tot biomedische premissen te herleiden zijn. (Er zijn b.v. terugverwezen naar de eerder genoemde bevinding dat auditive en nep-feedback van hartslagacceleratie vreeswekkend is voor paniekpatiënten maar niet voor controle proefpersonen). Dat er gedragseigenaardigheden zijn die wel met biologische - en niet in psychologische premissen te verklaren zijn is niets nieuws: te denken valt aan gedragsaberraties ten gevolge van hersentrauma's. Maar hoe zit dat omgekeerd: zijn er gedragingen die zich uitsluitend in psychologische - en niet in biologische termen laten verklaren? Het komt mij voor van niet. ik kan mij geen gedrag of bewustzijnstoestand voorstellen zonder neuronale basis. Zouden wij die basis kennen dan zouden we het gedrag kunnen verklaren en voorspellen. Zouden we de neuronale toestand creëren dan zou het gedrag optreden. Bij implicatie ziet men ik derhalve dat aan bijzonder gedrag een bijzonder biologisch substraat ten grondslag ligt. Ook al huldigt men, zoals de huidige spreker, zo'n enigszins reductionistisch standpunt, dan impliceert dat echter geen zins dat biopsychiatrische experimenteren vruchtaarder zal zijn dan gedragswetenschappelijk onderzoek. Dit kan verduidelijken
worden met een voorbeeld dat ik dankbaar ontleen aan de Britse filosoof Dennett. Schaakcomputers zijn ingewikkelde machines. Ontwerpers van hardware en software voor schaakcomputers weten zeer wel dat elke volgende zet van het apparaat volledig bepaald wordt door de fysieke toestand van de computer. Wie wil winnen van de computer, zal het gedrag van het ding moeten voorspellen. Zo'n op winnen en voorspellen beluste speler doet er onverstandig aan de momentane fysieke toestand van de machine in zijn overwegingen te betrekken. Dat is onverstandig omdat het apparaat daarvoor veel en veel te complex is. Nee, mensen die willen winnen van een goede schaakcomputer, en dat geldt ook voor computertechnici, die maken slechts een kans indien zij aan de computer bedoelingen en redeneringen toedichten. De computer "wil" winnen, hij "probeert" mij om de tuin te leiden, hij "denkt" dat ik hem niet in de gaten heb, etc. De moraliteit van dit voorbeeld is het volgende: of men gedrag wenst te verklaren in psychologische of in fysische termen hangt er niet vanaf of gedrag uiteindelijk een neurochemische basis heeft. Een pragmatisch standpunt lijkt produktiever: vanuit welk perspectief komen we tot de meeste interessante voorspellingen en tot de krachtigste manipulaties? Het is zeker niet op voorhand duidelijk dat fysische perspectieven het meest vruchtbaar zijn: dat geldt voor complexe schaakcomputers en dat geldt a fortiori voor normaal en abnormaal gedrag waarvan de bedrading nog zo ontzaggwekkend veel complexer is. Experimenteel psychopathologisch onderzoek wordt echter spannend wanneer biologische en psychologische perspectieven rechtstreeks vergeleken worden met betrekking tot hun voorspellende kracht. Vaak betreft dat laboratorium
onderzoek; soms is de inzet van zo’n krachtmeting de therapeuthische effecten van ingrepen. Een fraaie voorbeeld van dat laatste is een recente studie van Klosko et al. (1988) waarin de anti-paniek effecten werden vergeleken van wat de krachtigste farmacologische, respectievelijk psychologische strategieën lijken te zijn: Alprazolam respectievelijk cognitieve therapie. Wat helpt het beste? Deze strijd werd beslecht in het voordeel van de cognitieve therapie: 87% van de patiënten vrij van paniek met cognitieve therapie vs 50% met Alprazolam. Een studie is te weinig voor definitieve conclusies. Nieuw klinisch onderzoek wordt met spanning afgewacht.

De casus paniekonderzoek maakt nog iets duidelijk. Zowel het biologische als het gedragswetenschappelijk onderzoek heeft belangrijke klinische en maatschappelijke implicaties. De gevonden toepassingsmogelijkheden konden duidelijk worden doordat voorheen uitvoerig onderzoek werd verricht naar fundamentele, pre klinische kwesties. Onderzoekers op het terrein van de biologische psychiatrie en de leertheorie/cognitieve psychologie hebben iets om toe te passen. De oproep aan universitaire onderzoekers om hoge voornamelijk klinisch relevant onderzoek te doen is luid en natuurlijk moet zulk onderzoek ook gebeuren. Ik hecht eraan te waarschuwen tegen een premature, al te eenzijdige oriëntatie op toegepast onderzoek gericht op de oplossing van brandende maatschappelijke kwesties. We weten nog zo weinig. Laat ons de tijd nemen om kennis - mogelijk toepasbaar - te verwerven.

