

De rol van de psychiater; medisch, contextueel én persoonsgericht denken en handelen in de psychiatrie

F.J. VAN OENEN, S. VAN DEURSEN, J. CORNELIS

- ACHTERGROND** Traditionele pijlers van psychiatrische behandeling zoals medicatie, diagnostiek en specifieke werkzaamheid van behandelmodellen staan in toenemende mate ter discussie. Daarentegen krijgen andere, 'non-specifieke' behandelfactoren zoals de kwaliteit van de samenwerkingsrelatie, het belang van feedback en de persoon van de behandelaar steeds meer aandacht. Tevens is er vanuit de samenleving een steeds dringender vraag om naasten een prominente plaats te geven in het vormgeven van de behandeling.
- DOEL** Bepalen van een andere rolopvatting van de psychiater om recht te doen aan deze ontwikkelingen.
- METHODE** Analyseren hoe verschillende rollen samenhangen met uiteenlopende denkkaders, gespreksvormen en taalgebruik.
- RESULTATEN** De psychiater moet meerdere rollen kunnen vervullen in het behandelproces. De traditionele psychiatrische 'behandeltaal' biedt onvoldoende mogelijkheden om de meerwaarde van verschillende rollen en denkkaders tot uitdrukking te brengen.
- CONCLUSIE** De psychiater moet zich bij de keuze voor een bepaalde rol en gespreksvorm laten leiden door de vraag welke de meeste kans bieden op vruchtbare samenwerking met de patiënt en diens naasten. Een meeromvattende behandeltaal is nodig om keuzen te kunnen expliciteren.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)11, 728-736

TREFWOORDEN behandeltaal, dialoog, rol, script, systemisch



Een aantal pijlers waarop de psychiatrische behandeling traditioneel gebaseerd is, ligt onder vuur (Bracken e.a. 2012; Van Os 2014). Hoewel medicatie en (neuro)psychiatrische diagnostiek nog steeds belangrijke onderdelen van het vak zijn, vallen er op dit gebied de laatste decennia nauwelijks betekenisvolle ontwikkelingen te signaleren (Priebe e.a. 2013a). De gerandomiseerde trial als gouden toetsingsstandaard voor behandelmodellen wordt bekritiseerd (Ahn & Wampold 2001), de verschillende psychotherapeutische behandelmodellen blijken elkaar in werkzaamheid niet te ontlopen (Cuijpers 2008; Imel e.a. 2008; Miller e.a. 2008) en er blijken geen specifieke factoren aanwijsbaar die het effect van een behandeling bepalen (Jacobson e.a. 1996; Wampold 2001).

Tegelijk is er een groeiende stroom publicaties die het belang van de samenwerkingsrelatie en 'algemeen werkzame factoren', zoals hoop bij de cliënt en geloof van de behandelaar in zijn of haar methode, benadrukken (Horvath 2011; Lambert e.a. 2004; Thompson e.a. 2012). Tevens krijgt de persoonlijke inbreng van de psychiater, 'therapist effects' (Miller e.a. 2013), steeds meer aandacht, zoals blijkt uit de bevinding dat de effectiviteit van individuele behandelaren sterker verschilt dan de verschillen tussen modellen (Wampold & Brown 2005). McKay e.a. (2006) vonden zelfs dat de effectiefste psychiaters met placebo's betere resultaten behalen dan minder succesvolle collega's met werkzame medicijnen.

Daarbovenop is er vanuit de samenleving een roep om de behandeling in samenspraak met de naasten van de patiënt vorm te geven (Modelregeling Naastbetrokkenenbeleid 2003). Dit wordt gesteund door toenemend bewijs dat de samenwerkingsrelatie met de cliënt en naasten een cruciaal element in de behandeling vormt (Crits-Cristoph e.a. 2011) en dat betrokkenheid van naasten de behandelresultaten kan verbeteren. Dit laatste geldt zowel in somatische zorg (Eisenberger e.a. 2007) als in de psychiatrische behandeling, waar de noodzaak om de omgeving te betrekken bij de behandeling reeds is vastgelegd in diverse richtlijnen van de American Psychiatric Association (APA). De psychiater moet een invulling aan het vakgebied geven die recht doet aan deze veranderde maatschappelijke vraag en wetenschappelijke inzichten (Van 2014). Welke richting de profilering van het vakgebied uit moet gaan, is volop onderwerp van discussie (Bracken e.a. 2012). Slade e.a. (2009) bepleiten om de aandacht meer te richten op de context van de klachten en de samenwerkingsrelatie met de patiënt en de naastbetrokkenen, waarbij de nadruk ligt op begrippen als 'betekenis' en 'betrokkenheid'.

