

Wat verwacht de huisarts van de psychiater-psychotherapeut?*

DOOR K. G. BRÜHL, HUISARTS TE AMSTERDAM

Het is geen toeval dat het Nederlands Huisartsen Genootschap contact heeft gezocht met de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. De motieven die daartoe hebben geleid zijn echter, naar mijn ervaringen, in kringen buiten het Genootschap nog onvoldoende bekend. Op grond hiervan zou ik daarom eerst — in grote lijnen — een uiteenzetting willen geven van de gedachtenwereld binnen het Genootschap, aangezien het antwoord op de vraag „wat verwacht de huisarts van de psychiater-psychotherapeut?” pas tegen deze achtergrond begrijpelijk wordt.

Een kleine historische inleiding is hier op zijn plaats. In 1955 en 1956 bestond er onder ons geen communis opinio omtrent de problematiek van het huisartsenberoep, de functie van de huisarts en zijn plaats in de tegenwoordige en toekomstige maatschappij. De initiatiefnemers tot oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap waren vogels van diverse pluimage, die verschillende belangstelling hadden en verschillende denkrichtingen vertegenwoordigden. Zij stelden aan een studiegenootschap eisen, die moeilijk onder één noemer waren te brengen. De een achtte de taak van een Genootschap in hoofdzaak te liggen in het wetenschappelijk onderzoek, de ander in het geven van voorlichting en nascholing en een derde in het propageren van uniforme registratie en van efficiënte praktijkvoering. Sommigen dachten in orthodox-somatische termen, anderen meer psychosomatisch en weer anderen sociopsychosomatisch. Deze denkrichtingen leidden tot verschillende visies op de ontwikkeling van het beroep van de huisarts.

De discussies rond de doelstelling van het op te richten Genootschap hebben derhalve lange tijd in beslag genomen. Einde 1956 werd het Nederlands Huisartsen Genootschap opgericht met een doelstelling, die geen onzer bevredigde. Niettemin wekte het initiatief een groot enthousiasme en een groot aantal huisartsen meldde zich aan. Thans telt het Genootschap ruim 800 leden.

Eerst na verdere bezinning is het gelukt een doelstelling te formuleren, die voorlopig bevredigend lijkt. Deze doelstelling luidt: „Het Nederlands Huisartsen Genootschap stelt zich ten doel het bevorderen van de huisartsengeneeskunst en het richting geven aan de ontwikkeling daarvan op wetenschappelijk verantwoorde wijze”. In deze doelstelling vallen twee dingen op. In de eerste plaats dat er een huisartsengeneeskunst bestaat — wij menen dat

deze geneeskunst iets eigens heeft en zich onderscheidt van de geneeskunst van anderen — in de tweede plaats geven wij te kennen dat deze geneeskunst aan verandering onderhevig is.

Waardoor verandert onze geneeskunst? Ons handelen wordt niet alleen bepaald door onszelf maar meer nog door de patiënt, die, door zijn problemen aan ons voor te leggen, ons dwingt daarop antwoord te geven. Als voorbeelden wil ik noemen dat de relatieve veroudering van de bevolking ons stelt tegenover frequenter oudedagsbezwaren, en dat het gemakkelijk behandelbaar worden van acute infectieziekten heeft gemaakt dat wij meer te maken hebben gekregen met chronische ziekten, degeneraties en defecten. In de maatschappij hebben massalisering en industrialisatie, begeleid door een voortschrijdende ontkerstening, veroorzaakt, dat het individu aan spanningen wordt blootgesteld die vaker dan voorheen, tot ontsporingen in zijn maatschappelijk en in zijn gezinsleven kunnen leiden. De ontwikkeling van onze geneeskunst wordt dus bepaald door de aard van de problemen van onze patiënten.

Het Genootschap stelt zich nu onder meer tot taak door onderzoek de veranderingen te volgen in deze problemen en, door wensen te uiten ten aanzien van de opleiding van de huisarts en het geven van voorlichting en nascholing, de gevestigde huisarts adequaat aan te passen aan de behoefte, die er onder zijn patiënten bestaat.

Indien de huisarts pretendeert een eigen geneeskunst te beoefenen, waaruit bestaat die geneeskunst dan? Het Genootschap ziet de functie van de huisarts als: „Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van individuele mensen en gezinnen die zich aan hem toevertrouwen”.

