

Medische vooropleiding van de psychotherapeut; baten en lasten

door *J. H. Thiel*

Inleiding

Toen onze voorzitter, collega Abraham, mij vroeg ter gelegenheid van dit symposium een voordracht te houden over hoe ik als analyticus reflecterend terugzie op mijn medische opleiding en het nut daarvan voor mijn latere loopbaan, heb ik dit onderwerp meteen in twee richtingen uitgebreid: de medische opleiding heb ik verruimd met de specialisatie in psychiatrie, de psychoanalyse verruimd tot het begrip psychotherapie.

Deze reflectie is niet zonder meer eenvoudig, want sinds het begin van mijn studie ben ik betrokken geweest en gebleven bij medische en psychiatrische opleidingen. Het gaat daarbij niet om een homogeen herinnerings- en ervaringsveld. Ik ben in de geneeskunde gestapt toen deze vanzelfsprak en het medisch model dus niet ter discussie stond. Nadien zijn er veel discussies losgebarsten, maar bovendien is gebleken dat discussie over en verandering van niet zonder meer identiek zijn.

Toen ik begon aan de psychiatrische opleiding, bevond ik mij spoedig in de ambigue situatie tussen de officiële psychiatrische opleiding en de min of meer verboden, min of meer in het geheim gevolgde psychoanalytische opleiding. Een en ander impliceerde het spoedig moeten leren leven met verschillende en soms tegenstrijdige waarheden. Dit impliceert een vroegtijdige kennismaking met de betrekkelijkheid van waarheden; het leidt tot denken in dimensies en polariteiten en de daarmee samenhangende baten en lasten. Hoe dat inmiddels is geëvolueerd weet u uit het laatste informatiebulletin van de Vereniging voor Psychiatrie. Er komt nu een kwantitatief vastgelegde basisopleiding psychotherapie in het kader van de psychiatrische opleiding.

Tenslotte dient u voor een goed begrip te weten dat ik medicijnen ben gaan studeren om dokter te worden, en dat de psychiatrie voor mij een late, en de psychotherapie een nog latere roeping is ge-

Schrijver is buitengewoon hoogleraar psychotherapie aan de Erasmus-universiteit te Rotterdam en directeur van het I.M.P. te Rotterdam. Voordracht symposium 'De psychiater als psychotherapeut', 19-5-'78.

weest. Het enige echte tekort dat ik achteraf in mijn opleiding zie is het feit dat ik nooit huisarts ben geweest.

Hier past een enkel woord ter herdenking van de dezer dagen overleden Van der Horst, leermeester van velen onzer, ook van mij. Hij hoorde tot de grote klinici en tot de grote leermeesters. Hij was een groot kenner van de psychiatrie, vooral voortbouwend op de erfenis van de Duitse kliniek; hij was zeer creatief in het verder uitbouwen van de anthropologische psychiatrie. Dat laatste begrip is wat in onbruik geraakt; maar een deel ervan is geworden tot de haast vanzelfsprekende kennis die we thans van de psychiatrie hebben. Hij was een man met een onverwoestbare vitaliteit en activiteit; bij zijn emeritaat, nu 15 jaar geleden, werd hij wegens deze activiteiten, die zich op geen enkele wijze hielden aan voor gewone mensen geldende dag- en nachtritmen, door Sillevius Smitt gekenschetst als een 'diencephaal wonder'. Hij runde twee klinieken en zat in een onafzienbare hoeveelheid commissie- en bestuurswerkzaamheden; hij was dus veel weg, maar hij was alom aanwezig. Hij had een alziend oog en een fabelachtig geheugen. Bovendien was hij zeer knap in het wekken van de indruk dat hij nog meer onthield dan hij werkelijk al onthield. Een legendarisch man die overigens niet afkerig was van legendevorming. Hij was een grootmeester in het hanteren van menselijke relaties, met name gezags- en machtsrelaties. Hij was en had een vanzelfsprekende autoriteit; hoewel een strenge autoriteit, liet hij zijn medewerkers grote vrijheden. Ook de vrijheid om hem tegen te spreken; je kon eigenlijk alles tegen hem zeggen zolang je niet zeurde en het een beetje op een geschikt moment deed. Hij had een bijzondere affiniteit voor de paradox. Hoewel hij vanuit de fenomenologisch anthropologische psychiatrie niet veel op had met psychoanalyse – of beter gezegd hoewel hij de reputatie had niet veel op te hebben met de psychoanalyse – vormde hij in pav. III een staf die bijna uitsluitend uit psychoanalytici bestond en werd in één van zijn klinieken de basis gelegd voor wat later het eerste deel zou worden van 'Wie is van hout'. Kortom, een zeer fascinerende man, die velen aan zich heeft verplicht.