In het verlengde hiervan wordt een appel gedaan door een groep psychiaters om behandelingen meer in samenspraak met het cliëntstelsel vorm te geven, vanuit cliëntgerichte modellen als gedeelde besluitvorming (Bracken e.a. 2012). Zij stellen: 'Wij streven er niet naar het ene paradigma te vervangen door het andere. Een post-technologische psychiatrie laat niet de gereedschappen van de empirische wetenschap verlaten of het gebruik van medische en psychotherapeutische technieken verwerpen [...]. Wij moeten een andere opvatting van onze rol als artsen ontwikkelen' (p. 432).

Wat dit in praktijk betekent, werken zij echter niet uit. In dit artikel willen wij een concrete invulling geven aan een nieuwe rolopvatting voor psychiaters.

Verschillende rollen, denkkaders en scripts

Wij stellen een benadering voor waarbij, zoals Bracken e.a. (2012) bepleitten, verschillende invalshoeken naast elkaar – serieel – worden gehanteerd. In deze benadering definiëren we de invalshoeken niet aan de hand van behandelmethoden of diagnostische classificatiemethoden, maar aan de hand van de verschillende rollen die de psychiater in het behandelproces kan vervullen.

Elke rol is verbonden met een eigen conceptueel kader. Malinen (2006) suggereerde een ordening waarin een eer-

AUTEURS

FLIP JAN VAN OENEN, arts/systeemtherapeut, Acuut Behandelteam en Centrum voor Relationale Therapie, Mentrum, Amsterdam.

SASKIA VAN DEURSEN, vrijgevestigd kinder-jeugdpsychiater en systeemtherapeut, Lorentzhuys, Haarlem.

JURGEN CORNELIS, psychiater/systeemtherapeut, Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, en plv. opleider, Arkin, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Flip Jan van Oenen, Eerste Constantijn Huygensstraat 38, 1054 BR Amsterdam.

E-mail: flip-jan.van.oenen@ggzspa.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-5-2014.

ste, tweede en derde orde van denken worden onderscheiden die het handelen van de psychiater sturen. Hierbij representeert de eerste orde het natuurwetenschappelijk denkkader, de tweede het systeemtheoretisch denkkader en de derde het persoonsgericht denkkader. Deze drie ordes van denken kunnen we ook typeren als respectievelijk 'knowing that' (eerste orde), 'knowing how' (tweede orde) en 'knowing how to go on' (derde orde) (Shotter 1993).

De rol die de psychiater heeft in de behandeling, heeft op zijn beurt weer consequenties voor het gespreksverloop. In dit artikel gebruiken wij het begrip 'script' (Bying-Hall 1995) om de gekozen gespreksvorm en het daaruit voortvloeiende gespreksproces aan te duiden.

Iedere rol brengt een eigen script mee waarin elementen zoals distantie, verbinding en verantwoordelijkheidsverdeling sterk kunnen variëren. Er zijn voor een gesprek talloze scripts mogelijk. Als we deze scripts uitzetten op een continuüm kunnen we de twee uitersten typeren als respectievelijk de 'monoloog' en de 'dialoog', waarin de monoloog staat voor distantie en verschil in verantwoordelijkheid, en de dialoog staat voor nabijheid en gelijke verantwoordelijkheid. Tussen deze twee uitersten zal in ieder gesprek steeds een dynamische spanning aanwezig zijn (Shotter 1993); zie **FIGUUR 1**.

FIGUUR 1 Dynamische spanning tussen monoloog- en dialoogschrift



De drie basisrollen van de psychiater

Duncan (2010) schrijft over de rol van de behandelaar: *‘De rol die u aanneemt, kan sterk verschillen bij verschillende cliënten, afhankelijk van wat u en de klant overeengekomen zijn over wat het nuttigst zal zijn (...) sommige cliënten willen een klankbord, (...) sommigen willen (...) probleemoplossing, velen willen iemand die met hen samenwerkt en sommigen willen een expert die hun vertelt wat ze moeten doen’* (p. 149). Wij definiëren hier de drie belangrijkste rollen voor de psychiater en beschrijven de daarmee verbonden scripts en denkkaders.

DE EXPERT

In natuurwetenschappelijk gefundeerd denken wordt een éénduidige, lineaire oorzakelijkheid gehanteerd. Iets is óf waar óf onwaar (‘of/of’-waarheidsvindingsprincipe). Deze dichotome indeling maakt het mogelijk dat aannames geverifieerd of gefalsificeerd worden, hetgeen een voorwaarde is voor toetsend wetenschappelijk onderzoek. Reductie van complexe systemen maakt classificatie en diagnostiek in overzichtelijke categorieën mogelijk en tevens een onderscheid tussen ‘gezond’ en ‘ziek’. Voor het vaststellen van (psychiatrische) aandoeningen is het oordeel van een deskundige noodzakelijk (Bensing 2000).

