

kan men verduidelijken door te letten op de grote verscheidenheid van het aantal ziektebeelden en het vermogen van de arts om deze te genezen. Wordt een maagzweer door de arts verwijderd, dan is de demon uitgeschakeld, waarbij men zich de vraag kan voorleggen of dit de demon zelf is of zijn invloed. Maar indien de patiënt verder gezond blijft, waar is de demon en hoe moeten we ons de uitdrijving voorstellen?

Ditzelfde geldt nu, en ik onderstreep dit met nadruk, ten aanzien van de geestesziekten. Met enkele elektroshocks b.v., om een thans vrijwel verouderde methodiek aan te halen, kan men ernstige psychiatrische ziektebeelden tijdelijk, dan wel blijvend, tot verdwijning brengen. De vraag rijst daarbij of demonen manipuleerbaar zijn voor de arts, kan deze naar eigen goedvinden hen of hun gevolgen uitschakelen? En hoe verklaart men de graad in ernst van de verschillende ziektebeelden. Door kwantitatief het aantal demonen te bepalen? De meest demonische invloed is dan wel de dood, een proces waarin de demonologie tenslotte tot een democratisering voert. Slechts aan het doodsgebeuren zijn alle mensen gelijkelijk onderworpen.

Vereist een ernstig ziektebeeld als de schizofrenie nu meer bezetenheid, meer demonen, dan een eenvoudige reactieve depressie? En om de lijn nog iets verder door te trekken, als iemand, die een sadistische lustmoordenaar is, een carcinoom krijgt waardoor zijn neigingen bedwongen worden, drijft de ene demon dan de andere uit? De theorie voert, en dit zal duidelijk zijn, zonder meer tot absurditeiten. Ik zou dan ook met klem aan willen dringen op het loslaten van de bezetenheidshypothese, deze laten voor wat hij is en hem te zien als een mythologische beschouwing.

Wat de psychiatrie betreft voert hij alleen maar tot een irreëel medisch fatalisme, waarbij de onmachtssituatie, waarin de patiënt verkeert, op inadequate wijze tot uitdrukking wordt gebracht.

We kunnen vaststellen dat het kwade zich in de mens kan openbaren, doch niet in zijn ziekte als zodanig. Het kwade moeten we zien als een immanente procedure. Daarbij zijn gevallen denkbaar, dat de geesteszieke zijn denkbeelden overbrengt op anderen, zodat op deze wijze het kwade gerealiseerd wordt. We denken hierbij aan bepaalde vormen van inductiepsychose. Het kwaad zit hem echter niet in de patiënt als zodanig, doch in het feit, dat het ziekelijke niet onderkend wordt, maar „blind” wordt geloofd. Het kwade ligt dan in het niet herkennen van een toestand van hulpeloosheid, van ziekelijke hulpbehoefendheid en onmacht waarin de patiënt verkeert.