

I

Beginnen bij de beginselen

P. Schnabel en C.F.A. Milders

Het gewone leven wordt geregeld met de verkeersborden van de gekte, die waarschuwen voor gevaarlijke situaties. In de alledaagse omgang – meer dan op schrift – beschikken we daarvoor over een hele reeks uitdrukkingen, die klinken als clichés, maar in ieder individueel geval toch veelzeggend blijven. “Ik ben wel goed, maar niet gek”, “ben je nu helemaal gek geworden?”, “hij is niet goed bij zijn hoofd”. Het zijn zinsneden waarmee de ene spreker ten opzichte van de andere aangeeft, dat het gedrag dat nu vertoond of verlangd wordt, anders is dan wat redelijkerwijs als keuze in die situatie aanvaardbaar is of verwacht mag worden. Met redelijkerwijs wordt bedoeld dat in principe ieder ander tot hetzelfde oordeel of hetzelfde gedrag zou moeten kunnen komen. Namens al die anderen treedt de spreker op en houdt met zijn uitroep de andere partij voor, dat de grens van het normale en aanvaardbare bereikt is.

Het klinkt zo geformuleerd zwaarder dan het in werkelijkheid is. Het gemak echter waarmee in de dagelijkse omgang met het begrip ‘gek’ wordt omgesprongen, bevestigt eerder dan ontkent het belang van een voortdurende bewaking van wat normaal is, van wat voor iedereen vanzelfsprekend of minstens begrijpelijk en invoelbaar is. Door stellend of vragend aan te geven dat iets dat niet meer is, wordt eigenlijk zelfs pas duidelijk wat normaal is. Wij weten dat niet op voorhand, maar we herkennen de afwijking en de overtreding.

Blijft de herkenning achterwege, dan maken we of zelf geen deel uit van de betreffende gemeenschap of het gevoel een gemeenschap te zijn is zelf verdwenen. Zonder het begrip ‘gek’ kan geen gemeenschap bestaan en naarmate dit oordeel sneller en vanzelfsprekender uitgesproken wordt, is de gebondenheid in een gemeenschap sterker. Met billijkheid, juistheid of waarheid hoeft dat natuurlijk allemaal niets te maken te hebben, het gaat hier alleen om de dwingende kracht van de heersende normen en waarden, om het behoud van de rust van een geordend leven, dat gekenmerkt wordt door een zekere mate van voorspelbaarheid en vanzelfsprekendheid.

De klinische interpretatie van een begrip als ‘gek’ is ver verwijderd van het alledaagse gebruik, maar het verschil is eerder meetbaar dan principieel en dat is ook wat in de diagnostiek en classificatie van stoornissen een belang-

rijke rol speelt. Hoe lang duurt het afwijkende gedrag al, in hoeverre maakt het ook het 'normale' maatschappelijk en persoonlijk functioneren onmogelijk, luidt de betrokkene er ook zelf onder, is hij in staat ander en gewoner gedrag te vertonen? Ook in de psychiatrie wordt het beeld van het normale in belangrijke mate bepaald door de herkenning van wat niet als normaal beschouwd wordt. De bijzondere opdracht van de psychiatrie is na te gaan of de afwijking zodanig is, dat er van ziekte gesproken kan worden of in ieder geval van een situatie die ingrijpen zinvol en noodzakelijk maakt.

Het begin van de psychiatrie, historisch gezien, maar ook wat de praktijk betreft, ligt in de constatering van anderen dat er sprake is van ernstig en hinderlijk afwijkend gedrag, dat niet gecorrigeerd kan worden met behulp van de 'gekte'waarschuwingsborden van alledag. Het is vaak niet de patiënt zelf, die met deze constatering komt, het zijn vooral anderen, degenen met wie hij samen het leven en dus ook normen en waarden deelt: familie- en gezinsgenoten, vrienden, buren, collega's, hulpverleners in de eerste lijn. De taak van de psychiater begint, waar hun zich steeds vernieuwende gemeenschapscheppende mogelijkheden ten opzichte van de patiënt niet meer werkzaam blijken te zijn. Zachte waarschuwingen helpen niet, harde correcties hebben geen effect. Dat kan in laatste instantie tot sociale uitstoting van de patiënt leiden, maar in de meeste gevallen wordt toch eerst, zij het vaak pas laat, hulp gezocht om nu juist dat te verhinderen. In de loop van de tijd heeft de psychiatrie en meer algemeen de geestelijke gezondheidszorg er ook steeds meer naar gestreefd die hulp al te kunnen bieden voor het te laat is en alleen nog de opvang van de sociaal gemarginaliseerde patiënt mogelijk is.