Daarbij is functionele ‘dehumanisering’ van de persoon van de medicus – in de vorm van empathiereductie en ‘moral disengagement’ – nuttig en nodig (Haque & Waytz 2012) om objectief waarneembare verschijnselen te kunnen toetsen aan wetenschappelijke bevindingen. Het uitgangspunt is dat uitkomsten van onderzoeksbevindingen universeel toepasbaar zijn. Deze benadering heeft belangrijke inzichten opgeleverd over bijvoorbeeld genetische aanleg, werkzaamheid van medicijnen en (ontbreken van) specifieke psychotherapiefactoren.

De rol van de psychiater gedefinieerd vanuit een natuurwetenschappelijke invalshoek, is die van buitenstaander die over exclusieve expertise beschikt: een ‘expert’ (Boeckhorst 1997). De taak van de expert is om de patiënt te observeren, de stoornis vast te stellen en op gerichte wijze de stoornis te verhelpen.

Het bijbehorende script ligt het dichtst bij de gespreksvorm van de monoloog, waar de uitlatingen van de patiënt worden geïnterpreteerd binnen het denkkader van de expert, uitmondend in een voorschrift door een professional die hoger in de kennishiërarchie staat. De meest uitgesproken vorm van een monologoscript is het afgeven van een inbewaringstelling. Andere voorbeelden zijn het voorschrijven van een protocollair vastgelegde behandeling en het geven van psycho-educatie. Dit script heeft als doel de kennis van de deskundige toe te passen en over te dragen op de leek.

De psychiater evalueert binnen dit kader zijn of haar handelen door te letten op toe- of afname van symptomen, gerelateerd aan specifieke interventies.

DE PROCESCONSULENT

In een procesmatige benadering staan relationele en contextuele factoren en de eigen kracht van ‘het systeem’ centraal (van Lawick & Savenije 2008). Vanuit het systeemtheoretisch gedachtegoed worden causale verbanden gezien als wederkerig (circular) en kunnen meerdere visies naast elkaar bestaan. Het uitgangspunt is dat diagnoses geen objectieve waarheden zijn, maar constructen die in sommige contexten wel effectief zijn en in andere niet. De ene zowel als de andere verklaring kan geldig zijn (‘en/en’-waarheidsvindingsprincipe).

Professionele observatie en evaluatie van de strategische samenwerking en het behandelproces zijn het focus van deze benadering. Evaluatie vindt plaats in samenspraak met zowel de patiënt, de ‘zieke’, als de naasten. Dit sluit aan bij de behoefte vanuit de samenleving tot het betrekken van naasten en ‘*collaborative care*’.

De psychiater heeft geen hiërarchisch hogere positie tegenover patiënt en naasten wat betreft de inbreng van inhoudelijke kennis. In systeemtheoretische termen wordt deze positie beschreven als ‘not-knowing’ (Anderson 2005), waarmee bedoeld wordt dat de behandelaar de eigen inhoudelijke expertise (in eerste instantie) ter zijde legt en zich openstelt voor alle mogelijke verklaringen. De psychiater is hier een deskundige in therapeutische conversatie (Boeckhorst 1997) die, al observerend, onderdeel uitmaakt van het proces. Hij oordeelt niet inhoudelijk, maar stuurt het samenwerkingsproces zodanig dat alle mogelijke oplossingen onderzocht worden (Cornelis 2011; Van Oenen e.a. 2012). Rober (2005a) typeert deze rol als de ‘*inner voice*’ van ‘*the professional self*’, Duncan (2010) spreekt van ‘*collaborator*’ en Van Oenen e.a. (2007; 2012) typeren deze rol als ‘*procesconsulent*’.

Zowel deskundigheid van de behandelaar als die van de patiënt en de naasten wordt benut. De psychiater brengt zijn kennis van strategische procesbeheersing, systemische hypothesevorming en structurerende gespreksvaardigheden in. Er is sprake van een mengvorm van monoloog en dialoog, waarin de uitlatingen van de gesprekpartners worden geïnterpreteerd binnen een interactioneel denkkader met als doel ‘wederzijds begrijpen’. Bijbehorende scripts zijn die van ‘ervarend leren’ (Kolb 1984) en ‘gezamenlijke besluitvorming’ (Adams e.a. 2007). Een dergelijk script heeft als doel het hervinden van eigen kracht en hulpbronnen van alle betrokkenen. Voorbeelden uit de ggz-praktijk zijn de systeemtherapie, de moderne psychodynamische therapie en dialectische gedragstherapie.

Het toetsen van de voortgang van de behandeling vindt hier plaats tijdens de behandeling, in gezamenlijke – al dan niet geformaliseerde – evaluatiemomenten. De toetsing is niet zozeer gericht op ziekteverschijnselen, maar vooral op de ontwikkeling van het algemeen welbevinden van de ‘zieke’ en de werkrelatie.