Het valt in deze definitie op, dat wordt gesproken van een zorg voor de gezondheid. Gezondheid moet hier worden opgevat in de betekenis, door de World Health Organization aan dit woord verbonden, namelijk lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden. Deze zorg voor de gezondheid wordt door ons nog nader omschreven als „het opheffen, in hun uitwerking beperken en, waar mogelijk, voorkomen van stoornissen in de individuele of gezinsgezondheid”. De werkzaamheden van de huisarts beperken zich dus niet meer alleen tot het curatieve vlak, doch hij heeft ook bemoeiingen op revaliderend en preventief gebied. De zorg voor de gezondheid van individuele mensen en gezinnen legt de nadruk op het karakter van de huisarts als gezinsarts.

* Naar een voordracht voor de Ned. Ver. voor Psychotherapie op 26 maart 1960.

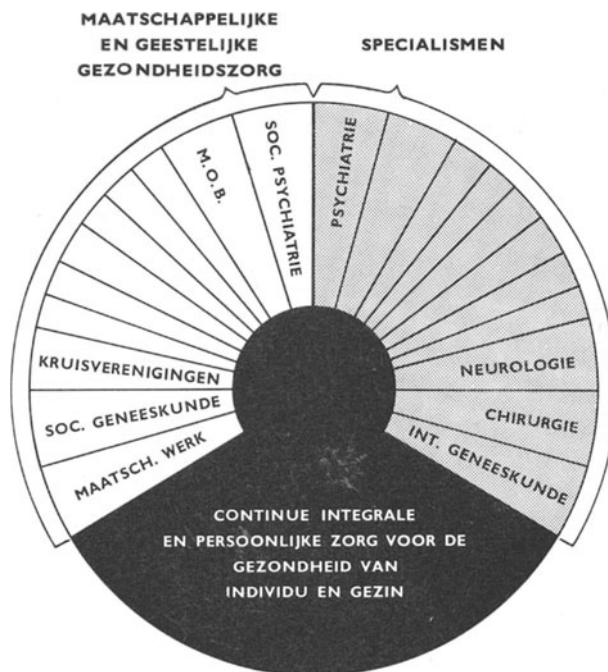
In de definitie wordt verder met nadruk vermeld, dat de zorg zich uitstrekt tot diegenen, die zich aan de huisarts toevertrouwen. Niet alleen vrijheid van artskenkeuze en het vertrouwenskarakter van band tussen huisarts en patiënt, doch ook de vrijheid van de mens zich al of niet onder behandeling te stellen, vindt hierin haar erkenning.

Komt in het voorgestelde tot uiting, dat de huisarts gezinsarts is en mag dit reeds als een karakteristicum gelden, dat hem in het algemeen onderscheidt van andere geneeskundigen, in het continue van de zorg voor de gezondheid wordt een eigenschap genoemd, welke de huisarts met geen enkele medicus deelt. Dat deze zorg voor de gezondheid van een individueel mensenleven of een gezin nu in feite door eenzelfde huisarts of door een opeenvolging van huisartsen wordt uitgeoefend doet niets af aan het continue karakter van deze zorg. De zorg van de huisarts strekt zich uit vanaf de conceptie tot de dood. Het continue karakter van de zorg van de huisarts is ook essentieel verschillend van het tijdelijke en het intermitterende karakter van de specialistische zorg, daar de meeste mensen slechts incidenteel en sommigen zelfs nooit met een specialist in aanraking komen.

In de definitie valt verder op het woord integraal, integrale zorg voor de gezondheid. Bij de betekenis, die wordt gehecht aan het woord gezondheid, lijkt de aanduiding integraal wellicht overbodig, doch de angst niet te worden begrepen heeft ons er toe gebracht dit rudiment uit onze oudere opvattingen omtrent ziekte en gezondheid voorlopig te handhaven.

