

De opleiding tot psychiater

door Dr. H. Blijham

Inleidende opmerkingen

De bijdragen over dit onderwerp in dit tijdschrift van de collegae Pols (1977), Jacobs (1977) en Bakker (1977) bevatten veel vragen, veel bespiegelingen, veel wenselijkheden. Gemeenschappelijk is, dat genoemde collegae kennelijk min of meer denken in het kader van het gebruikelijke opleidingsschema, waarin het accent ligt op het inhoudelijk-programmatische en waarbij dienovereenkomstig degene die in opleiding is een aantal stages dient te volbrengen. Men kan stellen dat het accent ligt op het inhoudelijke van de opleiding, geabstraheerd van de primitieve ontmoetingsaspecten die fundamenteel inhaerent zijn aan het hulpverleningsproces.

Ik vraag me echter af waar we al denkend terecht komen, als we nu eens niet uitgaan van structurele opleidingsmodellen, maar van het meest basale gegeven waarmee het werk van de psychiater te maken heeft, nl. de praealabele ontmoeting van de psychiater met de medemens in nood. Deze ontmoetingssituatie toch ligt aan de oorsprong van alle professionele hulp van de psychiater. De psychiater, die als hulpverlener wordt geconsulteerd, geeft (helaas?) aan deze ontmoeting vaak vrijwel direct structuur en kader, door middel van zijn door opleiding en ervaring verkregen vaardigheid en kennis. In principe zal dit voor elke psychiater specifiek en anders liggen. Als antwoord op een retorische vraag van Jacobs moge dan ook dienen: 'de' psychiater bestaat niet. Welke zijn persoonlijke specifieke vaardigheden zijn en vanuit welke theorievorming en filosofie hij structureert en werkt zal in hoge mate samenhangen met zijn speciale, o.m. door training verkregen visie op het basale gegeven: de mens in nood. Deze visie wordt soms minder bepaald door die nood zelve en meer door zijn verkregen standpunt, resp. zijn professionele vertrekpunt. Zijn standpunt wordt o.m. ook bepaald door zijn plaats in de geestelijke gezondheidszorg (bv. intra- of extramuraal, teamwerker of solist, het al dan niet geïnstitutionaliseerd werken etc.) en door zijn interesse, resp. zijn basisfilosofie. Tussen deze beide, plaats en interesse, bestaat vaak weer een dialectiek.

* Schrijver is zenuwarts te Groningen.

tisch verband.

Ik meen dat het niet steeds duidelijk voor ogen hebben van het tot nu toe beschrevene één der redenen is dat een discussie over de opleiding tot psychiater gemakkelijk, m.i. te gemakkelijk, uitmondt in programmatische en opleidings-inhoudelijke beschouwingen. Waarbij dan kernpunten worden gemist. Mogelijk heeft hiermee ten dele te maken datgene wat Bakker bedoelt, schrijvende over belemmeringen bij de discussie over de opleiding tot psychiater.

Als ik tracht de primitieve ontmoeting: medemens in nood-hulpverlener, centraal te blijven houden, vanuit een soort praestructurele neutraliteit, dan zou ik denken dat genoemde ontmoeting duidelijk zichtbaar moet blijven en centraal moet staan in de gehele opleiding. Terecht vraagt Jacobs zich af of sommige assistenten nog wel aan patiënten toekomen. Sommige opmerkingen van Pols sluiten daarbij aan. Pols ziet de psychiater als een 'breedtespecialist'. Dat moge waar zijn, de grote complicatie is dunkt mij, dat de psychiater tevens dieptespecialist is. Dát maakt het vak en de opleiding zo oneindig moeilijk. Elke patiënt vraagt om en heeft recht op een brede oriëntering, vrijwel elke patiënt heeft in een breed perspectief problemen. Ook als dat op het eerste gezicht niet duidelijk zichtbaar is. Een simpel voorbeeld uit de dagelijkse praktijk: Sexuele problemen blijken vaak exponent te zijn van een bredere huwelijks- of relatiestoornis. Huwelijksproblemen blijken bovendien bijna steeds exponenten te zijn van een veel meer omvattend dysfunctioneren.

Behalve deze brede oriëntering is vrijwel steeds voor een werkelijke hulp een grote diepgang nodig. Om een idee te krijgen over de bijzondere diepte-problematiek van ons vak hoeft men slechts de psychiatrische en psychologische vaktijdschriften in te zien. De psychotherapeutische tijdschriften en leerboeken presenteren ons bovendien in het bijzonder vele technieken die stuk voor stuk steunen op vaak diepgaande theorievorming van velerlei aard.

