

Studiegroep en persoonlijkheidsvorming

DOOR H. J. VAN AALDEREN, HUISARTS TE HOENSBROEK*

Inleiding. Het is na tweeënhalf jaar moeilijk na te gaan welke indertijd de beweegredenen zijn geweest, die tot de oprichting van een studiegroep hebben geleid. In deze jaren is er bij de groepsleden persoonlijk zoveel bewust geworden, wat toen onbewust was, dat de primaire redenen en de later gegeven interpretatie niet goed meer van elkaar zijn te scheiden. Zeker is, dat het reveil, dat van de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap is uitgegaan en het verschijnen van het boek van *Balint*, *The doctor, his patient and the illness*, een belangrijke aansporing zijn geweest tot het vormen van een studiegroep.

Deze beide invloeden deden zich op een gunstig moment gelden. Bewust of onbewust werden er vele tekorten gevoeld; tekorten, die niet met de beschikbare studie- en nascholingsmethoden konden worden opgeheven. Het gevoel van onbehagen over het werk in de dagelijkse praktijk was groeiende. Ondanks de gedegen natuurwetenschappelijke opleiding, ondanks de uitbreiding van de therapeutische mogelijkheden en ondanks de toenemende mogelijkheid om de verantwoordelijkheid voor bepaalde patiënten aan gespecialiseerde collegae over te dragen, nam het gevoel van onvermogen bij het behandelen van tal van patiënten toe.

Niet alleen de patiënten met functionele en nerveuze klachten veroorzaakten diagnostische en therapeutische moeilijkheden. Vaak waren het ook de patiënten met een somatische afwijking, bij wie na het stellen van de juiste diagnose de ingestelde specifieke therapie niet of slechts ten dele aansloeg. Ook werden de specialist problemen voorgelegd, geheel irrelevant voor zijn specialisme, maar waarvoor de huisarts ook geen weg wist te vinden.

Al deze factoren zijn maar al te vaak de oorzaak van insufficiëntiegevoelens. Deze insufficiëntiegevoelens leiden tot een krampachtige houding van de arts in zijn werk. Zijn handelen wordt beheerst door onzekerheid of juist door zelfoverschatting wanneer hij — ter bescherming van zichzelf — zijn ogen sluit voor zijn tekortkomingen. Hij komt niet tot een vrije en weloverwogen omgang met de patiënt, maar hij neemt de rol aan, die hem het beste ligt. Deze varieert van familiair, via sympathiserend naar geruststellend vaderlijk of autoritair. Deze rol is dikwijls meer een facade, die hij voor zichzelf optrekt, dan een op de behoefte van de patiënt afgestemde attitude. Niet iedere patiënt kan met een en dezelfde houding worden benaderd. Een familiale houding, die bij de éne patiënt zeer heilzaam zal zijn, kan bij de andere tot een volkomen negatief resultaat leiden.

Deze en mogelijk nog andere problemen, hebben

de vorming van de studiegroep sterk beïnvloed. Het is dan ook begrijpelijk, dat op de eerste bijeenkomst werd gesteld, dat een van de voornaamste doelstellingen het „ken u zelf” zou zijn.

Opzet en doelstelling. Aanvankelijk bestond de groep uit vier huisartsen en een psychiater. Deze laatste had als gewoon lid zitting in de groep en werd bewust niet met de leiding van de groep belast. De leiding, dat wil zeggen de leiding van de discussie, werd bij toerbeurt voor enige tijd aan een groepslid opgedragen. Deze opzet werd gekozen om twee redenen. In de eerste plaats werd het in navolging van Balint, zinvol geacht te vermijden, dat er bij voorbaat een „teacher-pupil relation” zou worden geschapen. Dit heeft de teamvorming en de zelfontplooiing binnen de groep vergemakkelijkt, ook al is deze „teacher-pupil relation” toch wel eens ontstaan. Deze ontstond echter niet alleen tussen de psychiater enerzijds en de overige groepsleden anderzijds. In de tweede plaats maakte het niet hebben van een leider het volhouden van het non-directieve element in de groepsdiscussie eenvoudiger. Dit laatste was van belang, omdat als werkmethode de „client centered” methode volgens Rogers werd gekozen.

