

# Psychotherapie in de opleiding tot psychiater

*door P.J. Jongerius*

## Samenvatting

Uitgaande van de stelling dat de psychiatrie een bijzonder goede situatie biedt voor het leren van psychotherapie, worden de redenen voor deze stellingname uitvoerig toegelicht. Achtereenvolgens zijn dit: de veldopleiding, de te behandelen populatie, de klinische setting en de medische context. Gesteld wordt dat inhoudelijk de psychotherapieopleiding in de psychiatrie in wezen niet verschilt van die in andere opleidingen. Enkele items dienen wel extra aandacht te krijgen, namelijk de supportieve c.q. directionele aspecten en de groep als behandelsetting. Wat betreft het doceren van psychotherapeutische behandelstrategieën voor bepaalde diagnostische categorieën wordt aangevoerd dat dit slechts in grote lijnen mogelijk is, daar de specifieke inhoud van de individuele problematiek telkens weer eenmalig is.

## Inleiding

Hoe kan psychiatrische psychotherapie geleerd worden? Met deze vraag gaf de redactie van dit themanummer de richting aan voor mijn bijdrage, zich kennelijk niet realiserend dat deze vraag mij al direct voor moeilijkheden plaatste. In eerdere publicaties heb ik me namelijk uitdrukkelijk afgewend van het begrip psychiatrische psychotherapie, met als voornaamste argument dat het hier niet gaat om een apart vak of een aparte verrichting, maar dat de totaliteit van het psychiatrisch handelen dient 'geïmpregneerd' te zijn met psychotherapeutische knowhow (Jongerius 1995). Dat wil zeggen dat psychotherapeutische noties bij elk psychiatrisch handelen aan de orde zijn en dat er daarnaast, wanneer er specifieke psychotherapeutische interventies bij patiënten vereist zijn, sprake is van een op die patiënten afgestemde vormgeving aan de psychotherapie. Ik spreek dan liever van 'toegepaste psychotherapie' dan van psychiatrische psychotherapie.

Uiteraard is deze term te gebruiken voor elke toepassing van de psychotherapeutische noties in een specifieke setting of disciplinegebonden context en gaat het in dit geval alleen maar over de toepassing door de

psychiater in zijn dagelijkse praktijk. Ik meen echter dat deze term toch zinvol is, omdat hiermee wordt benadrukt dat de psychotherapeutische theorieën in de eerste plaats ordeningsprincipes zijn, die pas tot leven komen en vorm krijgen in de interactie tussen therapeut en patiënt. Psychotherapie als een soort absoluut begrip, los van de telkens weer unieke vormgeving, bestaat niet. Het aspect 'kennisvermeerdering' is, net als de training in dogmatisch schoolse praktijk, slechts bedoeld om te leren geordend en met zelfdiscipline te functioneren in situaties die doorgaans creativiteit en flexibiliteit vragen (zie ook verder in dit artikel). Mijn variant op de vraag van de redactie luidt dan ook: hoe kan psychotherapie in de opleiding tot psychiater geleerd worden? Met als impliciete subvragen: verschilt deze opleiding van de opleiding in een andere setting en, zo ja, waarin dan?

Laat ik beginnen met een misschien gewaagde stelling: ik ben van mening dat de opleiding tot psychiater een bijzonder goede situatie biedt voor het leren van psychotherapie. Daarvoor zijn enkele duidelijke redenen aan te voeren:

1. De psychiatrieopleiding is een veldopleiding.
2. De populatie die de psychiater te behandelen krijgt is zodanig, dat een niet-schoolse (geïntegreerde) toepassing van de psychotherapeutische kennis en kunde noodzakelijk is.
3. De opleiding vindt voor een groot deel plaats in de klinische setting.
4. De noodzaak tot het zich bij voortduring bewust zijn van somatische én psychische aspecten aan het ziek-zijn is door de medische context gegarandeerd.

Op elk van deze aspecten zal in het volgende nader worden ingegaan.