De sociale en culturele bepaaldheid van haar object ondergaat de psychiatrie niet passief. De psychiatrie vertelt de samenleving op haar beurt ook welke vormen van gedrag onder welke omstandigheden als 'gek' beschouwd dienen te worden en wat de psychiatrie daar met welke middelen aan kan doen. Het uitgangspunt van de psychiatrie is dat 'gekte' wetenschappelijk benaderd kan worden en dat de interpretatie van 'gekte' als ziekte de beste kansen op een succesvolle behandeling biedt. Dat is minder vanzelfsprekend dan het nu lijkt. Het is nog geen twintig jaar geleden dat veel psychiaters zich liever als psychologen en psychotherapeuten dan als dokters zagen. De gedachte dat niet de patiënt, maar de samenleving ziek was, maakte dertig jaar geleden de nodige opgang.

Er zijn goede redenen om de voorkeur te geven aan de psychiater als dokter, aan het ziektemodel als uitgangspunt voor diagnose en behandeling, en aan wetenschappelijk onderzoek als de bron van psychiatrische kennis. Dit boek gaat daar voor een belangrijk deel over, maar het is tegelijkertijd beducht voor het gevaar dat wat hier een voorkeur wordt genoemd steeds meer als een noodzaak en zelfs als de enige mogelijkheid wordt voorgesteld. Die weg wordt al enigszins ingeslagen in het 'Concept Profielschets Psychiater', dat de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in 1994 heeft uitgebracht, maar is in de Verenigde Staten en in de internationale literatuur al sinds langere tijd de dominante richting. Steeds meer ook geven financiers van onderzoek en

hulpverlening de voorkeur aan een benadering die past in de algemene trend naar wat gepresenteerd kan worden als evidence based medicine. De verschillen tussen lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg lijken in die benadering alleen nog verschillen in object, omdat in beide gevallen een biomedische aanpak de beste weg naar een goed resultaat van de hulpverlening lijkt. Bij alle aandacht voor het 'brain' dreigt de psychiatrie zo de 'mind' te moeten en ook te willen vergeten, zo is in de Amerikaanse psychiatrie al verzucht. Ook in Nederland winnen de 'hersens' het van het 'hoofd'. De patiënt en zijn verhaal maken plaats voor de ziekte en het verhaal van de wetenschap.

Waarschijnlijk zijn de meeste psychiaters zich er nog wel van bewust, dat zij in de praktijk van hun werk in belangrijke mate worden beïnvloed en zelfs bepaald door factoren, die zelf niet medisch van aard zijn. Wetgeving ten aanzien van bijvoorbeeld gedwongen opnemingen wordt meer bepaald door opvattingen over burgerlijke vrijheidsrechten en de integriteit van de persoon dan door de aard van de psychische problematiek van de patiënt. Politieke keuzes bepalen welke financiële middelen voor welke voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg beschikbaar zullen komen. Maatschappelijke waarden en normen bepalen of er naar gestreefd zal worden patiënten zo lang mogelijk in de samenleving te houden of juist zo snel mogelijk te isoleren en te interneren. Voor welke problemen hulp nodig gevonden en ook gezocht zal worden, is net zo goed van waarden en normen afhankelijk als de aard en de inhoud van de hulp die geboden zal worden. De veranderingen in een wereldwijd geaccepteerd diagnostisch classificatiesysteem als de DSM zijn zeker niet alleen het gevolg van voortschrijdend wetenschappelijk inzicht, maar worden minstens zozeer bepaald door maatschappelijke veranderingen van opvatting over wat wel en wat niet als een psychische stoornis, als een teken van 'gekte', dient te worden beschouwd. Uiteraard wordt daar in Nederland ook weer wat anders over gedacht als in Spanje of Japan.

