

De psychiatrische praktijk

door J. L. M. van der Beek*

Hierbij een artikel dat wellicht wat meer geschreven is vanuit de actuele situatie en de dagelijkse gang van zaken dan vanuit een diep doorwrochte wetenschappelijke aanpak.

Feiten dienen omgezet te worden in structuren; de structuren zijn echter momenteel dermate deficient, dat er eens fors aan gerammeld moet worden, waar het de psychiatrische poliklinische zorg betreft.

In het verleden kwamen de discussies over dit soort zaken altijd achteraf los, maar ik meende dat een vereniging met honderden vrij gevestigde specialisten in interne discussie moet komen tot praktijkmodellen, die eventueel t.z.t. aan de regering voorgelegd dienen te worden. Al zal het, gezien de huidige financiële mogelijkheden, momenteel niet direct mogelijk zijn om alles te realiseren, dit behoeft niets af te doen aan het ideaal om dit in een gezamenlijke discussie tussen alle betrokkenen langzamerhand gestalte te doen krijgen.

Indien het lukt hoop ik met dit stuk de discussie te openen. Misschien staan er iets te veel open deuren in, maar simplificaties zijn eerst nodig, waarna de verdere differentiatie kan volgen.

Inleiding

De spoedige komst van een door sommigen verguisde en door anderen geadoreerde volksverzekering heeft voor de gehele psychiatrie, maar met name voor de perifeer werkende psychiater, de grootste betekenis. De huidige situatie kan getypeerd worden als zeer onbevredigend, totaal verouderd, niet aangepast aan de behoeften van de patiënt. Vooral sinds de toevloed van de karakterologische problematiek naar de spreekuren, verslechtert de situatie steeds verder. Het eenzijdig hanteren van het medisch model voor de psychiater, die vaak ook sociale modellen behoeft, leidt tot een zeer gebrekkige honorering. Ik bedoel hier niet een te lage honorering, al is dit ook een probleem, maar een niet aangepaste honorering. Daarbij komt het probleem van de financieringsbronnen, waarbij menig psychiater zijn financiën ontvangt vanuit een ziekenfonds, de particuliere ziektekostenverzekeringen, de WAO, de Bijstand, en nogal eens van een instituut voor medische c.q. multidisciplinaire psychotherapie.

Het is de chirurg toegestaan op tientallen verschillende manie-

* Zenuwarts te Eindhoven.

ren te opereren aan het lichaam met daaraan aangepaste honorering, de psychiater heeft naast het gewone spreekuurcontact enkel de mogelijkheid tot een wekelijkse psychotherapie, die dan ook nogal eens na 1, nu 2 jaar, beëindigd dient te zijn, (of eerder bij sommige ziektekostenverzekeringen). Daarbij dreigt in het huidige model het spreekuurcontact in vele praktijken een persiflage te worden op werkelijk contact.

Het probleem in de geestelijke gezondheidszorg lijkt in wezen momenteel onoplosbaar. Het verhoogde opleidingsniveau van de meeste jongeren leidt tot een sterk verhoogd aanbod van al of niet kortdurende psychotherapieën, die in de huidige structuur nergens te plaatsen zijn. En waar de psychiater met zijn eigen werk nooit klaar is, blijven aandoeningen die stuk voor stuk forse psychologische c.q. psychiatrische behandeling vereisen, zoals vaginisme, asthma, pseudo-homosexualiteit, rugklachten, hoofdpijn etc. etc., bijna onbehandeld vanuit psychiatrische kant. Vooral bij echtscheidingen valt op hoe deficient in onze maatschappij psychologische c.q. psychiatrische hulp uiteindelijk functioneert. Men kan zich van het huidige verwijzingssysteem afvragen of voor een deel dit systeem niet eerder ziek houdt, dan dat het werkelijk efficiënt werkt aan het acuut opheffen van de nood. Veel nood wordt chronisch en komt pas onder behandeling wanneer de secundaire ziektewinst te groot is. De opkomst van communicatieve psychiatrie, zoals door Van Dijk in dit tijdschrift beschreven, verwijst naar geheel andere modellen dan het ziekenfondsmodel dat uitgaat van de individuele patiënt. Onnoemelijk is echter het aantal patiënten, dat op het spreekuur van de perifere psychiater komt met relatieproblemen, o.a. met name met dominantieconflicten. En het is wellicht een kunstfout dominantieconflicten individueel te behandelen. Er treedt dan n.l. meestal alleen maar een verschuiving op, waarbij de partner tot patiënt wordt gemaakt. Het is duidelijk dat in een aantal gevallen zeker een individuele aanpak mogelijk is, met name bij een bijzonder traumatische jeugd. Het is echter mijn overtuiging dat vermoedelijk veel meer problematiek in het hier en nu, d.w.z. in het nabijzijn van de partner kan behandeld worden, zodat deze ook niet buitenspel gezet wordt.

