

Ervaringen en mogelijkheden van de samenwerking tussen huisarts en psycholoog*

DOOR DR R. L. CORNELISSEN, HUISARTS TE MAARSSSEN

*De bataljonen van het vlees
rukken op naar de barrière,
bevolkt met bittere chimaeren,
die leefden en stierven tevergeefs.*

*En slaan een bres. Gevleugelte begeeft
zich windgewijze verder op de tast
der liefde, en is niet verrast
als het naar alle zijden ingang heeft.*

(Gerrit Achterberg: Voorbij de laatste stad)

Bij de voorbesprekingen, welke de Congrescommissie voerde met de sprekers over het onderwerp „Ervaringen en mogelijkheden van de samenwerking tussen huisarts en psycholoog”, is de vraag opgekomen of de huisartsen eigenlijk de mogelijke bijdragen door de psychologen wel zo hard nodig hebben. Ik geloof van wel. De behoefte aan uitbreiding en verdieping van onze methoden komt pas sinds enige jaren ook in ons, huisartsen, bewust op. Dit is een nieuwe beweging, waarvan de kracht al langer door velen van ons is gevoeld, maar die nu in de laatste jaren zoekenderwijs vorm gaat krijgen. Hierbij hebben wij de hulp van anderen en hun werkwijze stellig nodig.

Wij beseffen dat de opleiding aan de universiteit ons iets niet heeft kunnen leren, ons tot op zekere hoogte niet voldoende heeft kunnen voorbereiden en dat in onze praktijkvoering en in ons contact met onze patiënten structuren voorkomen, waarover wij niet waren geïnstrueerd; wij hebben gemerkt dat het als huisarts werkzaam zijn heel anders is en andere dingen vraagt dan wij tijdens onze opleiding — als wij er ons toen al in verdiepten — hebben gedacht.

Nu is het de vraag of deze voorlopig nog niet gedefinieerde niet-geleerdheden ooit theoretisch zouden kunnen worden onderwezen. Stellig zijn er onder ons, die in alle opzichten, zonder voorafgaande instructie, uitstekende huisartsen zijn en bij wie menselijk en medisch alles loopt als bij de bekende duizendpoot. Deze had immers ook niet geleerd hoe hij moest lopen met al zijn vele poten. Hij werd er mee uitgerust en zie, het ging vanzelf. Zelfs was het zo, dat de duizendpoot in verwarring raakte toen hij erover ging denken hoe hij eigenlijk liep en of hij beter zou kunnen lopen. Waarschijnlijk gaat deze vergelijking slechts voor heel weinigen

onder ons op. Bovendien lijkt het of wij sinds enkele jaren, door omstandigheden van binnenuit en van buitenaf, er toe worden gebracht ons rekenschap te geven van hetgeen wij doen in ons genezingswerk als huisarts en het wordt steeds duidelijker, dat wij veranderingen en verbeteringen moeten en kunnen aanbrengen, zowel in onze werkmethode als in onszelf.

Zo dringt een aantal vragen zich aan ons op, over de efficiëntie van ons werk, over onze praktijkruimte en praktijkinrichting, onze administratieve, registratieve methoden en waar in ons werk naar verhouding teveel tijd gaat zitten. Hoe staat het met onze technische kennis, zijn wij voldoende op de hoogte?

Een andere categorie vragen betreft onze verhouding tegenover de patiënten. Helpen wij eigenlijk wel voldoende de zieke mens, is onze methodiek hierin eigenlijk niet tweeslachtig: enerzijds contact zoekend, haast hunkerend of ontmoedigd, met de methode van de universiteit en de specialist, anderzijds werkend volgens een eigen huisartsenwijze, die nergens expliciet in al haar facetten is onderwezen. Deze laatste categorie vragen raakt de diepere lagen van het eigen zijn en dat van de patiënten, die via nood en lijden, zowel de arts als zichzelf, kunnen brengen tot de meest diepgaande menselijke ervaringen. Het zijn juist de vragen en bewustzijnsinhouden op dit terrein die zich onontkoombaar en op steeds duidelijker wijze in de huisartsgeneeskunst opdringen en die mogelijk tot een geheel nieuwe en eigen vormgeving leiden.