Psychiaters verschillen in hun waardering voor dit type invloeden. Wie vooral kiest voor het klassieke ziektemodel en voor natuurwetenschappelijk onderzoek zal meestal – maar niet altijd, zoals in dit boek nog zal blijken – geneigd zijn de sociale bepaaldheid van de psychiatrie als een hinderlijke vorm van externe beïnvloeding te zien, die door voortgaand natuurwetenschappelijk onderzoek en daaruit voortkomend beter inzicht in de biologische bepaaldheid van psychische problematiek op termijn uitgeschakeld kan en moet worden. De echte psychiatrie is een biologische psychiatrie, waarin de patiënt de drager is van een ziekte die voor een belangrijk deel ook weer langs biologische weg bestreden dient te worden. Een biopsychosociale benadering is er de garantie voor, dat in de behandelingspraktijk recht gedaan wordt aan de vervlochtenheid van stoornis, patiënt en omgeving, die het diagnostische beeld bepaalt.

Een heel ander beeld van de psychiatrie, de psychische problematiek en de patiënt ontstaat voor de psychiater, die uitgaat van de onvermijdelijke en noodzakelijke bepaaldheid van de psychiatrie door maatschappelijke invloe-

den. De identiteit van de psychiatrie wordt zowel wat de problematiek als wat de kennis en het handelen betreft in belangrijke mate bepaald door sociale en culturele factoren, en daarmee ook door de waarden en normen, die het menselijk leven zin geven en sturen. In dit sociopsychobiologische model staat betekenisverlening – en eventueel het falen daarvan – voorop en vandaaruit wordt gekeken naar de eventuele invloed daarop door psychologische en biologische determinanten. Het *ziekte*-model maakt hier plaats voor een *zieke*-model, waarin de persoon van de patiënt centraal komt te staan in relatie tot zijn sociale omgeving en zijn bijzondere levensgeschiedenis.

Het verschil tussen beide benaderingen valt niet simpelweg samen met het verschil tussen reductionisme en holisme. Het is meer een verschil in verwachting en ook hoop. Het ziektemodel is de belichaming van de verwachting dat het uiteindelijk mogelijk zal zijn psychische stoornissen objectief vast te stellen, zonder gebruik te maken van de persoon van de patiënt als bron van informatie. De hoop is dan natuurlijk dat ook de behandeling een objectief karakter zal kunnen krijgen en zich zal kunnen beperken tot de beïnvloeding van het biologisch substraat. In het zieke-model is de patiënt bij uitstek de bron van informatie, meer dan dat, hij is de gesprekspartner van de psychiater en zelfs wanneer de behandeling biologisch van karakter zal zijn, gebeurt dat in een interactioneel kader.

In het verleden heeft deze benadering niet ten onrechte wel het verwijt gekregen dat het hooggestemde ideaal in de praktijk toch vaak neerkwam op het negeren van evidente tekenen van ziekte en op het inzetten van een willekeurige behandelstrategie. Omgekeerd valt nu op hoe onder de noemer van een biopsychosociale aanpak feitelijk toch vaak weinig meer gedaan wordt dan het vaststellen van de meest relevant lijkende diagnostische categorie en het instellen van de patiënt op de daar weer het best bij passende medicatie.