Vanwege de redenen, die in de inleiding zijn behandeld, was het de groep duidelijk dat voor het therapeutisch handelen door de huisarts „common sense” ten enenmale ontoereikend is. Een verder uitbouwen van therapie in de breedste zin van het woord was dan ook niet mogelijk zonder persoonlijkheidsvorming. Ervaringen van anderen leerden, dat de methode van Rogers voor deze persoonlijkheidsvorming een zeer geëigende methode is.

In de wekelijkse bijeenkomsten van vijf kwartier — na anderhalf jaar werd dit tot zeven kwartier uitgebreid — was het thema van gesprek een patiënt, die door een der groepsleden volgens Rogers methode werd behandeld. De methode en de patiënt werden daarbij echter niet een doel op zichzelf. Zij vormden de leidraad, terwijl het accent op de persoonlijkheidsvorming van de groepsleden kwam te liggen. Dit betekent niet, dat de training in deze therapeutische methode geen waarde heeft gehad. In het volgende zal nog ter sprake komen dat de training in deze methode vooral voor de verandering in attitude ten opzichte van de patiënt van enorme betekenis is geweest.

Dat bij de start van deze studiegroep persoonlijkheidsvorming als hoofdmotief werd gesteld, betekent niet dat alle groepsleden even duidelijk voor ogen stond in welke richting deze vorming zou leiden. Na verloop van tijd is pas bewust gemaakt, wat in het begin veelal onbewust aanwezig was.

Het is moeilijk om een volledige opsomming te geven van alle onderdelen van deze vorming. Veel belang werd door de groep gehecht aan het inzicht

* Mede namens: G. A. M. Bak, huisarts te Merkelbeek; J. H. M. Berden, psychiater te Heerlen; J. Berkhout en Dr M. G. v. Nieuwenhuyzen, huisartsen te Hoensbroek en J. P. F. v. Dael en J. H. A. M. v. d. Maas, huisartsen te Brunssum.

in eigen mentaliteit en intentionaliteit tegenover het werk en tegenover de patiënt. Hoe speelt eigen projectie in het medisch handelen een rol? Welke eigen belevenissen en karaktereigenschappen komen in ons medisch handelen tot uiting? Wat is een overdrachtssituatie? Hoe beleeft de arts zelf deze overdrachtssituatie? In hoeverre heeft er een eigen overdracht van de arts plaats en onderkent hij deze tegenoverdracht? Juist deze dingen zijn van zo grote betekenis bij — wat Balint noemt — „the drug doctor”. Meer inzicht hierin maakt het bepalen van het wanneer, het hoe, en het hoeveel van dit geneesmiddel pas mogelijk.

Historie. In oktober 1959 werd een begin gemaakt met de groepsbijeenkomsten. Zoals vermeld werd tijdens de bijeenkomst een zitting behandeld van een patiënt, die door een van de groepsleden volgens de methode van Rogers werd behandeld. Aanvankelijk notuleerde de therapeut deze zitting, voor zover mogelijk, later werd gebruik gemaakt van een bandrecorder. Dit laatste was een grote verbetering. Het verslag van de zitting werd hierdoor vollediger; de houding en de uitlatingen van de therapeut werden minder subjectief en meer volledig weergegeven. Bovendien kon nu ook de intonatie van therapeut en patiënt in de beoordeling worden betrokken. De tijd, waarin één patiënt in de groep werd besproken, varieerde van tweeënhalft tot zes maanden.

Het langdurig vervolgen van een patiënt, die door een van de leden werd behandeld, werd enige maanden onderbroken door een andere werkwijze. Naar analogie van het psychodrama fungeerden tijdens de bijeenkomst een groepslid als therapeut en een als patiënt. De arts-patiënt speelde hierbij een hem bekende patiënt. Na een korte anamnestiche inleiding door de arts-patiënt, werd er een non-directief gesprek gevoerd van circa tien minuten, welk gesprek op de band werd opgenomen. Dit gesprek was dan de verdere avond het onderwerp van discussie.

