

Het ‘beginning psychiatric training syndrome’ anno 2007

Mythe of realiteit?

M.M. VAN VEEN, P.C. WAUBEN, T.O. HOFFMAN, J.D. BLOM

SAMENVATTING Het beginning psychiatric training syndrome is een controversieel, maar tot de verbeelding sprekend nosologisch concept. Uit de resultaten van een pilotstudie betreffende gezondheidsklachten onder 35 artsen in opleiding tot psychiater en een literatuurstudie kan worden geconcludeerd dat gezondheidsklachten onder aios psychiatrie in de regel niet de neiging hebben om door te evolueren naar een toestand van (psycho)pathologische stoornissen in engere zin. Toch is aan te raden om dergelijke gezondheidsproblemen met het oog op preventie wel te monitoren.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)3, 173-177]

TREFWOORDEN beginning psychiatric training syndrome, depressie, psychiatrie-opleiding

De afgelopen vier decennia zijn enkele tientallen artikelen verschenen over psychische en lichamelijke klachten bij artsen in opleiding tot psychiater (aios psychiatrie). Merklin en Little (1967) verbonden aan het betreffende cluster van symptomen de naam *beginning psychiatric training syndrome* (BPTS). In dit artikel geven wij een overzicht van de literatuur betreffende het BPTS. Daarnaast presenteren wij de resultaten van een inventariserend onderzoek naar gezondheidsklachten onder aios psychiatrie. Dit artikel werd geschreven met het doel om de vroegtijdige onderkenning van dergelijke gezondheidsklachten te bevorderen.

METHODE

Wij verrichtten een literatuuronderzoek in Medline, Embase en PsycINFO (tot april 2005) met als zoektermen ‘psychiatric training’, ‘residency’, ‘depression’ en ‘burn-out’. Om een indruk te verkrijgen van het vóórkomen van klachten passend bij

het BPTS werd daarnaast onder 35 aios psychiatrie van de Parnassia Bavo Groep te Den Haag een schriftelijke enquête gehouden. Daarbij werden de Symptom Checklist-90 (SCL-90), een 10-itemvragenlijst en een lijst met demografische gegevens voorgelegd. De SCL-90 is een gevalideerde multidimensionele vragenlijst die lichamelijke en psychische klachten inventariseert (Arrindell & Ettema 1981). Met de 10-itemvragenlijst werd de invloed op de ervaren zwaarte van de opleiding geoperationaliseerd middels een cijfer variërend van 1 (‘niet van invloed’) tot 5 (‘van grote invloed’).

Voor de beschrijvende statistiek werden χ^2 -toetsen uitgevoerd. Voor een nadere analyse van de verschillen tussen de opeenvolgende opleidingsjaren werd gebruikgemaakt van univariate variantieanalyses (ANOVA’s). Hierbij werd gekeken naar het algemene effect (wel of geen verschil) en in tweede instantie ook naar de herkomst van dit effect (post-hoctoetsen).

BEKNOPT LITERATUUROVERZICHT

In de literatuur zijn uiteenlopende definities te vinden van het BPTS, die echter alle gecentreerd lijken rondom de thema's angst en somberheid. Exemplarisch is het door Merklin en Little (1967) beschreven syndroom van angst, somberheid, eet- en slaapstoornissen, vermoeidheid, prikkelbaarheid en concentratieproblemen. Deze klachten en symptomen werden door de auteurs in etiologische zin gerelateerd aan de nieuwe omgeving waarin de aios werkzaam is en aan diens individuele psychodynamische karakteristieken. Zo stellen zij dat de confrontatie met ernstige psychiatrische stoornissen, met chroniciteit en met de weerstand van patiënten tegen behandeling zou kunnen leiden tot therapeutisch nihilisme en tot twijfels over de eigen keus voor het specialisme. Dit kon volgens hen leiden tot hostiliteit jegens de patiënt, jegens de opleiding en/of jegens de psychiatrie in het algemeen.