Van der Horst is dood. Het tijdperk waarin hij groot kon zijn is voorbij. Leermeesters blijven en dat brengt mij terug naar ons onderwerp. En ik zal het dan eerst hebben over het

Medisch onderwijs en opleidingssysteem

Mijn naaste collega en buurman, de psycholoog Verhage, hoogleraar in de Medische Psychologie aan de E.U.R., maakte mij attent op iets waarvan ik me niet bewust was omdat het zo gewoon is: artsen en psychologen denken op verschillende wijze. Artsen hebben de neiging om in eerste instantie te denken in mensen, mensen die ze hebben behandeld of mensen aan wie ze iets hebben geleerd. Het gaat om de casuïstiek van de patiënt en de anecdoten over onze leermeesters. Psychologen denken niet zo. Die denken in eerste instantie in systemen en theorieën. Ze denken minder in personen. Ik denk dat deze verschillen niet toevallig of arbitrair zijn. Ze moeten iets te maken hebben met het onderwerp van studie en met het onderwijssysteem.

Dit verschil van instelling is ook van toepassing op mezelf. De herinneringen aan mijn studietijd zijn gecentreerd rond klinische demonstraties, waar grote docenten als Borst en Biemond op magistrale wijze orde schiepen in de chaos van ziekelijke verschijnselen. Dat geeft associaties met het eerste hoofdstuk van Genesis. Het lijkt me dezelfde reden te zijn ook die Kraepelin zolang aantrekkelijk heeft gemaakt. En hetzelfde geldt natuurlijk ook voor Freud. Hoewel inmiddels aan de studie veel is gewijzigd merk ik aan mijn kinderen die nu medicijnen studeren dat ze de studie op exact dezelfde wijze beleven. Theorieën staan daarbij op de achtergrond. En dat is toch wat merkwaardig, want ook theorieën scheppen orde in de chaos. Overigens is wat ik nu zeg tevens een voorbeeld van wat Verhage bedoelt. Het is weer casuïstisch en impressionistisch; zo u wilt klinisch. Als algemene stelling zou hij getoetst moeten worden; en dan komen er aan te pas theorievorming, hypothesevorming, methodologie en statistiek. En op die terreinen zijn psychologen vaak beter toegerust dan artsen.

Ik denk dat een en ander te maken heeft met de opbouw van de geneeskundige wereld. Het hoofdbestanddeel van het onderwijs is toch het klinische onderwijs, dat voor een deel bestaat uit bedside teaching over patiënten en dat geschiedt in instituten met een hiërarchische opbouw met aan de top een hoogleraar-directeur als medewerkend voorman, die in sterke mate de signatuur van de afdeling bepaalt. De instelling van de W.U.B. en de daarbij behorende vakgroepen heeft wel geleid tot een grotere spreiding van macht en invloed, heeft wel geleid tot andere functieverdelingen, het bovenbeschreven principe is er niet door verdwenen.

Daarmee hangt samen de opleiding volgens het meester/gezelsysteem. Een systeem waar de co-assistent intreedt als 'loopjongen' en dat zich later voortzet in de specialistische opleiding. Het impliciteert groei in een langlopend contact met een instelling en de deze instelling vertegenwoordigende personen. Omdat dit systeem te veel herinnert aan autoritaire en hiërarchische verhoudingen mag het niet meer zo genoemd worden. En geleidelijk aan komt er ook een verandering en wordt het systeem doorbroken door het invoeren van cursorisch onderwijs waarover het Consilium recentelijk belangrijke beslissingen heeft genomen. Het zal daarbij nog moeten blijken hoe het zit met de verenigbaarheid tussen het oude systeem en het nieuwe cursorisch onderwijs. Overigens lijkt er nauwelijks een spanningsveld te bestaan tussen dit systeem van onderwijs en de psychotherapeutische wereld. Want ook in die wereld zijn er tal van opleidingsmodellen, die sprekend gelijken op het medische opleidingsmodel. En de tegenhanger daarvan, de lappendeken van min of meer samenhangende workshops lijkt terrein te verliezen.