Met deze korte excursion naar het angstonderzoek trachtte ik allereerst te laten zien dat gecombineerd biologisch / psychologisch onderzoek belangrijk, spannend en leuk is. Tevens moge het angstonderzoek een voorbeeld hebben
gegeven van maatschappelijk en klinisch relevante, toepasbare inzichten die pas konden ontstaan door een geruime investering in fundamenteel psychologisch en farmacologisch onderzoek. Duidelijk werd dat onderzoekers soms opbotsten tegen het lichaam/geest probleem of zo Uwilt, het lichaam/geest mysterie. Met verwijzing naar Dennetts’ schaakcomputer werd betoogd dat een pragmatische opstelling hier vruchtbaar is.

De thema’s waaraan ik tot slot enige bespiegelingen wil wijden zijn de maatschappelijke relevantie van Geestelijke Gezondheidskunde, het onderwijs in de Geestelijke Gezondheidskunde en de relatie van Geestelijke Gezondheidskunde met andere disciplines. Wat eerder werd gezegd over het object en het onderzoek van de Geestelijke Gezondheidskunde heeft evidente implicaties voor de maatschappelijk relevantie van het vak, de aard van het onderwijs en de relatie met andere disciplines. Ik kan iets minder lang van stof worden.

Dames en heren, de voorafgaande bespiegelingen waren wellicht wat abstract. Misschien ontstond de indruk dat Geestelijke Gezondheidskunde gaat over iets dat ver verwijderd is van gewone mensen. Als die indruk werd gewekt is dat ten onrechte. Dit zij verduidelijkt met enige gegevens. Suicide behoort, niet alleen onder psychiatrische patiënten maar ook onder de jongere bevolking, tot één van de belangrijkste doodsoorzaken. Per jaar doen ongeveer 100.000 iemandogen een poging; ruim 2.000 beneemt zichzelf daadwerkelijk het leven. In Nederland kregen twee jaar terug, zo’n 600.000 mensen een uitkering op grond van volledige arbeidsongeschiktheid. Zo’n 160.000 daarvan krijgen hun uitke-
ring wegens een "psychische ziekte". Daarmee vormt "psychische ziekte" veruit de grootste van de 17 door de Gemeenschappelijke Medische Diensten (GMD's) onderscheiden diagnostische groepen op basis waarvan tot arbeidsongeschiktheid wordt besloten. De één na grootste diagnostische groep zijn de aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Het leeuwedeel van de uitkeringen hier wordt uitgekeerd in verband met "psychosomatische (rug)pijn", dat is pijn waarvoor geen anatomisch substraat aanwezig is. Met het betalen van uitkeringen aan rugpijnpatiënten is zeer veel geld gemoeid. Vanaf het moment dat de decaan mij het woord gaf tot nu, kostte, "psychosomatische", lage rugpijn alleen al de gemeenschap zo'n half miljoen gulden. Psychische ellende, gestoord gedrag gaat ons aan, al was het maar als belastingbetaal.

De verlening van hulp aan mensen met psychische problemen heeft zich in Nederland verzelfstandigd. Dat begon tussen de belde wereldoorlogen met de instelling van de Sociaal Psychiatrische Diensten, de Medisch Opvoedkundige Buro's en de Buro's voor Levens- en Gezinsvragen. Met de instellingen van psychotherapeutische instituten vijand na de tweede wereldoorlog, heeft die ontwikkeling doorgezet. De integratie van de vele voorzieningen heeft gecombineerd in de oprichting van de Regionale Instituten voor Geestelijke Gezondheidszorg, de RIAGG's. Het werk in de geestelijke gezondheidszorg waarvoor een hogere opleiding nodig wordt geacht, wordt vooral verricht door psychiaters, psychologen, pedagogen, maatschappelijk werkers en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Belangwekkend is de forse overlap die er is tussen de activiteiten die door vertegenwoordigers van verschillende disciplines worden verricht. Als niet wordt gelet
op inschaling of formele taakomschrijvingen, doch als men zich beperkt tot de feitelijke professionele werkzaamheden zal niet ontgaan dat er vervaging is opgetreden van de grenzen tussen de disciplines. De oorspronkelijke toverdeling naar professie, bijvoorbeeld van de psychiater als medicus en de psycholoog als testdeskundige, betekent nog maar weinig in hun huidige dagelijkse werkzaamheden. Beiden zijn nu diagnostisch en therapeutisch werkzaam op het hele gebied van gedragsproblemen in de geestelijke gezondheidszorg. Ook het wetenschappelijk onderzoek laat een dergelijke branche-vervaging zien. Onder de meest gerenommeerde leertheoretici en gedragstherapeuten bevinden zich nogal wat medici. Belangrijk biologisch-psychiatrisch werk wordt verricht door psychologen.

