

De opleiding tot psychiater

Argumenten voor voorgestelde wijzigingen

door M. A. J. Romme en M. M. W. Richartz

In deze maanden staan in het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten en in de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie de opleidingseisen voor de opleiding van arts tot psychiater ter discussie. De reden hiertoe vormen de wijzigingsvoorstellen, die door het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie ter discussie worden gesteld. De belangrijkste wijzigingen betreffen:

- 1 het laten vervallen van een 'verplichte' neurologie stage van één jaar; en
- 2 het opdelen van de vierjarige opleiding in twee perioden van respectievelijk 2½ jaar basisopleiding in de kliniek en 1½ jaar keuzeperiode.

Tijdens de 2½ jaar basisopleiding moet ondermeer voldoende accent worden gelegd op de somatische problematiek, die zich bij psychiatrische patiënten voordoet, en tijdens de 1½ jaar keuze bestaat de mogelijkheid meer dan oppervlakkig aandacht te besteden aan gebieden in de psychiatrie, die een bepaalde ontwikkeling dan wel een bepaald zorgveld representeren.

De indiening van genoemde wijzigingsvoorstellen hangt nauw samen met het feit dat de ontwikkelingen die zich in de psychiatrie hebben voorgedaan nog onvoldoende tot hun recht zijn gekomen in de opleidingseisen. Wanneer men de huidige opleidingseisen bekijkt tegen de achtergrond van de huidige stand van zaken in ons vakgebied dringen de volgende vragen zich op:

Ten eerste – Wordt er voldoende recht gedaan aan de ontwikkelingen in de biologische psychiatrie, wanneer 25 % van de opleidingstijd besteed wordt aan opleiding in de neurologie en deze tijd niet wordt besteed aan de biologische achtergronden bij psychiatrisch zieke mensen, inclusief de organische afwijkingen bij psychiatrische patiënten?

Ten tweede – Kan men het anno 1978 nog wel verantwoord een psychiater af te leveren, die in zijn opleiding psychotherapeu-

Schrijvers zijn resp. hoogleraar sociale psychiatrie, tevens opleider stage sociale psychiatrie, en lector sociale psychiatrie, tevens hoofdopleider A-opleiding psychiatrie.

tisch slechts weinig scholing heeft ontvangen? Dient psychotherapeutische scholing niet een onderdeel van de opleiding te zijn, waaraan gedurende de gehele vier jaar aandacht moet worden besteed, eventueel geïntensiveerd in een keuzeperiode?

Ten derde – Wordt het niet de hoogste tijd in de opleiding aandacht te besteden aan de invloeden die uitgaan van het milieu op het ontstaan en onderhouden van pathologie, dat wil zeggen aan de verworven kennis 'dat ook mensen met pathologische gedragingen en belevingen niet alleen "individuen" zijn, maar ook wezenlijk verbonden zijn met de mensen in de groep, waarin zij leven'? Moeten de assistenten in opleiding niet zeer gericht ervaren 'dat mensen zich gedragen en hun gedrag veranderen afhankelijk van de wijze waarop met hen wordt omgegaan'? Waar kunnen assistenten in opleiding dit beter ervaren en leren begeleiden, dan in het leefmilieu van de patiënt? Wanneer zij dit aspect buiten de kliniek leren zien, bijv. in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, zullen zij het ook kunnen herkennen in de omgang met de patiënten in de kliniek. Moet ook hieraan niet gedurende de gehele opleiding aandacht gegeven worden en is de uitbreiding van de keuzetijd – voor dit facet – niet zeer belangrijk om kennis te maken met die zorgvelden die hier specifieke aandacht aan besteden?