Een van de mogelijkheden tot bewustwording van en ontplooiing in het huisartsenwerk ligt, naar mijn mening, in het contact en in de uitwisseling met de psycholoog, met zijn methoden en met zijn persoon. Uit de voordracht van de psycholoog Wilde* kunnen wij vernemen, dat ook hij van mening is, dat de psycholoog wel in enkele opzichten van nut kan zijn in de huisartsenpraktijk. Ik noem samenvattend enkele hoofdpunten uit zijn betoog. Ten eerste is gebleken, dat de benaderingswijze invloed heeft op de gestelde diagnose. De psycholoog kan de arts helpen bij zijn poging zijn benaderingswijze te analyseren en via objectivering te verbeteren. Ten tweede zou door praktijkanalyse nog tot verdieping van inzicht zijn te komen en ten derde kan de psycholoog zijn technisch arsenaal aanbieden. De huisarts,

* Voordracht, gehouden op het N.H.G.-congres 1960.

* Een voordracht op het N.H.G.-congres 1960, welke nog zal worden gepubliceerd (red. cie.).

die hiervan gebruik zou willen maken, zou in sommige gevallen tot een beter inzicht in de psychische structuren en therapeutische mogelijkheden bij zijn patiënten kunnen komen.

Dit zijn dus de mogelijkheden, welke de psycholoog noemt, waarmee hij zijn bijdrage kan leveren in het huisartsenwerk. Er is nog een vierde mogelijkheid, die Wilde niet heeft genoemd en dat is die, waarin hij zichzelf in het geding brengt. Ik zal deze punten nog eens in andere vorm en volgorde formuleren.

De psycholoog kan zijn technische, wetenschappelijke meetinstrumenten en methoden ter beschikking stellen. De huisarts kan hiervan op twee wijzen praktisch voordeel hebben, namelijk wanneer hij een wetenschappelijk onderzoek wil uitvoeren, waarbij een psychologische controle nodig is, en ten tweede, wanneer hij over een bepaalde patiënt op psychologisch gebied iets wil weten. Ik heb, wat deze dingen betreft, alleen ervaring van steun van de psycholoog bij een wetenschappelijk onderzoek. In de gewone gang van de praktijk heb ik wel eens de behoefte gevoeld met een psycholoog over een bepaalde patiënt van gedachten te wisselen, maar, vooral omdat de praktische mogelijkheid daartoe niet aanwezig was, is het bij de behoefte gebleven.

De derde wijze, waarop de psycholoog de huisarts bij zijn werk kan helpen, ligt moeilijker en deze vraagt van de psycholoog een zekere mate van specialisatie, waarbij bovendien nog bepaalde eisen aan zijn persoonlijkheid moeten worden gesteld. Dit is het geval wanneer de huisarts de psycholoog wil toelaten bij zijn directe werk: de behandeling van de patiënten. Dit is een nieuwe figuur, die zeker grote perspectieven biedt. Het betekent echter, dat de huisarts bereid moet zijn zichzelf en zijn methoden aan een analyse te onderwerpen.

En tenslotte de vierde wijze waarop de psycholoog kan bijdragen tot verruiming en verbetering van de praktijkvoering; deze ontstaat secundair doordat hij mee zitting neemt in een groep huisartsen, die onder psychiatrische, technische leiding van gedachten wisselt over patiënten en de moeilijkheden bij de behandeling. Hier komt de verruiming niet alleen door kennisname en uitwisseling van beider methoden en wetenschappelijke achtergronden, maar vooral door de typische werking van de intermenselijke ontmoeting.

Ik zal nu meer in details op deze vier punten ingaan. Eerst dus de mogelijkheid van psychologische steun bij een in een huisartsenpraktijk uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek. Dit is op zichzelf niets nieuws, maar ik wil toch graag nog eens het belang hiervan onderstrepen. Immers, afgezien van het directe nut van een wetenschappelijk onderzoek, is het indirecte voordeel een minder grote vervreemding van de als specialisten functionerende collegae, doordat de instelling van de huisarts bij deze wijze van werken dezelfde is als die van de werker aan een universiteit of in een specialisme. Speciaal het contact en de uitwisseling met de exact ingestelde

psycholoog geeft de mogelijkheid van oefening in kritisch wetenschappelijk denken.