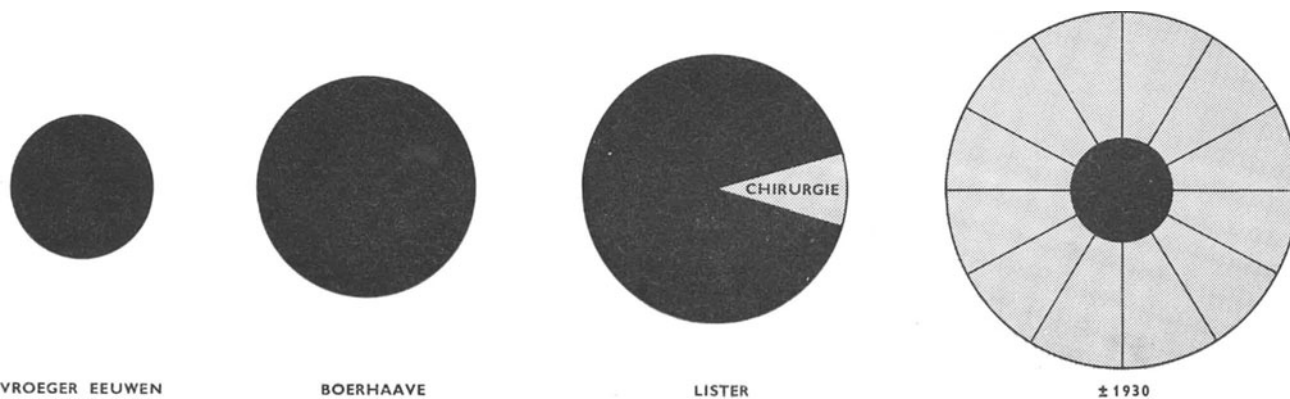
Verder moet worden onderstreept dat verantwoordelijkheid voor een continue gezondheidszorg voor de huisarts betekent continuïteit in deze verantwoordelijkheid. Dit houdt in, dat de huisarts nooit geheel en al van zijn verantwoordelijkheid is ontslagen, dus nooit geheel afzijdig staat, ook niet wanneer hij een patiënt tijdelijk naar een specialist heeft verwezen. Verantwoordelijkheid voor een integrale zorg betekent ook, dat de huisarts bewust moet streven naar coördinatie en integratie van de zorgen, die anderen aan de patiënt besteden: specialisten en instanties op gezondheidsgebied.

Tot slot een verklaring van het woord persoonlijk in



1960

onze definitie. Dit woord kan op tweeërlei wijze worden verstaan. Het kan worden betrokken op de persoonlijkheid van de patiënt, die in zijn totaliteit en in zijn eenmaligheid moet worden gezien, maar het kan ook doelen op de persoonlijkheid van de huisarts. In deze laatste betekenis wordt met persoonlijke zorg voor de patiënt bedoeld, dat de huisarts zich hiervoor persoonlijk verantwoordelijk voelt. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt met onpersoonlijke, neutrale, institutionele zorg. Iedereen is overtuigd dat de persoonlijke betrekking, de relatie arts-patiënt in de huisartsenpraktijk, groter betekenis heeft dan in de specialistische praktijk. Het continue karakter in deze relatie arts-patiënt draagt daartoe bij. Het leggen van deze band en het hanteren van deze relatie zou wel eens een van de meest essentiële taken van de huisarts kunnen zijn. Nu iets over de positie van de huisarts en zijn aandeel in de gezondheidszorg. Daartoe moge ik teruggaan in de geschiedenis van de geneeskunde. Stellen



wij ons voor dat een cirkeloppervlak de geneeskunde uit vroeger eeuwen voorstelt, dan weten wij dat dit de geneeskunde van de huisarts was. Differentiatie had nog niet plaats gevonden. Waarin de arts in technisch opzicht uitblonk is niet geheel duidelijk. Wel weten wij dat zijn nevenberoep vaak kapper was.

Onder invloed van Boerhaave en zijn leerlingen heeft de geneeskunde een vlucht genomen door introductie van de fysica in de geneeskunde. Men zou de geneeskunde in het tijdperk na Boerhaave kunnen aangeven met het groter cirkeloppervlak. Na Boerhaave komt de introductie van de chirurgie door Lister. Een hap uit de geneeskunde ontvalt de huisarts. Onder invloed van de Franse, Duitse en Weense scholen ontwikkelen zich de specialismen, die veelal zeer veel aan de geneeskunde hebben toegevoegd. Men belandt in het stadium dat, ongeveer in 1930, als zaligmakend werd beschouwd. De geneeskunde wordt gedragen door de specialismen, nu bijna dertig in getal. De rol van de huisarts beperkt zich tot het verkeersagentje spelen; hij wijst de patiënt waar deze zich moet vervoegen om deugdelijk te worden geholpen. Men kan gerust zeggen, dat de tijd vlak voor de laatste wereldoorlog een dieptepunt was voor de huisarts. Ook zelf twijfelde hij aan zijn toekomst.

