

Het jonge en het oude gezicht van de psychiatrie

P. Schnabel

De metafoer van de Januskop

Janus was in Rome de god van het goede begin, dat ook de verwachting van een goed einde met zich meedraagt. Hij was de god van de tijd en de bewaker van deuren en poorten. Traditioneel wordt hij voorgesteld als een man met een jong gezicht aan de ene en een oud gezicht aan de andere kant. Het verhaal is vergeten, het beeld is gebleven en heeft op zichzelf betekenis gekregen. De Januskop is geleidelijk het symbool geworden van tweezijdigheid en tweeslachtigheid, van ambiguïteit en ambivalentie ook.

Het oorspronkelijke beeld van de Januskop past ten dele nog wel bij de psychiatrie van nu. Aan de ene kant is er het oude gezicht van een psychiatrie, die de zorg heeft voor mensen die zich door hun gedrag niet kunnen handhaven in de samenleving, aan de andere kant is er het jonge gezicht van de wetenschap die wil weten wat er precies met die mensen aan de hand is en of daar iets aan gedaan kan worden. Het oude gezicht vertegenwoordigt de psychiatrie zoals die al sinds de Middeleeuwen in het Westen bestaat en nog altijd zijn weerslag vindt in het idee van de opname die tegelijkertijd een opsluiting inhoudt.

Het jonge gezicht staat voor de in de negentiende eeuw begonnen pogingen de psychiatrie een empirisch-wetenschappelijke basis te geven. Bij het jonge gezicht past de oriëntatie op storend en gestoord gedrag als uiting van een ziekte, die in principe gevoelig is voor behandeling. Bij het oude gezicht gaat het om de bejegening van mensen die als 'gekken' of in de woorden van het jonge gezicht, als patiënten, beschouwd kunnen worden. Het jonge gezicht gaat af op de oorzaak, het oude gezicht gaat om met het gevolg. In die zin staan ze niet los van elkaar en komen ze voort uit dezelfde bron: de noodzaak iets te doen met mensen die in hun gedrag onbeïnvloedbaar gestoord en ongewild storend zijn. Het verschil in blikrichting van de beide kanten van de psychiatrische Januskop, het verschil in de aard van de belangstelling en in zekere mate zelfs van het object – het individu of het brein – is dan weer symbolisch voor de moderne betekenis van de Januskop als uitdrukking van tweeslachtigheid.

De vier gezichten van de psychiatrie

De echte tragiek van de Januskop is dat de gezichten elkaar niet kunnen zien en ook elk een andere richting uitkijken. De deuren van de tempel van Janus staan ook diametraal tegenover elkaar. Het verschil in blikrichting en de blindheid voor elkaar is een beeld dat ook opgaat voor de verhouding tussen wetenschap en praktijk in de psychiatrie. De bijna hermetische scheiding tussen het asiel van de negentiende eeuw en de eerste universiteitsklinieken lijkt alleen nog maar definitiever geworden te zijn in de scheiding tussen het biologisch psychiatrische laboratoriumonderzoek en de bijna sociaal psychiatrisch geworden klinische praktijk. De zorg voor psychiatrische patiënten richt zich vooral op de organisatie van het dagelijkse leven, een thema dat in het wetenschappelijk onderzoek bijna marginaal is. De zieke verdwijnt daar achter de ziekte, maar je zou met evenveel recht kunnen zeggen dat uit het leven van de patiënt alleen dat uitgelicht wordt, wat als ziekte beschouwd kan worden.

Toch is het beeld inmiddels rijker en complexer geworden. Wetenschap en praktijk zijn in een aantal opzichten geen volledig gescheiden werelden meer. Anders dan het Janusbeeld in de Romeinse tempel beschikken de twee gezichten van de psychiatrie nu immers over spiegels, die ze elkaar kunnen voorhouden en waarmee ze elkaar en zichzelf kunnen zien. De waarneming, reflectief en reflexief, roept reacties op, het begin van een systematische beïnvloeding over en weer. De wetenschap zorgt ervoor in het gezichtsveld van de praktijk te komen, de praktijk schuift in het gezichtsveld van de wetenschap. De Januskop krijgt er als het ware nog twee gezichten bij, het niet meer zo jeugdige gezicht van de vermaatschappelijkte wetenschap en het zorgelijke, maar nog niet oude gezicht van de verwetenschappelijkte praktijk.

