

'Wie vervangt de psychiater'

'Overwegingen rond de psychotherapeut-met-medische-vooropleiding' *

door J. L. van de Lande**

In de afgelopen 21 jaar, van het moment af dat ik mij liet inschrijven bij de medische faculteit van de Gemeente Universiteit te Amsterdam, ben ik niet ongevoelig geweest voor de lokroep van verschillende, aan veranderingen van een vast bestel lijkend systeem, werkende stromingen.

Tenslotte mondde dit uit in een positie als kritisch psychiater, alternatief hulpverlener, veranderaar en oprichter van een niet-traditioneel ingestelde jeugdpsychiatrische kliniek, die overigens na 5 jaar pioniersbestaan dit jaar zijn professionele gezicht naar binnen en buiten meer kenbaar zal maken. Doordat ik verkeerde in een mij vaak tot extreme uitspraken dwingende, ook door anderen opgelegde gepolariseerde positie, ben ik mogelijk ook in staat gebleven niet tevreden in te slapen, nu ik maatschappelijk gezien wel 'gearriveerd' mag heten.

In de afgelopen 6 jaar werden onder mijn supervisie 24 assistent-psychiaters gedurende kortere of langere tijd opgeleid. Langzaam maar zeker drong het tot mij door dat velen van hen zich meer of minder onzeker, soms ook bedreigd voelden door bepaalde ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. Hulpverlening in de eerste lijn wordt steeds meer toevertrouwd aan jonge, onvoldoend getrainde mensen, die voor psychische ernstig ontredende mensen soms verre gaande beslissingen moeten nemen. De identificatie van de psychiater als de schuldige aan alle dehumaniserende omstandigheden, waarin psychiatrisch instituten soms nog verkeren, brengt de jonge assistent nog verder van zijn pad af. Hij wil door de maatschappij liever niet met deze figuur vereenzelvigd worden, maar wordt tegelijkertijd nog te onmondig om zelf veranderingen aan te kunnen brengen.

Wanneer dan bovendien nog gerenommeerde psychiaters verkondigen dat de medische vooropleiding zinloos, tijdverspillend en anti-therapeutisch werkt, dan moet je wel van goede huize ko-

* Voordracht Voorjaarscongres Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 19 april 1975.

** Psychiater-supervisor Jeugdpsychiatrische kliniek 'Amstelland' te Santpoort.

men, om toch nog psychiater te willen worden en niet: psycholoog, sociaal-psycholoog, socioloog, andragoog of psychotherapeut-zonder-medische-voorropleiding.

Het lijkt mij zinnig een visie op de onmisbaarheid en onvervangbaarheid van de psychiater of de psychotherapeut-mét-medische-voorropleiding te poneren, die mogelijk een aantal in een professionele identiteitscrisis verkerende jongere, maar waarschijnlijk ook oudere psychiaters de kans kan geven nog eens over hun eigen functioneren na te denken. Ik stel een drietal overwegingen voor, die mijns inziens onlosmakelijk aan elkaar zijn verbonden: overwegingen rond het medisch model, rond de psychotherapeut-met-medische-voorropleiding en rond de multidisciplinaire samenwerking, om daarna in een conclusie een bepaalde stelling in te nemen.

Overwegingen rond het medisch model

Alle discussies rond het medisch model — thans nog met gène verdedigd door medisch opgeleide psychotherapeuten of met verve aangevallen door hen, die menen dat dit model een onzindelijke vorm van denken inhoudt — hebben in de laatste 5 jaar tot een heilloze vorm van dualistisch denken in de gezondheidszorg geleid: medisch versus sociaal; iedere poging om deze begrippen complementair te zien, is dan verdacht en roept verbazing en weerstand op: het lijkt vertrouwder en veiliger gepolariseerde stellingen in te nemen, dan weten we tenminste waar we aan toe zijn. Een weinig traditioneel ingestelde psychotherapeut, die toch graag wat psychofarmaca wil voorschrijven, wijkt evenzeer van 'de leer' af als een orthodox denkende spreekuurpsychiater die zijn patiënt naar een sensitivity-weekend wil sturen.