Uit de drie gestelde vragen zult u begrepen hebben dat wij gedoeld hebben op de drie gebieden waarin belangrijke ontwikkelingen in de psychiatrie hebben plaats gevonden. De biologische psychiatrie met de psychofarmacologische therapie, de psychodynamische psychiatrie en de psychologie met de daaruit ontwikkelde psychotherapie, en ten derde de ontwikkelingen in de sociale psychiatrie en de sociologie, die geresulteerd hebben in therapievormen gebaseerd op groepsinteractie en systeembenadering. Aan de eerste twee ontwikkelingsgebieden, de biologische psychiatrie en de psychotherapie, willen wij slechts kort aandacht besteden. Bij het derde gebied – de sociale psychiatrie – willen wij iets langer stilstaan omdat dit ons specifiek aandachtsgebied is in ons dagelijks werk.

De biologische psychiatrie

De ontwikkeling van de psycho-farmacologie heeft de ontwikkeling van de biologische psychiatrie sterk gestimuleerd. Dit betreft zowel de biologische substraten bij bepaalde psychische stoornissen, als de beïnvloeding van het gedrag met behulp van drugs. Beide kanten van de biologische psychiatrie-ontwikkeling hebben ook de etiologische en gedragsbeïnvloedende beperkingen van de biologische benaderingen aan het licht gebracht, en aangetoond dat zij in de praktijk alleen zinvol zijn wanneer ook andere, met name de gedragswetenschappelijke beïnvloedingsfactoren worden erkend. Het belang van de biologische psychiatrie moet zijn erkenning kunnen krijgen in de opleiding door bij te dragen aan meer gedegen kennis van de biologische substraten en psychofarmacologische beïnvloeding van gedrag. Deze kennis dient ervaren en geleerd te worden aan de hand van de diagnostiek en de behandeling van

psychiatrische patiënten. De verplichting in het opleidingspakket een jaar neurologie te volgen moet dan ook vervallen, en wel om de volgende redenen.

Ten eerste – Organische afwijkingen moeten door de psychiaters herkend worden bij psychiatrische patiënten en de somatiek moet dus ook aan psychiatrische patiënten worden onderwezen.

Ten tweede – De biologische psychiatrie omvat een veel breder gebied dan het herkennen en behandelen van organische (neurologische) afwijkingen bij psychiatrische patiënten.

Ten derde – Bij de biologische en somatische benadering van psychiatrische patiënten moet veel aandacht besteed worden aan de consequenties die de biologisch gefundeerde stoornis en de behandeling hebben voor de omgang met deze mensen in de kliniek en in het eigen milieu. Het is immers glashelder dat men aan de demente, aan de debiel, aan de epilepticus, aan mensen met functiestoornissen, etc. maatschappelijk en psychologisch niet dezelfde vragen en eisen kan stellen als aan gezonde mensen. Het is ook duidelijk dat behandeling met psychofarmaca niet alleen invloed heeft op de symptomen, maar op het hele patroon van gedragingen. Deze invloeden zijn helaas niet alleen positief. Hiermee wordt men geconfronteerd bij het maatschappelijk functioneren van mensen, die met psychofarmaca behandeld worden en men kan hieraan niet voorbijgaan.

Ten vierde – De wisselwerking tussen gedrag en somatiek kan men alleen leren wanneer men aan dezelfde mensen over de beide facetten in hun onderlinge wisselwerking wordt onderwezen. Immers de somatische stoornis heeft niet alleen invloed op het gedrag – en is zelfs vaak alleen te herkennen aan het gedrag, mits men dit juist weet te identificeren – maar gedrag heeft ook invloed op het ontstaan van somatische stoornissen, hetgeen onder andere te demonstreren valt aan het effect van geïsoleerde leefwijze bij ouderen op hun dementeringsproces.

Ten vijfde – In grote gebieden van de wereld zien wij dat psychiaters opgeleid worden door psychiaters in de diagnostiek en behandeling van psychiatrische patiënten. In Amerika, Canada en Engeland, om er enkele te noemen, vormen stages neurologie geen onderdeel van het opleidingspakket en nog steeds worden de psychiaters daar tot de medici gerekend. Wij kunnen ons zelfs voorhouden dat in deze gebieden op grotere schaal is bijgedragen aan de ontwikkeling van de biologische psychiatrie dan in Nederland. Wij vragen ons zelfs af of het handhaven van de verplichte stage neurologie niet eerder een rem dan een stimulus vormt om in de Nederlandse klinische psychiatrie te komen tot meer aandacht voor de biologische en somatische aspecten bij de psychiatrische patiënten.

