

kast voor schoonmaakartikelen. Tussen wacht- en spreekkamer is een kapstok aangebracht.

Verlichting. Aangezien de constructie van een plat dak aanzienlijk goedkoper blijkt dan van een beschoten kap, wordt deze uitvoering door de werkgroep aanbevolen. Het platte dak biedt het voordeel, dat boven het donkerste gedeelte van de gang voor de spreekkamer gebruik kan worden gemaakt van een plastic koepel, welke overdag ruim licht doorlaat. Hetzelfde kan desgewenst boven de paktabel in de apotheek worden gedaan. Men zal echter niet kunnen ontkomen aan een goede TL-verlichting voor de avonduren boven een aantal kardinale punten; dit zijn, behalve de twee reeds genoemde plaatsen, boven de administratieruimte en in de apotheek. Ook voor de onderzoekkamers biedt TL-verlichting zeker voordelen. In spreek- en wachtkamer kan desgewenst van een andere verlichting worden gebruik gemaakt.

Geluidsisolatie. Over een geperfectioneerde geluidsisolatie wordt nog nader overleg gepleegd met T.N.O.

Kostenbegroting. De werkgroep heeft zich voor het vervaardigen en nader uitwerken van de tekeningen van haar plannen gewend tot het architectenbureau Joh. A. Wenting, architect B.N.A. te Baarn, van wie zij alle medewerking heeft ontvangen. Uitgewerkte tekeningen waren, met de maquette tentoongesteld op het N.H.G.-congres 1960. Het architectenbureau heeft onder meer voor haar een begroting opgesteld voor de bouw van het ontwerp; het komt hierbij op een bedrag van rond f 23.800,-, exclusief grond-aankoop, centrale verwarming (ongeveer f 4.000,-), ornamenten (ongeveer f 600,-) en bijkomende kosten voor architect, toezicht, inventaris, meubilering en stoffering.

Namens de werkgroep, Th. A. Cost Budde.

*Paneldiscussie over medische psychologie**

Prof. Dr J. Groen: Het is een goede gewoonte om, voordat tot de discussie wordt overgegaan, een definitie te geven van het onderwerp van discussie. Dit is een cursus over medische psychologie voor huisartsen. Ik zou graag beginnen met dokter Veldhuyzen van Zanten te vragen wat nu precies moet worden verstaan onder de functie van de huisarts.

R. C. Veldhuyzen van Zanten: Het Nederlands Huisartsen Genootschap is het eens geworden over de definitie van de functie van de huisarts: Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van individuele mensen en gezinnen die zich aan hem toevertrouwen.

Groen: Uit alle studies over het werk van de huisartsen, speciaal in de westerse landen, is gebleken, dat hun werkzaamheden voor een groot deel betrekking hebben op psychologische problemen. Veel patiënten gaan tegenwoordig naar hun huisarts voor psychoneurosen, psychosomatische aandoeningen of voor de somatische gevolgen van psychologische factoren bij de patiënt of in zijn gezin. Daarom voelt de arts voortdurend behoefte meer van de medische psychologie af te weten. Dit is de aanleiding geweest tot deze cursus. Nu vraag ik u, collega Veldhuyzen van Zanten, en u, Dr Levitt, als huisartsen, uw mening over het volgende: Moet de huisarts voor zijn taak een psycho-analyse ondergaan of

BOERHAAVE-CURSUS MEDISCHE PSYCHOLOGIE 1960

In de afgelopen maanden, vanaf september 1960, verscheen regelmatig in dit tijdschrift een artikel naar aanleiding van een voordracht, gehouden op de Boerhaave-cursus voor huisartsen over medische psychologie, die van 7 tot 9 april 1960 werd gehouden.

Tot haar spijt is de redactiecommissie er niet in geslaagd op tijd van elke voordracht een artikel te verkrijgen, terwijl daarnaast een enkel artikel niet geschikt bleek voor publikatie. Ten einde de reeks niet te onderbreken treft de lezer in dit nummer reeds een verslag aan van de paneldiscussie, waarmee de cursus werd besloten.

De commissie vertrouwt erop, dat deze afwijking van de chronologische volgorde niet te zeer storend zal werken.

H.

* Gehouden tijdens de Boerhaave-cursus voor huisartsen over medische psychologie, 7-9 april 1960. De discussie stond onder leiding van Prof. Dr J. Groen en werd op de band opgenomen en uitgewerkt door Dr A. H. van Lidh de Jeude, huisarts te Zeist.

moet hij andere methoden leren van specialistische psychotherapie, zoals die door de psychiaters worden toegepast, of heeft u de ervaring opgedaan dat er een meer specifieke soort psychodiagnostiek en psychotherapie bestaat, namelijk de psychotherapie en de psychodiagnostiek, die de huisarts voor zijn eigen taak nodig heeft?

Veldhuijzen van Zanten: Ik ben blij dat u deze vraag stelt, daar na de mededeling van Prof. Jores, dat hij als internist een leeraanlyse had doorge maakt, enige huisartsen zich wat ontmoedigd voelen. Niet alleen op grond van eigen ervaring, maar ook op die van andere huisartsen in Nederland en Engeland geloof ik, dat het mogelijk is een antwoord te geven. Om psychotherapie te kunnen toepassen is het van essentieel belang dat men persoonlijk de emotionele ervaring heeft opgedaan, welke betekenis het luisteren naar de patiënt in de arts-patiënt relatie kan hebben. Door de problemen van individuele gevallen in een werkgroep te bespreken treedt er, zoals Balint dat noemt, „een beperkte, maar toch belangrijke verandering op in de persoonlijkheid”, een soort emotionele soepelheid, die voor het uitvoeren van psychotherapie is vereist.