Hoewel de arts-patiënt in het gesprek een hem bekende patiënt naar voren bracht, kwam voortdurend de persoonlijkheid van de arts zelf om de hoek kijken. Dit had tot resultaat dat in de discussie nog meer de arts zelf in de therapie centraal kwam te staan. Merkwaardig was verder, dat de arts, die een patiënt ten tonele bracht, een beter inzicht kreeg in de patiënt en diens problemen tijdens de therapie.

Na enige maanden werd er echter toch weer overgegaan tot het langdurig vervolgen van één patiënt. In het rollenspel kwam de problematiek van de patiënt te fragmentarisch naar voren en men oordeelde de andere werkwijze op den duur nuttiger. Tot op heden werden er vier patiënten vervolgd. Achtereenvolgens werden behandeld een patiënt met functionele hartklachten, een patiënt met asthama bronchiale, een patiënt met nerveuze klachten op psychastene bodem en tenslotte een patiënt met functionele hoofdpijnklachten.

Toen de groep een jaar bestond werd er grote behoefte gevoeld aan uitbreiding van het ledental. In de eerste plaats waren de leden zo enthousiast over hun ervaringen, dat zij ook anderen hierin wilden doen delen; maar bovendien was het aantal leden te klein, zodat werd gevreesd, dat de leden zo op elkaar zouden ingesteld raken, dat er een zekere mate van clanvorming zou ontstaan. Dat deze vrees niet ongegrond was, blijkt uit het feit, dat het, nadat dit besluit was genomen, nog bijna een half jaar heeft geduurd, voordat de groep met nog twee huisartsen werd uitgebreid. Sindsdien telt de groep zeven leden.

De opkomst tijdens de bijeenkomsten was zeer trouw. Uitstedigheid was vrijwel de enige reden tot het zeer geringe verzuim.

De groepsdynamiek. Een levendige groepsdynamiek is de voornaamste pijler voor een studiegroep van deze opzet. Deze dynamiek kan slechts langzaam op gang komen. Het ongewone van de materie, waarmee men bezig is, de schroom om eigen insufficiëntie bloot te geven en het gebrek aan onderling vertrouwen maken, dat de groepsleden slechts langzaam bereid zijn tot een open gesprek, waarbij meer dan alleen de buitenkant van de eigen persoonlijkheid aan de orde komt. Degene, wiens patiënt in de groep wordt gebracht, heeft hier aanvankelijk de meeste moeite mee. Zijn gesprek met de patiënt is het onderwerp van discussie; zijn opmerkingen, zijn houding, zijn fouten worden uiteengezeld. Daarnaast worden de reacties en meningen van de groepsleden aan het oordeel van de groep onderworpen. Het waarom van de kritiek en de wijze, waarop deze wordt gebracht, geeft dikwijls een beeld van diegene, die de kritiek oefent.

Vrijwel alle leden waren niet gewoon aan deze wijze van gespreksvoering. Het vereist training om een opmerking, die over een bepaalde materie wordt gemaakt, niet alleen te beschouwen vanuit deze materie, maar ook vanuit de persoon, die deze opmerking maakt. Vooral in het begin had de psychiater hierbij een belangrijke taak. Hij was degene, die dergelijke opmerkingen uitwerkte en zijn duidend optreden bepaalde de discussie bij de leden.