Er is een tendens tot steeds verdere specialisering van alle hulp. De psychiatrie zal zich er op dienen te bezinnen in hoeverre vormen van lekenhulp geïntroduceerd kunnen worden. Ik meen dat b.v. in een groepstherapie in veel sterkere mate dan bij de individuele therapie de idee van de lekenhulp is doorgevoerd, d.w.z. de ene patiënt leert de problematiek van de ander kennen en ziet hoe de andere geholpen kan worden c.q. helpt hem zelf. Het leven heeft de neiging om te streven naar evenwichten. Bij de meeste ziektebeelden ziet men een spontane hersteltendentie. Bij elke neurotische reactievorm dient men zich dan ook af te vragen waardoor deze hersteltendentie zich niet heeft kunnen doorzetten. Bijna ieder die het huwelijk in gaat heeft forse problemen,

maar een groot aantal mensen helpt zichzelf met hulp van zijn partner. Bij elke langer durende stoornis treft men dikwijls in het gesloten systeem, dat elk huwelijk vormt, een deficiënte partner aan, die deze hulp niet heeft kunnen geven. Men kan deze stelling ook toepassen op gezinnen, op het werk e.d.

De identiteit van de psychiater

In deze problematiek gaat het ook voor een belangrijk stuk om de identiteit van de psychiater. Er mogen er vele zijn in Nederland, dat neemt echter niet weg dat de psychiater thans een volstrekt ondefinieerbare figuur is. Ik meen dat de psychiater arts dient te blijven. Een psychiater, die een langdurige somatische opleiding heeft gehad en die daarna nooit iets anders meer doet dan psychotherapie, had m.i. veel beter psychologie kunnen studeren. Hij dient zich geen psychiater meer te noemen, maar psychotherapeut. In ons vak komen zeer dwaze situaties voor. Het is de sociaal-psychiater niet geoorloofd medicatie voor te schrijven en een onderzoekbank ontbreekt ten ene male. Het is niet duidelijk waarom men daar geen eerste-lijns-deskundigen neerzet, b.v. sociaal-psychologen met een aanvullende psychopathologische opleiding. M.i. dient de identiteit van de psychiater te berusten op 2 pijlers: de somatische en de psychische.

Vanuit economische gezichtspunten dient men te stellen dat, wanneer de diagnose gesteld is en het gaat om zuivere psychologische problematiek, de patiënt in principe behandeld dient te worden door de man met de kortste opleiding, te weten de psycholoog-psychotherapeut. De psychiater-psychotherapeut heeft zich primair te richten op die patiënten waar psychotische decompensaties met hospitalisatie gevreesd kunnen worden, waar medicatie mede benodigd is en op hypochondrische beelden, waar voldoende medische kennis voor nodig is etc. etc.

Mijn huidige indruk is dat veel psychiaters werk doen dat primair in aanmerking zou komen voor psycholoog-psychotherapeuten, terwijl daarnaast een aantal klinisch psychologen noodgedwongen psychiatrisch werk doet. Ik meen dat in de huidige geestelijke gezondheidszorg veel meer psychologen ingeschakeld dienen te worden, enerzijds als psychotherapeut, maar anderszijds ook in de diagnostiek, zowel klinisch als poliklinisch. Ook op de psychiatrische afdeling in het algemeen ziekenhuis lijkt hun inpassing gewenst.

Ik meen dat een psychiater een vrij beroep moet kunnen blijven uitoefenen zonder overigens die collegae, die anders verkiezen, te desavoueren. Bureaucratisering, verzakelijking, hiërarchische verhoudingen e.d. om niet te spreken over autoriteitsproblematiek met studie- en vacantieregelingen en overwerkproblemen, zijn ook de psychiater niet vreemd. Deze de patiënt ontnomen tijd, doet alleen maar het effectieve rendement verminderen (en voor velen de arbeidsvreugde!). Vanuit de patiënt moet gesteld worden dat de keuze van een psychiater niet mag betekenen, dat

daarmee de therapievorm voor de patiënt van te voren is vastgesteld. De perifeer gevestigde psychiater dient de vorm van therapie, b.v. individuele psychotherapie, groepstherapie, of echtpaartherapie, te bepalen aan de hand van het model waarin de stoornis het beste past. Het keurslijf van het ziekenfonds is daarbij een groot beletsel. Het is bekend dat individuatieproblematiek bijzonder goed aanpakbaar is in een groep. Ervaringen met doorlopende groepen wijzen erop dat deze op den duur steeds grotere hoeveelheid kennis in zich herbergen; die men aan elkaar doorgeeft. Er zijn momenteel veelbelovende experimenten met echtpaargroepstherapieën. Een groep is een machtig geneesmiddel, waarop men, indien eenmaal gevormd, zeer zuinig dient te zijn. In de toekomstige volksverzekering dient voor groepspsychotherapieën een ruime plaats te zijn.