Dr H. N. Levitt: Een veldmuis vroeg aan een krekkel: „Hoe houdt jij je warm in de winter?” De krekkel antwoordde: „Heel eenvoudig, ik kruip tussen twee stenen naast de haard en in de zomer ga ik naar buiten”. En de veldmuis zei: „Doe niet zo dom, ik ben toch geen krekkel”. De krekkel antwoordde: „Luister eens, ik spreek over algemene principes en niet over details”.

Evenals u heb ik dezelfde moeilijkheden en teleurstellingen ondervonden en heb ik ook met dezelfde problemen geworsteld. Voor de oorlog dacht ik dat het misschien nodig was mij aan een leeraanlyse te onderwerpen en ik stelde mij onder behandeling bij de bekende, nu overleden, psycho-analyticus Wilhelm Stekel. Ik kwam ongeveer drie maanden lang vijf avonden per week bij hem. Aan het einde van deze periode vond ik, dat hij bijzonder knap was in het maken van veronderstellingen. Voor mijn patiënten had ik er echter niet veel aan, en daar ik zijn tijd niet langer in beslag wilde nemen, namen wij gelukkig als goede vrienden afscheid en ging ik weer, evenals vroeger, op zoek naar iets, dat mij beter zou kunnen helpen. De meeste hulp kreeg ik van mijn patiënten, daar zij toch een leerboek van de pathologie vormden en voor mij het meest verhelderend werkten. In de tweede plaats leerde ik in de Tavistock Clinic vermijden geen storende scheidsmuur tussen mij en de patiënt op te trekken. Dit zijn min of meer details. Ik ben ervan overtuigd dat de meeste problemen in de huisartsenpraktijk niet voor intensieve psycho-analyse in aanmerking komen, maar dat zij berusten op ongecompliceerde emotionele stoornissen, die door ons kunnen worden behandeld. Ik weet geen pasklare oplossing.

Groen: U, professor Jores, bent hoogleraar in de interne geneeskunde en u bent daarbij speciaal geïnteresseerd in de toepassing van psychotherapeutische maatregelen bij de behandeling van patiënten met interne aandoeningen. Wat is uw mening?

Prof. Dr A. Jores: Ik geloof, dat iedere huisarts een of andere opleiding nodig heeft voor deze nieuwe

taak. Het gaat onmogelijk zonder opleiding. Ten tweede ben ik van oordeel dat de methode van Balint ongetwijfeld de beste is. Maar ook ben ik van mening dat, als u de gelegenheid, de tijd en het geld voor een persoonlijke psycho-analyse hebt, deze voor u van zeer grote betekenis zal blijken. Persoonlijk zou ik dit niet hebben willen missen. De ervaringen van wat ik in mijn eigen analyse heb doorge maakt gebruik ik nu ten nutte van mijn patiënten. Het is erg belangrijk voor een dokter om zelf eens ziek te zijn geweest. Voor uw persoonlijke rijping is het zeer belangrijk deze ervaring op te doen. U moet niet alleen leren luisteren, maar u moet op een speciale manier leren luisteren. Sigmund Freud noemde dat de „schwebende Aufmerksamkeit”. Dat is het wat u vooral moet leren.

Groen: Wij moeten door ondervinding een soort psychodiagnostiek en psychotherapie leren kennen, die speciaal geschikt zijn om door de huisarts te worden toegepast. Bij het zoeken naar de juiste oplossing dient de huisarts een actieve rol te spelen en hij is zeker in staat deze rol te vervullen.

Ik vraag aan professor Romano: Kan men deze psychotherapeutische aanpak met behulp van wetenschappelijke methoden leren, evenals wij de andere onderdelen van de geneeskunde leren? Op welke wijze kan men de huisarts het beste helpen zich de bekwaamheid voor deze psychotherapeutische taak eigen te maken?

Prof. J. Romano: Er is zoveel over luisteren gepraat, dat ik in de verleiding kom u het verhaal te vertellen van die jonge psychiater, die vermoeid, terneergeslagen en uitgeput aan het einde van de dag een oude psychiater tegenkomt, die een sigaar rookt en er erg monter en opgewekt uitziet. De jonge psychiater vraagt aan zijn oude collega: „Hoe houdt u het uit de hele dag te luisteren en te luisteren naar al die boosheid, angsten, schaamtegevoelens, schuldgevoelens, leed en behoeften; steeds maar luisteren en luisteren. Hoe kunt u 'dat uithouden?’” De oude man keek hem aan en zei: „Wie luistert er?”