Wat zijn die spiegels van de psychiatrie en wie houdt ze omhoog? Met 'de psychiatrie' worden hier zowel mensen (hulpverleners, patiënten, onderzoekers) en instellingen (psychiatrische ziekenhuizen, RIAGGs) als wetten, tijdschriften, boeken en activiteiten bedoeld. In vrij korte tijd, enkele decennia, is het druk geworden in en om de psychiatrie. De deuren van de tempel – die bij Janus alleen in tijd van vrede gesloten waren – zijn open gegaan en de psychiatrie is in discussie gekomen. Soms betekende dat ook echt oorlog, maar inmiddels kan de strijd meestal beperkt blijven tot een min of meer fundamenteel debat over de verhouding tussen de maatschappelijke en humanitaire opdracht van de psychiatrie enerzijds en de mogelijkheden op basis van kennis en inzicht daadwerkelijk hulp te verlenen anderzijds. De psychiatrie krijgt de eigen pretenties en de eigen praktijk afwisselend en door verschillende partijen voorgehouden.

Van een vergeten hoekje – en een hoekje van vergetelheid – is de psychiatrie tot een gebied geworden, waar overheid, beroepsgroepen, belangenbehartigers, onderzoekers en journalisten proberen hun eigen agenda's gerealiseerd te krijgen. Ten dele is dat een gevecht om de macht, voor een groter deel is het een strijd om meer invloed en altijd is het ook een discussie over waarden

en normen. Wat is goed voor de psychiatrie, wat is goede psychiatrie, is psychiatrie goed?

Die vragen zijn fundamenteel, maar ze worden pas belangrijk, naarmate de psychiatrie zelf maatschappelijk belangrijker wordt gevonden. Dat is het geval, zoals in Nederland zowel uit de intensieve overheidsbemoeienis van de laatste 20 jaar als uit de snelle groei van de hulpvraag blijkt. Dat heeft er ook toe geleid, dat de psychiatrie als praktijk en als wetenschap minder aan zichzelf wordt overgelaten. De praktijk zal zich steeds weer moeten bewijzen en dat vraagt zowel voor- als achteraf om een verantwoording van het handelen en de keuzes die gemaakt worden. Het is nog niet zo lang geleden dat de praktijk van de psychiatrie vrijwel uitsluitend bepaald werd door politieke wil, positionele macht, professioneel gezag, religieuze traditie en bovenal gebrek aan geld. Psychiatrie heeft nog steeds een rol in het systeem van sociale controle, maar de controleerbaarheid van het psychiatrisch handelen zelf wordt nu maatschappelijk minstens zo belangrijk gevonden. De sociale controle-functie vraagt om wetgeving (daar is in de 19e eeuw al voor het eerst voor gezorgd), de maatschappelijke controleerbaarheid leidt tot een voortdurende behoefte aan onderzoek.

Epidemiologie en zorgonderzoek maken een betere planning en organisatie van de voorzieningen mogelijk, de classificatie van diagnoses en de ontwikkeling van behandelingsprotocollen een betere behandeling van patiënten. In follow-up-, evaluatie- en satisfactieonderzoek tenslotte wordt de praktijk getoetst op de verhouding tussen doelstellingen, middelen en resultaten. Van grote theoretische ontwerpen is geen sprake meer, wel van de ontwikkeling van een praktijk die systematisch voorbereid, ontwikkeld, uitgevoerd en beoordeeld wordt. Daarvoor zijn methodologieën beschikbaar gekomen, die tot een rationalisering van de praktijk hebben geleid. Het gaat daarbij niet om de praktische toepassing van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, maar om een verwetenschappelijking van de praktijk zelf. De waarden en de normen van de wetenschap zijn in de alledaagse wereld van de psychiatrische praktijk doorgedrongen en daarmee ook in het leven van de patiënten.