### De psychiatrie als veldopleiding

De veldopleiding met haar duidelijke leermeester-gezelkarakter heeft ongetwijfeld vele voordelen, maar zeker ook nadelen. Hierop zal later in dit artikel worden teruggekomen. Ik wil hier slechts een moeilijkheid signaleren die steeds weer opdoemt waar getracht wordt deze veldopleiding, met haar doorgaande lijn in technische attitudevorming, te vangen in getal en maat. Het probleem voor de psychiatrieopleiding is dat veel van de takken, bladeren en bloemen die de gezelschap zijn wandelingen met de meester door het veld tegenkomt en benoemd krijgt, zich niet laten opstapelen, tonen en meten. Het betreft levend materiaal, onderdeel van een functionerende flora. Hoewel dus het strikte tellen in uren geen recht doet aan de veldopleiding, zal toch op enigerlei wijze duidelijk moeten worden gemaakt dat in een goede psychiatrieopleidingssituatie een ruime hoeveelheid praktische oefening in psychotherapeutisch denken en functioneren vervat is. Het venijn zit natuurlijk in het woordje 'goede'. Alles hangt er hierbij van af

of bij een visitatie, naast de formeel te tellen cursussen, ook de kwaliteit van de ingebouwde psychotherapietraining nadrukkelijk getoetst wordt.

### Geïntegreerde toepassing

Voor het behandelen van het merendeel van de psychiatrische patiënten is flexibiliteit een vereiste. Hoe leid je daarvoor op? Als we psychotherapie omschrijven als 'het op een consistente, door een theorie gedragen methodische wijze van hanteren van de patiënt-therapeutrelatie', dan volgt daaruit dat bij de opleiding twee zaken centraal staan:

1. Iemand trainen in relatiehantering; hiervoor is het nodig dat de trainee zich oriënteert omtrent de participanten aan het psychotherapeutisch proces, namelijk zichzelf, de patiënt en hun interactie. Voor de oriëntatie omtrent zichzelf staat ons de *leertherapie* ter beschikking. Voor de oriëntatie omtrent de patiënt dient de trainee zich te verdiepen in de *theorieën* die zich bezighouden met de normale ontwikkelingsgang en de stoornissen daarvan, waarvan met name het psychoanalytisch referentiekader een goed voorbeeld is. Voor de oriëntatie omtrent de *interactie* geven de systeem- en communicatietheorieën én de groepsdynamiek de nodige informatie.
2. Daarnaast moet de trainee opgeleid worden in het *consequent* en *methodisch* hanteren van de relatie. Het centrale begrip daarbij is 'ordering'. De psychotherapeut moet in staat zijn het materiaal dat hij in de contacten met de patiënten aangeleverd krijgt te ordenen op een zodanige wijze dat het hem in staat stelt op een consistente wijze te blijven reageren. Dit levert de patiënt, naast de 'mastery' die inzicht en begrijpen geven, ook het gevoel van basale veiligheid c.q. 'holding' op.

De therapeut hanteert ten behoeve van deze ordening een interpretatiesysteem, een door een theorie onderbouwde, samenhangende sjabloon, die hij op de ongeordende informatie van de patiënt legt. Daarbij kan in het algemeen opgemerkt worden dat het bij de interpretatiesystemen gaat om fictieve constructies en niet om waarheden. Reden waarom ik bijvoorbeeld de psychoanalyse pleeg te betitelen als de 'algebra' van de psychodynamische zienswijze. Het Es, het Super-Ego, de afweermechanismen, het oedipuscomplex zijn slechts elementen van een ordening – zij het een zeer goede en bruikbare – van de werkelijkheid en niet de werkelijkheid zelf.

Eigenlijk wordt het bestaan van interpretatiesystemen slechts gerechtvaardigd door hun verklarende waarde. Ze zijn effectief voorzover ze een zekere mate van beheersing verschaffen, zowel voor de therapeut als voor de patiënt. Yalom (1981) bijvoorbeeld

zegt dat een inzicht valide, juist of waar is voorzover het een gevoel van beheersing geeft. Het gaat, zegt hij, veel meer om het proces, het verkrijgen van inzicht, dan om de precieze inhoud daarvan. Daaruit volgt dan, volgens hem, dat geen enkel interpretatiesysteem bij voorbaat beter is dan een ander. In een studie die hij deed in het kader van de groepspsychotherapie, vond hij dat een gunstig resultaat hoog correleert met mate waarin de patiënten erin slaagden ervaringen te organiseren tot een samenhangend geheel. Succesvolle groepsleiders waren diegenen die een cognitief raamwerk aan de patiënten aanreikten. Vanuit welke school was gewerkt bleek niet belangrijk. Belangrijk was niet *wat* men had geleerd, maar *dat* men had geleerd.