Ik wil hier verklaren dat wij op dit ogenblik ongeveer vijftientig jaar ervaring hebben met sommige methoden van onderwijs. Ik spreek niet over de toekomst. Ik spreek over wat wij hebben gedaan voor de opleiding van medische studenten, assistenten en specialisten en in mindere mate, zoals ik reeds eerder heb gezegd, ook voor huisartsen. Ik geloof dat dit een kritieke en spannende periode is in de geschiedenis van de geneeskunde. Evenals in de zestiende eeuw het aspect van de natuurwetenschappen en in de negentiende eeuw dat van de biologie veranderde, zo geloof ik, dat er thans veranderingen zullen optreden onder invloed van de sociale wetenschappen en de psychologie, niet alleen in de geneeskunde maar ook in vele andere wetenschappen en vormen van menselijke activiteit. Wij geloven dat deze stroming invloed heeft op de geneeskunde, en dat zij haar invloed doet gelden

bij een aantal artsen in verschillende onderdelen van de geneeskunde.

Wat nu de huisartsen betreft, wij hebben bij het onderwijs aan onze studenten steeds aandacht geschonken aan een aantal fundamentele principes.

In de eerste plaats wordt de meeste aandacht geschonken aan wat wij weten over de krankzinnige en over de psychotische mens; deze stof zal altijd een centrale plaats moeten hebben bij het onderwijs in de psychiatrie aan studenten.

Daarnaast schenken wij aandacht aan het gehele studieobject: de groei, de ontwikkeling, het verval en de involutie van de menselijke persoonlijkheid in maatschappelijk opzicht. Wij zijn van mening dat er over deze zaken veel belangrijks aan de studenten te leren valt.

In de tweede plaats proberen wij op verschillende manieren een inzicht te geven in de arts-patiënt verhouding.

In de derde plaats betrekken wij in ons onderwijs de psychologie van het ziek zijn; welke de normatieve ervaringen van de ziek geworden mens zijn en welke veranderingen er optreden in de emotionele verhouding van de zieke mens tot de personen met wie hij is verbonden en bij wie hij hulp zoekt. Wij beperken ons echter niet tot de fase van ziek zijn, maar behandelen ook de reconvalescentie en de invaliditeit.

In de vierde plaats trachten wij bepaalde methoden van luisteren in te voeren; deze methoden hebben niet alleen betrekking op het luisteren alleen, maar op de benadering in het algemeen, omdat de geneesheer niet alleen luistert maar ook kijkt en na het luisteren en kijken bijvoorbeeld ook palpeert. Wij proberen nu onze studenten hiervoor bepaalde methoden bij te brengen, zodat zij het door hen geobserveerde volgens bepaalde methoden kunnen benaderen.

Ik zei u reeds dat wij ervaren hebben, dat de essentie van deze methoden niet op abstracte wijze kan worden gedoceerd en niet vanaf de kathedraal kan worden onderwezen. Deze methoden kan men slechts leren door ervaring op te doen onder vertrouwd en nauwlettend toezicht, waarbij men er dan tevens voor zorgt dat de bevindingen worden uitgewisseld, zodat niet alleen de student in contact is met de patiënt en zijn mening mondeling weergeeft, maar ook anderen de student samen met de patiënt kunnen gadeslaan, hetzij door een ruit, die maar in een richting doorzichtig is, hetzij in de collegezaal of aan het bed van de patiënt, zodat men bij het onderwijs kan verwijzen naar het eigen gedrag en naar het gedrag en het voorbeeld van anderen.

Wij doen moeite om een indruk te krijgen wat er met onze studenten verder gebeurt als ze eenmaal in de praktijk zijn als huisartsen, assistenten, chirurgen of röntgenologen of welke onderdelen van de geneeskunde zij ook mogen beoefenen. Op dit ogenblik trachten wij gegevens te krijgen over hun opvattingen over hun werk en hun dagelijkse bezig-

heden en wij hebben talloze kritische opmerkingen ontvangen over punten, die zij voor zich van belang achten. Ik heb daarvan geleerd en tracht mijn studenten bij te brengen, dat bij de huidige stand van zaken de wijze, goede en bedachtzame geneesheer als academicus steeds moet trachten twee opvattingen met elkaar in overeenstemming te brengen en als mens moet beseffen hoe onwetend hij is, hoe klein de definitieve kennis is en hoezeer de geneeskunde voor het grootste deel op deducties berust, dat wil zeggen dat hij zijn conclusies baseert op ontoereikende gegevens. Dit betekent dat wij steeds naar nieuwe ideeën moeten zoeken, naar algemene principes, zodat de geneeskunde als wetenschap vorderingen kan maken. Maar hij is een waarnemer, die ook zelf deelneemt aan de menselijke komedie; hij is niet slechts toeschouwer. Hij moet vandaag en niet morgen handelen. Hij moet daar en dan handelend optreden waar er iets gebeurt in zijn praktijk. Hij kan niet zeggen: „Wij weten het niet, onze kennis is te klein, maar eens zullen wij meer weten.” Hij moet zo goed mogelijk de middelen en de kennis, waarover hij op dat ogenblik beschikt, gebruiken. Als de geneeskunde vorderingen wil maken, dient de kundige geneesheer blijk te geven van harmonie door zich deze twee verantwoordelijkheden bewust te zijn.

Groen: Dr Balint, wat is uw mening? Op welke manier kan men de huisartsen het best in staat stellen de psychologische problemen in hun praktijk te behandelen?