Een poging om het medisch model weer wat aanzien te geven binnen de psychiatrie kost ook mij weer het overwinnen van enige schroom, alsof ik plotseling witte jas en stethoscoop ter hand neem. Verre van dat. Het is een denkproces dat begint bij het herkennen en soms reeds verlichten van bepaalde verschijnselen, die men tot een specifiek omschreven toestandsbeeld kan samenvoegen — waarvan men dan ook de oorzaken kan aangeven — tenslotte uitmondend in een specifieke doelgerichte therapie. Het kan soms jaren, eeuwen duren alvorens de samenhang tussen de diverse pijlers gevonden is. Daarvoor is nodig een zorgvuldige studie, het ontstaan en toetsen van hypothesen betreffende de oorzaak van het lijden, trial en error inzake therapievormen en tenslotte de bereidheid om preventieve maatregelen te nemen. Het herkennen van depressies, manisch gedrag, fobieën, depersonalisatie of chaotische ontreddeering met waanideeën leidt nog steeds tot denken volgens het medisch model: diagnostiek — categoriseren — specifiek therapeutisch handelen en zo mogelijk preventie — zeker van een recidief — via de nazorg.

Tot zover heb ik nog geen behoefte gehad een stethoscoop te pakken of een witte jas aan te trekken, hoewel het niet ondenk-

baar zou zijn een depressieve patiënt te onderzoeken naar een schildklierlijden, of te vragen naar een hypertensiebehandeling of zelf een recept voor antidepressiva uit te schrijven, en dat alles met het oogmerk de noodzakelijke psychotherapie beter te laten verlopen. Het feit dat je als psychotherapeut-met-medische-vooropleiding ook entree tot het lichamenlijk lijden hebt, dat je óók medicijnen kunt voorschrijven, zou best eens de basis kunnen leggen voor een vertrouwensrelatie, waardoor misschien psychologische problemen makkelijker ter sprake kunnen komen. Wanneer er tijdens een psychotherapie ook somatische verschijnselen optreden, dan maken deze mij niet ongerust; het lijkt bovendien nadelig voor de continuïteit in de behandeling om dan een tweede verantwoordelijke instantie, een huisarts of een neuroloog te hulp te roepen. Waarom deze splitsing? Wat is daarvan de ratio?

Overwegingen rond de psychotherapeut-met-medische-vooropleiding

Hierin zijn een aantal persoonlijke ervaringen verwerkt van mijzelf en van anderen, die mij deze mondeling en schriftelijk hebben doen toekomen. Nogmaals niet de gevoelens en belevingen van oudere, gerenommeerde psychiaters, maar van jonge mensen, die werken of gewerkt hebben in centra die bepaald geen gelegenheid gaven je artsenbul boven je bureau te hangen. Ook hier weer heeft het mij moeite gekost deze overwegingen op te schrijven, omdat er zo weinig wetenschappelijke eer mee te behalen valt. De mogelijkheid van een herkenning, een aha-Erlebnis bij anderen gaf voor mij de doorslag.

