

De ideologie in de psychiatrie

door D. C. van Strien

Een reactie op de gevoerde discussie over de
opleiding in de psychiatrie

Inleiding

In dit tijdschrift is gedurende de afgelopen twee jaar een discussie op gang gekomen over de opleiding in de psychiatrie in Nederland. Het is de eerste openbare discussie die hierover in een tijdschrift wordt gevoerd, hoewel de opleiding, vooral qua vorm, al enkele malen is gewijzigd in de periode ná de oorlog. Aanvankelijk voelde ik veel kritiek op de reeks van vier artikelen, maar wanneer ik trachtte deze kritiek te formuleren, raakte ik zelf verstrikt in de verwarring over wat psychiatrie en de psychiater eigenlijk voor moeten stellen, die ook uit de artikelen spreekt.

Ik bevind mezelf aan het eind van mijn twee verplichte stagejaren in een A-opleiding en ik realiseer me dat sinds de definitieve keuze van psychiatrie als toekomstig arbeidsveld, mijn opvattingen over wat een psychiater nou eigenlijk is zich nogal hebben gewijzigd; mijn beroepsbeeld is veranderd. Door de ervaring van de dagelijkse praktijk en het bestuderen van de psychiatrie, door gesprekken met teamgenoten, supervisors, collega's, vrienden, door mijn eigen persoonlijke ontwikkeling en de voortgang van mijn eigen therapie veranderde mijn motivatie tot en mijn visie op de psychiatrie en de opleiding.

Ik wil nu in dit artikel proberen te schetsen hoe in de loop van de tijd mijn beroepsbeeld, mijn visie op de psychiatrie zich wijzigde en vervolgens deze benadering vergelijken met de beroepsbeelden zoals die uit de artikelen naar voren komen.

De validiteit van het rapporteren van mijn persoonlijke ontwikkelingsgang ligt in de herkenning die de lezer kan gevoelen; de kritiek die eruit voortvloeit op de eerdere auteurs is weliswaar niet op objectieve gegevens gebaseerd, maar wel op de werkelijkheid van de subjectieve ervaring.

Schrijver is momenteel werkzaam als arts-assistent in de psychiatrische kinderkliniek van het Akademisch Ziekenhuis te Utrecht (hoofd: prof. Kamp).

Tot nu toe

Pols (1977) poogt te komen tot een principiële discussie over wat een psychiater zou moeten zijn. Daartoe onderscheidt hij vier onderdelen van het beroepsbeeld waarover duidelijkheid verkregen zou moeten worden, te weten: de kennis van de psychiater, zijn vaardigheden, zijn professionele basishouding en zijn beroepsethiek en filosofie. Voor geen van deze onderdelen vallen er objectieve criteria vast te stellen en Pols moet, tot zijn spijt, een definiëring van de psychiater achterwege laten; hij kan hem alleen typeren. De psychiater wordt dan getypeerd met het begrip breedte-specialist; hij bestrijkt vele terreinen, doch op de aparte terreinen zijn diepte-specialisten vaak deskundiger.

Jacobs (1977) gaat uit van de kernvraag 'hoe kan de psychiater het beste het volk dienen' en begint dan met een stroom van opmerkingen, aldus meer de indruk makend dat hij geen enkel probleem ongenoemd wil laten dan dat hij enige lijn ontwikkelt. Als hij over het beroepsbeeld van de psychiater spreekt, somt hij een aantal eisen op: 'planmatig, exact denken en werken, organisaties en in teamverband werken, verbale uitdrukkingsvaardigheid in woord en geschrift, non-verbale uitdrukkingsvaardigheid, zich instellen op een ander, hanteren van contact, kunnen luisteren, helpen ontwikkelen van onafhankelijkheid bij geholpenen, grote aandachtsconcentratie, coördinatievermogen, zelfreflectie, nauwgezetheid, zorgvuldigheid, zelfstandigheid, omschakelingsvermogen en zijn belangrijkste instrument: zijn eigen evenwichtige gerijpte geestelijke gezondheid'. Zo'n overdaad aan eisen, waaraan uiteraard niemand kan beantwoorden, vertroebelt het beroepsbeeld, maakt het onzichtbaar.