De ergste onvolkomenheden die in de geestelijke gezondheidszorg zijn begaan hingen m.i. samen met 'sleutelen in de marge'. Het geven van elektroshock, vooral vroeger, en het geven van insulinekuren, zonder een breder en dieper behandelingskader, en in onze tijd bv. het geven van simpelweg psychopharmaca, zijn voorbeelden. In een dergelijke aanpak ontbreekt een werkelijke notie van het ontmoetingskarakter en is er onvoldoende visie op het grote belang van het tussenmenselijk gebeuren. Dat geldt ook vaak voor korte psychiatrische adviezen, die dan ook niet zelden levensgevaarlijk zijn.

Terecht stelt Pols zich met betrekking tot de 'vereisten en capaciteiten' enkele vragen. Vragen die m.i. essentieel zijn en die duidelijk illustreren hoe moeilijk ons vak is en hoe hachelijk in verband daarmee bespiegelingen zijn over opleidingseisen en opleidingsprogramma's. Terecht schrijft Jacobs over het belang van een frontlijn-psychiatrie, zonder echter dit m.i. essentiële begrip verder uit te werken. Uitgaande van dit geabstraheerde begrip zou men kunnen trachten een zo scherp mogelijk beeld te krijgen van wat de

front-psychiater concreet in zijn mars moet hebben.

Vooral de artikelen van Pols en Jacobs waren voor mij aanleiding enkele reeds lang bij mij aanwezige gedachten over de opleiding tot psychiater nog eens opnieuw te activeren. Vanuit een onvrede met de huidige opleiding en vanuit een notie betreffende de verwachting die de mens-in-nood heeft van de frontlijn-psychiater, geef ik kort de volgende bijdrage tot de onderhavige discussie. Zulks in de vorm van een korte schets in grote lijnen van een m.i. fundamenteel ander opleidingsmodel dan de gebruikelijke.

Mijn opleidingsmodel

De assistent in opleiding krijgt vanaf de eerste dag dat hij bij de opleider in huis is een eigen praktijk, waaraan zijn eigen naam wordt verbonden. In principe onder eigen verantwoording doet hij van meet af zowel de poliklinische als de klinische praktijk voor zijn patiënten. Het opleidingsziekenhuis heeft aan de buitenzijde voor elk dezer opleidingspraktijken een eigen entree, eventueel met een naambord van de dokter. De verwijzingen naar het ziekenhuis worden in principe ongeselecteerd, naar volgorde van binnenkomst verdeeld, over de opleidingspraktijken. Verwijzing naar de persoon van de assistent zou denkbaar zijn, maar heeft m.i. als bezwaar dat er een kans in zit op het voortijdig ontstaan van hobbyïsme en selectie. De assistent dient zich zijn verantwoordelijkheden en zijn beperktheden (dit laatste vooral aanvankelijk) te realiseren. Hij dient een nevensgeschikte persoonlijke mentor-opleider te hebben met wie hij hierover intensief en optimaal kan communiceren en overleggen. Tegelijkertijd zal deze opleider op kunnen treden als supervisor, van patiënt tot patiënt en al naar de mate van gevorderdheid van de assistent, met aangepaste en wenselijke intensiteit. 'Gezel' en 'Meester' werken aldus continu en flexibel samen. Zo wordt er iets hersteld van de (m.i. helaas) verloren gegane persoonlijke opleidingsrelatie tussen de hoogleraar oude stijl en zijn assistent.

De assistent in opleiding heeft daarbij voortdurend achter zich staan de verschillende deeldisciplines en superspecialisten, alsmede andere disciplines, zoals biologisch psychiatrisch deskundige, een EEG-afdeling, een dieptepsychologisch deskundige, vertegenwoordigers van verschillende psychotherapeutische richtingen, een psychologisch diagnostisch station, maatschappelijk werk, medische sociologie, sociale psychiatrie, verpleegkundige, een neuroloog, een internist, etc. Hij kan al deze onderdisciplines en/of deeldisciplines zelf consulteren of in consult krijgen bij de patiënt. Hij blijft echter in principe zelf verantwoordelijk voor zijn praktijkvoering. Hij onderhoudt de directe en persoonlijke relatie met de patiënten. Hij is degene die de patiënt helpt bij het geraken tot een zo optimaal mogelijke aanpak van de problemen. Hij is ook degene die er voor waakt dat de patiënt in zijn waarde wordt gelaten, zulks gezien de risico's die patiënten in dit opzicht lopen, met name in de opleidingsziekenhuizen. Hij zal de patiënt helpen met de angsten

en onzekerheden die inhaerent zijn aan het hulpverleningsproces. Voor zijn eigen angsten en onzekerheden is er steeds op persoonlijk niveau zijn opleider-mentor. Hij zal zich daardoor vrij emoties kunnen toestaan, zonder ze voortijdig en/of niet herkend af te weren. Een voortijdige beroepsdeformatie kan zo worden tegen gegaan.