Dr M. Balint: Het spijt mij dat ik u teleur moet stellen. Wat professor Romano heeft gezegd is zeer juist. Ik ben geen academisch docent en ik word niet betaald om les te geven. Ik ben een dokter en ik geloof dat wij dokters samen hier iets aan kunnen doen, als wij beginnen met samen te werken. Dat betekent: gegevens verzamelen, alle mogelijke gegevens. De gehele geneeskunde gaat hiervan uit dat er een patiënt is en een dokter, die observeert. Mag ik als voorbeeld een geval vertellen? Een dokter besprak een paar weken geleden in onze studiegroep een patiënte. Aan het einde, na ongeveer twintig minuten, vroegen wij hem: „Maar wat overkwam u? We kennen u tamelijk goed en u scheen erg boos op die patiënte te zijn. De dokter zei: „Ja ja een ogenblikje. U heeft gelijk. Ik was boos.”

Waarop de vraag volgde: „Maar hoe kwam dat? U bent als regel toch niet boos op uw patiënten. Irriteerde deze patiënte u erg?”

De volgende vraag was: „Wat was het verband tussen uw geprikkeldheid en de symptomen van de patiënte? Dat wil zeggen wat voor soort aandoening heeft de patiënte als een van de symptomen ervan is dat de dokter wordt geïrriteerd?” Wij ontdekten dat deze patiënte een heel ernstig geval was, bijna op de rand van de psychose; zij was bij verschillende psychiaters onder behandeling geweest en allen, de een na de ander hadden haar opgegeven, teza-

men ongeveer zes psychiaters; bovendien was patiënte zelf weggelopen bij zes andere uitstekende psychiaters omdat zij allen trachtten haar te genezen. Het was een soort paranoïa patiënte, die nu eenmaal boos wilde zijn en anderen wilde irriteren. Wij legden onze collega uit, dat hij deze irritatie moest kunnen verdragen, waarop hij zich ging realiseren, dat hij dit wel moest aanvaarden. Een paar weken later vernamen wij, dat de betrekkingen tussen de dokter en de patiënte veel rustiger waren geworden omdat zij elkaar begrepen.

Welnu, waar kunt u dit leren? Is het intuïtie, is het psychodynamica, is het een tussenpersoonlijke relatie? Mag ik dit met het volgende verhaal toelichten? Ik hoorde het in Amerika van een Hongaarse vrouw. Een jonge vrouw nodigde haar schoonmoeder voor de eerste keer uit om te komen eten. Ze deed een gans in de oven en ging binnen zitten praten. De schoonmoeder kon uitstekend koken en de jonge vrouw was een jonge vrouw. Na een tijdje snoof de schoonmoeder eens en zei: „Er gaat iets mis in de keuken”. De jonge vrouw zei: „Welnee, alles is in orde, maakt u zich maar geen zorgen”. Tien minuten later zei de schoonmoeder: „Doe mij een plezier en ga eens in de keuken kijken”. De jonge vrouw ging naar de keuken, kwam weer binnen, ging weer zitten en begon weer te praten. De schoonmoeder zei: „Zeg nu eens eerlijk, heb je in het kookboek of naar de gans gekeken?” Nu zijn er verschillende goede kookboeken, die alle zijn geschreven door uitstekende koks, gewend om in het groot voedsel klaar te maken voor een groot aantal mensen tegelijk. Gij zijt huisartsen. Ik weet niet goed welke maatregelen en recepten, die uit de ziekenhuiskeuken stammen, voor uw kookkunst evenveel waarde hebben. De enige manier om er achter te komen is: Kookt alstublieft zelf uw maaltijden en eet deze op.

Groen: Het merendeel van ons krijgt nu het gevoel dat er geen echte tegenstelling is tussen de twee standpunten. Het ene standpunt is: om als arts goed de psychotherapie te kunnen toepassen is het voldoende om boeken te lezen over diepe psychotherapie en colleges te volgen over sociologie en psychologie; het andere standpunt luidt: al deze moeite is voor niets als er niet tegelijkertijd een bepaalde verandering in de eigen persoonlijkheid optreedt, die het mogelijk maakt de mensen te begrijpen zoals zij werkelijk zijn.

Er is geen fundamenteel verschil tussen deze twee opvattingen. De arts verricht zijn werk, ook in de andere onderdelen van de geneeskunde, blijkbaar gedeeltelijk als wetenschappelijk geschoold mens, gedeeltelijk als empiricus en gedeeltelijk volgens zijn gezond verstand, hetgeen betekent dat hij zich soms laat leiden door zijn intuïtie en soms door een overschatting van het eigen kunnen. Misschien moeten wij beide methoden gebruiken om de psychotherapie te leren.

Het probleem van de commissie Nascholing van het Nederlands Huisartsen Genootschap is: Moet zij

cursussen organiseren en aanbevelen bepaalde boeken te lezen of moet zij doorgaan met het organiseren van studiegroepen, zoals deze thans functioneren? In deze groepen kunnen twee dingen gebeuren: onderzoeken naar feiten en kritische besprekingen van de behandeling van patiënten uit de eigen praktijk en de functie van de huisarts daarbij. Wat is uw mening, collega Veldhuyzen van Zanten? Hoe zijn uw verwachtingen over de verdere ontwikkeling van de psychotherapeutische opleiding van huisartsen?