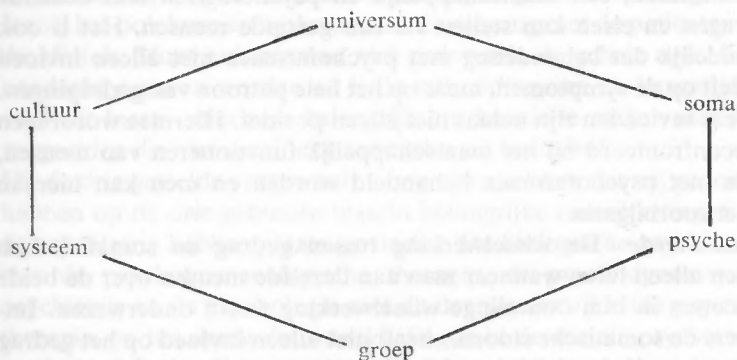
De psychotherapie

Ten aanzien van de ontwikkeling van de psychotherapie willen wij werkelijk kort zijn. De psychotherapie heeft zowel kwalitatief als

kwantitatief grote vooruitgang geboekt en wordt in de hele wereld uitgevoerd door een groot aantal disciplines. In Nederland wordt de ontwikkeling op het niveau van uitvoering gelukkig kwalitatief bewaakt door de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. Wij denken niet dat wij de patiënten en de psychiaters een dienst bewijzen als we de psychiaters in hun opleiding niet de mogelijkheid bieden – zo niet de verplichting opleggen – zich in de psychotherapie te bekwamen.

De sociale psychiatrie

Bij het derde gebied 'de sociale psychiatrie' willen wij wat langer stilstaan. Wanneer we het totaal van factoren, dat van invloed is op menselijk functioneren, overzichtelijk willen maken is de volgende voorstelling behulpzaam:



Naar analogie van het spreekwoord 'de mens leeft niet van brood en wijn alleen' mogen wij zeggen: De mens leeft niet van soma en psyche alleen. Hij vormt niet alleen als zodanig een eenheid. Hij is zeker even intens gebonden aan de groep waarin hij leeft (gezin, familie, burens, etc.) en daarenboven is hij verweven met en afhankelijk van maatschappelijke systemen (school, werk, sociale verzekering en andere wetten). Het is ook geen toeval, dat overal in de wereld mensen in gemeenschappen leven en zich een eigen cultuur en een met haar corresponderende identiteit hebben eigen gemaakt. Deze werkelijkheden hangen samen met de menselijke beperking dat hij zichzelf niet voldoende is. We hebben een samenleving, gemeenschap, maatschappij, nodig omdat wij als individuen onvoldoende weerbaar zijn. De gemeenschap hebben wij nodig om gezamenlijk beter meester te kunnen zijn over onze omgeving. Ieder mens is voor zijn 'biologisch' en 'psychisch' overleven in hoge mate afhankelijk van zijn omgeving, maar daarmee ook van de grenzen die door zijn omgeving getrokken worden. De gemeenschap dient onze veiligheid, maar beperkt daarmee ook onze vrijheid.

De sociale psychiatrie nu richt speciaal haar aandacht op de sociale dynamiek van de wederzijdse beïnvloeding van pathologie en verwevenheid met maatschappelijke groepen en systemen. De

veiligheid en gebondenheid in groepen in de gemeenschap geven zoals elke polariteit conflicten en problemen. En conflicten en problemen leiden via gevechten en fixaties tot pathologie. De sociale psychiatrie kan men dan ook – weliswaar ietwat gesimplificeerd – opvatten als 'de benadering waarin men in het bijzonder de pathologie bekijkt vanuit de spanning tussen vrijheid en veiligheid, die inherent is aan het leven in een gemeenschap'.