De medische studie leidt op tot algemene dokters, die in de eerste plaats lichamelijke ziektes moeten kunnen herkennen en moeten kunnen behandelen. En hoewel er enige verschuiving is door de instelling van de afdelingen medische psychologie in de richting van gedragswetenschappelijke aspecten van de geneeskunde, zijn deze verschuivingen toch marginaal. Voor de toekomst valt daaraan

niet veel verandering te verwachten: er lijkt een formatiestop te bestaan op lange termijn, gezien de algemene economische ontwikkeling, en de W.U.B. werkt eerder in de richting van het conserveren van de oude verhoudingen. Voor de psychiatrische opleiding na het artsexamen gelden andere verhoudingen; in de recente besluitvorming van het Consilium zijn voor de biologische, de psychologische en de sociale aspecten van de psychiatrie gelijke hoeveelheden cursustijd gereserveerd.

Met het biologisch primaat hangt samen het probleem van de alpha-fout: het is voor een arts ernstiger zonde als hij lichamelijke ziekte zou miskennen of verwaarlozen dan dat hij hetzelfde zou doen bij psychische problematiek of sociale problematiek. Hoewel er vele artsen zijn die van integrale geneeskunde een goede praktijk hebben gemaakt, zijn er ook vele bij wie het biologisch primaat leidt tot ernstige verwaarlozing van psychische en sociale problematiek. Er zit wel vooruitgang in, met name in de ontwikkeling van de instituten voor huisartsgeneeskunde. Ten opzichte van een eventuele latere psychotherapeutische carrière vertoont dus de medische vooropleiding ook nadelen.

Er zijn echter ook positieve zijden aan de balans, die voor mijn gevoel te weinig worden gewaardeerd. Zo zijn te noemen:

- omgang met vitale werkelijkheid, ook die van bloed, etter en pijn;
- pragmatische zinnigheid; er moet iets gebeuren, er moeten besluiten vallen en vaak moeten die worden genomen op onvolgende harde gronden; en het resultaat van het besluit komt bij de dokter terug;
- daarbij hoort ook het leren omgaan met de onmacht, de onmacht die bij de ziekte hoort, de grenzen die aan behandelingen zijn gesteld, en de dood;
- het leren dat bij de grens van de onmacht de taak niet ophoudt, dat daar een nieuwe taak ontstaat, die ook weer aan grenzen is gebonden; waar bijv. behandeling in de zin van genezing niet meer mogelijk is bestaat nog altijd de taak van verzorging en begeleiding;
- het beginnen met het vormen van ervaring in de omgang met lijdende individuen, voordat gewerkt wordt met natuurlijke systemen en groepen; dat lijkt een zinnige, didactische volgorde.

Dit alles zijn zaken die een psychotherapeut niet misstaan. En hoewel een en ander ook zijn bezwaarlijke kanten kan hebben bijv. door het ontwikkelen van een zekere autoritaire doenerigheid, vind ik de medische vooropleiding vaak beter dan andere, met name zeer theoretische vooropleidingen, met name als zij zeer sterk zijn geïdeologiseerd. Het product kan dan zijn een soort utopische wereldvreemheid, die het erg moeilijk krijgt indien hij wat moet gaan doen met de harde werkelijkheid en die dan sterk de neiging krijgt om te gaan zwartepieten met die moeilijkheden.

Dit alles natuurlijk onverkort de noodzaak tot de aanwezigheid van medische kennis en ervaring, zowel wat betreft gewone lichamelijke ziekte als wat betreft de psychiatrische ziekte en de psy-

chopathologie in de psychotherapeutische wereld.

Ziekten in lichamelijk en psychisch opzicht moeten herkend kunnen worden en behandeld. En dat impliceert dat in ieder geval bij onderzoek en indicatiestelling artsen en psychiaters betrokken moeten zijn en dat voor latere fasen der behandeling artsen in de buurt moeten zijn ter consultatie.