Het bovenstaande betekent overigens niet dat alles wat men doet goed is. Om ordening te kunnen aanbieden moet de therapeut die ordening ter beschikking hebben. Het betekent, naar mijn mening, echter evenmin dat het aanleren van één methode van ordenen volstaat. Mijn argumenten voor deze stellingname zijn de volgende:

1. Het is didactisch van belang om de psychotherapeut vroeg in zijn opleiding de relativiteit van de verschillende interpretatiesystemen (referentiekaders) bij te brengen. Elk interpretatiesysteem heeft zijn waarde in specifiek daarvoor geschikte situaties. Met situaties bedoel ik dan de patiënt met zijn gegevens, zijn doelen en zijn makelij in interactie met de therapeut en wat die meebrengt. Dit alles om hem te behoeden voor het toepassen van Procrustus-methoden, dat wil zeggen: wie niet past bij mijn ordeningssysteem en de daaruit voortvloeiende techniek, maak ik passend.
2. In het begin van de opleiding staat de vorming van de therapeut als persoon voorop en dienen de attitude en de relationele capaciteiten in diverse situaties getraind te worden. Flexibiliteit, adaptatievermogen, afstandshantering en vele andere deelaspecten van de attitude komen het best aan de orde als verschillende therapeut-cliëntsituaties aan den lijve worden ervaren. Een goede methode hiervoor is bijvoorbeeld het tegelijkertijd doen van individuele en groepstherapieën, met de daaraan klevende verschillen wat betreft intimiteit en agressie.
3. Niet iedere therapeut is geschikt voor iedere vorm van therapie. Het ene interpretatiesysteem zal meer samenvallen met zijn persoon dan het andere. Ik noem dit *affiniteit van de therapeut*. Het lijkt me van belang dat de therapeut in spe zich niet te vroeg vastlegt in een bepaalde richting. In elk geval niet voordat hij, vanuit een onbevooroordeelde, zeg naïeve, innerlijke houding, heeft kunnen ervaren of een interpretatiesysteem voor hem goed aanvoelt of niet, of hij erin kan geloven of niet en of de techniek die erbij hoort met hem samenvalt.

Dat dit tijd nodig heeft en een zorgvuldige begeleiding vereist, heb ik ervaren in mijn theoretisch-technische cursus groepspsychotherapie. Veel cursisten bleken behept te zijn met het idee dat inzichtgevende groepspsychotherapie datgene was wat ze toch eigenlijk zouden moeten kunnen uitvoeren na afloop van de cursus. Daarachter stak een vooroordeel over de hogere waarde van deze vorm van therapie. Het bleek niet zo makkelijk voor die cursisten, die veel beter bleken te functioneren in de steunend-structurerende stijl, om hun fictieve doel te laten schieten en zich te richten op training van hun sterke kant. Om dit toch te faciliteren bevatte mijn training in inzichtgevende groepspsychotherapie altijd ervaringselementen betreffende taak- en themagerichte groepen.