Omgekeerd dringen de waarden en belangen van de praktijk ook door in de wetenschap. Er zijn nieuwe vormen van onderzoek en nieuwe methodologieën ontstaan met geen andere bedoeling dan een antwoord te kunnen geven op de vragen van de praktijk. Maar ook in de wereld van de wetenschap, die het fundamentele onderzoek naar de oorzaak, ontwikkeling en beïnvloedbaarheid van psychische stoornissen tot onderwerp heeft, bepalen in toenemende mate wetenschapsexterne factoren waar het onderzoek zich op zal richten. De grote aandacht in de Amerikaanse biologische psychiatrie voor het probleem van de agressie is een direct gevolg van de problemen die juist de Amerikaanse samenleving heeft met de beteugeling van individueel geweld. In Nederland richt de aandacht zich meer op wat het ongeluk van de patiënten zelf bepaalt: angst, depressie, verwardheid. In de hele Westerse wereld zou dementie zonder het maatschappelijke probleem van de dubbele vergrijzing nauwelijks een interessant thema van onderzoek gevonden wor-

den en achter de vraag naar de verbreiding van psychische stoornissen onder de bevolking liggen antwoorden op het gebied van de planning en financiering van voorzieningen maar nauwelijks verborgen. De aanbeveling in het *Advies Chronische Aandoeningen; prioriteiten voor onderzoek* (1991) van de Raad voor het Gezondheidsonderzoek veel hogere prioriteit toe te kennen aan het onderzoek naar in het bijzonder de psychiatrische aandoeningen spruit niet alleen voort uit een puur wetenschappelijke fascinatie met het raadsel van de psychische stoornissen, maar wordt ook ingegeven door bezorgdheid over de hoge prevalentie en incidentie en de daaruit voortvloeiende kosten voor de samenleving.

De sterkere wisselwerking tussen wetenschap en praktijk betekent niet dat de voorzijde van de Januskop nu hetzelfde gezicht vertoont als de achterzijde. De Januskop krijgt er eerder twee nieuwe gezichten bij, getekend door de wisselende combinaties van wetenschap en praktijk. Vooral in West-Europa en Noord-Amerika zijn dat de dominante gezichten aan het worden. In Nederland meer de verwetenschappelijkte praktijk, naast de nog bijna onveranderde praktijk van het oude gezicht en een zeer bescheiden plaats voor het jonge gezicht van de wetenschap. In de Verenigde Staten lijkt het accent toch meer te liggen op de vermaatschappelijkte wetenschap en de wetenschap in het algemeen. De trekken van het jonge gezicht van de vrolijke wetenschap domineren daar boven de plooiën en lijnen van een oude praktijk.

Is er een psychiatrie met één gezicht mogelijk?

Zal de psychiatrie ooit één gezicht kennen, dat wil zeggen ooit een praktijk worden die in het directe verlengde van de, ja zelfs van één wetenschap ligt? Het jonge gezicht van de wetenschap zou de praktijk zeker ook een jong gezicht kunnen geven, wanneer en voorzover het gaat om stoornissen waaraan een 'eenvoudige' oorzaak ten grondslag ligt. Als de psychiatrie echt en alleen biologisch zou worden, zou in een heel andere vorm dezelfde situatie kunnen ontstaan die de psychoanalyse zo uniek maakt: de eenheid van theorie, methode en praktijk. De prijs die daarvoor betaald moet worden is dan echter minstens zo hoog. De psychoanalyse verloor al onmiddellijk de verbinding met de belangrijkste en ernstigste psychische stoornissen. Freud was zich daarvan bewust, maar vond het geen probleem. Latere pogingen om de psychoanalyse tot uitgangspunt van de psychiatrische praktijk te maken, zijn dramatisch mislukt. Om de eenheid van theorie, methode en praktijk te kunnen handhaven, heeft de psychoanalyse in zijn klassieke vorm de wereld van de 'patiënten' vrijwel moeten opgeven.