Welnu, de langdurige omgang met lijden, ongeneeslijke ziekten en de dood noodzaken tot het verrichten van onaangename handelingen, zoals prikken, snijden, pijnlijke onderzoeken en zo meer, die uiteindelijk goedbedoelde beproevingen zijn, maar op het moment zelf als hoogst vervelend worden ervaren; mogelijk dat dit toch gevolgen heeft voor de psychotherapeutische relatie, waarin het doen van weinig populaire uitspraken, of het aanbieden van een harde confrontatie met de realiteit ook voor psychotherapeut zelf te verdragen moet zijn. Men leert — vooral in de klinische periode — werken, beschikbaar zijn, geduld oefenen, machteloos toekijken en niets kunnen doen, naast het leren beslissingen te nemen op soms zeer korte termijn. Veelal speelt zich dit af in een omgeving, waar toezicht en supervisie behoort te zijn, zodat men meer kansen krijgt om kunstfouten te maken in de relaties tot patiënten, als één der meest leerzame instrumenten in de opleiding. Overigens is de omgang met lijden, ongeneeslijk ziekten en de dood niet exclusief voor een arts weggelegd, immers ieder mens wordt in de loop van zijn leven daar wel eens mee geconfronteerd, maar vaak moet men er — gelukkig — lang op wachten, terwijl de arts-in-wording er vrij continu met zijn neus op wordt gedrukt; de begeleiding en de opvang van deze telkens terugkerende confrontatie schiet overigens

vrijwel overal te kort.

Zoals ik reeds eerder veronderstelde, zal het langdurige lichamelijke contact dat de opleiding voorschrijft ook minder kans bieden op een verkrampde houding in de psychotherapeutische relatie, die bij sommigen tot een aanrakingstaboe heeft geleid, en een paradoxale houding bij juist medisch opgeleiden: jarenlange training in het geven van bemoedigende schouderklopjes, een aai over de bol, aanraking van de meest uiteenlopende organen, maar zodra is het woord psychotherapie gevallen, of je denkt dat je een ontredderd mens geen hand meer mag geven, zonder daar eerst diep over te hebben nagedacht!

De medische vooropleiding biedt een psychotherapeut bovendien nog het kader van een eeuwenlange hulpverleningstraditie, waarin men pas sinds een 50-tal jaren de scheiding tussen lichaam en geest enige gestalte poogde te geven. Opvallend is de huidige tendens om in vele faculteiten weer wat eenheid aan te brengen. De sexuologie, psychosomatiek, liaisonpsychiatrie, biologische psychiatrie, naast de gedragstherapie, de gestalttherapie, maken de band weer wat nauwer. Men kan mij overigens kwalijk nemen dat ik niet ben opgeleid met de dringende behoefte om alles 'wetenschappelijk verantwoord' te laten verlopen, waaronder dan mijns inziens nog te vaak wordt bedoeld de bevrediging van een 'meet- en valideringszucht', die doorgaans ook gebruikt kan worden om niet in te gaan op de emotionele inhouden van behandelingen, in het bijzonder van psychotherapieën. De opleiding wordt wel lang als men de voorkeur wil geven aan een psychotherapeut-mèt-medische-vooropleiding. Lange opleidingen passen echter uitstekend in de huidige maatschappelijke ontwikkelingen: elkaar bezighouden is goedkoop, kost weinig grondstoffen en vervuult niet — maar dan wel opleidingen die zich grotendeels in een praktijk georiënteerde omgeving afspelen met alle mogelijkheden tot begeleiding, supervisie en dwang tot reflexie en het neerschrijven van opgedane ervaringen, met tenslotte ook de dwang tot publicatie van wetenswaardigheden. De opleiding moet 'welwillend' zijn, niet een 'struggle for highlife;', met als uiterste grens het behalen van de op punten en niet op ervaring gebaseerde 'jachtakte' van de Vereniging voor Psychotherapie.

Tenslotte zou ik wel beter willen begrijpen waarom er soms oudere gerenommeerde psychiaters van mening zijn dat de medische vooropleiding 'eigenlijk' niet nodig is voor een psychiater-psychotherapeut, en juist de jongere generatie steeds meer overtuigd raakt van het specifiek zinvolle in hun therapeutisch handelen, dat afkomstig is uit de medische training. Een riskante gedachte is daarbij dat oudere psychiaters door deze houding jongeren zouden ontmoedigen en in een identiteitscrisis brengen, daarnaast anderen ervan weerhouden om in de toekomst psychiater te worden; dankzij hun voltooide medische vooropleiding kunnen zij verzekerd zijn van een ruimer inzicht in al de hiervoor aangeduide probleemgebieden, zodat zij — mogelijk onbewust — anderen ervoor behoeden even biljante psychiaters te worden als

zijzelf. De oude Laios steekt dan wel heel geraffineerd weer zijn kop op.