In beide gevallen is sprake van een reductionistische benadering, die de patiënt tekort doet. Dit boek geeft in een aantal van de bijdragen aanzetten om de eigen keuze, biopsychosociaal zowel als sociopsychobiologisch, meer inhoud en een betere vorm te geven. Tegelijkertijd is het duidelijk dat een groot deel van de auteurs uitdrukkelijk ook meer aandacht vraagt voor de toch te weinig geziene mogelijkheden van een effectieve sociopsychobiologische aanpak. Men grijpt daarbij terug op wat in de geschiedenis van meer dan een eeuw psychiatrie waardevol is gebleven en doet tegelijkertijd geen afstand van de werkelijke verworvenheden van de moderne psychiatrie. Niemand is tegen de toepassing van psychofarmaca of wil de net verworven eenheid in diagnostisch taalgebruik weer teniet doen. Iedereen is voor meer wetenschappelijk onderzoek, biomedisch en anderszins, en accepteert veranderingen in de organisatie van de zorg of de versterking van de rechtspositie van de patiënt. Tegelijkertijd is er steeds het gevoel dat de psychiatrie meer is dan de som van deze delen en vooral dat de taak van de psychiater daar niet mee samenvalt. Meer kennis van de ziekte, de waarde van de wetenschappelijke inzet, leidt nog niet tot een beter contact met en behandeling van de zieke. Dan gaat het om waarden en om de wetenschappelijke reflectie op de waarden, zoals

die bestaan voor de patiënt, voor de omgeving van de patiënt en voor de hulpverlener.

In het tweede hoofdstuk pleit *Milders* voor het accepteren van het primaat van de waarden boven de wetenschap in de psychiatrie. De oorsprong van de psychiatrie ligt in de alledaagse leefwereld waar psychiater en patiënt beide deel van uitmaken en waarin de psychiater in sommige gevallen een bijzondere rol te vervullen krijgt. Gedrag dat voor de relevante betrokkenen bizar, onbegrijpelijk, angstaanjagend en oncorrigeerbaar is, wordt onder zijn aandacht gebracht en opnieuw geïnterpreteerd in het onvermijdelijk beperkte kader van de psychiatrische diagnostiek. Wat er aan de hand is en wat dat betekent, zal moeten worden vastgesteld in dialoog met de patiënt als persoon, met als doel het bereiken van 'restoration and healing'. Pogingen om de problematiek van de patiënt te ontdoen van hun biografische en persoonlijke elementen, als het ware te ontdoen van hun 'waarden-volle' karakter, leiden tot pseudowetenschap, omdat wat essentieel is als bijkomstig wordt gezien. Daaruit kan niets zinvols voortkomen, theoretisch noch praktisch. Naar het oordeel van *Milders* zijn de werkelijke vernieuwingen in de psychiatrie de laatste decennia dan ook niet afkomstig uit de laboratoria van het biologisch-psychiatrisch onderzoek, maar uit de bij de leefwereld van patiënten aansluitende benaderingen van de sociale psychiatrie, de psychiatrische epidemiologie en de psychotherapie.

Voor *Van den Hoofdakker* (hoofdstuk 6) is de overgang van een strikt biologische naar een meer sociopsychobiologische benadering – het begrip is al bij *Milders* te vinden – onderdeel van het eigen levensverhaal als onderzoeker en hulpverlener. *Van Tilburg* (hoofdstuk 3) beschrijft hoe de breedte van de benadering die hij als hulpverlener zoekt en nodig heeft in het contact met de patiënt, filosofisch en praktisch gefundeerd kan worden. *Pols* (hoofdstuk 4) laat zien hoe een verdere verbreding van de aandacht naar die patiënten die vooral verzorgd en nauwelijks nog behandeld worden, nog steeds aanknopingspunten biedt voor een verdere ontwikkeling van een beter aan patiënten aangepaste zorg. De etnografie van het dagelijks leven is een methodologie om in het alledaagse leven van de patiënt recht te doen aan de mogelijkheden van de patiënt. De patiënt wordt zo in zijn waarde gelaten en tegelijkertijd wordt wat voor hem waardevol is onderwerp van reflectie.