Ik moge hiervan als voorbeeld geven het onderzoek, dat als promotiewerk heeft plaatsgevonden in contact met de psychosomatische werkgroep onder de inspirerende leiding van Prof. Dr J. Groen en Prof. Dr L. van der Horst in het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam in 1956. De probleemstelling was deze: A Bestaan er eigenaardigheden in de persoonlijkheidsstructuur bij patiënten met galsteenklaften, die niet, of minder of anders voorkomen bij gezonde personen, vergelijkbaar in leeftijd, intelligentie, afstamming en milieu?

B Spelen emotionele conflictsituaties een rol bij patiënten met galstenen in zoverre, dat deze aanleidende momenten vormen voor het uitbreken van een aanval, waarbij dan moet worden gelet op de situatie in emotioneel opzicht, waarin de patiënten zich bevonden vóór de aanval, en op de verwerking van conflictsituaties in het algemeen door deze patiënten in vergelijking met gezonden?

C Bestaat er een verband tussen de emotionele situatie van de patiënt en het eventueel voortbestaan van de klachten na de operatie?

Ad A Wat betreft het eerste punt, dus de vraag naar de persoonlijkheidsstructuur, hiertoe heb ik, zowel bij de patiënten als bij niet-patiënten, de biografische anamnese opgenomen. Dat betekende in dit geval, dat onder volkomen gelijke omstandigheden een zo groot mogelijk aantal gegevens over de levensomstandigheden en de levensloop van de te onderzoeken personen werd verzameld. Ik had in mijn praktijk twintig vrouwen van wie vaststond, dat zij galsteenklafters waren zonder verdere andere ziekten (en zeven mannelijke patiënten, maar dit aantal was te klein om een statistische bewerking toe te laten, zodat deze niet verder in beschouwing zijn genomen). De diagnose was gesteld aan het ziekbed uit de symptomen en door operatie of door intern onderzoek bevestigd. Deze twintig vrouwen vormden in het onderzoek de galsteenpatiëntengroep. Hiernaast werd een controlegroep samengesteld van vrouwen, die geen ziekten of klachten hadden en die in de laatste vijf jaar geen medische hulp hadden gezocht of nodig gehad. De vrouwen uit deze controlegroep waren met de vrouwen uit de galsteenpatiëntengroep vergelijkbaar in leeftijd, intelligentie, afstamming en milieu. Deze controlegroep bestond tenslotte uit 26 vrouwen.

De gesprekken voor het opnemen van de biografische anamnese werden in de spreekkamer gevoerd, vis à vis, en duurden meestal ongeveer drie kwartier. Gemiddeld waren vier gesprekken nodig per vrouw in de patiëntengroep, terwijl in de gezonde controlegroep gemiddeld drie gesprekken voldoende waren voor het verkrijgen van de gegevens uit de levensgeschiedenis. Deze gegevens werden in vijf categorieën verdeeld: familie-anamnese, ziekten en aanpassingsstoringen, psychosexuele ontwikkeling, jeugdomstandigheden en de omstandigheden na de puberteit.

In elke categorie werd een aantal gegevens in apar-

te groepen ondergebracht, zodanig, dat enerzijds de enkele objectieve hoofdzaken uit het levensverhaal in het schema waren terug te vinden en anderzijds de emotionele houding daar tegenover kon worden teruggelezen. Het voert te ver, hier het volledige schema te geven en ik volsta met de opmerking, dat door deze wijze van bewerken een statistische vergelijking van de twee groepen mogelijk werd.

Het bleek nu, dat de vrouwen uit de patiëntengroep meer klachten en ziekten hadden, in alle levensperiodes, dan de vrouwen uit de gezonde controlegroep. Verder was, terwijl objectief de omstandigheden in de levensgeschiedenissen niet verschillend waren, de emotionele houding en de verwerking van deze omstandigheden wel statistisch significant verschillend bij de vrouwen uit de twee groepen. Deze verschillen konden als volgt worden samengevat:

- 1 De galsteenpatiënten reageren emotioneel heviger.
- 2 Zij kunnen angst, frustratie en liefdeverlies minder goed verdragen, zij worden meer en langer gehinderd door gevoelens, die hiermee in verband staan en angst wordt bij hen gemakkelijker geactiveerd.
- 3 Zij kunnen ervaringen, die hiermee in verband staan, minder goed relativeren en objectiveren.
- 4 Zij tonen een grotere behoefte aan liefde van „sleutelfiguren” uit de naaste omgeving; deze eigenaardigheden bestaan sinds de jeugd.
- 5 Zij staan duidelijk meer ambivalent ten opzichte van de moeder.
- 6 Zij hebben, zoals reeds hierboven is gezegd, in alle levensperiodes meer ziekten en klachten.