Bakker (1977) reageert op het artikel van Pols. Hij spartelt tegen als principiële argumenten door praktische worden vervangen. Voor hem is neurologie in de opleiding principieel, omdat deze een symbolische waarde heeft. Dat zijn voornaamste argument de symboliek van de neurologie is, doet een en ander niet aan overtuigingskracht winnen, ook al noemt hij later de ontwikkelingen in de organische psychiatrie ook als argument. Zijn beroepsbeeld wordt mede door traditie bepaald.

Blijham (1978) keert zich af van het beroepsbeeld dat uit de eerdere artikelen spreekt; hij vindt dat de opleiding moet draaien om 'de praealabele ontmoeting van de psychiater met de medemens in nood'. Dat contact tussen patiënt en psychiater staat centraal in behandeling en in opleiding, daaromheen mag niet te veel gestructureerd of getheoretiseerd worden. Een zeer romantisch beroepsbeeld.

Eigen ontwikkeling

Die begon met het definitief vaststellen van de psychiatrie als terrein voor mijn verdere loopbaan. Ik heb deze keuze beleefd als een ontkenning van mijn medische opleiding. Ik had tot laat

in mijn medische studie crop gerekend dat ik huisarts zou worden, dus in de eerste plaats somatiek zou gaan doen en de medische studie is ook grotendeels somatisch georiënteerd. Ik was overigens nooit enthousiast over wat ik bestudeerde, nooit verdiepte ik me in fysiologie, pathologie etc., en de problemen daarvan. Op de keper beschouwd had ik een verkeerde studie gekozen. Meer en meer kreeg ik de overtuiging dat een huisarts veel met psychologie, sociologie, filosofie etc. en niet te vergeten politiek had te maken. In ieder geval, inter- en intrapersoonlijke problemen moesten worden erkend als werkterrein voor de arts. Ik vond dat en was daarmee tevens van de plicht tot intensieve bestudering van de somatiek af. Eind jaren zestig en in het begin van het huidige decennium, was dat nog een overtuiging waarmee je voor je gevoel een pionier was, wat de aantrekkelijkheid ervan verhoogde. Mijn keuze voor de psychiatrie ligt in de lijn van deze trend en is als zodanig een ontkenning van mijn somatische vooropleiding. Een grotere breuk in een opleiding vind ik ook nauwelijks denkbaar. Iemand specialiseert zich gedurende 8 jaar in de somatiek, in, zoals het officieel heet, medicijnen en wil dan plotseling doorgaan met een verdere specialisatie, waarvan het werkterrein voornamelijk psycho-sociale problematiek is, een tot dan toe absoluut onbetreden gebied. Dat blijft, objectief gezien, een curieuze gang van zaken.

Het lijkt zinnig om dit gezichtspunt te betrekken in de discussie over de opleiding in de psychiatrie en de vooropleiding daartoe. Het gaat me dan niet zozeer om het punt of medicijnen nu de ideale vooropleiding vormt – het kan de psychiater, als je hem met de woorden van Pols definieert, als breedte-specialist ook zeer ten dienste staan – doch vooral om wat het betekent als mensen kiezen voor een specialisatie die minder en minder aansluit op de tot dan toe gevolgde opleiding.

Nu heb ik het bepaald getroffen in mijn eerste stage van wat langere duur. Dat was de opname-afdeling van een groot psychiatrisch ziekenhuis, waar de geest van het daar werkende team nauw aansloot bij mijn wijze van aankijken tegen de psychiatrie. Ik vond en vind dat nog steeds een groot geluk; ik heb er erg prettig gewerkt. Die hele periode werd gekenmerkt door euforie. Ik vond psychiatrie echt leuk, ik had plezier in mijn professionele bezigheden, wat een opluchting! Wat mij betreft werkte ik op een inrichting met de naam 'Licht & Lucht' of 'Goed en Gaaf' of zonnig 'Zon & Zee' of zoiets.