Het niet tevreden zijn over de psychotherapeutische training tijdens de opleiding tot psychiater is waarschijnlijk afhankelijk van het opleidingscentrum. Het lijkt mij zinvol deze training verplicht binnen de psychiatrische opleiding te passen, zodat de medische vooropleiding en psychotherapie effectief verbonden kunnen blijven.

Overwegingen rond de multidisciplinaire samenwerking

In de psychiatrische inrichting is de onderlinge verhouding tussen diverse disciplines in de afgelopen 150 jaar al minstens 4 maal gewijzigd; in het aloud gesticht was de arts de ondergeschikte van de bewaarders; toen deze bewaarders verplegers werden, geraakten ze ondergeschikt aan de gestichtsartsen; de toevoeging van niet-medici en niet-verpleegkundigen aan de behandelstaf veranderde niets aan het leiderschap van de inmiddels aangestelde specialisten, de psychiaters; tenslotte is dan nu de instelling van het multidisciplinaire team met medici en niet-medici, verpleegkundigen en niet-verpleegkundigen als hoogste goed binnen de psychiatrische centra herkenbaar.

Binnen een dergelijk team heeft de psychiater naar mijn mening nog steeds een bijzondere positie behouden, die hem deels ook door de maatschappij wordt opgedragen, zeker als hij eindverantwoordelijk wordt geacht in feitelijk en juridisch opzicht voor al het therapeutisch handelen; het belang ligt echter in de kans dat hij meer overzicht heeft over de verschillende voor een beslissing belangrijke onderdelen, die ieder teamlid kan aandragen. Zou men al de fantasie koesteren dat binnen een dergelijk team een gewenste samenstelling bestaat uit: psycholoog, huisarts, neuroloog, maatschappelijk werkende, verpleegkundige en creatief therapeut, dan zal — zeker wanneer ook het C.O.Z. nog enige inbreng heeft — het argument heel valide zijn dat een goed opgeleide psychiater het eerste drietal kan vervangen; afgezien van de economische voordelen telt het belang van een minder gefractioneerde en daardoor minder langdurige behandeling. Overgrote teams zijn een ongunstige ontwikkeling, hoewel binnen het kader van de huidige academische werkeloosheid veel werk verschaftend.

Multidisciplinaire teams kunnen ook nadelig gaan werken, ten eerste als er meer gelet wordt op de eis dat 'iedereen zijn zegje' moet doen, waardoor er soms uren gepraat wordt, vaak tamelijk descriptief — zo men wil diagnostisch — ingesteld, en uiterst zelden praktijkgericht. Beleid wordt dan in de laatste minuut nog even in elkaar getimmerd, waarbij het meest praktisch georiënteerde teamlid (veelal de arts) uiteindelijk de overhand krijgt; ten tweede als er geen duidelijke afbakening is van ieder's taken, functies en deskundigheden en 'iedereen zich met alles' denkt te moeten bemoeien; vervolgens als er meer aandacht is voor het eigen

functioneren binnen het team dan voor de uiteindelijk enig belanghebbende, de patiënt. Dan vult de 'nul-last', het niet-primair behandelen, maar: het vergaderen, de teambesprekingen, de overdracht, de evaluatie, de interactie, de training, of hoe je 't maar wilt noemen of verzinnen, tenslotte een 40-urige werkweek!