Mede onder invloed van het publiek wijzigen zich na de tweede wereldoorlog de opvattingen van de geneeskundigen omtrent de begrippen ziekte en gezondheid. Maatschappelijk werk en geestelijke hygiëne worden geïntroduceerd als positieve bijdragen in de gezondheidszorg van de mens. Stellen wij ons voor, dat het grote cirkeloppervlak de totale gezondheidszorg voorstelt, dan zouden wij de aandelen van de diverse geneeskundigen en instanties daarin aan kunnen geven in verschillende sectoren. Het valt dan op, dat dit cirkel oppervlak is te verdelen in een drietal hoofdsectoren. Het grijze gebied komt overeen met het gebied van de specialismen zoals aangegeven in het schema van omstreeks 1930. Eén hoofdsector wordt ingenomen door de maatschappelijke en geestelijke gezondheidszorg. Ter ene zijde zijn in dit blanco gebied in te delen de sociale psychiatrie, de medisch opvoedkundige bureaus, bureaus voor bestrijding van alcoholisme, bureaus voor huwelijks- en levensmoeilijkheden, enz., ter andere zijde het maatschappelijk werk, de sociale geneeskunde, het kruisverenigingswerk. De derde hoofdsector (zwart) wordt ingenomen door de continue integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van individuele mensen en gezinnen of huisartsengeneeskunst. Het kleine cirkeloppervlak in het centrum met zijn raakvlakken met de interne geneeskunde, chirurgie, sociale geneeskunde enz. geeft twee dingen aan. Enerzijds dat er een kleine chirurgie, een kleine obstetrie enz. voor de huisarts bestaat, anderzijds dat er voor hem een continue verantwoordelijkheid is in zijn functie als adviseur van de patiënt en in zijn functie als coördinator voor diens specialistische gezondheidszorg, ook al kan hij in technisch opzicht diagnostiek en therapie op

deze gebieden niet zelf uitvoeren. Daarnaast blijft er een grote sector over voor de geneeskunst van de huisarts zelf, dat wil zeggen zijn eigen applicatie van een lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke zorg voor de gezondheid van de individuele mensen en gezinnen.

Hoewel in deze schema's de bijdragen van ieder niet in goede verhouding zijn aangegeven en historisch gezien aan kritiek onderhevig zijn, geven zij weer wat de huisarts voelt als zijn aandeel in de gezondheidszorg en de plaats, welke hij kan gaan innemen onder de geneeskundigen. Met opzet is daarom dit cirkeloppervlak in drie ongeveer gelijke hoofdsectoren verdeeld. De huisarts wenst geen ondergeschikte positie meer, hij twijfelt niet meer aan een eigen toekomst, hij ziet zijn eigen taak.