De problematiek van het ziektebegrip

Ziekte versus probleem. Daarover zou best een volledige voordracht te houden zijn; die zijn ook wel eens gehouden. Ik zal het voor deze gelegenheid dan maar een beetje kort houden. Ik zal het nu bekijken vanuit het standpunt van de diagnostiek, voorzover van belang in het kader van de psychotherapie. Ik ga nu even voorbij aan de diagnostiek van lichamelijke ziekten en de in hoofdzaak door organische toestanden veroorzaakte gedragsstoornissen. En de diagnostiek van de zogenaamde grote psychiatrie, het herkennen van psychosen en psychotische decompensaties, waarbij psychotherapie in de zin van ambulante psychotherapie gewoonlijk nou niet het eerst aangewezen hulpmiddel is. De verdere diagnostiek houdt dan in ieder geval in syndroomdiagnostiek, etiologische diagnostiek voorzover mogelijk, persoonlijkheidsdiagnostiek en probleemdiagnostiek c.q. probleemtaxatie. En die laatste kan dan weer gevat worden in verschillende referentiekaders zoals bijv. het intrapsychische, een leertheoretisch en een systeemtheoretisch referentiekader. Een en ander pretendeert geen volledigheid. Het gaat daarbij niet zozeer om een academisch volledige diagnostiek, maar vooral om een *strategisch relevante diagnostiek*. Deze impliceert een strategische definiëring van de toestand, hetgeen inhoudt:

- selectie van werkbare problematiek met een daarbij behorende prioriteitsstelling;
- keuze van een relevant referentiekader, hetgeen impliceert
 - optiek volgens welke het probleemgebied kan worden gedefinieerd,
 - strategie volgens welke het probleemgebied kan worden aangepakt,
 - methodiek waarmee dat geschieden kan;
- definiëring van ziekelijke c.q. defectueuze aspecten hetgeen impliceert grenzen die geëerbiedigd moeten worden, terreinen die beter met rust gelaten kunnen worden, methodieken die beter niet kunnen worden toegepast etc.;
- het afschatten van risico's bij het toepassen van een te overwegen methodiek, het gevaar van destructief ageren, van psychotische decompensatie, van weglopen etc.

Het gaat daarbij dus duidelijk om een balans, om een afwegen van baten en lasten, het afwegen van meer gezonde tegenover meer zieke aspecten, van problematiek en persoonlijkheid, van de balans tussen macht en onmacht. En daarbij komt dan natuurlijk nog de problematiek van motivatie en motiveerbaarheid en van de

onderhandeling die tot de keuze van een therapievorm moet leiden. Ik moet bekennen dat ik dit een buitengewoon moeilijk terrein vind waar geen simpele oplossingen bestaan. Ik denk aan gevallen met ernstige psychopathologie, waarbij er in een individuele aanpak niets te beginnen was en waar herdefiniëring tot een systeemaanpak geheel nieuw perspectief bood met uiterst verrassende resultaten. Maar daartegenover zijn er evenzovele gevallen waar de systeemaanpak onmiddellijk vastloopt op de zware psychopathologie van een van de partners. Een en ander impliceert dat de keuze van een therapiemodel nog altijd een aspect heeft van trial and error en dat men derhalve steeds bereid zou moeten blijven een eenmaal gemaakte keuze in de definiëring van de toestand te herzien.

Ik vind met name dat op dit trefpunt, waar belangrijke keuzen moeten worden gemaakt, multidisciplinair werken noodzakelijk is. Verschillende disciplines met een verschillende kijk op de problematiek van ziekte versus probleem, met hun verschillende kennis van referentiekaders en daarbij behorende methodieken, kunnen dit probleem verder brengen. Op het ogenblik zitten we waarschijnlijk met de wat verwarrende toestand van een groeiproces. Klassieke opvattingen over ziekte, probleem en gezondheid zijn zo niet ongedaan gemaakt, dan toch gerelativeerd en er zijn nieuwe opvattingen en zienswijzen toegevoegd zonder dat het nog gekomen is tot een nieuwe integratie. Ik verwacht dat dat nog wel even zal duren.

Het probleem van ziekte en diagnostiek heeft een duidelijk medisch aspect door de inbreng van de kennis van de psychopathologie in de ruimste zin van het woord. Dit houdt niet in dat dit aspect van de diagnostiek geheel aan medici voorbehouden blijft. Ook niet-medici kunnen belangrijke aspecten van deze diagnostiek leren. Een voorwaarde daartoe is werken op langere termijn in een teamverband met medische collegae in combinatie met in service training. Met langere termijn bedoel ik jaren. De vier ervaringsjaren in teamverband die de N.V.P. eist zijn in dat opzicht nog niet zo gek gekozen.

