

Lezing: De Psychiater – Psychotherapeut binnen de muren
GGZ Congres 2012

Klinische psychotherapie houdt meer in dan het psychotherapie doen op een afdeling. Het is psychotherapie doen met een afdeling. Het in stand houden van een coherente samenwerking tussen de teamleden en de disciplines waarvoor ze staan is iets dat zich niet laat afdwingen. Het is een deskundig te sturen, dynamisch en creatief proces. Het vergt leiderschap dat (meestal) in de handen van psychiater / psychotherapeut ligt. Gezien het gedrag, het affect en het denken van de mens ook afhangt van contextuele factoren dienen deze in rekening worden gebracht. Ze dienen gekoppeld aan het gekozen psychotherapeutisch model om congruentie te bereiken tussen de aangeboden behandeling en de realiteit op de afdeling. Dit is van belang willen we de slagkracht van psychotherapie op een behandel eenheid groter maken dan dat van de ambulante psychotherapie.

In deze lezing wil ik de psychiater - psychotherapeut opvoeren als de aangewezen persoon om een afdeling te leiden, weze het in een algemeen ziekenhuis, weze het in een APZ.

1. Mijn stelling baseert zich voor een groot stuk op volgende pijlers:
 - Mensen met psychiatrische problemen dienen opgevangen in een uitgekiend milieu
 - Een deel van de behandeling loopt langsheen de menselijke relaties
 - Het product van een afdeling psychiatrie zijn de relaties en de interacties tussen een groep patiënten en behandelaars.
 - Er bestaan parallellen tussen datgene wat leeft in de patiënten populatie en in het team

a. Mensen met psychiatrische problemen dienen opgevangen in een uitgekiend milieu:

Deze stelling vertrekt vanuit de bevinding dat mensen een voor hen juiste verhouding nodig hebben tussen rust en stimulatie. Wanneer beiden in gebreke blijven gaat de patiënt er op achteruit. Dit geldt niet enkel voor patiënten maar ook voor de mens in het algemeen. Zaken zoals zorg, sociaal contact, goede voeding, aandacht zijn belangrijke zorgbevorderende factoren. Ze dienen bijgevolg in voldoende mate aanwezig te zijn op een afdeling psychiatrie waar mensen vaak langer dan enige dagen blijven. Deze behoefte vindt niet alleen zijn origine in de psyche van de mens maar ook in zijn biologische opmaak waar de aan of afwezigheid van een goed evenwicht zijn invloed heeft op de ontwikkeling van het brein.

b. Een deel van de behandeling loopt langsheen de menselijke relatie:
Het meest spectaculaire bewijs op dit vlak is de beïnvloeding door de relatie met de psychiater op de werkzaamheid van een medicament. Dit is niet anders dan de vertaling dat het grootste aandeel van de verbetering tijdens een psychotherapeutisch parcours specifieke factoren zijn die besloten liggen binnen de relatie met de therapeut van mens tot mens. We kunnen op een afdeling echter niet zonder de theoretische bevindingen van groepspsychotherapie gezien groepsdynamieken een grote invloed hebben op de psychodynamiek van het individu. Deze beïnvloeding voltrekt zich zowel in de positieve als in de negatieve richting. De groepsdynamiek dient dus mee in rekening genomen te worden bij de behandeling van de individuele patiënt. Dit is overigens een thema dat niet enkel aangekaard wordt in de psychotherapie maar ook in de organisatieleer, sociologie etc.

c. Het product van een afdeling psychiatrie zijn de relaties en de interacties tussen een groep patiënten en behandelaars

Psychotherapie is het vestigen, structureren en hanteren van de relatie op een methodische, gesystematiseerde en onderbouwde manier ter behandeling van psychische en psychiatrische stoornissen. Dit is niet anders voor een afdeling psychiatrie zij het dat de definitie uitgebreid moet worden naar 'de relatie en de interactie tussen een groep patiënten en behandelaars'. We dienen dan ook dezelfde zorgvuldigheid aan de dag te leggen in deze interacties als aan deze die spelen in de individuele contacten. We kunnen ons ook niet zien als losstaande behandelaren. Tenminste: we dienen ons ook te kunnen zien als een onderdeel van een behandelteam dat zijn product in onderlinge afhankelijkheid van elkaar dient te realiseren. We worden als afdelingspsychiater ook niet enkel geapprecieerd voor datgene wat we als individu doen maar ook voor wat het behandelteam als groep heeft bereikt. Dit is niet anders dan dat we de groep patiënten waar we de zorg voor dragen tegelijkertijd dienen te zien als individuen en als een collectief ontstaan door de onderlinge beïnvloeding. We bewegen ons allen op het continuüm tussen autonomie en afhankelijkheid, op het continuüm tussen het erbij willen horen en het behouden van onze eigenheid.

d. Er bestaan parallellen tussen datgene wat leeft in de patiënten populatie en in het team