Een puur biologische psychiatrie zal er rekening mee moeten houden bij succes vrijwel geheel te zullen opgaan in de verschillende somatische specialisaties, die een claim op de geïdentificeerde oorzaak van een bepaald symptoom of een bepaalde stoornis kunnen leggen. Dat is al met epilepsie, zwakzinnigheid en dementia paralytica gebeurd en daar zal het niet bij blijven. Het jonge gezicht van de wetenschap is voor de psychiatrie in principe ook een gevaarlijk gezicht: als de opdracht lukt, is dat het einde van de psychiatrie. De

psychiatrie is altijd de wetenschap van de onopgeloste raadsels en de wanhoop geweest en de praktijk van de psychiatrie ontleent juist aan die combinatie voor de psychiater ook een belangrijk deel van haar aantrekkingskracht. De causaliteitsvraag is nog maar zo beperkt beantwoord en de wanhoop is door effectieve interventies nog maar zo weinig definitief op te heffen, dat de scheiding tussen diagnostiek, behandeling en bejegening nog maar nauwelijks te maken is. Dat kan anders worden en als wetenschappers zijn psychiaters mede op zoek naar de oplossing van de raadsels en het opheffen van de wanhoop, maar als dat voor het hele spectrum van de psychiatrische aandoeningen lukt, is dat wel het einde van de psychiatrie als afzonderlijke praktijk.

Zover is het nog niet en zolang ook de biologische psychiatrie in de praktijk grotendeels beperkt blijft tot het voorschrijven van psychofarmaca, tot het verminderen van de wanhoop dus, blijft de afstand tot de wetenschap en haar toepassingsmogelijkheden ook op dat gebied aanzienlijk. Het gebruik van psychofarmaca is een praktijk, die gevoelig is voor verwetenschappelijking ("wat is voor wie in welke omstandigheden en bij welke dosering effectief?"), maar de ontwikkeling van psychofarmaca vertoont zelf nog zeer sterk de trekken van het jonge gezicht van een wetenschap, die in dit geval zelfs voor een belangrijk deel buiten de sfeer van de psychiatrie zelf ligt. Serendipiteit is tot nu toe kenmerkend geweest voor de doorbraken op het gebied van de psychofarmaca: bij toeval werd de werkzaamheid van een middel ter bestrijding van psychiatrische symptomatologie vastgesteld.

De praktijk van de psychiatrie, zoals we die nu kennen, zal nooit geheel door één wetenschap bepaald kunnen worden, omdat (of voor zolang) het werkelijke object van de psychiatrie als praktijk, de als patiënt gedefinieerde persoon, het karakter van een subject heeft. Dat subject valt nooit helemaal samen met zijn lichaam, zoals ook de hulpverlener als ten opzichte van de patiënt handelend subject nooit helemaal 'objectief' kan zijn. Hij is als persoon niet weg te denken en hetzelfde geldt voor de patiënt. Dat doet hun onderlinge relatie de grenzen van de wetenschap te buiten gaan en maakt het ook ondenkbaar dat die grenzen door één wetenschapsgebied bepaald zouden kunnen worden.

Is de hulpverlener een representant van het jonge gezicht van de psychiatrie, dan zal hij zeker proberen objectiviteit in de zin van oriëntatie op het ziekteaspect na te streven. Hij beperkt dan het subject-karakter van de patiënt evenals het subjectieve in zijn eigen relatie met de patiënt. Kiest hij voor het oude gezicht, dan zal hij in het beste geval proberen recht te doen aan de subjectiviteit van iedere afzonderlijke patiënt. Dat laatste is moeilijker dan het eerste en daarom zijn de resultaten meestal ook lelijker. Een falende subject-oriëntatie reduceert de patiënt onbedoeld en ongecontroleerd tot een object, zonder de instrumentele effectiviteit die bij de ziektebenadering hoort. Dat levert een treuriger resultaat op dan een falende object-oriëntatie, want dat is in zekere zin juist winst. Wanneer het niet lukt het karakter van een object-oriëntatie vast te houden (wat dus iets anders is dan het uitvoeren van een interventie die niet aanslaat), wordt de patiënt onbedoeld immers weer wat