Genoemde verzetstandig en vervaging van grenzen tussen professies suggereert de levensvatbaarheid van een eigensoortige universitaire studie. Dit is overigens geen nieuwe gedachte. Zo pleitte Baan in de zestiger jaren al voor een ontkoppeling van de opleiding tot psychiater van de algemeen geneeskundige studie.

De situatie in de geestelijke gezondheidszorg is op een aantal punten vergelijkbaar met het onderwijsbeleid en het bedrijfsleven. Ook daar waren vanouds de academici werkzaam met sterk onderscheiden opleidingen die niet duidelijk gerelateerd waren aan feitelijke activiteiten. Er ontstonden hier veldwetenschappen: onderwijskunde en bedrijfskunde. Kenmerkend voor zulke veldwetenschappen is dat niet één disciplinaire perspectief (b.v. onderwijspsychologie of bedrijfseconomie) het ordenend principe vormt. Het object van het vak wordt gedefinieerd door een groep samenhangende problemen. Het zijn de problemen die de
samenhang en organisatie bepalen; niet bepaalde aspecten zoals psychologische, economische of juridische. Wat gold voor onderwijkskunde en bedrijfskunde, geldt voor Geestelijke Gezondheidskunde. Het is een veldwetenschap van de geestelijke gezondheidszorg. Studenten bestuderen de problemen die de bestaansgrond vormen van de geestelijke gezondheidszorg: angsten, wanen, depressies, verslaving etc. Zoals voorgaande suggereerde is Geestelijke Gezondheidskunde geen welzijnswetenschap doch vormt het een academische studie met gedragsproblemen als object. De opleiding in de Geestelijke Gezondheidskunde is multidisciplinair. Als goede vuistregel geldt dat ongeveer 1/3 van de disciplinaire inbreng afkomstig is uit de bio-medische wetenschappen, ongeveer 1/3 uit de gedragswetenschappen en ongeveer 1/3 uit de socio-culturele wetenschappen. Tijdens de studie verdiept men zich in o.m. de klinische fenomenologie, diagnostiek, epidemiologie, etiologie en behandeling van gedragsstoornissen. Hoewel de opleiding goeddeels bestaat uit het verwerven van kennis, wordt ruime aandacht besteed aan het verwerven van praktische vaardigheden. Afgestudeerden wéten niet alleen wat, ze kunnen ook wat. Studenten zijn voorbereid op een beroepsuitoefening in de geestelijke gezondheidszorg. Ze kunnen aldaar als junior medewerker bijdragen aan o.m. begeleiding, behandeling, diagnostiek, preventie, evaluatie, onderzoek en programma-ontwikkeling. Afgestudeerden die kiezen voor werken in de patiëntenzorg zullen, evenals andere academici, naar verwachting een eerste periode als junior functioneren en onder supervisie staan van bijvoorbeeld een psycholoog of psychiater. Eens en ander zal kunnen gebeuren bij bijvoorbeeld RIAAGG's en in psychiatrische ziekenhuizen. Een aantal
studenten zal werkzaam kunnen zijn in meer fundamenteel onderzoek. Wat de kansen op werk zijn, vergeleken met afgestudeerden in andere richtingen van deze faculteit of vergeleken met afgestudeerden met verwante opleidingen, dat weten we nog niet; er zijn slechts enkele studenten afgestudeerd. De beste bijdrage die de wetenschappelijke staf alhier kan leveren is het aanbieden van een uitmuntend curriculum.

Wanneer het veldwetenschappelijk karakter van Geestelijke Gezondheidskunde voor ogen wordt gehouden, is de relatie met andere vakgebieden kort en eenvoudig te verhelderen. Studenten worden niet opgeleid in één discipline om deze dan in een latere fase van de studie, tijdens een specialisatie, toe te passen op een bepaald gebied. Studenten bestuderen problemen en maken daarbij dankbaar gebruik van het intellectuele erfgoed van eerdere generaties en van andere disciplines. Sommige leertheorie, soms de klinische psychiatrie, soms epidemiologie, soms psychofysiologie, etc. Geestelijke Gezondheidskunde is dus geen klinische psychologie en ook geen verkrapte klinische psychologie, zoals wel eens is geopperd, natuurlijk wordt geprofiteerd van veel van het goede dat de psychologie te bieden heeft; het zou dom zijn dat niet te doen. De verhouding van de opleiding Geestelijke Gezondheidskunde tot de opleiding (klinische) psychologie is echter niet anders dan de verhouding tussen bedrijfskunde en, pak weg, bedrijfsconomie.

Wij zijn gekomen aan het einde van deze les. Ik heb getracht ingreep, men mag wel zeggen, in zeer grove lijnen te schetsen wat het object is van Geestelijke Gezondheidskunde, waarom dat zo is, aan wat voor soort onderzoek de Geestelijke
Gezondheidskunde een bijdrage kan leveren, wat de maatschappelijke relevantie ervan is, hoe het onderwijs eruit ziet, c.q. zou moeten zien en hoe Geestelijke Gezondheidskunde gesitueerd is ten opzichte van verwante empirische wetenschappen.