Dezelfde groepsprocessen spelen zich af in team als in de patiëntengroep. We zijn er als mens allen aan onderhevig. Uiteraard gaan we er van uit dat de processen binnen het team van hogere orde zijn dan deze in de patiëntengroep. Van hogere orde uitgedrukt in termen dat het regressieniveau minder is en het behandelteam meer taakgericht is en er makkelijker in slaagt om uit de zuigkracht van de basisassumpties te blijven (de illusie van het beste team, de illusie dat we afhankelijk zijn van de grote leider, de illusie van het onhandelbare team). Desalniettemin kunnen zaken die plaats vinden in de patiëntenpopulatie de dynamiek in het team danig onder druk zetten waardoor dezelfde regressieve patronen zichtbaar worden in de interacties in het team. Dit hoeft helemaal niet contraproductief te zijn op voorwaarde dat de teamleden het bestaan van deze processen erkennen, in staat en bereid zijn om dergelijke dynamieken te herkennen en bereid zijn om er rond te werken.

2. Het belang van congruentie

Mijn betoog draait niet uit op het aanduiden van een psychotherapeutische strekking als meest geschikte voor een psychiater die een afdeling leidt. Het is wel een betoog voor congruentie tussen de doelstelling van een afdeling, de gekozen psychotherapeutische weg die deze mede moet ondersteunen, en de manier waarop deze geleid wordt. Deze congruentie dient zich bovendien op twee dimensies te bevinden: en aan de oppervlaktestructuur en op de dieptestructuur. De oppervlakte structuur is het geheel van de beschreven rollen en posities in een organisatie. De dieptestructuur is het geheel van persoonlijke verhoudingen en strevingen binnen dezelfde organisatie. Anders gezegd: wat we zeggen en afspreken om te doen moet zich ook vertalen in datgene wat we doen. Er bestaat steeds een verschil tussen beiden maar het aanvaardbaar houden van de kloof tussen beiden is de boodschap. Wederom is het zien van de kloof tussen deze twee zaken, naar mijn mening, sneller gegeven aan een psychotherapeutisch geschoold psychiater. Men kan opwerpen dat deze verschillen zal dramatiseren vanuit een soort beroepsmisvorming. We weten echter hoe gevoelig psychiatrische patiënten kunnen zijn aan de minste spanning en incongruentie. We weten dat relaties en emoties spelen, niet enkel bij de patiënten maar ook bij teamleden. Hoe er een verband bestaat tussen beiden gewoon omdat ze in interactie gaan met elkaar. Een interactie die kwalitatief verschillend zou moeten zijn met deze op, laat ons zeggen, de afdeling oftalmologie. Dat is dus de reden om met zorg met de interacties en de spanning er in besloten

om te gaan. Niet om de illusie te creëren dat we deze spanning kunnen reduceren tot nul door ze te moduleren tot een utopische therapeutische verhouding, maar om ze te zien te duiden naargelang de doelstelling van de afdeling en / of het behandelplan van de patiënt.

Doel en opzet hangen dus erg aan elkaar. Dat is niet veel anders dan in de psychotherapeutische praktijk waar het doel voor een stuk de psychotherapeutische richting bepaald. Deze keuze houdt dan weer verband met techniek en setting. We lijken de tijd voorbij waarin de verschillende psychotherapeutische pretenderen een allesomvattende theorie te hebben op normaliteit en pathologie en dat ze iedereen kunnen behandelen ongeacht de doelstelling of pathologie..

3. het belang van de communicatie

Om deze congruentie te construeren is communicatie nodig. Deze lijnen van communicatie lopen niet enkel tussen de afdeling en de directie of raad van bestuur maar ook tussen de verschillende teamleden. Gezien we ons vanuit onze therapeutische scholing bewust zijn dat er een verschil is tussen wat aan de oppervlakte ligt en wat daaronder allemaal leven kan is het op een lijn krijgen van de medewerkers een erg belangrijk gegeven. De tijd van het autoritaire en strikt hiërarchische leiders is voorbij. De charismatische leiders lijken aan de ene kant verdwenen aan de andere kant wordt autoriteit ook niet meer als vanzelfsprekend gevonden. Niet door patiënten, niet door medewerkers.

Wegens de gevoeligheid van de patiëntengroep, door allerlei mechanismen besloten in hun persoonlijkheidsstijl en psychopathologie, is het belangrijk dat ook op een dieper niveau alle medewerkers op een lijn staan. Dat de doelstellingen van de afdeling geen lippendienst worden bewezen maar ook ondersteund en geïncarneerd door de teamleden. Dit is veel minder het geval voor andere takken van de geneeskunde, laat staan in andere bedrijfstakken waar het uitvoeren van technieken op de voorgrond staat en de menselijke interactie veel minder een rol speelt. Alhoewel: in de wereld van human resources en management staat het meer betrekken van de medewerkers, het hun geven van verantwoordelijkheden op hun niveau en het begeleiden ipv het commanderen sterk op de voorgrond. Deze trend hoeft geen verwondering gezien we steeds met minder meer dienen te doen en blijvende motivatie een probleem dreigt te worden (denk maar aan burned-out). Het coachen van medewerkers naar een nog beter functioneren, zelfs voorbij hun eigen grenzen, wordt dan als de volgende logische stap gezien. Dat is voor ons als psychiaters - en zeker als psychotherapeuten - niets nieuws.