Bouhuys (hoofdstuk 7) gaat nog een stap verder met haar gedragsbiologische benadering. Uit haar onderzoek naar de betekenis van de non-verbale interactie tussen arts en patiënt blijkt duidelijk hoe belangrijk de mate van onderlinge afstemming in de interactie is voor het behandelresultaat. Een goede interactie wordt niet alleen door gedeelde waarden geleid, maar vertegenwoordigt ook zelf een waarde in de behandeling. *Giel* (hoofdstuk 11) behandelt hetzelfde thema, maar dan vertrekkend vanuit de andere kant van het spectrum. Verschillen in Expressed Emotion, de ten opzichte van de patiënt betoonde betrokkenheid van de sociale omgeving, voorspellen voor een deel het beloop van schizofrenie. In de Expressed Emotion komen de waarden van een cultuur en een samenleving tot uitdrukking. Het is het verschil daarin,

dat voor een belangrijk deel verklaart waarom een schizofrene patiënt in een land als India minder kans heeft op een ongunstig beloop van zijn ziekte dan in de Verenigde Staten. Bij die constatering hoeft het niet te blijven. De waarde die aan een goed beloop wordt toegekend, is ook in de Amerikaanse samenleving zo hoog, dat een bereidheid om in de interactie met de patiënt de vanzelfsprekendheden van de eigen cultuur te relativiseren, mag worden verondersteld.

Bleeker (hoofdstuk 10) werpt een nieuw perspectief op de sociale gebondenheid van de psychiatrie door aandacht te vragen voor de eigen problematiek van de vierde levensfase. Het aantal oude en zeer oude mensen neemt snel toe en hoewel velen van hen ook in psychische zin zeer hulpbehoevend zijn, is een ouderenpsychiatrie nog nauwelijks van de grond gekomen. Het vooroordeel van de samenleving tegen de ouderdom vindt in de psychiatrie zijn reflectie. Wie echter uitgaat van de problemen van de ouderdom zelf zal ontdekken dat er op dit gebied voor de psychiatrie heel nieuwe uitdagingen liggen. Wat aan de laatste fase van het leven mooi is, "openbaart zich niet gemakkelijk, dat komt pas tevoorschijn bij intensieve omgang met oude mensen". Dat is in andere woorden eigenlijk ook het pleidooi van Pols voor een toegepaste etnografie van het dagelijks leven van chronische en psychogeriatrische patiënten.

Met de gedachte dat er in de psychiatrie twee zielen 'in einer Brust' maar moeilijk kunnen samenleven, pakt *Van den Bosch* (hoofdstuk 5) het uitgangspunt van de beschouwing van *Milders* nog eens op. De twee zielen horen in de behandeling toch geïntegreerd te blijven, zoals ook de andere auteurs bepleiten, maar symboliseren toch twee principiële zeer verschillende benaderingen: een meer (empirisch)wetenschappelijke en een meer humanistische. Anders dan *Milders* legt *Van den Bosch* het primaat niet bij de alledaagse leefwereld en de daarin vigerende waarden, maar zonder te kiezen relativeert hij wel de wetenschappelijke pretenties van de klinische psychiatrie, die zich in feite veel minder los heeft weten te maken van de leefwereld dan ze zelf wil geloven. Die relativering is ook bij *Van Tilburg*, *Van den Hoofdakker* en *Giel* te vinden.

Waar de aandacht uitgaat naar de confrontatie tussen, maar ook de samenhang van waarden en wetenschap in de psychiatrie, ontstaat als vanzelf ook een bijzondere belangstelling voor de rol van de psychiater en de positie van de psychiatrische patiënt. Dat gebeurt al in de bijdrage van *Milders*, waarmee het boek opent, maar we vinden het ook terug in het pleidooi van *Van Tilburg* om de diagnostiek als dialoog tussen psychiater en patiënt te zien en de behandelrelatie ook in dat perspectief te plaatsen. Naast de 'eerste natuur' van de mens, bepaald door de wetmatigheden die voor empirisch onderzoek toegankelijk zijn, onderscheidt hij de 'tweede natuur', de mens als intentioneel en zingevend wezen in communicatie met anderen. Er is geen duidelijke en vaste grens tussen de beide gebieden en een van de problemen van de psychiatrie is nu juist om in gesprek met de patiënt een plan te ontwikkelen om de verstoorde verhouding tussen beide gebieden te herstellen. *Van Tilburg*

ziet hierin ook "de echte toepassing van het biopsychosociale model", de mens als "psychobiologisch te bestuderen organisme, maar ook als intentioneel ... wezen".