Intussen, dit alles is nog toekomstmuziek. Wat betreft de uitvoering van de huisartsengeneeskunst als een lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke zorg voor de gezondheid, zover is het nog niet. Daarom even een kleine zijsprong. De huisarts heeft zijn opleiding tot arts genoten volgens het schema van omstreeks 1930. Dit betekent dat voor de huisarts slechts de grijze sector in onze hedendaagse gezondheidszorg voldoende aandacht heeft gekregen, terwijl wat hier als wit en zwart is aangegeven, niet of nauwelijks in de opleiding tot zijn recht is gekomen. Welnu, hetgeen tijdens de opleiding niet is gebeurd, moet door nascholing — beter kan hier worden gesproken over bijscholing — plaats vinden. Deze witte sector is voor de pas afgestudeerde arts blanco of bijna blanco, terra incognita, aangezien eerst sedert kort sociale geneeskunde als leervak in de medische faculteiten zijn intrede heeft gedaan. Op grond hiervan kan van de universiteiten op korte termijn voor de ontwikkeling van de huisartsengeneeskunst weinig steun worden verwacht en moet het Huisartsengenootschap omzien naar medewerkers, die in deze sector der maatschappelijke en geestelijke hygiëne werkzaam zijn. Ons oog is daarbij het eerst gevallen op het medisch opvoedkundig bureau. De samenstelling van het medisch opvoedkundig bureau heeft op ons grote indruk gemaakt. Immers de verschillende medewerkers van zo'n bureau, zoals de psychiater, de psycholoog, de kinderarts, de psychiatrisch maatschappelijk werker, allen dus afkomstig uit min of meer verschillende disciplines, bewegen zich op het gebied van de somatische, psychologische en sociale diagnostiek en therapie ten bate van individu en gezin, een gebied dat ook tot het terrein van de huisarts behoort en dat hij zich in een persoon eigen wil maken. Natuurlijk bestaat er een gradueel verschil in problematiek zoals deze op een M.O.B. kan worden behandeld en zoals zij door een huisarts zou kunnen worden gedaan, maar in elk geval moet het naar onze mening mogelijk zijn een goede voorlichting, eventueel nascholing vanuit medisch opvoedkundige bureaus te krijgen over integrale diagnostiek en therapie. *Huygen* heeft in Medisch Contact gewezen op de methoden, die hiertoe ons inziens geschikt zijn.

Nu een verklaring voor onze volgende stap, namelijk

het zoeken van contact met de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie.

Zoals uit het voorgaande duidelijk is geworden hoopt de huisarts zich verantwoord te gaan begeven op het terrein van de sociopsychosomatische diagnostiek en therapie van individu en gezin. De huisarts heeft enige notie van de multiple oorzaken bij het ontstaan van ziekten, hij ziet de wisselwerking binnen het gezin, de wisselwerkingen van het gezin met andere groeperingen, de invloed van ziekte binnen het gezin. Zijn kennis van deze invloeden gaat echter nauwelijks uit boven de waarnemingen en levenservaringen van hemzelf. Er is sprake van wat voor kort als voldoende werd beschouwd, van „feeling”. Er komt echter behoefte aan een wetenschappelijk fundament.

Welnu, het ontbreekt de huisarts aan de kennis en de techniek om het feitenmateriaal te verzamelen, dat een integrale diagnose mogelijk kan maken. Gespreksvoering en anamnesetechniek laten hem daarbij in de steek, aangezien het hem aan een beroepsmatige training daarin heeft ontbroken. Kennis omtrent de persoonlijkheidsopbouw, gezien tegen de achtergrond van het milieu van de patiënt, ontleent hij aan de psychologie, zoals deze ter sprake kwam in de klinische psychiatrie. Deze heeft voor hem in de huispraktijk incidenteel waarde, en kan slechts zelden worden toegepast.

De huisarts krijgt gedurende zijn opleiding nauwelijks onderwijs in de psychische en sociale achtergronden van ziekteverschijnselen; de oplossing van deze menselijke problemen wordt eveneens aan zijn levenservaring overgelaten. De manier waarop de huisarts deze dagelijkse problemen pleegt op te lossen wordt toevertrouwd aan zijn gezond verstand en mensenkennis. De huisarts meent nu dat een van zijn essentiële taken is het omgaan met patiënten, het hanteren van de relatie arts-patiënt, het hanteren van de relatie arts-gezin. De huisarts heeft enige notie van de therapeutische mogelijkheden, die liggen in deze relaties. Het ontbreekt hem echter aan de vaardigheid, deze relatie voldoende, dat wil zeggen bewust, te gebruiken.

In onze integrale studiegroepen en door het werk van *Balint* zijn wij tot de ontdekking gekomen dat de levenservaring van de arts, zijn emotionele ontwikkeling een rijping kan ondergaan, die hem in staat stelt zich zijn motiveringen bij het omgaan met patiënten bewust te worden. Deze bewustwording van eigen emotionele wereld ziet de huisarts nu als een aanzienlijke winst in zijn therapeutisch kunnen, doordat hij hier de relatie arts-patiënt bewust kan leren hanteren.