Veldhuyzen van Zanten: Prof. Groen heeft geconstateerd, dat er geen kloof bestaat tussen de verschillende standpunten. Onze commissie heeft te maken zowel met de „gewone” geneeskunde als met de „psychotherapeutische” geneeskunde. We kunnen deze in onze praktijk niet scheiden. Wij moeten beide methoden gelijktijdig gebruiken. Wij moeten op de hoogte blijven van de recente vorderingen in de geneeskunde, ook op het gebied van de psychotherapeutische geneeskunde. En wij moeten deze vorderingen toepassen. Ik zou Dr Kelnar's mening willen vragen, daar hij één van de psychiaters is, die evenals Dr Balint, zij het op een voor ons gemakkelijker te begrijpen wijze, beide methoden combineert.

Groen: Wat is uw mening, Dr Kelnar, over deze gecombineerde methode?

Dr Kelnar: In de eerste plaats zal ik u vertellen wat mijn persoonlijke mening is over de tot nu toe gehouden discussie. Daarin zijn dezelfde geluiden te horen als in bijna alle andere discussies tussen huisartsen en psychiaters. Mijn oordeel over deze discussie is, dat de moeilijkheid ligt bij de deelnemers en niet bij het probleem. In de discussie is een typische schizofrene gespletenheid merkbaar. Helaas is dit geval erger dan het gemiddelde geval van schizofrenie, daar er hier vier of vijf deelnemers zijn. Bij de gewone schizofrenie is het al erg genoeg als de persoonlijkheid in tweeën gespleten is of in ernstige gevallen in drieën. U kent allen het verhaal van de vrouw met de drie gezichten. Hier zien wij de schizofrene splitsing van een geneeskunde met zes gezichten. Ik geloof niet dat zo iets in de geneeskunde voorkomt. Het bestaat alleen in de interpretatie van de geneeskunde. En ik geloof, dat het voor sommigen zeer belangrijk is, dat zij eens gaan nadenken hoe het komt, dat zij twee, drie soorten geneeskunde zien, psychiatrische geneeskunde, huisartsengeneeskunde en psychosomatische geneeskunde.

Welnu, ik geloof niet dat deze scheiding inderdaad bestaat in de realiteit van de praktijk, waarmee u en ik en iedere arts dagelijks te maken hebben. Wij zien slechts één enkel object: de patiënt. U allen hebt als huisartsen voldoende zelfvertrouwen om uw patiënt bij te staan als het gaat om problemen, die u heeft geleerd deskundig aan te pakken. U hebt geen moeite met klachten over hoesten en verkoud-

heid, maagpijn en flauwvallen, omdat het volgende heeft plaats gevonden: U hebt, voor zo ver mogelijk, van de onderdelen van de geneeskunde een basale kennis verkregen en deze is aangevuld met een praktische kundigheid. De kundigheid om uw tien vingers te gebruiken, om te luisteren en om in uw geest te combineren hetgeen u hebt gehoord, gezien en gevoeld. Nu houdt mijn principe in, dat er geen wezenlijk verschil bestaat tussen de deskundigheid, die u zich eigen kunt maken op het gebied van emotionele stoornissen bij patiënten en de naar mijn mening hiermee overeenkomende bekwaamheid, waarmee u de lichamelijke problemen, die u bij de patiënten aantreft, behandelt. Als u dus in de omstandigheid bent dat u moet luisteren en palperen, dat u de bevindingen bij uw patiënt gaat combineren, zal er in u een goed functionerend apparaat zijn, dat u een beeld geeft van de noden en de problemen van de patiënt.

Een actueel praktisch voorbeeld van de methodiek, die wij in de Tavistock Clinic aan de huisartsen trachten te leren is het volgende. Wij zeggen tegen de huisarts: „Hebt u onder het luisteren naar een patiënt, ongeacht de aandoening die u bij hem vermoedde, wel eens gemerkt dat u zich niet meer op uw gemak ging voelen?” En dan zegt hij: „Weet u, ik let nooit op mijn gevoelens, maar nu u mijn aandacht er op vestigt, is het inderdaad zo; ik word kwaad, ik voel mij niet op mijn gemak.” Geloof u niet, dat een volgende stap dan tot het inzicht leidt, dat uw gevoelens van onbehagen, ontstaan onder het luisteren en het kijken naar de patiënt, rechtstreeks samenhangen met hetgeen er in de patiënt omgaat? Dit is een patiënt, die niet in staat is anderen op hun gemak te stellen. Dat is zijn ziekte en zijn onvermogen. Nu moeten wij trachten dit onvermogen in verband te brengen met zijn klachten, zijn verkoudheid, zijn gedachten aan zelfmoord, zijn onvermogen om met zijn vrouw te leven. De patiënt legt dit verband niet. De patiënt waarover vanmorgen gesproken is en die bang was dat hij niet zou groeien, maakte zich helemaal niet bezorgd over zijn kwaal. Zonder dat de patiënt het bewust weet en zonder dat u het zich dadelijk realiseert, bent u bezig een mens te behandelen, die zich misschien onbewust als levensdoel gesteld heeft andere mensen te straffen, ze kwaad te maken, hen zich ongelukkig te laten voelen of hen het gevoel te geven dat ze een mislukking zijn. Dit is de situatie waarmee u meestal te maken heeft. Weet u dit, dan bent u beter in staat uw patiënt te helpen, omdat, evenals u weet wat te denken van hoesten en vermageren, u thans ook weet welke psychologische, emotionele strevingen in het leven de achtergrond vormen van de door de patiënt geuite klachten. Dat is uw probleem!