meer subject en ook de hulpverlener laat, eveneens onbedoeld, wat meer van zichzelf zien. Dat hoeft niet tot goede behandelresultaten te leiden, maar het brengt de relatie in ieder geval meer in de sfeer van de alledaagse leefwereld. Het contact tussen hulpverlener en patiënt wordt daarmee zowel 'gewoner' als persoonlijker. Dat is beter te verdragen dan een relatie, die door de hulpverlener als intersubjectief wordt gezien en bedoeld, maar op dat punt in ieder geval in de beleving van de patiënt te kort schiet. Een groot deel van de klachten in de psychiatrie komt voort uit de beleving van patiënten te weinig als persoon en te veel als 'geval', als de oninteressante drager van een interessante stoornis, gezien te worden.

Biopsychosociaal en sociopsychobiologisch

Het jonge en het oude gezicht en de overgangen daartussen zijn metaforen voor respectievelijk de biopsychosociale en de sociopsychobiologische benadering. In de jonge biopsychosociale benadering gaat het om de keuze voor een ziektemodel, dat expliciet of impliciet uitgaat van het primaat van de biologie, die in verbinding met psychische en sociale factoren de conditie van de patiënt kan verklaren. Sociale factoren kunnen, zo is nu toch wel de algemene opvatting, iemand niet schizofreen maken, ook niet in verbinding met bepaalde psychische of biologische factoren. Het vermoeden is veel meer dat bepaalde biologische factoren op zichzelf een kans op een ontwikkeling in schizofrene richting met zich meebrengen, die onder invloed van bepaalde psychische en sociale factoren tot min of meer ernstige en herhaalde manifestaties van de stoornis leidt. De aard en de richting van het verband ligt vast, maar omdat de verhouding tussen de componenten niet vastligt en ook niet voorspeld kan worden (het gaat om een samenspel tussen factoren die buiten de historische tijd staan, factoren die hun neerslag hebben gevonden in de persoonlijke geschiedenis van het individu en factoren die actueel hun gelding doen blijken), is er inmiddels een sterke neiging ontstaan om niet te spreken in termen van een theorie van causaliteit of samenhang, maar van conditionaliteit en kans. Die theorie valt samen met het begrip 'kwetsbaarheid', waarmee eigenlijk niet meer gezegd wordt dan dat niet iedereen dezelfde kans heeft ernstig in de psychische problemen te komen. Tegelijkertijd kan kwetsbaarheid ook niet voorspeld worden, kwetsbaarheid manifesteert zich in haar gevolgen, niet eerder.

Het sociopsychobiologische model past bij het oude gezicht van de psychiatrie. Zo is de psychiatrie ontstaan, als een reactie op de waarneming van gedrag dat als oninvoelbaar, onbegrijpelijk, ongewild en onaanvaardbaar werd beleefd. De beleving is subtieler geworden – het gaat behalve om gedrag nu vooral ook om het eigen gevoel van de patiënt – en de reikwijdte van het aandachtsgebied ook veel groter. Niet alleen wat onaanvaardbaar is voor anderen, maar ook voor de betrokkene zelf is onderwerp van behandeling geworden. Hoe ruim het gebied van de psychiatrie of meer algemeen de geestelijke gezondheidszorg ook getrokken wordt, nog altijd ligt het begin van de psychiatrie in de alledaagse leefwereld, in wat mensen zeggen, in hoe zij zich

gedragen, in wat zij van elkaar zien en horen. Het menselijk oordeel is hier nog altijd het eerste en het laatste meetinstrument. De standaardisering van meetinstrumenten heeft eerder de betekenis van de individuele diagnosticus gerelativeerd dan de betekenis van de patiënt als handelende en pratende persoon.