Een nieuwe denkwijze met consequenties

In het oude model werd de individuele patiënt centraal gesteld. Beziat men echter symptomen vanuit de systeemtheorie, dan komt men tot geheel andere conclusies. Wij zullen dit betoog kort uitwerken voor fobische symptomen. Verwezen wordt o.a. naar het fraaie onderzoek van Fry, die aantoonde dat de fobie van patiënten nauwkeurig correleerde met de angsten, die de zogenaamd gezonde partner ook koesterde. De deficiëntie van de partner op een bepaald gebied leidde tot het ongecontroleerde voortbestaan van allerlei fobische symptomen. De grote controverse tussen psycho-analyse en gedragstherapie krijgt op deze wijze een nieuw aspect. Wellicht heeft Eysenk gelijk wanneer hij stelt dat fobieën geen enkele betekenis hebben en simpelweg verkeerd aangeleerde reacties zijn. Fobieën komen op en verdwijnen weer: de meeste fobieën zijn na enkele jaren en soms na zelfs veel kortere tijd weer verdwenen. Interessant is echter na te gaan waardoor fobieën verdwijnen.

Een volwassen, rijpe en zekere moeder geeft een angstig kind het vertrouwen dat het rustig kan liggen in zijn slaapkamer. Is de moeder onzeker, dan geeft zij onvoldoende tegenspel wanneer een kind angstig wordt. Daarnaast zijn er bij een kind, dat alleen in het donker ligt, zeker agressieve impulsen aanwezig ten gevolge van de teleurstelling over de moeder. Op volwassen niveau is het bekend hoe sterk, b.v. bij vaginisme, deze problematiek van de deficiënte echtgenoot meespeelt. Fobieën ontstaan ieder moment, fobische reacties die in een normale situatie snel zouden verdwijnen, krijgen een kans in een situatie waarin de partner deficiënt is. Het is opvallend hoe uitgesproken sommige agoraphobe patiënten een fobie gebruiken om hun echtgenoot te plagen en te domineren. Hun fobie wordt eigenlijk gedragen door een enorme agressie tegen de partner, die niet voldoet aan het perfectionistische ideaalbeeld dat de betrokken patiënt zich van deze partner had gedroomd.

'Accepteert' de partner de fobie dan is het hek pas goed van de

dam, aangezien dit de agressie alleen maar verder aanwakkert. Ook als het gaat om verborgen seksuele problematiek in b.v. de agoraphobie, dan is het duidelijk dat de partner deficiënt is in veel opzichten. Bij de gedragstherapie negeert men helaas vaak de deficiëntie van de partner. Bij de individuele analytische therapie loopt men zelfs de grote kans dat de deficiëntie van de partner vanuit deze agressieve tendenzen zo opgeblazen wordt, dat een echtscheiding onontkoombaar wordt. Vanuit de communicatietheorie kan gesteld worden dat in veel gevallen de oorzaken verschillend zijn, maar dat zij kunnen leiden tot dezelfde eindtoestand. Een echtpaartherapie lijkt in een deel der gevallen de enige redelijke propositie. De psychiater dient dit te kunnen bieden aan zijn patiënten, terwijl de verzekering dit financieel dient mogelijk te maken.

Enkele toekomstgedachten

De psychiatrische wetenschap is momenteel volop in ontwikkeling. Qua ontwikkelingsniveau is de huidige stand van zaken echter nog enkele tientallen jaren achter bij de somatische zorg. De miljarden verslindende overbezorgdheid in de somatische sfeer gaat gepaard met een 'psychische' zorg die nog steeds ver onder de maat is. Zeer dure somatische therapieën trekken geld naar zich toe, waarmee in de geestelijke gezondheidszorg in sommige gevallen heel wat meer welzijn aan de betrokkenen gegeven zou kunnen worden. De problematiek van de huidige, overvolle psychiatrische praktijk zal m.i. nooit opgelost kunnen worden door het opleiden van meer psychiaters. De psychiater is een deskundige, die primair als hulp beschikbaar moet zijn voor het onderzoek van symptomen, die differentieel-diagnostisch zowel psychische als somatische achtergronden zouden kunnen hebben, terwijl hij daarnaast voldoende chemisch farmacologische opleiding en belangstelling moet hebben. Het bijhouden van deze hele scala vraagt een geheel andere instelling dan die van de psychotherapeut, die zich slechts tot het gebied van de psychische mechanismen dient te beperken. Er dient enigszins een onderscheiding te komen in hulpverleners, welke onderscheiding niet simpelweg gegeven is vanuit hun vooropleiding. De honorering dient dan te geschieden naar de categorie waartoe men behoort, niet naar een naam die men niet waarmaakt. Voorlopig zie ik een viertal categorieën:

- 1 — de psychiater; deze is niet opgeleid voor psychotherapie en besteedt deze uit; van psychotherapie dient hij echter zoveel verstand te hebben, dat hij de indicatie ertoe in principe kan stellen; daarnaast dient hij over voldoende somatische en farmacologische kennis en ervaring te beschikken;
- 2 — de psychiater-psychotherapeut; deze heeft een duidelijke opleiding in de psychotherapie genoten en voldoet daarnaast aan bovengenoemd punt 1;
- 3 — de psychotherapeut; deze kan zowel van psychologische als van psychiatrische komaf zijn; om economische redenen lijkt een

psychologische vooropleiding de beste;

4 — de klinisch-psycholoog, al of niet met psychotherapie-opleiding, die in staat is om de speciale vraagstellingen van de psychiatrische kliniek te beantwoorden.

Deze indeling poogt enige duidelijkheid te geven, terwijl daarnaast vanuit dit model duidelijk wordt wat er thans het meest nodig is in de opleiding. M.i. is dit het opleiden van een flink aantal psychotherapeuten met psychologische vooropleiding, die gaan werken in een samenwerkingsverband met een psychiater c.q. psychiater-psychotherapeut.

De huidige toestand, waarbij in de geestelijke volksgezondheid nog alles gedaan moet worden door de psychiater met hier en daar een psycholoog en een S.P.D.-werker, dient drastisch te veranderen. Voor een werkelijke opvang van alle problemen zal de psychiater nooit voldoende tijd hebben. Ik meen dat in iedere psychiatrische praktijk één tot meerdere psychotherapeuten (vooropleiding psychologie) toegevoegd dienen te worden. Zij kunnen een belangrijk stuk van de therapieën op zich nemen. Het overspoeld worden door psychotherapieën, zoals dat momenteel plaatsvindt in de psychiatrische praktijk, leidt thans tot gevaarlijke afname van de aandacht voor het somatische of somtijds ook voor het farmacologische aspect. Een verder voordeel van het uitbreiden van de mogelijkheden in één praktijk is het feit dat er veel minder patiënten hoeven doorverwezen te worden naar allerlei andere instituten, zoals SPD's, en LGV bureaux. In deze diversificatie past ook het inpassen van een maatschappelijk werker in elke psychiatrische praktijk. In haar geval geldt dezelfde redenering als boven.

Het plaatsen van deze krachten, m.n. van de psycholoog, op het niveau van de huisarts, zie ik als gevaarlijk. Ik stel daar een ander model tegenover, waarbij elke psychiatrische praktijk wordt uitgebouwd tot een klein instituut voor multidisciplinaire psychotherapie. De psychiater zorgt echter dat somatische en farmacologische aspecten in dit „instituut” evenzeer tot hun recht komen als psychotherapeutische kanten. M.n. in kleine plaatsen zullen instituten voor multidisciplinaire psychotherapie nooit levensvatbaar zijn, maar een dergelijke opzet van de perifere psychiatrische praktijk is dat wel. Instituten voor multidisciplinaire psychotherapie zullen in de toekomst een belangrijke rol spelen in de opleiding, bij de intervisie, voor het ontwikkelen van nieuwe methoden en voor het opvangen van bepaalde zware casuïstiek. De gewone psychiatrische praktijk, dus het kleine team met psychiater, een of meerdere psycholoog-psychotherapeuten en maatschappelijk werker, dient het gehele dienstenpakket te hebben van de poliklinische zorg. De therapie die de patiënt krijgt, wordt zo niet meer alleen bepaald en beperkt door de opleiding van de therapeut: er zijn dan veel meer therapievormen mogelijk. De patiënt valt in het model dat het meest direct werkt of dat nu een communicatief model is, dan wel een psycho-analytisch libidineus getint model.

De psychiater dient met zijn samenwerkende psychotherapeut en maatschappelijk werker het gehele palet te bestrijken. De volksverzekering dient hiervoor de financiële mogelijkheden te bieden.

Summary

The psychiatrists in private practice

The present situation of psychiatric treatment is described. The training of more psychiatrists can never solve the problem of an ever-increasing number of psychiatric patients. New models are proposed, like group psychotherapy, and groups for couples: for many problems these are the therapies of first choice.

The psychiatrist has three points of view: a somatic, a psychological and a pharmacological one.

For the treatment of purely psychological problems, there is no need to get a somatic training first. A psychologist can do the job. The psychiatrist has to confuse himself primarily to patients with both somatic and psychological problems.

This point of view has consequences for the psychiatrist, who has to work with some psychotherapists of psychological origin and for the insurances which have to accept these new models.