4. Naast deze argumenten, die stuk voor stuk te maken hebben met didactische overwegingen rondom de vorming van de therapeut, pleit ook de gang van zaken in de psychotherapeutische praktijk voor een structuur van de opleiding die gaat van breed naar smal. Aan het methodisch tamelijk nauw begrensde eigenlijke psychotherapeutische proces gaat toch een intakefase vooraf waarin, naast het verzamelen van gegevens, de oriëntatie omtrent de mogelijkheden van de patiënt plaatsvindt. Bij dit aspect van de intake, dat ook wel proefbehandeling genoemd wordt, gaat het erom een beeld te krijgen van wat ik noem de *aanspreekbaarheid van de patiënt*. De Jong (1987) geeft hiervoor in zijn boek *Intake voor psychotherapie* een leidraad, met als twee basiscomponenten: aansluiten en ontregelen. Het gaat erom de aanspreekbaarheid, het meest belovende aanhakingspunt van de patiënt, helder te krijgen. Hiervoor moet de onderzoeker voeling hebben met elk van de vier door mij onderscheiden invalshoeken voor psychotherapie, namelijk:
  - a. die gericht op verandering van het gedrag;
  - b. die gericht op verandering van de existentiële positie;
  - c. die gericht op verandering van de interactie;
  - d. die gericht op verandering van de persoonlijkheidsorganisatie.
 De 'diagnostic alliance' in de intake moet zich in die fase kunnen ontwikkelen zonder bias wat betreft de uitkomst. Het is daarbij makkelijk als de therapeut dan kan terugvallen op zijn eigen vormingsgang: eerst algemene oriëntatie, dan pas kiezen.
5. Een laatste argument vormt het gegeven dat de affiniteit van de psychotherapeut in de loop der jaren wijzigingen ondergaat. Zijn sterke kanten en zijn belangstelling blijven niet dezelfde in de loop der jaren. Zich te vroeg vastleggen in een bepaalde richting met daarna, voor de goede orde, nog kennismaken van andere referentiekaders vermindert de bewegingsvrijheid van de therapeut. Als hij zich vroeg breed georiënteerd heeft en van daaruit heeft

gekozen voor een hem liggend interpretatiesysteem, met het besef van de relatieve waarde daarvan, zal het hem makkelijker vallen om, als hij de noodzaak daartoe voelt, over te schakelen naar een ander systeem waarvan hij de voor- en nadelen niet alleen maar kent van horen zeggen.

Een belangrijk (zo niet het belangrijkste) middel in de opleiding om te komen tot geordend en methodisch functioneren in de psychotherapeutische praktijk wordt van oudsher gevormd door de *supervisie*. Het is daarbij zeker niet de bedoeling om supervisanten zover te krijgen dat ze gehoorzaam de manier van denken en doen van de supervisor overnemen (iets waar sommige supervisors toch naar lijken te streven). De wezenlijke bedoeling van de supervisie is toch om opleidingen te helpen hun eigen stijl te vinden. Een stijl die het hun mogelijk maakt om te functioneren binnen de directieven van de toegepaste methode en toch trouw te blijven aan de eigen persoonlijke mogelijkheden. Het resultaat van een goede supervisie kan dan twee kanten opgaan: óf een verhoogd gevoel van zelfvertrouwen en een verminderde gespannenheid, óf de conclusie dat deze methode niet past bij de persoonlijkheid van de opleiding en dat zijn mogelijkheden in een andere richting liggen.

Men kan aan de supervisie twee aspecten onderscheiden, namelijk supervisie van de psychotherapeutische attitude en supervisie van de toegepaste psychotherapie. Het zal, in tegenstelling tot wat in de vigerende opleidingseisen voor psychotherapie vermeld wordt, duidelijk zijn dat de eerste vorm van supervisie gestart kan worden vanaf het begin van de opleiding, terwijl de tweede vorm uiteraard pas effectief kan zijn als er cursorisch onderwijs aan vooraf is gegaan.

Het derde, of eigenlijk het eerste, element in de opleiding wordt gevormd door de *leertherapie* met als doelstelling een geleide, ervaringsgerichte reflectie op het eigen functioneren met betrekking tot het functioneren als therapeut. Als we kennisnemen van de doelstellingen van leertherapie zoals deze in de literatuur worden beschreven, blijken die in het geheel niet uniform te zijn. De grens tussen een serie sessies met curatieve bedoelingen en een serie sessies gericht op het beter functioneren als psychotherapeut is in de meeste gevallen onduidelijk. Soms heeft men ook de gedachte dat een leertherapie een selectief effect heeft. De opleidingen die onvoldoende stabiel zijn om deze therapie te verdragen, vallen af. Zo gehanteerd is leertherapie geen middel om betere therapeuten af te leveren, maar een middel om te voorkomen dat men slechte therapeuten aflevert. Naar mijn mening is de grootste waarde van leertherapie dat 'men de gevoelens heeft ondergaan die opgeroepen worden als men zich in een psychotherapeutische situatie bevindt'. De bescheiden doelstelling voor een leertherapie met een rela-

tief klein aantal zittingen – en meer valt er niet te realiseren in de basisopleiding – zou dan ook niet meer moeten inhouden dan dat men therapeuten gevoeliger maakt voor de situatie van de patiënt.