DE PARTICIPANT

Ten slotte kunnen we een ‘persoonsgerichte’ benadering onderscheiden waarbij – unieke – (inter)persoonlijke factoren zoals ‘de persoon van de psychiater’ en de ‘algemeen werkzame therapeutische factoren’ worden geacht de belangrijkste factoren in het behandelproces te vormen (Blow e.a. 2007; Miller e.a. 2013). Hier wordt het denken bepaald door het intersubjectieve, ‘normale’, aspect in het therapeutisch proces en staat verbinding voorop (Rober 2005b). Men zoekt naar nieuwe betekenissen, die slechts in het – voorbijgaande – moment gevonden kunnen worden. Er zijn in dit denkkader geen waarheden: noch de ene, noch de andere verklaring is toereikend (‘noch/noch’-waarheidsvindingsprincipe).

De rol van de psychiater is hier gebaseerd op een op humanisme en boeddhisme georiënteerde benadering. De hulpverlener stelt zich op gelijkwaardige basis open voor eigen verandering (Hayes e.a. 2004) en reflecteert op ‘opmerkelijke momenten’ in de ontmoeting. Een behandelsessie is een ‘*meeting of living persons*’ waarin de therapeut reflecteert vanuit een ‘*experiencing self*’ (Rober 2005b). We typeren deze rol kortweg als ‘*participant*’.

Het bijbehorende script is de dialoog, waarbij men de gespreksuitingen interpreteert binnen het denkkader van contingentie (‘toeval’) en subjectiviteit. Hier spreekt vooral de mens, de persoon van de psychiater, waarbij het accent ligt op de verbindende aspecten in de samenwerking: ‘zijn waar de ander is’. Dit script heeft, vanuit een humanistisch perspectief, als uitkomst de persoonlijke groei van alle gesprekspartners (Rogers 2000). Voorbeelden in de praktijk zijn mindfulnessbehandeling (Kabat-Zinn 2000) en psychosebehandeling volgens de ‘*open dialogue approach*’ (Seikkula 2011).

In deze benadering is toetsen van effectiviteit van interventies principieel niet mogelijk omdat nooit een vooropgezet resultaat nagestreefd wordt. Evaluatie vindt plaats in de vorm van persoonlijke feedback op het samenwerkingsproces waarbij de psychiater ook de eigen persoon ter discussie stelt.

Ander referentiekader, andere taal

Bij het hanteren van verschillende rollen ligt verwarring op de loer omdat de denkkaders van waaruit men de rollen vervult een eigen vocabulaire (‘behandeltaal’) met zich

meebrengen. Zo onderscheiden Schwartz en Sharpe (2011) ‘*rules talk*’ en ‘*wisdom talk*’: ‘De eerste zet ons ertoe aan een code te raadplegen, de tweede zet ons ertoe aan van anderen te leren (...)’ (p. 44). De gebezigde taal leidt ons in een bepaalde denkrichting, waarbij ogenschijnlijk identieke interventies binnen het natuurwetenschappelijk denken, het contextueel denken en het persoonlijk denken heel verschillend geëvalueerd kunnen worden.

Zo kan een interventie als ‘psycho-educatie’ vanuit verschillende denkkaders ingezet worden met een verschillend doel en een verschillende gespreksvorm. En het effect van verbindende samenwerking, het ‘alliëren’ (Van Oenen e.a. 2007), kan binnen het natuurwetenschappelijk denken als placebo-effect beschouwd worden, vanuit het perspectief van de professionele samenwerking kan het een functionele interventie zijn (‘smeerolie’ om de samenwerking rond behandeldoelen te bevorderen) en binnen een persoonsgerichte benadering kan het gezien worden als therapeutische, bevrijdende uitwisseling.

BESTAANDE BEHANDELTAAL

Problematisch is dat de bestaande psychiatrische behandeltaal nog hoofdzakelijk gebaseerd is op een natuurwetenschappelijk ordeningsmodel, ondanks het feit dat de inhoudelijke behandeloverwegingen meestal veel breder georiënteerd zijn. In deze taal impliceert de rol van behandelaar de rol van objectief diagnosticus, met de bijbehorende aannames dat patiënten en behandelaars zijn in te delen in universele, homogene categorieën en behandelprocessen zijn terug te brengen tot specificeerbare werkzame elementen.

Een contextueel denkkader brengt echter een andere taal met zich mee. Hier doen begrippen zoals ‘circulariteit’ en ‘meerzijdige partijdigheid’ het meest recht aan de nagestreefde doelen en middelen, en ligt het focus op het professionele samenwerkingsproces en niet op individuele diagnostiek.

Een persoonsgericht denkkader vraagt op haar beurt weer om een ander taalgebruik. Hier zijn begrippen zoals verbinding en wijsheid passend om recht te doen aan het gedachtegoed. Het focus ligt op de persoon en niet op diagnostiek of strategische samenwerking. De biomedische taal kent nauwelijks ruimte voor dergelijke contextuele en persoonlijke behandeloverwegingen, waardoor het voor de psychiater vaak lastig en verwarrend is duidelijk te maken in welk kader bepaalde behandeldoelen geplaatst moeten worden.