Verantwoordelijkheid (1) in de arts-patiënt relatie

Medische verantwoordelijkheid wordt als zwaarwegend gevoeld. Er zijn wat dat betreft natuurlijk enorme accentverschillen door de hele geneeskunde heen. Het hoogtepunt daarvan is de chirurgische medische verantwoordelijkheid tijdens de operatie. De chirurgen heersen over het leven op dat moment en dragen de gehele verantwoordelijkheid op dat moment. Het komt mij voor dat het chirurgisch verantwoordelijkheidsmodel een grote invloed op de geneeskunde heeft gehad en dat daardoor de tendens ontstaat dat overal daar waar de arts iets met een patiënt te maken krijgt hij de totale verantwoordelijkheid voor de dan bestaande problematiek assumeert. Het komt mij voor dat het daarbij niet alleen gaat om verantwoordelijkheidsproblematiek, maar ook om machts- en

gezagsproblematiek.

Er zijn natuurlijk ook tal van gebieden zoals in de algemene huisartsgeneeskunde, waar het principe van de gedeelde verantwoordelijkheid gemeengoed is geworden. Al is de werkingswijze daarvan niet altijd eenvoudig.

Hetzelfde geldt voor het probleem van de wederzijdse verantwoordelijkheden binnen de psychotherapeutische relatie. Enerzijds is psychotherapie (m.n. methodisch zuivere psychotherapie) alleen mogelijk indien de patiënt de verantwoordelijkheid voor zijn eigen problematiek heeft en houdt, anderzijds kan er, zeker in langlopende therapeutische relaties een zodanige afhankelijkheidsrelatie ontstaan en een zodanige kwetsbaarheid dat het verloop van de behandeling op dat moment zodanig bepaald wordt door de faits et gestes van een therapeut dat deze ook eigenlijk de gehele verantwoordelijkheid voor het verloop dan draagt. Ik vind dit een moeilijk terrein en een moeilijk aspect van de opleiding. Ik denk dat dit hoort tot die vaardigheden die zich vooral uiten in een attitude en die niet kunnen worden geleerd in kortdurende werkcontacten, maar die moeten worden geleerd in een langdurig contact met opleiders, die deze verantwoordelijkheden niet licht nemen. Ik zeg 'opleiders'. Het lijkt me typisch een terrein voor persoonlijke signatuur en het lijkt me voor een jong arts of een jong therapeut goed om kennis te nemen van verschillende mogelijkheden, inzichten en houdingen op dat terrein. Ik zie regelmatig problemen op dat terrein met aan het ene uiteinde het te snel en gemakkelijk assumeren van de gehele verantwoordelijkheid resulterend in een overbezorgde betutteling; en aan de andere zijde een te snel afstaan van de verantwoordelijkheid in het contact met zwak of niet gemotiveerden van wie het probleem soms is dat zij niet kunnen willen, hen daarbij overlatend en prijsgevend aan een noodlot dat maar in schijn zelfgekozen is maar waarbij de keuzevrijheid minimaal blijkt te zijn. Dit probleem speelt niet alleen tijdens behandelingen, maar ook voor behandelingen, in de intake-fase. De creditzijde van het intake-proces heet indicatiestelling, een goed degelijk woord, gericht op een zo goed mogelijke behandeling; de debetzijde daarvan is het selectieproces, waarbij nogal wat mensen moeten worden doorverwezen. Doorverwijzing werkt vaak slecht en wij zijn daar verantwoordelijk voor.

Verantwoordelijkheid (2), specialisatie en identiteitsproblemen

De geneeskunde heeft zich altijd bewogen in een spanningsveld tussen algemene generalistische geneeskunde en specialistische geneeskunde. Specialisatie is een feit en tal van specialismen hebben zich al weer onderverdeeld in andere specialismen. En we hebben dat ook recentelijk gezien met de neurologie en de psychiatrie. Toch is de medische opleiding een algemene opleiding gebleven voor de algemene arts, waarbij thans hoogstens sprake is van een zeer partiële differentiatie aan het eind van de studie. En hetzelfde geldt voor de psychiatrie. Er bestaat nog altijd één opleiding in de

algemene psychiatrie, waarbij wel verschillende aspecten worden onderscheiden, zoals biologische, sociale en psychologische, maar waar het specialisme psychiatrie is gehandhaafd met hoogstens enige differentiatie in de vorm van een keuzejaar.