Kortmann (hoofdstuk 13) gaat nog een stap verder, wanneer hij in zijn bijdrage over de legitimiteit van bemoeizorg de psychiater ook in de gevallen waarin er nauwelijks meer een dialoog mogelijk is en de 'eerste natuur' lijkt te overheersen, de opdracht vindt hebben zich in zijn handelen te laten leiden door de vraag "hoe hij kan bijdragen aan het goede leven van de patiënt". Dat kan een vorm van paternalisme rechtvaardigen, waarbij het antwoord op de vraag hoever de psychiater met zijn bemoeienissen moet gaan de voorrang heeft boven de vraag hoever hij mag gaan. De psychiater kan niet met zekerheid weten wat het beste is voor deze patiënt, zeker niet als daar niet met de patiënt zelf goed over gesproken kan worden, maar hij heeft wel de plicht "om over het goede voor zijn patiënt na te denken en zoveel mogelijk hiernaar te handelen".

In verschillende bijdragen wordt ingegaan op de wetgeving, die in de laatste jaren de positie van de psychiatrische patiënt veranderd en versterkt heeft. *Legemaate* (hoofdstuk 12) constateert dat in de psychiatrie vaak met bevanging en bezorgdheid gereageerd wordt op de juridisering van de relatie tussen patiënt en hulpverlener. Uit zijn bijdrage wordt duidelijk dat de juridisering gezien kan worden als een uitdrukking van de wens, en daarmee ook als realisering van een belangrijke waarde, om de persoon van de patiënt niet helemaal met het psychische lijden te laten samenvallen. Zo veel en zo lang mogelijk blijft de patiënt burger en deel van de samenleving. Wetgeving codificeert waarden en wetgeving ten aanzien van psychiatrische patiënten is daarbij in het bijzonder interessant, omdat daar steeds de afweging gemaakt moet worden tussen de rechten van het individu en de belangen van de samenleving. De balans daartussen is nooit helemaal in evenwicht.

Bij alle aandacht voor de relatie tussen psychiater en patiënt mag toch niet vergeten worden, dat de psychiatrie zich voor een belangrijk deel afspeelt in een georganiseerd kader, waarbinnen in het beste geval ook nog ruimte is voor de individuele behandelrelatie. De psychiatrie heeft in de vorm van psychiatrische ziekenhuizen, beschermende woonvormen en psychogeriatrische verpleeghuizen een eigen alledaagse leefwereld geschapen, waarin het belang en de positie van de individuele patiënt steeds weer moet worden afgewogen tegen de mogelijkheden van de organisatie en de opdracht van de samenleving aan de geestelijke gezondheidszorg. Dat klinkt bij *Pols*, *Bleeker* en *Kortmann* al duidelijk door, maar *Bijker* (hoofdstuk 8) is degene die als ziekenhuisdirecteur een systematische beschrijving geeft van de specifieke plaats van de psychiater in de interne en externe zorgarena's. Veranderingen in de organisatie van de zorg komen voort uit veranderingen in opvattingen over wat een goede zorg en een aanvaardbare bejegening is. Die veranderingen worden sterk bepaald door de waarden die in de samenleving opgeld doen. De rol van de wetenschap is daarin beperkt en eerder het beleid volgend dan de weg wijzend.

Wie na de bijdrage van *Bijker* meteen het stuk van *Van Veldhuizen* (hoofdstuk 9) leest, krijgt een goed beeld van de wijze waarop in de toekomst de psychiater zijn rol zal moeten gaan spelen in het kader van een zich snel vernieuwende en vooral regionaal georiënteerde geestelijke gezondheidszorg. Opvallend is dat *Van Veldhuizen* het bij uitstek de opdracht van de psychiater in de toekomst vindt om vele 'zielen' in zijn persoon te verenigen. Hij moet thuis zijn in de verworvenheden van de biologische psychiatrie, maar ook in staat zijn aan te sluiten bij de leefwereld van de patiënt en besef hebben van de bijzondere rol van de psychiatrie in de samenleving. Ook voor hem is het duidelijk dat de psychiater vooral werkzaam zal zijn in het kader van een regionale organisatie.