De entree tot de psychiatrie is in essentie sociaal, gebeurt vanuit de leefwereld en is gebaseerd op het overtreden of het niet kunnen verwerklijken van belangrijke waarden en normen in de leefwereld. De benadering in de psychiatrie kan zowel sociaal als psychologisch of biologisch zijn, en dat ook tegelijkertijd. De praktijk is eclecticisch. De patiënt kan worden opgenomen in een speciaal voor patiënten gebouwde omgeving, hij zal daar in agogische termen benaderd en in psychologische termen besproken worden, in veel gevallen ook medicatie voorgeschreven en toegediend krijgen. Om de patiënt te kunnen begrijpen zal binnen het kader van de psychiatrie gebruik worden gemaakt van een biopsychosociaal interpretatiekader, dat het als het ware logisch maakt dat deze patiënt op dit moment in zijn leven uiteindelijk in de psychiatrie is terecht gekomen. Het sociopsychobiologische model beschrijft hoe de patiënt in de psychiatrie terecht komt en wat er daar feitelijk met hem gebeurt, terwijl het biopsychosociale model de psychiater de instrumenten verschaft om te vertellen wat er met de patiënt aan de hand is en hoe hij patiënt kon worden. Het sociopsychobiologische model is daar veel minder geschikt voor, omdat het niet kan differentiëren tussen wie wel en niet psychiatrisch patiënt is geworden.

Binnen het biopsychosociale model kan wel in het kader van de behandeling en begeleiding van de patiënt voor een sociopsychobiologische aanpak worden gekozen. De prioriteit komt dan bijvoorbeeld te liggen bij de mobilisering van de steun van de sociale omgeving, de verbetering van het persoonlijk functioneren en de beheersing van de sociaal meest storende symptomen. Aan dat alles ligt geen theorie ten grondslag, maar een opvatting over wat ook voor een psychiatrische patiënt als een 'goed' leven beschouwd kan worden. Het behoort tot de waarden van de moderne alledaagse leefwereld dat er met het oog op herstel van de kans op een 'goed' leven ook hulp geboden wordt aan mensen wier kwetsbaarheid voor psychische aandoeningen inmiddels gebleken is. Dat geldt ook voor de patiënten, waartegen de samenleving zich in eerste instantie zelf wil beschermen, en zeker voor degenen van wie gebleken is dat ze op eigen kracht niet in staat zijn een 'goed' leven tot stand te brengen. Een groot deel van de zorg in de psychiatrie bestaat eruit met relatief beperkte middelen dit doel als zaakwaarnemer van de belangen van de patiënt tot stand te brengen. In de zorg voor chronische patiënten geldt het criterium van de behandelingskwaliteit dan ook minder dan het criterium van de bejegeningkwaliteit. Voor beide criteria gelden wel steeds hogere maatstaven, waarbij enerzijds een hogere effectiviteit van de behandeling gevraagd wordt en anderzijds verwacht wordt dat de illusie van volledige maatschappelijke participatie zo goed mogelijk wordt volgehouden. Een 'goed' leven hoeft niet alleen uitdrukking te zijn van eigen handelen, het kan ook het steeds bijgestelde resultaat van het handelen van anderen zijn.

Waarden in de psychiatrie en wetenschap in 'de samenleving

Verantwoordelijkheid voor en solidariteit met wie zich niet meer goed in het eigen leven en in de samenleving kan handhaven, maar ook zelfbescherming van de samenleving, vormen de basis voor de praktijk van de psychiatrie als maatschappelijk systeem. De psychiatrie is dienstbaar aan wat het samenleven op zich mogelijk maakt en de samenleving zijn orde geeft. Vertrouwen op professionaliteit en vertrouwen in de wetenschap vormen dan weer de basis voor de praktijk van de psychiater en de individuele hulpverlening. De patiënt moet erop kunnen rekenen dat de maatschappelijke opdracht van de psychiatrie zoveel mogelijk wordt uitgevoerd met zijn belang op het oog. De verbindende gedachte is dat het voor ieder mens van essentieel belang is 'er te mogen zijn' en 'er bij te mogen zijn', deel te hebben aan het leven en deel te zijn van andermans leven. De psychiatrie – en meer in het algemeen de geestelijke gezondheidszorg – moet de voorwaarden voor een 'goed' leven in deze zin weer of zelfs voor het eerst scheppen.