De winst van het drierolesmodel is dat de psychiater systematisch kan afwegen en begrijpelijk kan verwoorden – voor zichzelf en naar anderen toe – vanuit welk kader hij verkiest te handelen op een bepaald moment: een

TABEL 1 Schematische weergave drierolesmodel

Rol	Expert	Procesconsulent	Participant
Script	Monoloog	Mono- en dialoog	Dialoog
Focus van aanpak	Stoornis ('ziekte')	Patiënt ('zieke')	Subjectieve ervaring (het 'normale')
Doel	Kennis vergroten	Perspectief verbreden	Persoonlijke verbinding
Middel	Protocol volgen, historisch bepaald	Context beïnvloeden, toekomstgericht	Eigen persoon inzetten in hier en nu
Taal/ Begrippen	Diagnose, objectiveren, voorschrijven, genezing	Begrijpen, patronen, consensus, verandering	Ontmoeting, inspiratie, creativiteit, acceptatie
Feedback	Geformaliseerde voor- en nameting	Formele of informele onmiddellijke uitkomstmeting	Informele reflectie, persoonlijke evaluatie
'Locus' van verandering	Specifieke factor: deskundigheid van psychiater	Aspecifieke factor: professionele/strategische samenwerking	Aspecifieke factor: persoon van psychiater
Kennisprincipe	Evidence-based practice (EBP)	EBP en PBE	Practice-based evidence (PBE)
Typerende stroming/ Vakgebied	Natuurwetenschap Objectgericht	Systeemtheorie Contextgericht	Humanisme/Mindfulness Subjectgericht
Verklaringsmodel	Lineaire causaliteit	Circulaire interacties in relaties	Contingentie en subjectieve ervaring
Waarheidsprincipe	Of-Of	En-En	Noch-Noch

'object-georiënteerd' natuurwetenschappelijk kader, een 'context-georiënteerd' samenwerkingskader, of een 'subject-georiënteerd' persoonlijk kader. Effectevaluatie van een interventie kan dan plaatsvinden langs de juiste meetlatten, dat wil zeggen: symptoomreductie bij een focus op natuurwetenschappelijke kennis, toegenomen draagkracht en 'resilience' van alle betrokkenen bij een focus op inbreng van de naasten en meer gelijkwaardigheid en verrassende ervaringen bij een focus op de eigen persoonlijke inbreng. Om de verschillende inzichten een volwaardige plaats te geven is een vocabulaire vereist dat ruimte biedt voor meerdere ordes van denken.

OPTIMAAL BENUTTEN VAN VERSCHILLENDE ROLLEN

Het risico van het niet onderkennen van de samenhang tussen rol, script en denkkader is dat de kracht van de verschillende rollen onvoldoende benut wordt. Zo kan de rol van expert veel hoop en motivatie genereren bij de patiënt; dit kan echter ondermijnd worden wanneer de psychiater een 'rolvreemd' script introduceert, door bijvoorbeeld veel nadruk te leggen op persoonlijke overwegingen, of onzekerheid over de uitkomst van een proces introduceert. Dat dergelijke overwegingen van invloed zijn, wordt ondersteund door onderzoeksbevindingen van Priebe e.a. (2013b) die beschrijven dat (onjuist getimede) persoonlijke uitingen van een behandelaar tot minder vertrouwen kunnen leiden. Omgekeerd kan de rol van

procesconsulent een patiëntstelsel aanzetten tot het aanboren van unieke eigen hulpbronnen; dit kan teniet worden gedaan wanneer de psychiater vervolgens alsnog op hiërarchische wijze veel nadruk legt op het belang van een psychiatrische diagnostiek en medicatiegebruik. Bewustzijn van rolkeuze maakt het mogelijk optimaal gebruik te maken van het gekozen samenwerkingsmodel. De verschillende rollen en de daarmee samenhangende scripts en referentiekaders hebben wij in een schematisch model samengebracht (zie **TABEL 1**).

Aansluiting bij patiëntstelsel: schakelen en aanpassen

Goede aansluiting bij de patiënt is de beste voorspeller van een goed behandelresultaat (Norcross 2011). Dit betekent dat het van belang is dat de psychiater zijn of haar rol en het daaruit voortvloeiende script zodanig kiest dat deze optimaal aansluiten bij de wensen, verwachtingen en mogelijkheden van het patiëntstelsel, en – om aansluiting te vinden bij alle betrokkenen op ieder moment – tijdens een behandeling zal moeten schakelen tussen verschillende rollen (Van Deursen 2005).