In de literatuur is de complexiteit van de psychiatrische praktijk zelden een thema. Het beeld wordt overheerst door verslagen van onderzoek naar de etiologie en classificatie van psychische stoornissen, de effectiviteit van bepaalde interventies en de organisatie van het zorgsysteem. De werkelijkheid van het papier van de tijdschriften en de onderzoeksrapporten is daarmee een andere dan die van de psychiaters en de patiënten in de dagelijkse praktijk van de geestelijke gezondheidszorg. Dat wordt ook door niemand ontkend, maar het zou wel een miskennis van het eigen karakter van de praktijk zijn, wanneer de afstand tot de wetenschap als uitsluitend een vertalings- en toepassingsprobleem gezien zou worden. Natuurlijk maakt de praktijk waar mogelijk gebruik van de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek, maar inpassing van wetenschappelijke feiten in het waarden-volle proces van diagnostiek en behandeling, in de dialoog met een unieke patiënt dus, is meer dan alleen maar toepassing van wat de wetenschap aan kennis heeft opgeleverd.

De verwevenheid van waarden en wetenschap heeft vele gezichten en in die zin kan men spreken van de Januskop van de psychiatrie. In de verschillende hoofdstukken van dit boek komen steeds andere gelaatsuitdrukkingen naar voren. Bij *Schnabel*, die in het laatste hoofdstuk de ontwikkelingen onderzoekt die zich de laatste tijd in de relatie tussen wetenschap en praktijk in de psychiatrie voordoen, krijgt de Januskop zelfs vier gezichten! De stelling van dit boek is dat de verhouding tussen de wereld van de wetenschap en de wereld van de praktijk van de hulpverlening zoveel beter zou kunnen zijn, wanneer de wetenschap meer voeling zou houden met de praktijk en de praktijk ook meer als uitgangspunt voor onderzoek zou nemen. Dat betekent niet dat de praktijk meer object van onderzoek zou moeten zijn, maar dat het object van onderzoek meer bepaald zou moeten worden door wat in de praktijk belangrijk is. In laatste instantie komt dat neer op erkenning van het primaat van de waarden van de leefwereld van patiënten en hun hulpverleners.

De aanleiding voor het maken van dit boek vormt het afscheid van dr. Jan Pols als hoofd A-opleiding psychiatrie van het APZ Drenthe in Assen. In zijn proefschrift *Mythe en macht. Over de kritische psychiatrie van Thomas S. Szasz*

(1984) en in veel andere publicaties, waaronder de Trimboslezing *Zelfbeschikking in de psychiatrie* (1990) en beschouwingen in het Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid over een advies van de Gezondheidsraad over de geestelijke gezondheidszorg (1988) of de televisieuitzendingen over psychiatrie van Paul Witteman (1995), heeft hij als geen ander in Nederland aandacht gevraagd voor de vaak verborgen verstrengeling van wetenschap en waarden in de psychiatrie. Wat zich als wetenschap of als op wetenschap gebaseerde praktijk presenteerde, werd daarbij vaak ontmaskerd als vooral door waarden bepaald, terwijl wat zich als waarde voordeed vaak nauwelijks verholde uitoefening van macht bleek te zijn. De psychiatrie is voor hem bij uitstek een waardengebonden praktijk, waarin respect voor de autonomie van de patiënt de psychiater altijd weer tot zorgvuldigheid en terughoudendheid noopt. Dat klonk ook door in zijn opvattingen over de opleiding tot psychiater en in zijn meningsvorming als redacteur van het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid. Een aantal van zijn vrienden, collega's en leerlingen hebben zijn inspiratie en voorbeeld als uitgangspunt voor het thema van dit boek genomen.