Bij dit alles heeft de psycholoog een belangrijke rol gespeeld. Wij hebben in gemeenschappelijk overleg de categorieën bepaald, waarin het levensverhaal zou worden weergegeven. Zo is een schema opgesteld, waarin de verschillende gegevens uit de biografische anamnese naar objectieve en subjectieve aard konden worden ondergebracht. Daarna heeft de psycholoog het significantieniveau bepaald van de verschillen tussen de gegevens uit de patiëntengroep en die uit de controlegroep. Zonder de kritische hulp van de psycholoog zou ik deze niet hebben kunnen bepalen.

Verder heeft de psycholoog volgens de blindmethode — alleen dus uit de testresultaten, zonder ander contact met de proefpersoon — de twee groepen beoordeeld als controle op mijn bevindingen. Voor de bespreking van de moeilijkheden, die de psycholoog en ik ondervonden bij het zoeken naar een gemeenschappelijke taal, nodig voor de correlering van onze resultaten, verwijs ik naar de oorspronkelijke publikaties. * Alleen zou ik graag nog eens willen onderstrepen, dat de gesprekken met de psycholoog uitermate leerzaam waren.

Ad B Bij het volgende onderdeel van het onderzoek, het al of niet aanwezig zijn van emotionele factoren in de aanleiding tot galsteenkoliëken, heeft het werk van de psycholoog zich beperkt tot het

geven van raadgevingen over de te volgen methode. Volledigheidshalve vermeld ik deze hieronder met in het kort het resultaat.

Aan iedere patiënt, die liet roepen wegens een galsteenaanval, werd tijdens deze aanval de rechtstreekse vraag gesteld over de oorzaak of aanleiding tot zijn ziekte. Wanneer de pijn wat afzakte, of de volgende dag, werd aan huis van de patiënt hierop teruggekomen en na een verklarend inleidend gesprek voorgesteld bij een onderhoud in mijn spreekkamer nader op deze dingen in te gaan. In de dan volgende gesprekkenreeks met de intussen meestal herstelde patiënt, werden dan zoveel mogelijk, in een niet directieve gespreksvoering, de emotionele factoren in de levenssituatie besproken.

Het bleek, dat van de twintig patiënten slecht één, bij de direct gestelde vraag tijdens de aanval, de mogelijkheid van een emotionele factor noemde, terwijl in het gesprek, na de aanval, zes tot tien patiënten deze herkenden (enkele patiënten met herhaalde aanvallen soms wel, soms niet) maar bij het opnemen van de biografische anamnese beleefden alle patiënten het verband tussen de emotionele toestand in de periode voor het uitbreken van de aanval en deze aanval. Uiteraard is het mogelijk, dat van mij een suggestieve invloed is uitgegaan, maar ik heb doelbewust getracht deze steeds zo klein mogelijk te houden. Samenvattend bleek het volgende:

- 1 De galsteenaanval ontstond bij de patiënten praktisch nooit zonder emotionele achtergrond als aanleiding. Dikwijls bestond een duidelijk en direct met de aanval in verband staande emotionele ervaring of situatie. Soms bleek de emotionele component pas na verscheidene gesprekken.
- 2 Indien al een niet-emotionele situatie of gebeurtenis (vetrijke maaltijd) de direct aanwijsbare aanleiding tot de aanvallen leek te vormen, dan leidden deze bij nader beschouwing toch alleen dan tot een galsteenaanval, indien de patiënt zich in een emotioneel belastende situatie bevond.
- 3 Deze belastende situatie was meestal „het alleen er voor staan” of liefdeverlies van „sleutelpersonen”, of het „vast gelopen zijn”, binnen de relatief beperkte gezichtskring. Bovendien bleek steeds het verband met een bepaalde ervaring of ervaringenreeks of levensperiode, waarbij relativeren of afreageren onvoldoende mogelijk was geworden.
- 4 Werd de emotionele achtergrond bij het galsteenaanval bewust gemaakt, dan kwamen steeds sterke effecten tot uiting: angstige verbittering, angstige machteloosheid, en machteloosheid naast gevoelens van gekwetst zijn, eenzaam zijn.
- 5 Indien de patiënte los kwam van haar emotionele conflicten, verdwenen de aanvallen, vermin-

* Barendregt, J. T. (1954) Ned. T. Psychol. 9, 289.