Wanneer een gevaarlijke situatie van een onbekende patiënt wordt vastgesteld, zal in het algemeen voor expertrol en ‘voorschrift’-script gekozen worden; ditzelfde geldt wanneer een zorgvrager het dialoogscript niet (er)kent vanuit zijn of haar culturele achtergrond. Ook bij bijvoorbeeld een patiënt met een autistische stoornis kan het voordelen bieden voor een ‘expertrol’ te kiezen omdat deskundige uitleg de betrokkenen waarschijnlijk het meeste greep op de situatie geeft. Echter, wanneer de systeemleden zich niet kunnen vinden in dit oordeel zal een dergelijke keuze niet tot samenwerking leiden en informatie niet gehoord worden. Dan is het kansrijker eerst vanuit de procesconsulentrol te onderzoeken welke verklaring en aanpak de betrokkenen aanhangen.

Te allen tijde zal regelmatig geschakeld moeten worden naar een participantrol om te alliéren en een veilige samenwerking tot stand te brengen. Soms zal ‘gelijkwaardige uitwisseling’ het uiteindelijk script van voorkeur zijn, bijvoorbeeld bij mindfulnessoefeningen als onderdeel van depressiebehandeling; soms zal dit een tijdelijke positie zijn zoals in acceptance en commitmenttherapie (Hayes e.a. 2004), waar gelijkwaardige uitwisseling wordt afgewisseld met gedragsoefeningen. De psychiater identificeert zich in dit model dus niet exclusief met één van de rollen, maar kiest weloverwogen voor het vervullen van de rol die passend lijkt bij het betreffende patiëntstelsel.

Dat betekent ook dat de psychiater missers zal maken, bereid moet zijn deze te onderkennen en te zoeken naar alternatieven. Het schakelen tussen rollen en het repareren van breuken zijn daarbij geen tekenen van falen, maar

juist kenmerken van kwaliteit en ‘opportunities for change’ (Schwartz & Sharpe 2011). Het drierollenmodel biedt houvast bij het evalueren van de eigen rol: was de rol wel congruent met het script, vindt wel evaluatie plaats vanuit het bijpassende denkkader? Zo kan bijvoorbeeld voorkomen worden dat het belang van investeringen in de samenwerking met naasten wordt gebagatelliseerd ‘omdat er geen diagnostische classificatie ten grondslag ligt aan de behandelplanpak’ en – andersom – dat het belang van individuele beperkingen wordt miskend ‘omdat gelijkwaardigheid het uitgangspunt moet zijn’. Of dat formele metingen gebruikt worden om het belang van persoonlijke inbreng te diskwalificeren, of – andersom – informele persoonlijke reflectie aanleiding is om het belang van formele feedbacksystemen te devalueren.

Met name bij gecompliceerde casussen kan zorgvuldig onderscheiden van kaders voorkómen dat machteloze behandelaren overwegingen van verschillende orde op één hoop gooien en interventies langs niet-passende meetlatten leggen. Met als gevolg dat ze andermans expertise nodeloos diskwalificeren of juist de eigen expertise onvoldoende op waarde schatten.

Ijking van de behandelresultaten op basis van het drierollenmodel maakt differentiatie mogelijk tussen rol en script, en tussen professional en persoon. Hierdoor kan optimaal worden aangesloten bij de patiënt en kunnen zowel expertise als persoon van de psychiater beter tot hun recht komen.

Consequenties voor de profilering van de psychiater

Het drierollenmodel omvat een theoretische visie zowel als een methode. Immers, het biedt een theoretische beschrijving hoe idealiter het vak van psychiater ingevuld zou moeten worden én een mogelijkheid om door gericht oefenen het behandelresultaat te verbeteren.

Als dit model tot uitgangspunt genomen wordt, heeft dit consequenties voor de profilering van de psychiater. Deze kan zich niet beperken tot de rol van medisch expert en moet ook aanspreekbaar zijn op zijn of haar rol als procesconsulent en participant. Hoewel in deze beide laatste rollen andere disciplines zich even goed kunnen profileren, maakt de combinatie van exclusieve expertise en beheersen van verschillende rollen de psychiater bij uitstek geschikt verantwoordelijkheid te dragen in complexe situaties waarin overzicht en vaardigheden op alle rollen vereist zijn.

In een tijd waarin de nadruk – onder invloed van door verzekeraars voorgeschreven protocollen – eenzijdig gelegd wordt op de rol van expert, zal het model getoetst moeten worden via een gerandomiseerde trial om als methode overtuigend te zijn voor financiers.

De keuze voor dit theoretisch model kan echter ook ondersteund worden met andersoortige argumenten: betere communicatie tussen behandelaars, meer verbondenheid tussen behandelaar en patiënt, en toegenomen inspiratie, troost en 'sense of mastery' bij de patiënt. De vraag is dus: langs welke meetlatten wil men het model leggen om een meerwaarde vast te stellen?

Conclusie

Het hier beschreven model is een basaal model. Dat wil echter niet zeggen dat het ook simpel is uit te voeren. Zoals Johan Cruijff zei: 'Voetbal is simpel, maar simpel voetballen is niet makkelijk'. Het in praktijk brengen van het model vraagt een heroverweging van zowel de behandeltaal, het denkkader als de rol van de psychiater.