Dames en heren studenten.

Een nieuwe afstudeerrichting als de onze heeft slechts recht van bestaan indien de opleiding zeer goed is. De opleidingsfaciliteiten waarover U in betrekkelijke vrijheid kunt beschikken, lijken me voortreffelijk, doch daarmee is lang niet alles gezegd. De kwaliteit van een opleiding immers is vooral afhankelijk van de inzet en werklust van de betrokkenen. Welnu, ik bengetroffen door Uw weetgierigheid, enthousiasme en de kundigheid van degene van U die inmiddels afstudeerden. Natuurlijk worden de mogelijkheden van universitaire vorming begrensd door de beperkte studiejaar die ons is toegestaan. Binnen die beperking, die ook voor andere opleidingen geldt, is er gegronde reden tot optimisme en zelfvertrouwen. Een aantal Uw geeft blijk van ware wetenschappelijke hartstocht en participeert in universitair onderzoek. Uw intelligentie, Uw onbevangenheid en vaak Uw bevoegdheid maakt intensief contact vruchtbaar en uiterst aangenaam. Ik hoop van U te blijven leren.

Dames en heren, leden van het College van Bestuur.

De voordracht voor de huldige leerstoel is een van de eerste die niet werd bekrachtigd door de Kroon doch door U. Ik ben aan U niet minder dank verschuldigd dan dat ik aan de
Koningin geweest zou zijn. Naar beste kunnen zal ik trachten het vertrouwen door U gesteld in mij en in de wijkheid van de voordracht door de Faculteit der Gezondheidswetenschappen niet te beschamen.

Dames en heren, leden van de vakgroep Geestelijke Gezondheidskunde.

U vormt een weinig bureaucratisch, om niet te zeggen een anarchistisch zoetje ongeregeld. Het is enkel dankzij Uw pira- tenoptreden dat het curriculum Geestelijke Gezondheidskunde zo sprankelend en goed werd en dat het op tijd klaar was. Voor dit wapenfeit verdient U groot respect. Nu het curriculum, althans een eerste versie ervan, af is en de hese adem van nieuwe jaargangen studenten niet meer in de nek gevoeld wordt, nu is de tijd daar onze "splendid isolation" enigszins te verbreken en om geregeld overleg te voeren met de faculteit waarvan Geestelijke Gezondheidskunde deel uitmaakt.

Dames en heren, leden van het onderzoekprogramma Experimentele Psychopathologie.

Binnen enkele jaren is een clubje in research geïnteresseerde gedragstherapeuten uitgegroeid tot het huidige Experimentele Psychopathologie, waar interdisciplinair, interfacultair onderzoek wordt verricht; onderzoek dat deels fundamenteel, deels toegepast is en dat een deels leertheoretische, deels cognitief psychologische, deels psychofysischle en deels biologisch psychiatrie signatuur heeft. Vooral door de niet aflatende stroom voortreffelijke publicaties
die U liet verschijnen, heeft Experimentele Psychopathologie een vooraanstaande internationale positie verworven. Binnen zo'n productieve groep te werken is stimulerend en plezierig. Niet alleen is veel goed werk verzet, er zijn goede gronden te geloven dat het beste nog moet komen. Het is een voorrecht leiding te mogen geven aan een dergelijk team.

Hooggeleerde Bremer, zeer geleerde Beekers, beste Joost en beste Max.

Jullie stonden aan de wieg van Geestelijke Gezondheikunde en Max, jij initieerde bovendien het onderzoekprogramma "Experimentele Psychopathologie". Het tot ontwikkeling brengen van een nieuwe afstudeerrichting en een nieuw onderzoekprogramma vereisde visie, daadkracht en bestuurlijk uithoudingsvermogen. Zonder dat was Experimentele Psychopathologie er niet geweest, was Geestelijke Gezondheikunde er niet geweest en waren wij hier nu niet verenigd. Jullie belden: weet je verzekerde van mijn erkentelijkheid.

Dames en heren overige aanwezigen.

Ook U ben ik erkentelijk: voor de belangstelling waarvan U door Uw aanwezigheid blijk gaf en voor het onderdrukken van openlijke tekenen van de vreugde die U ongetwijfeld tijdens deze oratie is overvallen. Laat ons dit samenzijn in informele steur voortzetten in het Trefcentrum. Maakt dat niemand
ermee gedaan is indien U het Trefcentrum in slagordeopstelling betreedt. Laat ons het glas heffen doch wacht U daarmee niet tot wij elkander de hand hebben geschud.

In het volle bezef van mijn feilbaarheid beëindig ik deze les.

Ik heb gezegd.