### De klinische setting

Geen opleiding als eenzaam avontuur dus, maar een gezamenlijk interactieel gebeuren. Op zich een goede zaak in een opleiding voor een interactionele taak, maar ook deze heeft, naast de vele voordelen, haar nadelen.

Een groot voordeel is zeker het ervarend leren. Naar mijn overtuiging en ervaring is de beste didactische formule: ‘Van ervaren naar cognitie’. Cognitief materiaal beklijft beter als het naam geeft aan datgene wat ervaren werd. Het proces waarbij de onzekerheden van het ervaren worden opgelost door het weten, heeft een grotere kracht dan de omgekeerde weg, waarbij de zekerheid van het weten de zekerheid van het ervaren eigenlijk niet meer echt nodig heeft. Het is dan echter wel nodig dat na het ervaren de cognitieve vulling ook daadwerkelijk plaatsvindt. En eveneens dat de situatie zodanig is dat de onzekerheid van het ervaren te dragen valt. Zodra deze elementen ontbreken, verkeert de in aanleg positieve mogelijkheid van de veldformule in het tegendeel. Ik durf het zelfs zo te stellen: zodra de situatie binnen een opleiding onveilig wordt, is de trainee eigenlijk beter af met een cognitief gerichte training in een ‘school’-opstelling.

De vereiste veiligheid is zeker niet altijd optimaal voorhanden. Meestal heeft dat te maken met de twee pathologische situaties waar-tussen een teamevenwicht altijd schommelt: het symbiotische team en het gefragmenteerde team. Het *symbiotische* team vormt een onveilige opleidings situatie, omdat het moeilijk toegang geeft aan vreemden. De enige weg naar veiligheid in zo’n team is een bliksemsnelle assimilatie. Dit houdt echter in dat de kritische instelling en de vragende houding, die ik iedere opleideling toewens, geen enkele kans krijgen. Zo worden adepten gekweekt in plaats van ambachtslieden. Afgeleiden van dit symbiotische teamgebeuren zijn bijvoorbeeld impliciete of expliciete initiatierituelen die geen rekening houden met het fysiologisch angstniveau van de kandidaat of beginneling, waardoor deze in een zodanige kramptoestand raakt, dat hij daarmee zonneklaar aantoon niet tot de club te behoren. Het *gefragmenteerde* team is onveilig, omdat dit zoveel energie nodig heeft voor de handhaving van de oppervlakkige werkl-aag, dat er geen energie overschiet voor de opleideling. Deze mist bovendien een dragend houvast in de onzekerheid oproepende ervaringen, want ook hij staat alleen.

Een teamopleiding met haar groepsfenomenen (corrective emotional experience, consensual validation) kan veel bijdragen aan het leerproces, maar het luistert allemaal wel nauwer dan een opleiding in de klas-

sieke ambulante opleidingssituatie. Overigens, als een opleideling op een afdeling komt waar het teamwerk met zijn horizontale beleidsstructuur de manier van werken is, wie is dan de referentiefiguur? De opleideling in de klinische setting wordt nogal eens geconfronteerd met een veelheid van referentiefiguren, die daarbij soms ook nog in een onduidelijke strijd om het informele leiderschap zijn gewikkeld. Ik denk dat het hem niet altijd duidelijk is aan wiens hand hij de tocht door zijn stage nu eigenlijk maakt.