De psychotherapeutische wereld kent deze beide principes ook. Er zijn duidelijk zeer specialistische psychotherapeutische bezigheden en opleidingen aan de ene kant en aan de andere kant meer generalistische wijzen van werken zoals bijv. de psychotherapeutische aspecten van een algemeen psychiatrische poliklinische of klinische behandeling. En daartussen bevinden zich nog allerlei overgangen. Voortbestaan en ontwikkeling van de psychotherapie maakt specialisatie noodzakelijk. Er zijn immers mensen nodig, die specialistische kennis hebben en die dat kunnen overdragen. Bovendien zijn er instituten noodzakelijk, waarin deze kennis gebundeld wordt, enerzijds voor het behoud van deze kennis, anderzijds voor de ontwikkeling van deze kennis. Bovendien zijn deze instituten noodzakelijk voor het mogelijk maken van deze min of meer specialistische behandelingen. Voor het behoud van de identiteit van een dergelijk instituut is het noodzakelijk een selectie te plegen aan de ingang; indien het dat niet doet neemt het ook de taak op zich van een psychiatrische polikliniek of van een S.P.D. En dat alles brengt een risico met zich mee. De psychotherapie heeft veel nieuwe dingen zichtbaar gemaakt, maar de selectie die de psychotherapeuten moeten plegen zou ook wel weer eens andere dingen onzichtbaar kunnen maken en we zijn ook verantwoordelijk voor datgene wat we onzichtbaar maken. Ik ben er daarom een groot voorstander van dat een psychiater die psychotherapeut wordt naast het specialistisch psychotherapeutische werk ook een of andere meer generalistische arbeid doet. Het gevaar bestaat immers dat hij zou gaan denken dat het zichtbare deel van zijn werkelijkheid ook dé werkelijkheid is.

Een klein voorbeeld: De vele discussies rond de A.A.W.-financiering van instituutpsychotherapie, welke evenals de A.B.W.-financiering als een on-eigenlijk gebruik van een wet kan worden gezien, maken geheel onzichtbaar de problematiek rond datgene dat waarschijnlijk het eigenlijk gebruik van de wet zou moeten zijn: het psychotherapeutisch behandelen van de WAO/AAW-populatie.

Verantwoordelijkheid (3), keerzijden en problemen

(1) *De eed van Hippokrates.* De eed van Hippokrates wordt geacht in te houden, al staat het er niet letterlijk en al wordt het daarop slaande gedeelte nooit uitgesproken bij de plechtigheid van het artsexamen, dat we iedereen zullen behandelen die onze hulp vraagt, ongeacht geloof, ras, afkomst, welstand etc., en waar en wanneer dat nodig is. Specialisatie doorbreekt dat wel enigszins, maar niet ten principale. De cardioloog behandelt iedereen die met cardiale ziekten en problemen tot hem komt.

Velen onzer zijn ook in deze geest opgeleid. Mijn opleiding was in pav. III en dat was duidelijk een laatste station. Iedereen voor wie

dat nodig was kon daar komen. Specialismen ontstaan indien een tevoren bestaande generalistische vorm van geneeskunde onvoldoende is toegerust. Kan de psychotherapie worden gezien als een (sub)specialisme van de algemene psychiatrie? Dit even als gedachtenspel los van de reeds lang genomen politieke beslissing dat dat niet zo is en los van de beslissing dat er geen aantekening psychotherapie zal komen. Het antwoord is dan dubbelzinnig. Het heeft een ja-aspect voor zover de psychotherapie de professionele relatiehantering in verschillende referentiekaders tot object van onderzoek, object van opleiding en tot praktijk heeft gemaakt en daarmee een verrijking is geworden van het psychiatrisch arsenaal. Het antwoord moet neen luiden omdat het zich in hoofdzaak is gaan richten op een andere cliënteel dan die van de psychiatrie. Bezien vanuit de algemene psychiatrie (en ik neem als voorbeeld daarvan de algemene psychiatrische polikliniek) bemoeit de methodische psychotherapie zich met hoogstens enkele procenten van de psychiatrische markt. Ik denk dat hetzelfde geldt voor de hele ambulante G.G.Z. Psychotherapie heeft duidelijk een nieuwe markt gecreëerd, die maar marginaal met de psychiatrische markt samenvalt. Nu heb ik het er niet over of ik dat mooi of lelijk vind, maar ik zie wel een probleem aankomen, nl. als de hippokratische tegenwoordig genoemd verplichtende verantwoordelijkheid weer op ons afkomt als essentieel onderdeel van de RIAGG of RIGG-filosofie. Ik denk ook dat er over dat probleem te weinig wordt gepraat.