Onder huisartsen is deze moeilijke materie nog geenszins een algemeen gevoelde behoefte, doch het aantal dat hiervoor belangstelling krijgt neemt gestaag in aantal toe. Het mag hier bekend worden verondersteld, dat de Boerhaavecursus-commissie in samenwerking met het Huisartsengenootschap een cursus „Trainingsmethoden Medische Psychologie” organiseert, waarin de problematiek van zo juist

door zeer ervaren deskundigen zal worden uiteengezet. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat hierdoor de belangstelling onder de huisartsen zal toenemen, waardoor nieuwe studiegroepen zullen moeten worden gevormd, zodat er behoefte komt aan meer psychiaters die deze groepen kunnen adviseren. Ziedaar het hoofdmotief van het Huisartsengenootschap, zich te wenden tot de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie.

Veel van de kennis en de vaardigheid die nodig is om het integrale werk van de huisarts te volmaken zal door hemzelf moeten worden verzameld, doch wij verwachten dat omtrent de gebieden, die zojuist zijn genoemd, de psychiater ons met zijn ervaringen tot steun kan zijn bij de ontsluiting daarvan. Met andere woorden, wij verwachten dat de psychiater hulp kan bieden bij de ontwikkeling en vervolmaking van ons eigen werk.

* * *

Een wens, die onder huisartsen leeft, is de beschrijving van reactievormen van geestelijk ongestoorde mensen die ziek worden, psychologische en sociologische aspecten van de acute ernstige ziekte, van de chronische ziekte, van de invaliditeit, van de oude dag, wat het voor de patiënt betekent een amputatie te moeten ondergaan, zwanger te zijn, binnenkort te zullen sterven. Omtrent dit alles zou de huisarts gaarne weten wat hij kan en wat hij moet doen tot steun van zijn patiënt. Niet alleen van zijn patiënt maar ook van diens omgeving.

De huisarts koestert verder het verlangen emotioneel gestoorde mensen, die hun klachten hetzij in de lichamelijke, hetzij in de psychologische, hetzij in de sociale sfeer aan hem tonen, te kunnen wegen. Dit betekent niet alleen het vermogen van beheersing van lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk onderzoek, maar ook begrip voor de grenzen tussen gezond en gestoord gedrag in onze gemeenschap. Dit laatste houdt in, dat de huisarts wil worden toegerust met onderzoeksmethoden die hem in staat stellen onderscheid te maken in normaal, neurotisch en psychotisch gedrag. Begrip voor zijn grenzen in de behandeling van deze patiënten is een vereiste, opdat op tijd en zonder schade aan de patiënt toe te brengen, verwijzing naar een specialist, naar een M.O.B., of opname in een inrichting mogelijk zijn. Inzicht in de mogelijkheden van hen, die werkzaam zijn in de sector der geestelijke hygiëne en van het maatschappelijk werk, behoort tot dit terrein.

Uiteraard zal er een terrein voor psychotherapie van de huisarts kunnen zijn. Omtrent de mogelijkheden en grenzen van dit gebied verkeren wij nog in een fase van ontwikkeling en onderzoek.

Werden tot nog toe wensen geuit op diagnostisch en therapeutisch terrein, de huisarts heeft ook een belangrijke preventieve taak. Heeft deze preventieve taak tot nog toe in hoofdzaak in het somatische vlak gelegen, zijn frequente bemoeiingen met zijn

patiënten in alle ontwikkelingsfasen tot in het senium geven hem een behoefte aan meer kennis omtrent de positieve gezondheidszorg en geestelijke hygiëne.

Samenvattend zou men op de vraag „Wat verwacht de huisarts van de psychiater-psychotherapeut?” willen antwoorden: In de eerste plaats begrip voor de ontwikkeling die er plaats vindt in de huisartsenwereld, in de tweede plaats begrip voor de positie van de huisarts tussen de geneeskundigen, in de

derde plaats begrip voor de positie van de huisarts temidden van zijn patiënten.

Balint, M. (1957) *The doctor, his patient and the illness*. Pitman, Londen.

Buma, J. T. (1959) *Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg*. Nederlands Instituut voor Praeventieve geneeskunde. Leiden.

Huygen, F. J. A. (1958) *Medisch Contact* 13, 764.

Huygen, F. J. A. (1959) *huisarts en wetenschap* 2, 187; (1959) idem 3, 12, 54 en 135.

Huygen, F. J. A. (1959) *R.K. Artsenblad* 38, 297.