Vanuit een dergelijke optiek wordt het mogelijk duidelijk waarom in de wijzigingsvoorstellen op pagina 4 als eis wordt gesteld dat ten aanzien van de sociale psychiatrie de assistent bekend raakt met:

- sociale macro- en micro-structuren, die in psychiatrische zin pathoogeen kunnen werken;
- relatievorming tussen mensen onderling en die tussen psychiater en hulpvragende;
- wetgeving op medisch terrein;
- onderzoek in de epidemiologie van geestesziekte en afwijkend gedrag;
- preventiemogelijkheden in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg;
- etc.

De sociaalpsychiatrische benaderingswijze waarin rekening wordt gehouden met de gebondenheid van het individu in groepen en systemen is niet alleen theorie, maar heeft ook heel praktische consequenties voor het ontstaan van pathologie.

In de meest extreme vormen uit de spanning vrijheid – veiligheid zich enerzijds in terreurdaden waarbij een vrijheid wordt genomen die totaal ten koste gaat van andermans veiligheid: anderzijds zien wij deze bij vele chronisch gehospitaliseerde schizofrenen, door wie in het psychiatrisch ziekenhuis zo zeer de veiligheid wordt gezocht dat elke vrijheid wordt afgewezen, wanneer die in de geringste mate zou kunnen leiden tot zelfstandigheid.

In de gezinnen zien we opvoedingspatronen die variëren van verwaarlozing tot totale beheersing van de kinderen. Juist de meest bezorgde en zorgzame ouders kunnen daarin zover gaan dat zij het denken van hun kinderen totaal willen beheersen. Van de mate en soort escape die het kind vindt uit deze situatie – een escape die nodig is voor zijn sociale en emotionele eigenheidsontwikkeling – hangt het af of er pathologische gevolgen ontstaan, en zo ja welke vorm de pathologie aanneemt.

In verschillende leeftijdsfasen zien we dat veranderende groepsrelaties tot problemen leiden. In de adolescentie bijv. leidt de relatievorming met de eigen leeftijdsgenoten vaak tot de nodige problemen, en in meer extreme gevallen tot pathologie. Bij de ouderen is het verdwijnen van de relaties niet zelden de aanleiding tot depressies en paranoïdiën terwijl anderzijds de sociale isolering ook bijdraagt aan de aftakeling. Bij kinderen zijn eetstoornissen, gestoorde ontlasting, gestoorde slaap en stelen vaak consequenties van heftige strijdrelaties waar vrijheid en veiligheid een belangrijke rol spelen.

De spanning vrijheid – veiligheid zien we een belangrijke rol spe-

len in vele huwelijksrelatieproblemen. Een ieder is bekend met de suïcide pogingen bij het verlies van de veiligheid of het beklemmend worden van het gebrek aan vrijheid in de huwelijksrelatie. Zo zijn er nog vele voorbeelden te geven waaraan kan worden verduidelijkt waar het ons om gaat: aan te geven dat bij de individuele psychiatrische pathologie een cyclische relatie bestaat met de maatschappelijke verwevenheid van het individu, vaak samenhangend met de spanning tussen vrijheid en veiligheid die inherent is aan het leven in gemeenschap.

Samenhang en controverse

In de discussies rond de opleidingseisen is ons vaak opgevallen dat men geneigd is meer de controverse, die er bestaat tussen de verschillende benaderingswijzen in de psychiatrie, dan de samenhang te benadrukken. Het is onjuist te denken dat biologische, psychodynamische en sociaal-psychiatrische benaderingen controversiële benaderingen zijn, ofschoon het natuurlijk wel mogelijk is controversen te scheppen, zoals het ook mogelijk is deze als veiligheidsmanoeuvres tegen verandering te gebruiken. De sociaalpsychiatrische benadering heeft net zoveel boodschap aan de biologische en psychodynamische benadering als omgekeerd het geval is. Enkele voorbeelden mogen dit verduidelijken: Bij de debiliteit – als simpelste voorbeeld – laat zich dit vaak duidelijk demonstreren. Het constant maatschappelijk overvraagd worden van de met gebrekkig bevattingsvermogen uitgeruste debiel, chaotiseert hem en doet hem decompenseren. Bij de vitale depressie valt het op dat de psycho-sociale problematiek, die tot onvermogen en falen leidt met als gevolgen 'machteloosheid en depressie', juist bij ontkenning en het niet oplossen van de psycho-sociale problematiek leidt tot aantasting van de vitaliteit, waardoor de machteloosheid en depressie verergert. Hier ontstaat dan een stoornis die alleen medicamenteus te doorbreken is, maar die zich herhaalt wanneer aan de instelling van de patiënt t.o.v. zijn prestatiedrang, dan wel aan de sociale omstandigheden niets verandert.