Tenslotte geldt in een multidisciplinair team dat men impliciet en expliciet moet aangeven wat gelijkwaardigheid inhoudt. Het is zeker belangrijker dan de uitspraak 'we zijn allemaal gelijk', want dat is gewoon niet waar. Het is wèl zo dat, als er een duidelijke leider is, deze dan gelijkwaardig is aan de andere teamleden, en toch expliciet zijn leidende functie moet kunnen uitoefenen, en dit ook verplicht is als hij over meer informatie kan beschikken of door zijn positie grotere afstand tot de patiënt heeft dan een verpleegkundige die in feite deel van het leefmilieu uitmaakt. Een dergelijke coördinerende, verantwoordelijke leider kan daar zelfs nog extra voor betaald worden ook. Het is evenzeer onjuist te menen dat men nooit gebruik zou mogen maken van ondemocratische beslissingen of autoritaire ingrepen, wanneer de omstandigheden dit eisen — en in acute nood is een team zelden compleet. De 'Group for the Advancement of Psychiatry' in de V.S., een aantal wijze mannen uit de psychiatrische wereld heeft zich in maart 1974 beraden over 'problems of psychiatric leadership' en komt tot een schets van het ideale profiel van een klinisch psychiater: 'hij heeft een hoge mate van energie, een vaderlijke resp. moederlijke houding, hij is vastberaden doch beschermend voor patiënten en medewerkers, hij is optimistisch ingesteld, bezit de eigenschap loyaliteit op te roepen, is creatief en fantasierijk en zijn visie wordt snel in actie omgezet, hij is besluitvaardig en twijfelt zelden, is zelfverzekerd, agressief in constructieve zin en ten slotte ambitieus'. De vraag blijft nu wel, of er zich sollicitanten zullen melden en of er dan niet meer aandacht voor beleid dan voor behandeling wordt verwacht.

Tot slot een aantal overwegingen samenhangend met de huidige ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg, die erop gericht zijn om psychisch ontredderden niet uit hun natuurlijke omgeving te verwijderen met als gevolg dat de ambulante zorg veel voordeel ontvangt bij de personeelsbezetting en de financiële voorzieningen; vervolgens het vermijden van een opname met als opdracht dat de vele voorkomende relatiestoornissen binnen de bestaande relaties opgelost moeten worden zonder dat het systeem verbroken wordt; ook de stroming die ertoe heeft geleid dat geleidelijk aan meer en meer intramurale voorzieningen categoriaal worden afgestemd en steeds hogere eisen gaan stellen aan een opname, zoals motivatie, vrijwilligheid, specifieke indicaties en zo meer; en tenslotte de oprichting van vele crisiscentra. Het gevolg is dat er vele tot heden toe eerder opgenomen patiënten meer aangewezen blijven op ambulant werkende therapeuten binnen de multidisciplinaire teams van G.G.D.'s, S.P.D.'s, L.M.-bureaus, wijkgezondheidscentra, I.M.P.'s en crisiscentra. Een bekende

klacht van G.G.D. en S.P.D. is dat zij overladen raken met chronisch rondzwervende, ontredderde mensen, waar als enig hulpmiddel een onderhoudsdosering met psychofarmaca nog uitkomst biedt. Een grote groep hulpzoekenden meldt zich bij de crisiscentra, waar veel eerste hulp geboden wordt door stagiaires en beginnende nul-lijners, die nogal eens gedwongen worden om soms vergaande beslissingen te nemen. De psychiater wordt hier pas in tweede of derde instantie bij betrokken; veelal is hij omhooggetorpedeerd tot bureauhoofd, teamleider of iets dergelijk, waar hij geenszins toe werd opgeleid. Het dilemma is, dat hij juist in de eerste lijn de beste hulp zou kunnen bieden. De soms verre-gaande categorisering van psychiatrische instituten en de toevloed van niet-medisch opgeleiden in dezelfde instituten gaan mijns inziens hand in hand en versnellen elkaar ten ongunste van de psychisch ernstig ontredderden of 'slecht behandelbaren'.