De behandeltaal van de psychiatrie is nog grotendeels gebaseerd op het natuurwetenschappelijk denkkader en biedt onvoldoende ruimte voor contextuele en persoonlijke behandeloverwegingen. Non-specifieke psychotherapiefactoren en begrippen uit andere denkkaders als systeemtheorie en humanisme moeten een vanzelfsprekende plaats krijgen binnen de psychiatrische behandeltaal, wil recht gedaan kunnen worden aan recente inzichten binnen het vakgebied.

Het inzicht dat de persoon van de psychiater, de voorkeu-

ren van de patiënt en de kwaliteit van de samenwerkingsrelatie bepalend zijn voor het slagen van een behandeling maakt het noodzakelijk de rol van de psychiater in het behandelproces opnieuw te definiëren. Om op zorgvuldige en flexibele wijze te kunnen kiezen welke rol het meest passend is voor het doel dat wordt nagestreefd in de betreffende behandel fase is het van belang dat de psychiater duidelijk voor ogen heeft welke rollen – met daaruit voortvloeiende scripts – hij mogelijk kan vervullen. Hierbij volstaat het niet één rol te vervullen, maar zal de psychiater voortdurend moeten schakelen tussen rollen en de daarbij behorende denkkaders en scripts. Dit schakelen gebeurt in de dagelijkse praktijk voortdurend, maar veelal onbewust en impliciet waardoor vaak onduidelijk is op welke wijze en in welke termen resultaten geëvalueerd worden. Het drierollenmodel biedt de psychiater de mogelijkheid bewust en expliciet op een gekozen rol te reflecteren en zo nodig van rol en van script te veranderen als er onvoldoende aansluiting lijkt te zijn met het patiëntensysteem.

Zo wordt de psychiater in staat gesteld én wetenschappelijke kennis in te brengen én voortdurend professioneel te reflecteren op het samenwerkingsproces én zich op unieke, persoonlijke wijze te laten kennen tijdens het behandelproces.

LITERATUUR

- Adams JR, Drake RE, Wolford GL. Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. *Psychiatric Services* 2007; doi: 10.1176/appi.ps.58.9.1219.
- Ahn H, Wampold BE. Were oh were are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *J Couns Psychol* 2001; 48: 251-7.
- Anderson H. Myths about not-knowing. *Fam Process* 2005; 44: 497-504.
- Bensing J. Bridging the gap: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns* 2000; 39: 17-25.
- Blow AJ, Sprenkle DH, Davis SD. Is who delivers treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *J Marital Fam Ther* 2007; 33: 298-317.
- Boeckhorst F. Meervoudige perspectieven. Een wandeling door de ideeëngeschiedenis van de gezinstherapie. *Systeemtherapie* 1997; 9: 15-49.
- Bracken P, Thomas P, Timimi S, Asen E, Behr G, Beuster C, e.a.. Psychiatry beyond the current paradigm. *Br J Psychiatry* 2012; 201: 430-4.
- Bying-Hall J. Rewriting family scripts: Improvisation and systems change. New York: Guilford Press; 1995.
- Cornelis J. Intervenieren bij suicidaliteit: Zonder naasten gaat het niet. *Systeemtherapie* 2011; 23: 217-31.
- Crits-Christoph P, Ring-Krutz S, Gallop R. The dependability of alliance assessments: The alliance-outcome correlation is larger than you might think. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79: 267-78.
- Cuijpers P, Straten van A, Andersson G, Oppen van P. Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 909-22.
- Deursen van S. Ach die Thomas... en het rollenspel van een kinderpsychiater. *Systeemtherapie* 2005; 17: 40-5.
- Duncan BL. On becoming a better therapist. Washington: APA; 2010.
- Eisenberger NI, Taylor SE, Gable SL. Neural pathways link social support to attenuated neuroendocrine stress responses. *Neuroimage* 2007; 35: 1601-12.
- Haque OS, Waytz A. Dehumanization in medicine: causes, solutions and functions. *Perspect Psychol Sci* 2012; 7: 176-86.
- Hayes SC, Follette VM, Linehan MM. Mindfulness and acceptance, expanding the cognitive-behavioral tradition. New York: The Guilford Press; 2004.
- Horvath AO, Del Re AC, Fluckiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. In Norcross JC, editor. *Relationships that work*. New York: Oxford University Press; 2011. p 25-69.
- Imel ZE, Wampold BE, Miller SD. Distinctions without a difference: direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychol Addict Behav* 2008; 22: 533-43.