Bovendien meenden zij dat vergelijkingen met de klachten en de levensverhalen van patiënten konden leiden tot twijfels over de eigen psychische gezondheid. In combinatie met een zich nog ontwikkelend relativeringsvermogen zagen de auteurs hierin een belangrijke bron van angst.

Deze auteurs beschouwden het BPTS dus als een adaptieve respons en zij pleitten ervoor om deze als een voorbijgaande, maar waardevolle fase te onderkennen. Zij waren echter voorzichtig genoeg om ook het gevaar onder ogen te zien van een eventuele ontwikkeling in de richting van maladaptatie.

Een andere auteur wierp de vraag op of het BPTS inderdaad beschouwd diende te worden als een voorbijgaande, adaptieve respons, of als een cluster van psychopathologische symptomen dat leidt tot disfunctioneren (Waring 1975). Voor deze laatste mogelijkheid vond hij echter geen concrete aanwijzingen. In een vergelijking van scores op de *General Health Questionnaire* vond hij onder aios psychiatrie weliswaar aanwijzingen voor klachten die passen bij het BPTS, maar niet voor een verhoogde prevalentie van psychiatrische sympto-

men in engere zin. Deze bevinding wordt door anderen ondersteund (Van Panhuis 1981).

Wat betreft de mogelijke oorzaken van het BPTS ligt de vraag voor de hand of aios psychiatrie bepaalde motivationele kenmerken of persoonlijkheidskenmerken zouden kunnen hebben waardoor zij gevoeliger zouden zijn dan andere artsen voor het krijgen van psychische klachten. Naar dergelijke kenmerken is wel onderzoek verricht, maar geen van de bestaande studies is voldoende robuust in opzet en omvang om deze vraag op eenduidige wijze te kunnen beantwoorden (Christodoulou e.a. 1995; Galeazzi e.a. 2003; Sierles e.a. 2003).

Afgaand op deze studies lijkt het in opleiding zijn tot specialist op zichzelf reeds een risicofactor te zijn voor het ontstaan van gezondheidsklachten. Vooral de eerste twee jaren lijken een periode van intensieve vorming te zijn die verdergaat dan alleen de inhoudelijke kennisopbouw en het aanleren van praktische vaardigheden. In dit verband werd gewezen op de conflicterende rollen van arts, leerling en supervisant, die in de psychiatrie zouden worden versterkt door de relatieve kwetsbaarheid van de patiëntengroep (Hoop 2004). Voorts is bekend dat artsen in de psychiatrie vaker dan bij andere medische specialismen worden geconfronteerd met verbale en fysieke agressie en met suïcidepogingen (Kolthof e.a. 2000; Lafayette & Stern 2004; Speybroucke e.a. 2001).

Ten slotte wordt in de literatuur ook aandacht besteed aan beschermende factoren tegen het BPTS. Zo suggereerden sommige auteurs dat voor aios een goede verstandhouding met de supervisor de belangrijkste beschermende factor zou zijn (Williams e.a. 2004). Daarnaast lijkt de relatie met de opleider van belang te zijn, alsmede een passende regeling betreffende secundaire arbeidsvoorwaarden en reistijd (De Jong e.a. 2004).

RESULTATEN ENQUÊTE

Van de 35 verstuurdde enquêtes werden 30 exemplaren terug ontvangen (respons 86%). Twee

TABEL 1 Demografische gegevens (%) van de geïnterviewde aios psychiatrie

Geslacht	
man	14 (50)
vrouw	14 (50)
Woonsituatie*	
alleen	3 (11)
samen	24 (86)
Kinderen	
nee	20 (71)
ja	8 (29)
In opleiding	
nee	7 (25)
ja	21 (75)
Opleidingsjaar	
1ste	8 (29)
2de	6 (21)
3de	5 (18)
4de	2 (7)

*Een respondent had dit item niet ingevuld.

vragenlijsten werden geëxcludeerd omdat deze incompleet of onjuist waren ingevuld. Van de 28 overgebleven respondenten bleken er 21 (75%) in opleiding te zijn en 7 (25%) niet (anios) (zie tabel 1). Er waren evenveel mannen als vrouwen.