Als ik kijk naar wat Pols aangeeft als de vier elementen waar men de opleiding op zou moeten beoordelen, en wel kennis, vaardigheden, basishouding en beroepsethiek, dan waren in die tijd mijn opvattingen als volgt. Kennis werd niet getoond, niet gebruikt, een beetje geminacht soms, diagnostiek werd 'met eigen woorden' gedaan. Veel communicatie met de buitenwereld was er dan ook niet, de afdeling was een eilandje in een zee van slechte psychiatrische klinieken.

Je kon je zo goed afzetten tegen die buitenwereld, tegen de ge-

vestigde psychiatrie. Dat was prettig en versterkte het zelfgevoel. Kunde, vaardigheden waren er niet, en zeker geen die specifiek waren voor de psychiater of zijn assistent. Nou, het voorschrijven van psychofarmaca dan wel, maar dat was het enige, alle andere therapeutische vaardigheden werden of ontkend of konden door ieder ander teamlid zo worden overgenomen. Het leek er soms op alsof hier geen sprake was van samenwerking van diverse disciplines in een team, doch versmelting van alle teamleden tot een geheel waarin individueel optreden of staan op eigen deskundigheden niet werd gewaardeerd en de eenheid zou verbreken. De professionele basishouding werd gekenmerkt door vooral twee dingen: je trachtte je zoveel mogelijk te identificeren met iedere patiënt individueel, en in je ontmoeting met die betreffende patiënt stond je eigen echtheid en eerlijkheid als voornaamste leidraad voorop. Als het je met een bepaalde patiënt niet zo best lukte, werd je houding nooit beoordeeld op een juist afschatten van de problematiek en/of de persoonlijkheid van de patiënt, maar er werd vooral gekeken of je wel open en eerlijk had gereageerd. In de beroepsethiek stond het individuele belang van de individuele patiënt voorop, met een nadruk op zijn individuele vrijheid; individuele preventie en maatschappelijke, algemene preventie kwamen later, resp. veel later aan bod.

Samenvattend zou je kunnen zeggen dat er werd uitgegaan van het geloof in de kracht van het contact tussen therapeut en cliënt. De therapeutische waarde werd gezocht in de ontmoeting zelf, in 'de encounter', de therapeut moet daarin zo open en echt mogelijk zijn, de patiënt kan uitzoeken wat hij ermee wil doen. Dit is een waardevolle gedachte, maar hij wordt gevaarlijk als hij tot ideologie wordt verheven. Van ideologie spreek je als er a priori van bepaalde, als zodanig onbespreekbare zaken wordt uitgegaan, als deze worden verheven tot beginselen van een stelsel. Zo'n ideologie kan dienen om vervelende aspecten van de werkelijkheid niet te zien, te ontkennen.

Wat in mijn situatie vooral ontkend werd, was dat er in een ontmoeting altijd nog wel wat meer aan de hand is dan een therapeut die open en eerlijk tracht te zijn, dat de therapeut zijn problemen meebrengt en projecteert of afweert of wat dan ook; dat er in een ontmoeting nog meer kan dan open en eerlijk zijn en dat het niet oneerlijk is om bepaalde observaties enige tijd voor je te houden, etc. Kortom, wat ontkend werd is dat een therapeut met flink wat problemen zit die hem vaak lelijk in de weg staan, dat een therapeut kan falen en fouten kan maken omdat hij geen techniek beheerst of niet voldoende inzicht heeft. De ontmoeting met de medemens wordt verheven tot een bovennatuurlijk gebeuren, tot iets heel speciaals, tot iets van een mystieke orde en daardoor is een kritische beoordeling niet meer mogelijk.