De assistent in opleiding heeft in principe geen deel aan de opleiding van studenten en co-assistenten. Dat is de taak van reeds opgeleide onderwijskrachten. In persoon kan dat eventueel dezelfde figuur zijn als de reeds genoemde mentor-opleider van de assistent. Deze opleider kan, uitsluitend in overleg met de assistent in opleiding, uit diens praktijkbestand patiënten kiezen voor bedoeld onderwijs.

De assistent in opleiding doet zowel de poliklinische als de klinische praktijk. M.a.w. hij behandelt klinisch zijn eigen patiënten, voor zover hij tot opnemning heeft besloten. Deze klinische behandeling geschiedt eveneens overeenkomstig het hierboven geschetste. Dus o.m. met dezelfde supervisie en met dezelfde consultatie en consultmogelijkheden. Voor de patiënten brengt een en ander als groot menselijk en vaktechnisch voordeel mee dat er meer continuïteit is dan momenteel. Een patiënt die in de praktijk van een assistent komt kan van dezelfde dokter de poliklinische, evtl. klinische, evtl. daarna poliklinische behandeling krijgen, evtl. gedurende de jaren (= de opleidingsduur) dat deze dokter deze praktijk uitoefent. Daarna is overdracht op zijn opvolger mogelijk.

Voor de klinische verpleegeenheden liggen hier wat consequenties. Vermoedelijk dient overwogen te worden aan verpleegkundigen de eindverantwoordelijkheid te geven voor de verpleegeenheid. Verpleegkundigen dienen te participeren in het gebeuren en in het beleid aldaar. Rolproblemen die te maken hebben met de directieve en de psychotherapeutische attitude kunnen in integratie hiermee duidelijk zijn en tot oplossing worden gebracht.

Mutatis mutandis geldt een analoge redenering voor bv. dagziekenhuiseenheden, nachteenheden, crisiscentra, diverse afdelingen op het gebied van actievare therapie, creatieve therapie, et. etc. Vaak zullen analoog, speciale functionarissen hier o.m. directieve verantwoordelijkheden moeten hebben.

In mijn gedachtengang lijkt het mogelijk een hele scala van klinische en poliklinische afdelingen in te passen.

Steeds echter is het de assistent in opleiding die zijn patiënten begeleidt in alle klinische en poliklinische afdelingen, hij blijft de primair behandelende arts, hij draagt ook de eindverantwoordelijkheid voor zijn patiënten.

De dagen van de assistent in opleiding zullen voor een groot deel gevuld zijn met zijn praktijk. Een vastgesteld deel van zijn tijd zal echter beschikbaar dienen te blijven voor cursorische bestanddelen van zijn opleiding. Deze bestanddelen kunnen zowel luister-theoretisch van aard zijn als ook het karakter hebben van een seminar. De assistent dient niet overvoerd te worden, met verplichtingen t.o.v. cursorische bestanddelen zou men m.i. voorzichtig dienen te zijn. Zulks temeer omdat boekdrukkunst is uitgevonden en van een as-

sistent mag worden geëist dat hij kan lezen en wil lezen. Er dient ten aanzien van cursorische delen van de opleiding een keuzemogelijkheid te zijn en er dient ruime feed-back te zijn van de assistenten naar de 'docenten', resp. de seminarleiders. Dit laatste om te bevorderen dat de docenten up to date blijven aangepast aan de behoeften van de mensen in opleiding en geïnformeerd blijven over de appreciatie die ze genieten.

Hoewel ik overtuigd ben van het grote belang van diverse hoofdstukken uit de neurologie voor de psychiatrie, er lijkt me geen steekhoudende reden aanwezig waarom uit de vele vakgebieden die voor de a.s. psychiater van belang zijn speciaal een stage neurologie obligeert te stellen zou zijn.