Op de totaalscore van de SCL-90 werd bij de post-hocanalyse een tendens gevonden in de richting van een bovengemiddelde mate van psychoneuroticisme onder tweedejaars aios ten opzichte van anios ($F(3, 22) = 3,50; p = 0,032$; post-hoc (tweedejaars aios versus anios: $p = 0,019$, zie tabel 2). In tabel 3 geven wij de normwaarden in de algemene bevolking. Enkelen van de onderzochte aios hadden scores in de hogere categorieën van de SCL-90. Gezien de beperkte omvang van de studie werden

TABEL 2 Gemiddelde totaalscores (SD) op de SCL-90 onder 28 geïnterviewde aios psychiatrie

anios (n = 7)	103,57* (12,164)
aios 1ste jaar (n = 8)	117,38 (11,624)
aios 2de jaar (n = 6)	131,50* (24,172)
aios 3de jaar (n = 5)	114,20 (12,091)
Totaal (n = 26)**	116,31 (17,767)

* Significant verschil (post-hoc: $p < 0,019$).

** Omdat er slechts 2 aios in het 4de jaar waren, werden dezen niet meegenomen in de analyses.

A(n)ios = arts (niet) in opleiding tot specialist;
SCL-90 = Symptom Checklist-90

TABEL 3 Normscores Symptom Checklist-90 in de algemene bevolking

	Psychoneuroticisme
Zeer hoog	≥ 183
Hoog	133-182
Boven gemiddeld	124-132
Gemiddeld	113-123
Beneden gemiddeld	96-112
Laag	92-95
Zeer laag	90-91

deze resultaten niet onderworpen aan een nadere statistische analyse. Wel kwam als tendens naar voren dat de ervaren zwaarte van de opleiding het meest werd gerelateerd aan de werkdruk op de afdeling en het minst aan de zwaarte van de diensten.

DISCUSSIE

In de literatuur wordt het BPTS op uiteenlopende wijzen gedefinieerd en worden meerdere factoren genoemd die van invloed zouden zijn op het ontstaan van dit vermeende syndroom. De bestaande studies over het BPTS zijn echter matig onderbouwd met empirische data en de resultaten zijn verre van eenduidig. Dit geldt helaas evenzeer voor de onderhavige pilotstudie. Ons inventariserend onderzoek is dan ook bedoeld als illustratie en niet om er verdergaande conclusies aan te verbinden. Toch is een aantal bevindingen het noemen waard. In overeenstemming met de bevindingen van Merklin en Little werd de hoogste totaalscore op de SCL-90 gevonden in het tweede jaar van de opleiding en bleek het klachtenniveau in latere opleidingsjaren af te nemen. Ook het ontbreken van ernstige psychiatrische symptomen is in overeenstemming met de resultaten van eerdere publicaties (o.a. Waring 1975). Deze bevindingen kunnen worden beschouwd als een voorzichtige ondersteuning van de hypothese dat het BPTS een voorbijgaande en adaptieve reactie is. Met het oog op preventie van een maladaptieve respons komt uit de literatuur de kwaliteit van de supervisie als belangrijkste punt naar voren; in onze pilotstudie was dat de werkdruk op de afdeling.

CONCLUSIE

Wij concluderen dat het ter voorkoming van een disadaptieve variant van het BPTS van belang lijkt om oog te hebben voor de dynamiek van het BPTS, voor de werkdruk op de afdeling en voor de kwaliteit van de supervisie. Voor de validering van een concept als BPTS is uiteraard meer nodig dan het inventariseren van klachten en symptomen. Bovendien lijkt het onwaarschijnlijk dat dit 'syndroom' specifiek zou zijn voor artsen in opleiding tot psychiater. Nader onderzoek bij andere specialisten en andere beroepsgroepen is dan ook wenselijk.