Hetzelfde geldt voor de relatieproblematiek tussen moeder en kind. Wanneer het kind geruime tijd voornamelijk aandacht krijgt wanneer het lastig is, kan een meer depressief eigen image ontstaan bij het kind, waartegen het zich verdedigt door versneld agressief te reageren, hetgeen de cyclus in stand houdt. Hierbij kan zich bedplassen voordoen als een van de symptomen, die als het lastigst wordt ervaren. In deze situatie kan antidepressieve medicatie een verbetering brengen: deze is echter alleen bestendig als zij gepaard gaat met een meer supportieve, tot positief zelfbeeld leidende omgang met het kind.

Om te begrijpen dat de drie benaderingswijzen in de psychiatrie niet controversieel, maar complementair zijn, is een analogie met de informatica misschien verduidelijkend. Men werkt daar met de begrippen hardware en software. Met de hardware bedoelt men de gegevens die vast verbonden zijn aan de computer (als machine)

- en dat is afhankelijk van de leverancier -, terwijl men met de software de programma's bedoelt, die er ingestopt worden. Waar weinig over gepraat wordt, is de gebruiker die de vragen stelt aan de genoemde combinatie.

Naar analogie geredeneerd zou men nu de biologische psychiatrie met de hardware - d.w.z. de instrumentele mogelijkheden van de machine - kunnen vergelijken, en de psychodynamische psychiatrie met de software - d.w.z. met de opvoeding die tot programma's geleid heeft, die in het individu zijn opgeslagen -. De sociale psychiatrie kan men met de gebruiker vergelijken, omdat de soort vragen die men aan de biologisch-psychodynamische combinatie kan stellen afhankelijk zijn van de mogelijkheden van deze combinatie. Zoals hardware, software en gebruiker een complementaire gebruikseenheid vormen, zo ook vormen biologische, psychodynamische en sociale psychiatrie een werkeenheid, waarvoor men echter wel gedifferentieerde deskundigheid nodig heeft.

Met deze uiteenzetting hebben wij trachten te verduidelijken, dat een opleiding tot psychiater zal moeten bestaan uit een gemeenschappelijk basispakket, waarna de mogelijkheid moet worden geboden zich tijdens de opleiding in bepaalde differentiaties te bekwamen. In de huidige fase van ontwikkeling in de psychiatrie zal daarbij de opleiding moeten worden aangepast aan de eisen van deze tijd en dit heeft de volgende consequenties:

- 1 Het belang van de biologische psychiatrie moet zijn erkenning kunnen krijgen in de opleiding door meer gedegen kennis van de biologische substraten en psychofarmacologische beïnvloeding van gedrag. Dit dient ervaren en geleerd te worden aan de hand van de diagnostiek en behandeling van psychiatrische patiënten. Hiervoor moet de verplichting een jaar te besteden aan de neurologie vervallen.
- 2 De ontwikkeling van de psychodynamische kennis en van de psychologie stelt de dwingende eis dat een psychiater die met mensen met psychische stoornissen omgaat, psychotherapeutisch goed geschoold is.
- 3 De ontwikkelingen van de sociale psychiatrie en sociologie, met de daaruit voortgekomen ontwikkelingen, stellen de dwingende eisen dat in het klinisch deel van de opleiding meer aandacht besteed wordt aan de invloed van de behandelingssituatie op het gedrag van de patiënt en dat in de keuzeperiode ervaring wordt opgedaan met andere behandelingssituaties, zoals in instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg en in tussenvoorzieningen.