Elke naar mijn ideeën opgeleide psychiater zal, na zijn opleiding losgelaten, op analoge wijze als tijdens zijn opleiding, zijn beperkingen en verantwoordelijkheden behoren te kennen en te hantieren, hij zal ook dan zo nodig verwijzen of consultatie organiseren. Pas na zijn opleiding tot 'frontpsychiater' zal hij aan deze basisopleiding speciale dimensies kunnen toevoegen, voor zover hij een loopbaan kiest in de één of andere richting, die te onderscheiden is van de algemene psychiatrie. Op deze of andere gronden zal hij er dan misschien verstandig aan doen één of meer stages toe te voegen aan zijn opleiding. Maar dat is een onderwerp op zich, thans niet speciaal aan de orde.

Ik meen dat het hier in het kort weergegeven opleidingsstelsel de humane rechten van de patiënt beter waarborgt dan de thans gebruikelijke systemen. Voorts meen ik dat de waardevolle maagdelijke visie van de assistent op het vak en op de mens in nood alsmede zijn persoonlijke benaderingswijze het best recht wordt gedaan. De assistent zal zich vanuit zijn eigen identiteit kunnen ontwikkelen. Niet een betrekkelijke willekeurige, probleemreducerende en teacher centered opleidingsmodel staat centraal, maar de te vormen dokter. De assistent zal zijn accenten kunnen leggen zoals hij krachtens zijn verantwoordelijkheid meent dat het moet. De aangegeven ietwat persoonlijk getinte interactie met zijn supervisor is daarbij essentieel. Werkelijke vorming zal betere kansen krijgen en indoctrinatie geringere.

Verschillende min of meer rethorische vragen van Pols en Jacobs behoeven wellicht niet meer te worden gesteld. Het meest basale gegeven: de ontmoeting van de psychiater met de mens in nood blijft centraal staan en raakt niet onzichtbaar in theoretische beschouwingen. De assistent wordt steeds weer en continu geconfronteerd met zijn patiënt. Hij moet het klaren, hij kan geen essentiële verantwoordelijkheden delegeren of delen. Er kan geen sprake zijn van alleen maar droogzwemmen, er is sprake van een echte onderdompeling in de levende problematiek in al zijn oneindige gecompliceerdheid. Van deze levende problematiek kan hij zich niet analyserend distantiëren, want morgen staat deze mens weer op zijn stoep.

Slotbeschouwingen

Ik volsta in dit opstel met de tot nu toe gegeven hoofdzaken. Ongetwijfeld is mijn bijdrage meer een schets dan een bestekklaar plan. Wellicht kunnen ervaren opleiders aanvullen, stroomlijnen, bij-schaven. Wellicht ook kunnen collegae in opleiding of pas opgeleide collegae hun zegje zeggen.

In de 20 jaren waarin ik te maken had met opleiden had ik voor mijn gevoel geen ervaringen of waarnemingen die de realisatie van de aangegeven schets bij voorbaat onmogelijk maken. Wel had ik vele ervaringen die naar mijn mening deze opleidingsstructuur wenselijk maken, zowel ervaringen van de kant van de hulpvragenden, als van de op te leiden collegae. Ik dacht dat één der grote voordelen van mijn idee zou kunnen zijn de grote mate van duidelijkheid en het open laten van all ontwikkelingsmogelijkheden bij jonge collegae.

Een voordeel zou ook kunnen zijn dat het minder nodig is de medische psychotherapie en andere medische therapieën a priori te scheiden van de welzijnszorg aspecten in toto. Een depolariseren van de antipsychiatriediscussie zou daarmee kunnen worden bevorderd.

Misschien is wel een consequentie dat de opleiders zich meer expliciet van hun opleidingstaak bewust dienen te worden, zich in deze zaak gaan verdiepen, misschien moeten de opleiders 'opgeleid' worden, resp. getraind worden, misschien zijn daar seminars nuttig voor. Indien dit zo zou zijn dan lijkt me dit niets minder dan een groot bijkomstig voordeel.

Indien gewenst, wat me de vraag lijkt, zou eventueel de assistent in opleiding gedurende zijn curriculum 1 à 2 keer van opleider kunnen verwisselen.

Graag ontvang ik reacties op het geschrevene, hetzij in foro, hetzij privé. Ten slotte, ik hoop dat er opleiders zullen zijn die willen overwegen deze ideeën te toetsen aan de praktijk.

Literatuur:

Bakker, J. B. (1977), Belemmeringen bij de discussie over de opleiding tot psychiater in Nederland, *Tijdschrift v. Psychiatrie* 19, p. 329.

Jacobs, D. (1977), De huidige en toekomstige opleiding tot psychiater. *Tijdschrift v. Psychiatrie* 19, p. 83.

Pols, J. (1977), Enkele gedachten over de opleiding tot psychiater in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 19, p. 38.