Uw mogelijkheden om met het probleem overweg te kunnen zijn evenredig aan uw inzicht in de aard van het probleem. Ik zie in principe hoegenaamd geen bezwaar dat de huisartsen emotionele problemen met hetzelfde zelfvertrouwen behandelen als

de somatische problemen van hun patiënten, mits aan één voorwaarde is voldaan: dat wij ervoor zorgen dat zij even wegwijs worden gemaakt op het gebied van emotionele stoornissen als zij zijn op het gebied van de somatische pathologie. Als zij zich innerlijk sterk voelen doordat zij zich op dit gebied zeker voelen, zal nog slechts de helft van het aantal colleges, demonstraties en voordrachten nodig zijn.

Groen: Ik maak hieruit op, dat u de nadruk legt op een versterking van het geloof in eigen mogelijkheden en capaciteiten. Als de huisartsen zich eerst maar gelijkwaardig voelen aan de artsen in de andere specialismen van de geneeskunde, zullen zij meer bevrediging in hun eigen werk hebben en zullen zij de behoefte gevoelen om het nodige onderzoek te verrichten naar de beste methoden voor hun therapeutische werkzaamheden.

En nu, om het belang van de mening van de huisartsen zelf aan te tonen, zal ik mijn vragen niet meer richten tot de psychiaters en internisten, om hun visie op dit gebied te geven, maar tot de in ons midden aanwezige huisartsen.

Levitt: Ik zou toch willen opmerken dat er wel degelijk twee verschillende manieren zijn om de patiënt te benaderen. Het feit dat men dit ontkent, houdt nog niet in dat er geen probleem is. Dat zou immers onzin zijn. Wij weten dat de patiënt andere kleren aantrekt als hij naar de specialist moet en dat hij dan anders praat en zich anders gedraagt dan bij de huisarts. De specialist ziet die patiënt als mens waarschijnlijk in een ander daglicht.

De specialist kan daar niets aan doen, maar hij mag niet zeggen dat het verschil niet bestaat. Onze huisartsenwerkwijze houdt in dat wij de patiënt verder dan de specialist tegemoet gaan. Als het mij is toegestaan, zou ik willen voorstellen dat de andere hier aanwezige huisartsen nu de gelegenheid krijgen hun opinie over dit reële probleem te geven. Ik geloof dat beide partijen harmonisch moeten samenwerken tot voordeel van de patiënt. Wij hebben een specialist nodig als raadsman, maar wij moeten de patiënt in zijn eigen omgeving helpen.

Groen: Het grootste vraagstuk blijft welke methoden moeten worden gebruikt om de huisartsen in de medische psychologie te trainen of te scholen.

Seville: Ik heb het voorrecht een van de eerste leden van de groepen van Balint te zijn. Ik moet zeggen dat ik heel veel heb gelezen zonder het te begrijpen en dat ik nu ongeveer acht jaar bij Balint ben. Ik maak thans deel uit van een onderzoeksgroep. Ik geloof niet dat ik er slechter op ben geworden, ondanks dat ik mijzelf een beetje beter heb leren kennen. Ik geloof dat dit een van de antwoorden aan de psychiaters is, die vrezen dat het voor de huisartsen nadelig zou zijn zichzelf wat beter te leren kennen.

Een van de grote voordelen die het lidmaatschap

van de groep mij opleverde, was dat ik in staat werd gesteld mijn patiënten veel beter te helpen. Niet alleen vanwege de mogelijkheid psychotherapeutisch werkzaam te zijn, maar ook omdat ik mij beter in staat voelde mijn dagelijkse arbeid te verrichten. Het ging alles veel prettiger zonder al die schuldgevoelens, die wij allen zo vaak ervaren tijdens het contact met de patiënten. Verder leert men in de groep kritiek te aanvaarden. Wij leren er hoe moeilijk het is te aanvaarden dat wij niet de beste en knapste dokters van de hele wereld zijn. Wij kunnen ons erg moeilijk indenken dat wij niet alles weten. Maar in groepsverband gaat men deze feiten accepteren. Tijdens het contact met de patiënten merken wij, dat wij het met sommige patiënten niet kunnen vinden. Wij leren hoe dit komt. Het is erg moeilijk iemand te behandelen die een weerspiegeling is van onze eigen gebreken. U leert in te zien waarom u met sommige patiënten niet overweg kunt.

Wij hebben in de groep geleerd onze aandacht niet in de eerste plaats te schenken aan de problemen van de patiënt, maar aan die van de geneesheer.

Groen: Dr Hogerzeil, u bent voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap en in deze functie heeft u de typische combinatie gedemonstreerd van hard werken, intelligentie, gezond verstand en gevoel voor humor, die kenmerkend is voor de Nederlandse huisarts. Wilt u aan deze discussie deelnemen?