In het meester-gezelmodel, dat de kern vormt van de veldopleiding, worden zeker ook eisen gesteld aan de 'meester'. Deze moet er vooral voor oppassen dat hij niet als de onnavolgbare leraar zijn leerlingen verlamt en hun het gevoel geeft 'zo leer ik het toch nooit'. Wil men dit voorkomen, dan moet aan twee voorwaarden voldaan worden:

1. De 'meester' moet de tijd en de ruimte hebben om zijn functies te expliciteren en zo nu en dan ook te ontmythologiseren. Met dat laatste bedoel ik: ook laten zien dat een aantal van zijn briljante ingrepen niet stoelt op bliksemsnel, diepzinnig innerlijk overleg, maar op intuïtieve invallen, die hij zelf ook pas achteraf begrijpt en misschien soms zelfs helemaal niet.
2. De opleideling moet de tijd en de ruimte krijgen om zelf te experimenteren onder kritisch steunende afstandsbegeleiding van zijn leermeester. Slechts zo kan hij het gevoel krijgen dat hij ook wat kan. Als deze ervaringen beperkt blijven tot kortstondige perioden van waarnemen als de opleider er toevallig even niet is, dan is dit te weinig.

Samenvattend kunnen we stellen dat de klinische opleidingsplaats de opleideling de volgende voordelen biedt:

1. een ingebouwde training in samenwerking;
2. een continu beeld van het psychotherapeutisch proces, waarbij een voortdurende confrontatie plaatsvindt met de gevolgen van zijn interventies;
3. het onontkoombaar betrokken worden in dit proces;
4. een duidelijk beeld van de samenhang tussen milieu en methode;
5. het leren onderkennen van de waarde en mogelijkheden van andere vormen van behandeling (non-verbaal) en dus van het eventueel inschakelen daarvan;
6. de impact van andere factoren op de behandeling (familie, sociale omstandigheden).

Wil de opleideling echter ten volle profiteren van de positieve elementen, dan moeten de negatieve facetten door de opleidinggevers ter dege worden onderkend en geneutraliseerd. Een goede boodschap alleen is niet voldoende, een goede verpakking is van minstens evenveel belang.



## De opleiding is een medisch-specialistische opleiding

Dat wil zeggen: de opleiding is bij voortdurend in contact met het somatische aspect van het ziek-zijn. Daarom vond ik het bijvoorbeeld nodig dat arts-assistenten ook tijdens hun keuzestage psychotherapie dienst meedraaiden bij de GGZ, eventueel lichamelijk onderzoek bij de niet-eigen patiënten deden en zo nodig ook de somatische zorg voor deze patiënten op zich namen. Iets wat door de opleidingen in kwestie niet altijd vanzelfsprekend werd gevonden. Ik zou in dit verband ter illustratie willen refereren aan een artikel van Greben (1987), een uitstekend overzicht over de waarde en plaats van de psychotherapie in de psychiatrie. Greben vat een en ander samen in negen punten, waarvan ik de meest relevante noem:

1. Psychiatrie zonder psychotherapie is niets. In enigerlei vorm is psychotherapie een essentiële behandelmethode in de psychiatrie.
2. Een psychiater moet competent zijn in het gebruik van psychotherapie en moet even competent zijn in het gebruik van biologische behandelmethoden.
3. Er is geen enkele reden om enige aarzeling te tonen ten opzichte van het combineren van biologische behandelingen met psychotherapie.
4. Zeer geïnteresseerd zijn in de psychotherapie betekent niet dat een psychiater zich distantieert of vervreemdt van zijn medische collega's.
5. Elk van de verschillende wijzen waarop men psychotherapeutische principes kan toepassen, heeft haar eigen verdiensten en waarden.
6. Behalve met symptomen moeten psychiaters zich bezighouden met de onderliggende gedragspatronen en de relationele karakteristieken.

## Conclusies

In het voorgaande kwamen vooral de specifieke situatieve aspecten van de psychotherapieopleiding in de psychiatrische setting aan de orde. Zijn er nu ook duidelijk inhoudelijke verschillen aan te geven met andere opleidingen in de psychotherapie? Als men de grote lijnen aanhoudt niet. De voornaamste ordeningsprincipes die in de officiële basisopleiding behandeld worden, dienen ook in de psychiatrieopleiding de vereiste aandacht (uitgedrukt in hoor- en oefeningen) te krijgen. Het gaat dan om de eerder genoemde ordeningsprincipes ontleend aan de leer- en cognitieve theorieën, de experiëntiële theorieën, de systeemtheorieën en de psychoanalytische theorieën.