4. Waarom nu de psychiater psychotherapeut naar voor schuiven?

a. Ten eerste omdat deze een opleiding heeft genoten. Het biedt hem een theoretisch kader waartegen hij de menselijke relatie plaatsen kan. Weze het nu in gedrag, cognitie, via de interactie met anderen en omgeving of binnenin zichzelf. Deze theorie kan werken als een kompas bij de tocht doorheen de bovenbeschreven gebieden. Zelf ben ik geen groot pleitbezorger dat de psychiater zich aan specifieke eclecticische vorm van psychotherapie zou moeten wagen maar blijf ik voorstander van een goede opleiding in een specifieke richting van een psychiaters die er zich van bewust is dat deze gekozen weg een theoretisch construct is en bijgevolg zijn blinde vlekken heeft, hij bereid is om te erkennen dat er voor de patiënt interessante en nuttige invalshoeken te vinden zijn in de psychotherapeutische stromingen en hij relatief vlot de omslag kan maken tussen theorema's van de ene stroming

naar de andere. Ondanks de grote verschillen is het in vele gevallen niet moeilijk om het ene theorema in het andere te zien verschijnen. Zich verdiepen in de therapeutische richting waar hij affiniteit mee voelt aan de ene kant en op de hoogte zijn van het bestaan en de sterktes van de andere richtingen zijn naar mijn mening een must.

b. Ten tweede omdat de psychiater in Vlaanderen meestal een specifieke positie heeft die nog het meest verzinnebeeld wordt door zijn positie als zelfstandige in het ziekenhuis. Aan de ene kant hoort hij er sterk bij aan de andere kan ook weer niet. Deze zogezegde onafhankelijkheid die de goede zorg van de patiënt zou moeten verzekeren plaatst hem ook in een relatief vrije positie tov de buitenwereld aan de ene kant (directie e.d.) en de binnenwereld (de medewerkers) aan de andere kant waardoor hij zich makkelijker op het grensgebied, de plek van de leider, kan bewegen.

c. Ten derde is er door de normering aan de bedden een psycholoog / psychotherapeut aan de afdeling verbonden die meestal de psychotherapie voor zijn of haar rekening neemt. Dat speelt de psychiater vrij speelt om weliswaar uitspraken over de psychotherapie te kunnen moeten en mogen doen maar ook om bij te sturen en processen te bewaken. Hij moet ook oog hebben voor de realiteit dat er in de psychiatrie meer aan de hand is dan wat de psychotherapie (ver)helpen kan, iets wat bij de psycholoog veel minder voorhanden is. Hij dient er wel voor te letten gezien hij een competentie deelt met een van de teamleden dat hij geen zaken onderneemt, zegt die de positie van de psychotherapeut ondergraaft. Hij moet er voor waken dat hij zich voldoende op de hoogte houdt van wat er gebeurt met de patiënt en zelf een therapeutische positie kunnen innemen zonder de psychotherapie die grotendeels elders gebeurt voor de voeten te lopen.

5. Het te kort

Waar de psychiater evenwel in zijn opleiding te kort schiet is het leren samenwerken. Vaak heeft hij geleerd dat hij de eindverantwoordelijke is maar hoe, in concreto, samen te werken is niet direct een opleidingsonderdeel. Daar is de verpleegkundige beter in geschoold. Natuurlijk zal hij een deel leren 'in de praktijk' maar deze is zal sterk onderhevig zijn aan het voorbeeld dat hij heeft meegekregen van zijn opleider. Gezien dit in de toekomst waarschijnlijk zal veranderen naar kortere stageperiodes, en dus verdeeld over verschillende stagemeeesters, zal dit 'systeem' minder goed werken en is een theoretisch stuk omtrent belangrijk. Naar mijn mening wordt dit tekort niet volledig ondervangen door een gedegen psychotherapeutische opleiding.

Kortom: zelfs al is de afdelingspsychiater niet steeds in staat om de formele psychotherapie op zijn of haar afdeling op te nemen zijn opleiding geeft hem toch het voordeel tov collega's die geen opleiding hebben genoten in het leiden van teams. Zeker wanneer het het leiden betreft van meer gespecialiseerde afdelingen waar ook de psychotherapie zelf een belangrijke rol speelt. En zo zijn er heel wat ...