Barendregt, J. T. en R. L. Cornelissen (1955). Ned. T. Geneesk. 99, 2717.

Cornelissen, R. L. (1956). Persoonlijkheidsstructuur en emotionele conflictsituaties bij vrouwelijke patiënten met cholelithiasis. Drukkerij Van Dijk, Breukelen.

derde de gevoeligheid voor materiële en emotionele omstandigheden (vetrijke maaltijden, bepaalde ervaringen).

- 6 De aanval zelf had zelden zoveel invloed op de patiënte, dat deze meer dan twee dagen later in emotioneel opzicht nog merkbaar was. Slechts bij drie patiënten, bij wie bovendien de emotionele omstandigheden zeer ongunstig lagen, leek een circulus vitiosus te zijn ontstaan, waarbij elke aanval het integrerend vermogen zo verzwakte, dat de volgende aanval gemakkelijker ontstond.

Ad C Wat betreft de vraag naar het mogelijke verband tussen de emotionele situatie van de patiënte en de eventuele klachten na de operatie: hier waren de aantallen te gering om een statistische bewerking mogelijk te maken, zodat het wetenschappelijk gesproken bij een indruk moest blijven. Maar een indruk, die voor mij tot het praktische resultaat leidde, dat ik er met de therapie rekening mee houd! Ik heb vrijwel geen uitzondering gevonden op deze regel, dat de patiënt na de operatie klachten houdt, indien de emotionele situatie of de instelling daartegenover, niet verandert. Deze klachten zijn meestal van dezelfde soort als voor de operatie, zij het minder ernstig, in de andere gevallen vindt een syndroomverschuiving plaats; de patiënt krijgt niersteenkoliekachtige klachten, rugpijnen, hoofdpijnen of migraine.

Tot zover enkele praktische resultaten van dit onderzoek.

Wij komen nu aan de bespreking van de tweede mogelijkheid van vruchtbare samenwerking van psycholoog en huisarts. Deze ligt vooral op het gebied van het verkrijgen van zakelijke informatie over een patiënt. Het is voor ons zeker van belang te weten wat wij van onze patiënten kunnen verwachten. Van een eenvoudige bepaling van het intelligentieniveau tot een uitgebreide beschrijving van het karakter, waarin worden genoemd de graad van neuroticisme, incasseringsvermogen, relativeringsvermogen, angst, met de belangrijkste inhoud daarvan; dit zijn categorieën en beelden van onze patiënten, die wij toch wel graag zouden willen kennen. Twee bezwaren dringen zich evenwel op. Stellig zijn er onder ons die deze dingen helemaal niet van hun patiënten willen weten. Ik stel mij voor dat het voor deze collegae zo ligt als voor de chirurg: deze heeft te maken met de afwijking, die moet worden verholpen; het zou storend kunnen werken als hij wist hoe kwetsbaar en gevoelig de patiënt met en door zijn afwijking reageerde. Het zou bovendien kunnen zijn, dat de kennis van deze dingen in de arts een soort resonantie teweeg zou brengen, die hem het gewone werken aanzienlijk zou bemoeilijken.

Dit voert ons naar het tweede bezwaar. Te veel gedetailleerde informatie via de psycholoog brengt ons op het terrein van de psychiater. Omdat hier de grenzen nu eenmaal niet zo scherp zijn te trekken kan het zowel ons als onze behandeling storen. Het gaat dus weer om het zoeken van de juiste do-

sering, die voor iedere arts anders zal liggen. Bovendien is het op het ogenblik nog zo, dat maar een enkele collega in zijn nabijheid een psycholoog heeft, met wie hij op gedifferentieerde wijze kan samenwerken. Dan komt nog daarbij de beschamend, vaak doorslaggevend belemmerende factor van de honorering. Welk ziekenfonds is bereid regelmatig op verzoek van de huisarts een psychologisch onderzoek of zelfs maar de kosten van een eenvoudige intelligentieniveau-bepaling te vergoeden?