Structuur en werkwijze van het Consultatiebureau voor Alcoholisme

DOOR W. A. FRANSEN*

„De vraagstukken waar de huisarts mee te doen krijgt zijn bijna zonder uitzondering uiterst dynamisch. Hij staat als het ware middenin de stroom van mensen die op mars zijn op de levensweg, ieder met een eigen bestemming, ieder met een eigen aanleg, erfgoed en levenservaring, ieder ook met persoonlijke moeilijkheden, zorgen en lasten”

Buma.

De belangrijkste opdracht van de consultatiebureaus voor alcoholisme, die ook het leeuwendeel van hun werkzaamheden uitmaakt, is de alcoholistenzorg. Naast deze hebben zij nog een adviserende taak ten aanzien van individuele excessen en moeilijkheden, samenhangend met gebruik van alcoholica — bijvoorbeeld adviezen aan rechterlijke autoriteiten, verkeersinstanties, en andere — en een algemeen voorlichtende taak. Ten aanzien van deze laatste taken vertoont de werkwijze van de consultatiebureaus voor alcoholisme zeer veel overeenkomst met die van andere bureaus in de sector van de geestelijke gezondheidszorg. Deze bekend veronderstellend zullen wij ons in dit artikel beperken tot de eerstgenoemde taak.

Het is een algemeen ervaringsgegeven op de consultatiebureaus voor alcoholisme in Nederland, dat het aantal door artsen verwezen patiënten relatief gering is. Opmerkelijk is ook het aantal alcoholisten, dat meent dat de arts geen begrip heeft voor hun moeilijkheden. Het laatste behoeft niet zozeer te verwonderen als men weet dat alcoholisten zich in het algemeen slecht begrepen voelen; nu is het ook niet zo gemakkelijk voor de „leek” — hoe deskundig ook — zich werkelijk te verplaatsen in de paradoxale belevingswereld van de alcoholist.

Voor het eerste feit zijn waarschijnlijk een reeks van factoren aansprakelijk te stellen, waarvan wij er enkele mogen aangeven. Alcoholisme blijkt in de meeste gevallen eerder aanleiding te geven tot verontrusting in de maatschappelijke sfeer dan in

de medische sfeer, zodat de alcoholist meer kans loopt door maatschappelijke dan door medische raadslieden te worden verwezen; in de algemene waardering is drankzucht bovendien nog altijd meer een moreel dan een medisch probleem, immers zelfs de meest onbevooroordeelde ontkomt er niet aan de alcoholist anders te waarden dan bijvoorbeeld de morfinist; tenslotte moge gewezen worden op de omstandigheid, dat de consultatiebureaus voor alcoholisme, historisch gezien, meer met de werelden der drankbestrijding en justitiële reclassering van doen hebben dan met de medische wereld, al worden zij — zelfs officieel — reeds lange tijd als instellingen voor (geestelijke) gezondheidszorg erkend; de samenstelling van het team en het feit, dat de dagelijkse leiding meestal bij een niet-medicus berust, schijnen het niet-medisch aanzien te bestendigen.

De vraag, in hoeverre alcoholisme ziekte is, is een interessante maar theoretische kwestie, die buiten de opzet van dit artikel valt. Gedurende de laatste decennia zijn de deskundigen het er wel over eens geworden, dat alcoholisme zoveel ziekte-facetten bevat, dat het terecht als een ook medische aangelegenheid is aangemerkt. Het is echter zeker geen duidelijke ziekte-eenheid; alcoholisme lijkt eerder de collectieve uitdrukking te zijn voor verschillende aandoeningen, die excessief gebruik van alcoholica gemeen hebben. Deze aandoeningen zijn vrijwel altijd — ofschoon de een meer, de ander minder — complex, uitermate diffuus en veelal diep ingrijpend in de persoonlijkheid van de betrokkene en diens interactie met zijn wereld.

Naast de groep van verslaafde drinkers is een andere verhoudingsgewijze kleine groep te onderscheiden van alcoholisten die habitudeel buitensporig veel gebruiken om een of andere spanning weg te drinken zonder echter het verslavingsyndroom te vertonen.

Het alcoholgebruik van beide groepen wordt gekenmerkt door relatieve excessiviteit, een specifieke functie en het obsessief karakter van het alcoholgebruik.

* Directeur van het Medisch-Maatschappelijk Bureau voor Alcoholisme te Eindhoven.