(2) *Het gat in de markt.* Er is nog een ander probleem dat met de opleiding samenhangt. Psychotherapie is mooi werk; het is ordelijk in de methodische zin, het is ook ordelijk in organisatorische zin. En hoewel het zijn moeizame kanten heeft is het in het algemeen bevredigend. Bovendien zijn moeizame nachtelijke tochten op bezoek bij een furibund psychotische patiënt, daarna op zoek naar een psychiatrische plaats en tenslotte op zoek naar de burgemeester voor een inbewaringstelling dan wel niet geheel uitgesloten in het kader van psychotherapeutisch werk, maar ze zijn er zeker niet karakteristiek voor. Het is geen wonder dat er een toenemende belangstelling en vraag naar psychotherapeutisch werk en naar psychotherapeutische opleiding is. Maar er is de volgende keerzijde: als in een ervaringsveld zich een mooi ding ontwikkelt worden andere in dat veld bestaande zaken lelijker. Dat geldt bijv. voor het S.P.D.-werk en het gewone poliklinische handwerk. En dat heeft weer gevolgen voor de verhoudingen op de arbeidsmarkt, die het eerst tot uiting zullen komen in toch al zwakbezette gebieden. En hoewel het mij als I.M.P.-man verheugt dat ik psychiaters kan aantrekken voor psychotherapeutisch werk, is het toch een probleem dat in dezelfde regio S.P.D.-vacatures onvervuld blijven en misschien onvervulbaar worden. Hetzelfde geldt ook voor het gewone poliklinische werk.

Dit probleem heeft ook een circulair aspect: omdat de S.P.D.'s en poliklinieken onderbezet zijn neemt de zorg daar kwalitatief af en

wordt het contrast met de psychotherapeutische zorg nog veel groter.

Er bestaat daar een opleidingsprobleem: het gevaar bestaat dat de opleiding psychiatrie gezien wordt als een soort rijstebrijberg die doorgeworsteld moet worden voor het beloofde land van de methodische psychotherapie wordt bereikt; één van de belangrijkste taken van de psychotherapeutische opleiding in het kader van de psychiatrische opleiding zal moeten zijn het wekken van voldoende belangstelling voor de psychotherapeutische aspecten van het psychiatrische werk en het uitwerken van de mogelijkheden daarvan; het zal moeten vermijden het contrast te vergroten tussen psychiatrie en methodische, I.M.P.-psychotherapie.

Slotopmerkingen

Artsen en psychiaters kunnen goede psychotherapeuten worden. Het prototype daarvan is Sigmund Freud. Ook niet-medici kunnen voortreffelijke psychotherapeuten worden. Het prototype daarvan is Anna Freud. Ik geloof dat daarover nauwelijks discussie bestaat. In de fascinerende samenwerkingswereld tussen artsen en niet-artsen hebben de artsen naast hun psychotherapeutische functie ook een meer specifiek medische functie, met name ook in het proces van diagnostiek en indicatiestelling. Vaak zal dat nog wel eens een functie zijn, waarbij mensen tegen psychotherapie moeten worden beschermd, omdat een andere behandeling grotere prioriteit heeft. Het is goed dat psychotherapeuten het vak leren door het uitoefenen van goed uitgekristalliseerde methodische vormen van psychotherapie. Dit betekent altijd echter wel een beperking in de indicatiestelling. Voor de psychiaters heeft dat de consequentie dat zij zich begeven in een richting die zich van de psychiatrie af beweegt. Als in de toekomst de psychiater/psychotherapeut zin wil blijven hebben, dan zal het noodzakelijk zijn dat deze psychiater zich niet alleen toelegt op de behandeling van mensen die gezond genoeg zijn om psychotherapie te kunnen en te willen, maar zich ook bezighoudt met de psychotherapeutische aspecten van psychiatrische behandeling in engere zin.