In dit vroege stadium van de ontwikkeling van de samenwerking van psycholoog met huisarts kunnen wij beter overgaan op de bespreking van het derde punt: de toelating van de psycholoog bij de praktijkvoering. Ik moet eerlijk bekennen, dat, toen dit punt bij onze voorbespreking ter sprake kwam, ik er negatief tegenover stond. Drie bezwaren doen zich direct al voor: het principiële punt van de toelating van een niet-medicus bij de medische handelingen en behandelingen in de spreekkamer; het storende element in het contact met de patiënt van de aanwezigheid van een derde en de hoeveelheid tijd, die deze extra bemoeiing wel in beslag zou nemen. Dat hierbij nog een vierde factor werkte als argument tegen deze nieuwe vorm van onderzoek, te weten mijn eigen angst en tegenzin, is mij pas later duidelijk geworden. Hoe ook, ik ben gezwicht en heb nu ervaring van de verruiming die ontstaat wanneer men zijn doen en laten door een ander eens kritisch laat observeren.

Maar eerst over de praktische uitvoering. Het principiële punt werd besproken en door ons beiden gelijkelijk als een wezenlijk bezwaar aangevoeld. Ik geloof dat wij een niet storende oplossing vonden door, hoe ook, de patiënt en zijn behandeling primair te stellen. Dat betekende dat iedere behandeling, waarbij, om welke reden ook, beter geen derde aanwezig kon zijn, zou worden uitgesteld, of dat de psycholoog onopvallend de kamer zou verlaten (dit spreek ik ook af met de co-assistent, wanneer die zijn stage hier heeft). Dit is in mijn geval niet moeilijk, omdat ik toch al voornamelijk een afspreekspreekuur heb.

De aanwezigheid van de psycholoog, evenals overigens van iedere andere derde, werkte inderdaad storend op het contact met de patiënt. Maar dit is een punt, dat niet door ieder in gelijke mate zal worden gevoeld. Het is enigszins mijn wijze van werken, dat ik de taal van degeen, die tegenover mij zit, tracht te spreken. Dat betekent in dit geval, dat ik gevoelsmatig een soort middentoon zoek, bewust gericht op de patiënt maar toch met zijdelingse aandacht naar de derde aanwezige in de kamer. Ik heb gemerkt, dat veel patiënten, waarschijnlijk ook artsen, hierdoor veel minder worden gestoord. Deze gaan meer van de eigen constante of het eigen systeem uit. Verder werd mij door de aanwezigheid van de psycholoog duidelijk, dat ik in de twaalf jaar die ik als huisarts op dezelfde plaats had doorgebracht, toch een soort façade had geconstrueerd, dat er een soort gewoontehouding was ontstaan,

die stellig de intensiteit van het spreekuur houden heeft moeten verminderen. Tenslotte werd mij duidelijk dat er angst werkzaam was geweest bij mijn bezwaren tegen de aanwezigheid van de psycholoog bij het spreekuur houden.

Deze ervaringen en belevingen lijken mij zo belangrijk, dat ik met enige nadruk mijn collegae zou willen aanraden het experiment te doen. Natuurlijk is het juist, dat bewustwording van aanpak geen voldoende hulpmiddel is om tot betrouwbaarder inzicht over de patiënten te komen. Maar alleen al de ervaring van de blikverruiming is de moeite waard — een eerste stapje naar dieper inzicht. Ik zou willen aanraden met een collega eens af te spreken op deze wijze bij elkaar een spreekuur bij te wonen. Men zal ervaren hoe buitengewoon vruchtbaar dit is. Methodische fouten, typische beperkingen worden u als het ware spelenderwijs duidelijk. Bovendien, zo wij ooit tot een gefundeerd oordeel over of tot een gefundeerde vormgeving van de huisartsgeneeskunde willen komen, dan moeten wij toch over een groot aantal gegevens beschikken. Eerst wanneer wij werkelijk bereid zijn tot dieper inzicht, met eliminering van eigen vooroordeel, is iets te verwachten van vernieuwing.

Het laatste punt dat ik wil bespreken is het belang van de vorming van werkgroepen van acht tot twaalf deelnemers, die voorlopig onder psychiatrisch deskundige leiding problemen uit de eigen praktijk bespreken. Ik heb zelf het voorrecht aan een dergelijke groep nu ongeveer twee jaar deel te nemen. Het is niet mogelijk in dit bestek op alle theoretische en praktische aspecten van zo'n groepsbijeenkomstenreeks in te gaan; ik zou daartoe trouwens ook niet in staat zijn. Enkele ervaringen wil ik echter toch gaarne geven. Eerst een paar gegevens: onze groep is samengesteld uit negen huisartsen en één psychiater. Om de veertien dagen vergaderen wij vijf kwartier in het begin van de avond. Wij bespreken in beginsel patiënten. Soms houdt een van ons of de psychiater een inleiding — zelden langer dan tien minuten durend — over een begrip of een patiënt of een methode van behandeling. Er zijn hoogtepunten geweest en wij zijn telkens wat vastgelopen. Dit wordt dan besproken en een nieuwe intensiteit ontstaat.