Dr H. H. W. Hogerzeil: Deze drie dagen hebben bij mij de indruk gewekt dat ze als het ware een mijlpaal betekenen in de geschiedenis van ons Genootschap. Deze drie dagen hebben ons laten zien dat wij huisartsen met een probleem zitten, maar ik geloof dat wij het kunnen oplossen. De basis van de wetenschap is de twijfel, de twijfel of u gelijk hebt en of hetgeen gezegd is inderdaad de oplossing vormt. Er is gesproken over twee soorten geneeskunde en in het bijzonder over de psychotherapeutische geneeskunde. Deze soort geneeskunde is door Freud ontwikkeld op grond van zijn ervaringen in de spreekkamer met individuele patiënten. De principes, die hij ons heeft geleerd, zijn zeker juist. Wij beginnen de psychologie van de patiënt te bestuderen in zijn eigen huis en in zijn eigen milieu. Misschien ontdekken wij door ons contact met de patiënten in hun eigen omgeving andere principes dan bij het contact in de spreekkamer. Ik weet niet of wij, huisartsen, altijd wel zullen uitkomen met inzicht in de betekenis van de vader-imago van de primitieve denkwijzen van iedereen en van het verlangen van velen om nog een baby te zijn. Maar wellicht zullen wij, al doende, ons tot volwassen mensen ontwikkelen. Wij zullen verder moeten denken, werken en bouwen. Misschien zullen wij daarbij de wetenschappelijke weg van Romano volgen of de filosofische weg van Jores, misschien de emotionele weg van Balint of de praktische, ruime ideeën van Groen. Wij zullen tezamen

een soort geneeskunde opbouwen, die ons altijd en overal tot leidraad zal kunnen dienen.

Lask: Mag ik de vergadering vragen: waarom spreken de psychotherapeuten over het ondergaan van een kleine en beperkte verandering in de persoonlijkheid als zij beginnen met patiënten op psychotherapeutische wijze te behandelen? Tenslotte spreken wij toch ook niet over een verandering in de persoonlijkheid als wij orthopedie of dermatologie gaan beoefenen?

Romano: Ik geloof dat tot op de huidige dag geneeskunde uit traditie voor de geneesheer betekent, dat hij zijn patiënt bestudeert en zo goed mogelijk tracht te begrijpen, zijn pijn en leed verlicht, en zijn gezondheidstoestand bevordert; dat hij hem weer in de toestand van voor het ziek worden brengt of misschien zelfs tot een meer productief leven, in overeenstemming met de capaciteiten van de patiënt, in overeenstemming met de aard van de ziekte, die de arts te behandelen krijgt en in overeenstemming ook met de kunde en de mogelijkheden, die de geneeskunde op een bepaald tijdstip heeft. Een patiënt bijvoorbeeld die een ulcus duodeni of een longontsteking heeft gehad, houdt na zijn herstel en na het verdwijnen van zijn aandoening bepaalde, irreversibele veranderingen. De geneesheer heeft tot taak de patiënt te helpen zo snel mogelijk een zo goed mogelijke toestand te bereiken. Wat nu die psychotherapeutische verandering betreft, is er, naar mijn mening, een groot verschil in kundigheid tussen verschillende personen en ik geloof dat het adjectief „beperkt” — in de vraag van Lask — gebaseerd wordt op een groot aantal gevallen. Met de tegenwoordige middelen en methoden zullen sommige mensen grote veranderingen in de persoonlijkheidsstructuur bewerkstelligen en anderen kunnen dat niet. Dit is experimenteel, praktisch en statistisch aangetoond. Ik geloof dat de geneesheer zich altijd ten doel moet stellen zijn patiënt in de beste conditie te brengen die bij hem te bereiken is.

Groen: Ik voel mij verplicht namens alle specialisten te spreken en speciaal in mijn geval namens alle internisten, die in een ziekenhuis werkzaam zijn. Wij hebben deze verandering in de persoonlijkheid evenzeer nodig als u; immers, bij de bespreking door enkele huisartsen van enige patiënten in de loop van deze Boerhaave-cursus hebben wij vernomen, dat deze patiënten onder behandeling zijn geweest bij specialisten. De patiënt met pijn laag in de rug werd onderzocht door de orthopeed, en daar deze niet anders had geleerd dan een corset te geven als er niets te opereren valt, schreef hij de patiënt een corset voor. Zo zijn er tegenwoordig duizenden en duizenden corsetten, die ergens in kasten rondslingeren en die soms net zo goed schijnen te helpen als ze in een kast zijn opgeborgen, als wanneer de patiënt ze draagt.

Ik had geleerd mijn patiënten te behandelen met maatregelen, ontleend aan de kennis van de mecha-

nica, de fysica en de chemie, en ongetwijfeld hebben wij veel patiënten in belangrijke mate kunnen helpen. Maar evenals u kreeg ik het gevoel dat mijn kennis niet toereikend was voor al mijn patiënten. Nu stond ik dus voor de keuze de patiënten, bij wie ik met mijn medicamenten niets kon bereiken, weg te zenden of wegen en middelen te vinden om ze allemaal te accepteren en iets voor hen te kunnen doen. Toen ik dit laatste koos, kwam ik tot de ontdekking dat ik met mijn vroegere raadgevingen: „Waarom gaat u niet eens naar buiten naar de vogels en de bloemen kijken, waarom zoekt u niet een hobby?“, iets aan de patiënten vertelde, dat ik zelf zou hebben moeten doen en dat ik graag zou willen doen als alles mij tegenstond. Zo bemerkte ik bij mijzelf die verandering in de persoonlijkheid en ik ben mijn medewerkers, die aan deze verandering hebben bijgedragen, erg dankbaar.

J. T. Rademacher: Professor Langeveld heeft gezegd dat een psycholoog niet alleen de theorie moet geven, maar ook zichzelf moet geven. De geneesheer moet zichzelf ook geven, dat wil zeggen dat hij moet trachten zich te verplaatsen in de gevoelens van zijn patiënten.