Op het mij bekende terrein van de klinische psychiatrie is de psychiater, en vooral de psychotherapeut-met-medische-vooropleiding onvervangbaar, onmisbaar en het meest adequaat uitgerust om naar een holistische visie in de geestelijke gezondheidszorg terug te keren. Pathologie is een gevolg van een fysiek of psychisch trauma, heeft zijn weerslag op het organische en psychische zelf en leidt tot psychische en organische symptomen. Angst en pijn zijn beide 'abnormaal' en even belangrijk als pathologische fenomenen, en iedere vorm van psychotherapie heeft evenzeer zijn invloed op het lichamelijk welzijn. Zelfs bij verwijzingen naar psychotherapeuten van het I.M.P. treft men soms de aantekening aan: gezien de neiging de klachten te somatiseren geniet een psychotherapeut met medische vooropleiding de voorkeur.

Er zullen forse veranderingen nodig zijn, zowel wat betreft diagnostiek, behandelvormen, en preventieve maatregelen.

Psychiatrische toestandsbeelden veranderen, zoals zelfs Roy Grinker in een hoofdartikel van het *American Journal of Psychiatry* in maart 1975 verzucht: 'schizofrenie is niet meer wat het was'(!), de verschillende levensfasen gaan niet meer met de 'bijbehorende' afwijkingen gepaard, zeker ook onder invloed van de veranderende maatschappelijke normen. Een zorgvuldig positie kiezen van de psychiater is noodzakelijk geworden, een driedeling moet mogelijk worden gemaakt met een voor de consument herkenbare: sociaal-psychiater, biologisch psychiater en een psychodynamisch getrainde psychiater; de eigen identiteit dient nauwkeurig omschreven te worden, de opleiding zeer kritisch belicht, absoluut beter aangepast aan veranderende inzichten, en in sterke mate gekoppeld aan een psychotherapieopleiding, met tenslotte de noodzaak van een postgraduate training als 'education permanente', zodat de huidige en de toekomstige psychiater een sterk gevoel van eigen identiteit kan blijven behouden.

Literatuur

- 1 J. van Baar, 'De multidisciplinaire samenwerking inpsychiatrische inrichtingen'. *Metamedica*, 1974, p. 192-196.
- 2 G. R. van de Berg, *persoonlijke correspondentie*.
- 3 Group for the advancement of psychiatry: 'Problems of psychiatric leadership'. Vol. 8 Report No. 90, March 1974. Mental Health Material Center Inc. New York.
- 4 John G. Howels, 'A holistic approach to medicine'. *Am. J. Psychiatry* 131-9 september 1974, pp. 1046.
- 5 Seymour S. Kety, 'From rationalization to reason'. *Am. J. Psychiatry* 131-9 september 1974, pp. 957-963.
- 6 Jan L. van de Lande, 'Adolescenten roepen gevoelens op'. *Tijds. voor Psychiatrie* 15e jr. maart 1973. 89-98.
- 7 Jan L. van de Lande, 'Drie jaar Amstelland — een overzicht'. *Maandbl. Geest. Volksgez.* 28/6: 259-273.
- 8 Jan L. van de Lande, *Veranderen zonder macht*. Martinus Nijhoff, Den Haag 1974.
- 9 *Refereeravond* assistenten en ex-assistenten 'Amstelland', maart 1975.
- 10 B. G. M. Ris en J. P. M. Diederiks, 'Een kritische analyse van interdisciplinaire samenwerking in de hulpverlening'. *Tijds. voor Sociale Geneeskunde*, aug. 1974.
- 11 P. Schroder, 'Medische opleiding en psychotherapie', een sociologische visie. Persoonlijke correspondentie.
- 12 Richard A. Schwartz, 'Psychiatry's drift away from medicine'. *Am. J. Psychiatry* 131-2, februari 1974.
- 13 W. H. G. Wolters, 'Multidisciplinaire samenwerking in een ziekenhuis'. *Metamedica*, 1974, pp. 188-191.