Ik geloof dat in deze vorm van groepsbesprekingen een bijzonder belangrijke mogelijkheid is gevonden tot zelfverkenning, tot besef van de betrekkelijkheid van eigen persoon en eigen methoden. Men gaat zijn beperkingen herkennen, men ziet fouten in behandeling en benadering van patiënten en men komt tot veel groter openheid voor dieperliggende oorzaken van ziekten bij de patiënten. Soms gaan deze herkenningen zeer diep, dikwijls gaat, zoals bij elke menselijke actie, veel in nutteloze arbeid verloren. Wanneer een groep zou kunnen worden gevormd, waaraan behalve een aantal huisartsen ook een psycholoog en andere specialisten zouden deelnemen, dan zou wellicht in nog breder verband het nut van een groepsbespreking kunnen blijken. Het is mij

bekend dat een dergelijke werkgroep inderdaad heeft gewerkt. Deze groep bestond uit twee internisten, twee zenuwartsen, een psycholoog, een huisarts, een revalidatiearts en een hoofd van een medische dienst van een bedrijfsvereniging. Mensen, buitengewoon verschillend van werkkring, inzicht, leeftijd, maar met een gemeenschappelijk verlangen naar meer inzicht en naar meer dimensionaliteit in dat meer. Enkelen van de deelnemers aan deze groep hebben in een uiterst verzorgde en lezenswaardige vorm een verslag gegeven van hun opzet, werkwijze, ervaringen en ontwikkelingen in de groep. Ik zou te dezer zake het artikel, verschenen in het Katholiek Sociaal Tijdschrift van juli 1960, warm ter lezing willen aanbevelen. Duidelijk komt daarin tot uiting de ervaring in onze en andere groepen, dat deze vorm van intermenselijk contact verdiepend, verruimend en inspirerend werkt. Dit werkt in het dagelijks werk natuurlijk niet anders dan positief uit. Een van ons drukte dat nog onlangs zo uit: „Ik ben lang niet meer zo ongeduldig en geërgerd bij mijn patiënten”. Een ander vond dat het werken veel gemakkelijker was geworden. Bij een bespreking of de groep niet zo langzamerhand beter kon worden opgeheven was het algemene oordeel dat dit niet moest gebeuren, maar dat integendeel naar groter intensiteit moest worden gestreefd; ieder was van mening, dat zijn werk en hijzelf er alleen maar voordeel van zouden hebben.

In het voorgaande heb ik iets verteld van de resultaten en de mogelijkheden uit het contact met de psycholoog. Deze liggen op het gebied van de wetenschap, op het bredere gebied van de huisartsgeneeskunst en gaan tot op de verstrekte gebieden van het intermenselijk contact, waarbij wij met onze patiënten volkomen gelijkwaardig kunnen komen tot opname van waarden, die zich in de zintuiglijke categorieën slechts met verlies laten verhalen.

Samenvatting: Het contact van de huisarts met de psycholoog kan op verschillende wijzen tot positieve resultaten leiden:

- 1 Door zijn medewerking in een wetenschappelijk opgezet onderzoek. Als voorbeeld wordt een eigen onderzoek genoemd naar de betekenis van emotionele factoren bij cholelithiasis. Secundaire winst: oefening in wetenschappelijk kritisch denken, minder vervreemding van universiteit en specialist.

- 2 Door het geven van inlichtingen over patiënten, (intelligentieniveau, persoonlijkheidsstructuur of componenten daarvan).

- 3 Door aanwezigheid bij een gedeelte van het huisartsenwerk. Dit kan de huisarts tot vrijer en beter inzicht brengen in zijn fouten en tot mogelijke verbeteringen, terwijl via praktijkanalyse in het algemeen gegevens kunnen worden verkregen tot beter begrip van de huisartsgeneeskunde. Advies om als huisarts eens bij een collega het spreekuur bij te wonen.

- 4 Door deel te nemen aan groepsbesprekingen samen met huisartsen en specialisten.