- Jacobsen NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK e.a. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 295-304.
- Kabat-Zinn J. Handboek meditatief ontspannen: Effectief programma voor het bestrijden van pijn en stress. Haarlem: Altamira-Brecht; 2000.
- Kolb D. Experimental learning. Experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice Hall; 1984.
- Lambert MJ, Ogles BM The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ, red. Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley; 2004. p 134-94.
- Lawick van MJ, Savenije A. Basisbegrippen. In: Savenije A, Lawick van MJ, Reijnders ETM, red. Handboek systeemtherapie. Utrecht: De Tijdstroom; 2008. p. 127-37.
- Malinen T. Buddha, Wittgenstein and postmodern therapies. 2006. http://www.tathata.fi/artik_eng/buddha_wittgenstein_and_postmodern_therapies.htm
- McKay KM, Imel ZE, Wampold BE. Psychiatrist effect in the psychopharmacological treatment of depression. *J Affect Disord* 2006; 92: 287-90.
- Miller SD, Hubble MA, Chow DL, Seidel JA. The outcome of psychotherapy: Yesterday, today and tomorrow. *Psychotherapy* 2013; 50: 88-97.
- Miller SD, Wampold B, Varhely K. Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis. *Psychother Res* 2008; 18: 5-14.
- Modelregeling relatie Instellingen Naastbetrokkenen, 2004. Gezamenlijke uitgave GGZ Nederland en betrokken instellingen, publicatienr. 2003-247L.
- Norcross JC. Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (2de dr.). New York: Oxford University Press; 2011.
- Oenen van FJ, Bernardt C, van der Post L. Praktijkboek crisisinterventie: De kunst van het interveniëren in moeilijke behandelingsituaties in de spoedeisende psychiatrie en psychotherapie. Utrecht: De Tijdstroom; 2007.
- Oenen van FJ, Cornelis J, Bernardt C. Consensus gericht Systemisch interviewen en interveniëren: Een systemisch 'goed genoeg' pakket voor hulpverleners in de psychiatrie. *Systeemtherapie* 2012; 24: 63-81.
- Os van J. De DSM-5 voorbij: persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ. Leusden: Diagnosis; 2015.
- Priebe S, Burns T, Craig TKJ. The future of academic psychiatry maybe social. *Br J Psych* 2013a; 202: 319-20.
- Priebe S, Palumbo C, Sajjad A, Strappelli N, Gavrilovic JJ, Bremner S. How psychiatrists should introduce themselves in the first consultation: an experimental study. *Br J Psych* 2013b; 202: 459-62.
- Rober P. The therapist's self in dialogical family therapy: Some ideas about not-knowing and the therapist's inner conversation. *Fam Process* 2005a; 44: 477-95.
- Rober P. Family therapy as a dialogue of living persons: a perspective inspired by Bakhtin, Voloshinov and Shotter. *J Mar Fam Therapy* 2005b; 31: 385-97.
- Rogers CR. Mens worden, een visie op persoonlijke groei. Utrecht: Erven J. Bijleveld; 2000.
- Schwartz B, Sharpe K. Practical wisdom. New York: Pinguin; 2011.
- Seikkula J. Becoming dialogical: Psychotherapy a way of life? *Austral NZ J Fam Therapy* 2011; 32: 179-93.
- Shotter J. Conversational realities. London: Sage; 1993.
- Slade M. Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals (values-based practice). Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
- Thompson L, McCabe R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 87 doi:10.1186/1471-244X-12-87.
- Van R. De psychiater maakt het verschil. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 76-8.
- Wampold BE, Brown GS. Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 914-23.
- Wampold BE. The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings. Hillsdale: Erlbaum; 2001.

SUMMARY

A new, more comprehensive role model for the psychiatrist; the need to adapt and personalise psychiatric concepts and actions

F.J. VAN OENEN, S. VAN DEURSEN, J. CORNELIS

BACKGROUND More and more criticism is being levelled at the traditional cornerstones of psychiatric treatment such as medication, diagnostics and the specific effectiveness of treatment models. On the other hand, however, increasing attention is being given to other 'non-specific' factors such as the quality of the working alliance, the value of feedback and the personality and character of the therapist. In addition, there is an ever-increasing demand on the part of the public who want a more prominent role in the treatment process for relatives and family members.

AIM To respond to these societal developments by delineating a new and more comprehensive role for the psychiatrist.

METHOD The authors analyse how the need for new roles is connected with the fact that psychiatrists and the general public have different conceptual frameworks and tend to use different conversational styles and vocabulary.

RESULTS According to the authors, the psychiatrist should be able to fulfill several roles in the treatment process. The traditional psychiatric 'jargon' is inadequate for expressing the specific value of the differing roles and conceptual frameworks of psychiatrists and members of the public.

CONCLUSION When opting for a specific role and type of language, the psychiatrist should be guided by what is most likely to lead to fruitful cooperation with the patient and his or her relatives. In discussing treatment plans with the patient the psychiatrist must learn to use more comprehensive and flexible language.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)11, 728-736

KEY WORDS dialogue, role, script, systemic, talk