Dr H. Rümke: Ik had als huisarts zelf de gelegenheid een leeraanlyse te ondergaan. Voor het geven van psychotherapie is dit een groot voordeel. Misschien was dit een van de redenen, dat het op eigen gelegenheid toepassen van psychotherapie mij niet erg bevredigde. Ik ben nu directeur van een reumatologische kliniek en leider van een psychosociale werkgroep. En nu zie ik hoeveel belangrijk werk er nog valt te verrichten op dit psychosociale gebied. Dit gebied is veel gecompliceerder dan ik dacht, toen ik als huisarts werkzaam was. Er is sprake geweest van twee soorten geneeskunde, maar ik geloof dat het probleem nog veel ingewikkelder is. Ik geloof dat bij de training van huisartsen in een studiegroep direct ná de psychiater een belangrijke rol toekomt aan de maatschappelijk werker, daar deze naar mijn mening een belangrijke schakel kan zijn tussen de huisarts en de patiënt.

Groen: Moeten wij alles wat wij doen wetenschappelijk kunnen verklaren, of mogen wij somtijds zuiver empirisch te werk gaan? Moet de huisarts wachten tot hij alles kan begrijpen van de psychologische problemen van zijn patiënten voor hij hen kan helpen in hun persoonlijke noden? Ik geloof dat wij bij de demonstraties van de drie huisartsen hebben gezien, dat niet-gespecialiseerde artsen, gelijk uzelf, iets zeer belangrijks hebben gedaan voor hun patiënten, die genezen of althans veel verbeterd zijn, terwijl ze zonder succes door competente specialisten waren behandeld. Al deze drie artsen zullen toegeven dat hun kennis over de mechanismen van de menselijke geest zeer gering is. En ik geloof dat dit het antwoord is op de vraag, die ik eerder stelde.

J. I. v. d. Leeuw: De vraag is niet of wij psychotherapie mogen geven, daar ieder van ons elke dag gedwongen is dat te doen. Voor ons is het probleem

hoe wij het moeten doen en hoe wij onze methoden kunnen verbeteren.

P. J. F. Dupuis: Wij zijn hier als huisartsen samengekomen omdat wij een gevoel hebben van onbehagen, omdat wij ons onvoldoende toegerust achten voor de taak, die wij moeten vervullen. Wij zijn hier gekomen om de middelen te krijgen en na deze drie dagen missen wij die middelen nog steeds. Er moet een fundamentele kennis bestaan, die nodig is voor ons werk. Wij willen deze basale kennis hebben. Ik zeg niet dat deze dagen voor ons geen waarde hebben gehad, maar wij moeten weten welke boeken wij moeten lezen en wij moeten werkgroepen vormen, omdat ik niet geloof dat het mogelijk is uit boeken te leren hoe men zijn persoonlijkheid moet ontwikkelen.

Balint: Ik ben een beetje teleurgesteld dat ik de huisarts, die zo even sprak, hoorde vragen hem de middelen te geven. Het spijt me dat we dit niet kunnen, daar hijzelf het instrument is, dat hij moet leren te gebruiken.

Dr Lask vroeg: Wat voor een verandering in de persoonlijkheid is er nodig. Het antwoord is zeer eenvoudig. Het is verschillend voor ieder van ons. Evenals er artsen zijn die volslagen ongeschikt zijn voor een loopbaan als chirurg, zo zijn er ook artsen die absoluut, hopeloos ongeschikt zijn voor de taak van huisarts. Zij moeten zich tevreden stellen met chirurg, patholoog, biochemicus of psychiater te worden. Van belang is slechts, en dat moet u zich realiseren, dat u alleen door eigen inspanning kunt leren uw werk te doen, en hoe u dit moet doen. Doet uw werk en spreek er over met uw collega's, kijk wat zij doen en vergelijk uw resultaten met hun resultaten.

Groen: Na deze bespreking van zijn nieuwe taak zal de huisarts beter kunnen accepteren dat zovele patiënten hem consulteren voor psychoneurotische, psychosomatische of zelfs zuiver psychologische klachten en hem steun en advies vragen en dat zelfs van hem verwachten, ook voor gevallen, die ze enige jaren geleden niet als medische aangelegenheden zouden hebben beschouwd. Wij hebben gezien dat de huisarts de kracht en de mogelijkheden heeft om deze nieuwe taak te vervullen. Wij gaan een prachtige toekomst tegemoet. Maar deze toekomst zal niet gemakkelijk zijn. Zoals Balint met nadruk in zijn boek heeft gezegd: als u een gelijkwaardige soldaat wilt zijn in het leger van medici, dient u ook dezelfde verantwoordelijkheden te aanvaarden. U zult zelf voor uw verdere nascholing moeten zorgen, u zult zelf onderzoeken moeten gaan doen op uw gebied en nagaan hoe u het peil van uw specialisme kunt verhogen, net zoals uw collega's in de andere specialismen dat gewoon zijn te doen. Als u dat doet, als u minder hulp van anderen verwacht, indien u zich wat minder naar de bijbelse woorden: „Bidt en u zal worden gegeven" gedraagt en u wat meer houdt aan het: „Zoekt en gij zult vinden", dan geloof ik dat uw toekomst inderdaad schitterend zal zijn.