Overheerst zo'n ideologie waarbij de ontmoeting tussen behandelaar en patiënt iets van een aparte orde wordt, dan praat daarmee deze behandelaar, en dat was ik dan in dit geval, de eigen ziel schoon. Ter ontkenning van eigen problematiek en eigen beperkt-

heden vigeren veel grootheidsfantasieën, subtiel verstopt in een ideologie waarbij de ontmoeting tussen psychiater en medemens tot een ondefiniceerbaar universeel goed wordt verheven.

Uiteraard volgde hierop een periode, ik was inmiddels van afdeling en later ook van ziekenhuis veranderd, van reactie. Na zulke hoog-gestemde idealen kwamen ontgoocheling, verbittering, depressie en boosheid. Hoe dramatisch dit ook moge klinken, ik vond deze trekken terug in diverse zaken. Ik had weinig plezier in mijn werk, werd er bij vlagen doodmoe van en vond wat ik deed vaak grote onzin. Ik voelde me boos op autoriteiten of lieden die daarvoor in de psychiatrie doorgingen, zette me af tegen supervisors, zag vaak niet veel in de opleiding. Om terug te komen op de vier hoofdpunten, die ik al eerder overnam van Pols; wat kennis betreft overheerste bij mij cynisme; wat valt er eigenlijk te weten, wat is de waarde ervan. Vaardigheden zag ik evenmin zitten: 'Ik heb nooit veel van die therapeutische vaardigheden gemerkt, mij is dat nooit gelukt, al die therapieën zijn zinloos, wat bereik je nou ooit, ze hebben er uiteindelijk niks aan'. In de professionele basishouding overheerste een gevoel van: 'Nou, ik loop niet al te hard, zoveel maakt het nou ook weer niet uit, mijn eigen belang telt ook, hoeveel verdien ik er eigenlijk mee?' Ook de beroepsethiek draaide om de bescherming van eigen rechten. Deceptie overheerste in die tijd. Was de eerste periode er een van goede moed en hoop, de tweede was er een van gebrek aan hoop, van wanhoop. Dat bleef niet zo; ik gleed terug van wanhoop naar hoop. Beide beschreven stadia zijn uiteinden van een lijn waartussen ik nog steeds heen en weer glij. Als zich in het midden van die lijn de realiteit bevindt, met een juiste erkenning van eigen mogelijkheden en beperktheden, bevindt aan één uiteinde zich de ideologie, de valse waarden om de werkelijkheid te verbergen, aan de andere kant de ontkenning van waarden, de zinloosheid ook om te ont-komen aan de eisen die de realiteit nu eenmaal stelt. Een middenpositie erkent het belang van kennis van psychiatrie in alle onderdelen, erkent de waarde en mogelijkheden van therapeutische vaardigheden en zoekt naar een voldoening gevende professionele basishouding, beroepsfilosofie en zoekt een weg in de beroepsethiek. Het denken over de opleiding in de psychiatrie nu wordt mede bepaald over de positie die men inneemt op de lijn die ik zojuist trachtte aan te geven. Zal de positie van de ontkenning der waarden weinig constructiefs opleveren, en zeker geen artikel over dit onderwerp, het standpunt van iemand met een ideologie zal dit des te meer doen. Ik vind dat op vele momenten, en met name in de bijdragen van Jacobs en Blijham, een ideologie wordt gehanteerd. Beiden verheffen de ontmoeting tussen psychiater en patiënt tot iets unieks en verhevens. Jacobs verheft zich in nederigheid, 'hoe moet de psychiater de bevolking dienen', Blijham heeft het over de 'praealabele ontmoeting v. d. psychiater met de medemens in nood'. Beiden verliezen meteen hele stukken realiteit uit het oog. Jacobs noemt een rijtje eisen op die hij een psychiater zou willen stellen, zoals in het citaat dat ik gaf, eisen, waar we in

de praktijk niets aan hebben, omdat niemand daar aan beantwoordt. Blijham schildert een opleidingsmodel waarbij de a.s. psychiater 'bij zijn patiënt blijft', of hij nou in een crisiscentrum, een dagcentrum, een gesloten afdeling, of waar dan ook verblijft. Zaken als samenwerken met andere disciplines, afdelingsbeleid, teamwork, etc. worden dan gemakshalve maar helemaal wegge-
laten.