LITERATUUR

- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1981). Dimensionele structuur, betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse bewerking van de Symptom Checklist (SCL). *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden*, 36, 77-108.
- Christodoulou, G.N., Lykouras, L.P., Mountokakakis, T., e.a. (1995). Personalities of psychiatric versus other medical trainees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 339-340.
- Galeazzi, G.M., Secchi, C., & Curci, P. (2003). Current factors affecting the choice of psychiatry as a specialty: An Italian study. *Academic Psychiatry*, 27, 74-81.
- Hoop, J.G. (2004). Hidden ethical dilemmas in psychiatric residency training: The psychiatric resident as dual agent. *Academic Psychiatry*, 28, 183-189.
- Jong, J.P. de, Hoen, W.P., Hoenderboom, A.C.G., e.a. (2004). Consumentenonderzoek naar psychiatrie-opleidingen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 9, 734-746.
- Kolthof, H.J., Schutter, N., & Hoencamp, E. (2000). Hoe kunnen psychiaters in opleiding omgaan met de emotionele aspecten van agressie en suïcide? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 117-120.
- Lafayette, J.M., & Stern, T.A. (2004). The impact of a patient's suicide on psychiatric trainees: A case study and review of the literature. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 49-55.
- Merklin, L., & Little, R.B. (1967). Beginning Psychiatric Training Syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 124, 97-101.
- Panhuis, P.J.A. van (1981). Groeistuipe of groeisyndromen? De emotionele kanten van de psychiatrische opleiding. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 23, 102-117.
- Sierles, F.S., Dinwiddie, S.H., Patroi, D., e.a. (2003). Factors affecting medical student career choice of psychiatry from 1999 to 2001. *Academic Psychiatry*, 27, 260-268.
- Speybrouck, E., Pieters, G., & Joos, S. (2001). Geweld van patiënten tegen psychiaters in opleiding in Vlaanderen: een retrospectief onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 751-756.
- Waring, E.M. (1975). Beginning Psychiatric Training Syndrome: A cross-cultural prevalence study. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20, 533-536.
- Williams, L.L., Levine, J.B., Malhotra, S., e.a. (2004). The good-enough mentoring relationship. *Academic Psychiatry*, 28, 111-115.

AUTEURS

M.M. VAN VEEN is werkzaam als arts in opleiding tot psychiater bij de Parnassia Bavo Groep te Den Haag.

P.C. WAUBEN is werkzaam als arts in opleiding tot psychiater bij de Parnassia Bavo Groep te Den Haag.

T.O. HOFFMAN is als methodoloog werkzaam bij de Parnassia Bavo Groep te Den Haag.

J.D. BLOM is psychiater en plaatsvervangend A-opleider bij de Parnassia Bavo Groep te Den Haag en universitair docent bij de vakgroep Psychiatrie van de Universiteit Groningen.

Correspondentieadres: J.D. Blom, Parnassia Bavo Groep, Paradijsappelstraat 2, 2552 HX Den Haag.

E-mail: j.d.blom@parnassia.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-9-2007.

SUMMARY

The beginning psychiatric training syndrome in the year 2007. Myth or reality? – M.M. van Veen, P.C. Wauben, T.O. Hoffman, J.D. Blom -

The beginning psychiatric training syndrome is a controversial, but imaginative nosological concept. This short paper provides a concise overview of the relevant literature on beginning psychiatric training syndrome, and presents the results of a pilot study regarding health problems among 35 residents in the Netherlands. On the basis of the two analyses, it is concluded that, as a rule, health problems among this group of doctors tend not to evolve into states of psychopathology in the restricted sense. Nonetheless, it is advisable to monitor such health problems with a view to their prevention.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)3, 173-177]

KEY WORDS beginning psychiatric training syndrome, depression, psychiatric training