Twee items vereisen daarbij in het kader van de psychotherapeutische behandeling van psychiatrische patiënten speciale aandacht:

- de supportieve c.q. directieve aspecten, en

- de groep als behandelsetting.

Wat de *supportieve* aspecten in de psychiatrische behandeling betreft zou ik er nog eens met nadruk op willen wijzen dat het niet voldoende is om, zoals soms wordt gesteld, deze als enige werkzame en zinvolle methoden te onderwijzen. Deze methoden uit het gedragstherapeutisch veld krijgen pas hun reliëf en een adequate toepassing tegen de achtergrond van de drie andere interpretatiesystemen. Te vaak wordt vergeten dat velen van degenen die deze theorieën ontwikkelden, opgeleide psychoanalytici waren.

Dat de *groep* als behandelsetting een belangrijke plaats inneemt in de psychiatrie behoeft nauwelijks betoog. Het wekt bij mij dan ook bevreemding dat deze vorm van psychotherapie en de scholing daarin niet in alle psychiatrische opleidingen het accent krijgen die deze uit de aard van hun belang verdienen.

Ten slotte: er wordt wel gepleit voor de noodzaak van het doceren van behandelstrategieën voor bepaalde diagnostische categorieën: depressie en schizofrenie staan hierbij vooral in de belangstelling. Mijns inziens is in de psychotherapeutische praktijk zozeer het unieke aspect van deze patiënt met zijn levensgeschiedenis, zijn sociale situatie en zijn ontwikkelingsprofiel in interactie met deze therapeut met zijn levensgeschiedenis ..., etcetera, aan de orde, dat het slechts mogelijk is om voor categorieën grote lijnen aan te geven, zoals: de noodzaak van steunende elementen en/of van een cognitieve stijl, de voorkeur voor klinisch, deeltijd of ambulant, vereisten wat betreft frequentie en duur. Meer inhoudelijk blijft de psychotherapeutische behandeling toch, hoe vervelend dit ook is voor de research en voor het protocol, een telkens weer eenmalig gebeuren.

## Literatuur

- Greben, S.E. (1987), Psychotherapy today. *British Journal of Psychiatry*, 151, 283-287.
- Jong, A.J. de (1987), *Intake voor psychotherapie*. Boom, Meppel/Amsterdam.
- Jongerius, P.J. (1990), Van nieuwe wegen en oude kaarten. *Nieuws voor Psychotherapeuten*, XII, 3, 1-8.
- Jongerius, P.J. (1993), Afscheidscollege. In: G. Glas en H.W. Hoek (red.), *Psychotherapie en psychiatrie*. Divisie Psychiatrie Academisch Ziekenhuis Utrecht, 67-81.
- Jongerius, P.J. (1995), Het psychotherapeutisch gehalte van de psychiater. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21, 6, 502-504.
- Yalom, I.D. (1981), *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk*. Van Loghum Slaterus, Deventer

## Summary: Psychotherapy in the psychiatric training

Starting from the statement that psychiatry offers an excellent situation for learning psychotherapy, the grounds for this statement are amply elucidated. These favourable factors are successively: the fact that training takes place in the field, the kind of patients that ask for treatment, the inpatient setting, the medical context. It is stated that,

as to the contents, the training in psychotherapy as part of psychiatric training doesn't differ essentially from the psychotherapy training in other fields. Some items, however, ask for more specific attention, namely the supportive c.q. directive aspects and the group as a treatment setting. Concerning the teaching of psychotherapeutic treatment strategies for certain diagnostic categories, it is stated that this is only possible in broad outlines, because of the unicity of the specific problems of each individual.

De auteur is psychiater, emeritus hoogleraar psychotherapie. Correspondentieadres:  
Halsterseweg 309, 4613 AS Bergen op Zoom.