Bij nader inzien gaat ook de woordkeus een speciaal verheven luchtje krijgen: 'de ontmoeting met de medemens in nood'; door de woordkeus wordt het iets heel anders dan 'het zien van iemand die met problemen zit'. De woorden krijgen bijna een eigen macht; er worden nieuwe woorden gemaakt; Jacobs spreekt over een 'bed-fugale opleiding' en over 'artsen-specialisten-psycho-hygiënist'. Een mooi voorbeeld is ook als hij spreekt over de drie ziekmakende factoren in de psychiatrie: de psychodynamische, de sociale en de fysio-chemische factoren; hij noemt deze achtereenvolgens een drieledigheid, een drieëenheid en een drievuldigheid. Het blijft natuurlijk een associatie maar mij doet het wel erg denken aan een andere drieëenheid, waarvan ik nooit heb gevonden dat ze met beide voeten op de grond stond. Kortom, op vele punten vindt men in beide artikelen kenmerken van een ideologie, die moet dienen om het uitzicht op de werkelijkheid te verhallen.

Het is erg jammer dat in de discussie over de opleiding tot psychiater dergelijke manoeuvres worden toegepast om de problemen rond de psychiatrische identiteit te verhallen. Pols is mij dan ook veel sympathieker, als hij duidelijk maakt dat door de controverses op allerlei gebied het nu eenmaal erg moeilijk is om een ideaal beeld te maken van de opleiding tot psychiater. Mogen zijn voorstellen voor de opleiding dan niet revolutionair zijn, ze zijn in ieder geval te verwezenlijken.

Het is moeilijk te verdragen dat de identiteit van het beroep 'psychiater' zo zwak is; over vooropleiding, over opleiding, over kennis en vaardigheden, over ethiek, over alles bestaan diverse standpunten. Standpunten die elkaar vaak tegenspreken. Toch ligt in dit zwakke en onzekere beroepsbeeld uiteindelijk ook de identiteit van de psychiater. Het weerspiegelt tenslotte de stand van zaken wat betreft onze kennis van geestelijke gezondheid. Niet alleen de onvolmaaktheid en het veronderstellende karakter van die kennis, maar ook wel het multicausale en dialectisch karakter van de problematiek. De onzekerheid die dit met zich meebrengt is onvermijdelijk; het vermogen om dit te verdragen lijkt mij een terechte beroepseis voor een psychiater.

De opleiding en de opleidingseisen kunnen dit weerspiegelen. Met name Bakker geeft dit al aan in zijn artikel. Nadruk moet worden gelegd op methoden van kennis verwerven, op het omgaan met en toetsen van nieuwe ideeën en technieken, op het kritisch hanteren van kennis en niet op het bezitten van kennis.

De 'opleiding' moet niet opleiden aan de hand van een vastgelegd, ideologisch bepaald beroepsbeeld, maar moet ruimte scheppen voor de toekomstige psychiater om zijn eigen beroepsbeeld te

leren bepalen aan de hand van zijn continue en kritische confrontatie met de realiteit van de hem bereikende hulpvraag.

Literatuur

- Pols, J. (1977), Enkele gedachten over de opleiding tot psychiater in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie* 19, p. 38.
- Jacobs, D. (1977), De huidige en toekomstige opleiding tot psychiater. *Tijdschrift voor psychiatrie* 19, p. 83.
- Bakker, J. B. (1977), Belemmeringen bij de discussie over de opleiding tot psychiater in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie* 19, p. 329.
- Blijham, H. (1978), De opleiding tot psychiater. *Tijdschrift voor psychiatrie* 20, p. 41.