De psychiatrie heeft haar wortels, zowel wat de waarden als wat de praktijk betreft, in de alledaagse leefwereld, maar omdat de alledaagse leefwereld zich voor een belangrijk deel de waarden van de wetenschap en de wetenschap als waarde heeft eigen gemaakt, speelt de kennis die de psychiatrie zich als wetenschap heeft eigen gemaakt, ook een rol in de samenleving. De begrippen uit de nomenclatuur van psychiatrische stoornissen zijn deel gaan uitmaken van het gewone taalgebruik, gedrag en gevoel wordt geïnterpreteerd in het kader van theorieën die in de geestelijke gezondheidszorg opgeld doen. Het therapeutische gesprek is het model bij uitstek geworden voor het 'ernstige' gesprek en het overleg in situaties waarin afgezien wordt van het gebruik van macht.

De vraag of deze vormen van medicalisering en psychologisering toegejuicht of betreurd moeten worden, is hier minder interessant dan de vraag wat hiermee eigenlijk over de relatie tussen samenleving en psychiatrie tot uitdrukking wordt gebracht. De psychiatrie ontleent haar legitimatie voor een belangrijk deel aan de maatschappelijke acceptatie van het idee dat er goede – wetenschappelijke en maatschappelijke – argumenten zijn om (ernstige) psychische stoornissen als ziekten en de dragers daarvan als patiënten te beschouwen. Tegelijkertijd relativeert de psychiatrie het onderscheid tussen gezond en ziek, zoals omgekeerd de wankelende basis van het ziekteconcept in de psychiatrie ook weer het medische karakter van de psychiatrie relativeert.

De bereidheid van de samenleving zich mede te oriënteren op de inzichten van de psychiatrie, is een direct gevolg van het onvermogen van de samenleving de in algemene zin nog wel door bijna iedereen geaccepteerde waarden en normen ook een voor bijna iedereen aanvaardbare vorm en inhoud te geven. De daarvoor noodzakelijke consensus in de samenleving bestaat niet meer, maar uitgaande van het individuele niveau is er toch een basis voor gemeenschappelijkheid te vinden in de erkenning van de waarde van gezondheid en de aanvaarding van wetenschap als bron van waarheid, hoe relativistisch ook geformuleerd.

De psychiatrie heeft op deze gebieden zeker niet de sterkste papieren, maar het is toch opvallend hoe belangrijk het oordeel van de psychiatrie juist op het niveau van het individu wordt gevonden. Anders gezegd, naast de kwantitatief toch beperkte sociale controle-functie van de psychiatrie (de zorg voor wie in de samenleving niet te handhaven is) heeft de veel grotere en directere vraag naar herwinning van de zelfcontrole tot een enorme uitbreiding van het gebied van zorg geleid. Dat begint al bij de vrijwillige opname voor intramurale behandeling en loopt over de psychofarmacologie en de sociaalpsychiatrische begeleiding tot de vormen van psychotherapie en van 'gesprekken', die in de geestelijke gezondheidszorg bij uitstek de benadering zijn geworden, die in de vorm van zelfonderzoek helpen een maatschappelijk draagbare vorm van normaliteit te vinden. Die kan er in ieder individueel geval anders uitzien.

Als de deuren van de Janus-tempel openstonden – en dat was bijna altijd-, dan wisten de Romeinen dat er ergens aan de grenzen van hun onmetelijke rijk oorlog gevoerd werd. In de psychiatrie is het geen oorlog, maar als er één praktijk in de geneeskunde is, die bepaald wordt door het conflict van het individu met zichzelf en met de wereld, dan is het wel de psychiatrie. De metafoor eindigt in het besef dat het conflict in dit geval altijd in de tempel zelf tot een oplossing moet worden gebracht. De deuren hoeven daarbij ook niet dicht.