Geleidelijk aan zijn er zich binnen de groep verschillende dynamismen gaan aftekenen. Rivaliteiten deden dikwijls spanningen ontstaan, die pas na enkele zittingen duidelijk werden. Ook overheersing van bepaalde groepsleden en insufficiëntiegevoelens van anderen gaven aanleiding tot spanningen. De „teacher-pupil relation” was — ondanks dat van tevoren van gedachten hierover was gewisseld — een reden tot allerlei wrijvingen. Sommige leden hadden moeite in de groep hun „teacher-attitude” te laten varen, anderen hielden vaak maar al te graag vast aan hun pupil-positie. Merkwaardig heftig was elke keer weer het reageren van de groep, wanneer een of ander lid een „teacher-houding” ging ontwikkelen. In verband hiermee was de plaats van de psychiater herhaaldelijk het onderwerp van gesprek. Zowel voor hemzelf als voor

de overige leden was het niet altijd even gemakkelijk hem als een gelijkwaardig teamlid te beschouwen. Toch vormde zijn niet-huisarts zijn op den duur geen enkele belemmering, zodat hij thans geheel als medelid in de groep is geïncorporeerd.

Vooraf de toetreding van de twee nieuwe leden tot de groep bracht moeilijkheden met zich mee. Zij maakten dezelfde periode van schroom en terughouding door, welke de overige leden anderhalfjaar tevoren hadden gekend, en de oudere leden hadden moeite om voor hen een gelijkwaardige positie binnen de groep in te ruimen.

Alle leden beschouwden het als de beste gang van zaken, wanneer de spanningen zo hoog opliepen, dat slechts een analyse en een daarop volgend inzicht een oplossing konden bengen. Een dergelijke oplossing werkte zeer bevrijdend en deed de openheid in het gesprek sterk toenemen. Een dergelijke analyse vraagt echter een bepaalde rijpheid van de groepsleden. Wanneer deze (nog) niet aanwezig was, werden de ontstane spanningen afgevoerd zonder dat dit de groep duidelijk bewust was. Dit had een daling van de dynamiek tengevolge. De problematiek van de patiënt of de moeilijkheden van de therapie kwamen dan in het middelpunt van het gesprek te staan en de gedragingen en de reacties van de groepsleden raakten op de achtergrond. De spanningen werden hierdoor toegedeekt. Na enige tijd had men voldoende afstand gekregen, zodat een bespreking van de wrijvingen wél mogelijk bleek te zijn.

Natuurlijk waren het ontstaan van de onderlinge spanningen, de emotionele deelname van de groepsleden aan het gesprek en de houding van de therapeut tegenover de patiënt niet de enige onderwerpen van discussie. Een belangrijk gedeelte van de tijd werd besteed aan de therapie zelf en aan de problemen, door de patiënt ter sprake gebracht. Hier werden vaak vele zittingen aan gewijd, terwijl daarbij de groepsdynamiek dan enige tijd op de achtergrond raakte. Ook theoretische onderwerpen naar aanleiding van de therapie kwamen aan de orde. Deze gesprekken waren vaak zo boeiend, dat op deze materie grif werd ingegaan. Na enige zittingen was er dan wel een lid, dat de groep tot de orde riep en dat wees op de weinige doelgerichte vorderingen, die er de laatste tijd waren gemaakt, ondanks het feit, dat er vol interesse was gewerkt. De wetenschappelijke bevrediging, die van dergelijke besprekingen uitging, was vaak groot, zodat het enige moeite kostte om het gesprek op de leden zelf en hun tussenmenselijke verhoudingen terug te brengen. Wanneer de dynamiek van de groep zelf weer aan de orde werd gesteld, waren alle leden het er echter unaniem over eens, dat deze materie toch zoveel mogelijk centraal moest blijven staan.

Betekenis voor het dagelijks werk. Aan het begin van dit artikel werd gesteld, dat het onbehagen in het dagelijks werk een van de voornaamste beweegredenen voor de vorming van deze studiegroep was. Het is dan ook zinvol om na tweeënhalft jaar na te

gaan hoe het met dit onbehagen is gesteld.

Het zou irrealistisch zijn te verwachten, dat het onbehagen thans geheel zou zijn verdwenen. Bovendien is het zeer de vraag of dit dan als een vooruitgang zou moeten worden uitgelegd. Immers, onbehagen over het eigen handelen en over bestaande situaties zal — mits niet in hypertrofische vorm aanwezig — de medicus behoeden voor wegglijden in starheid, automatisme en conformisme. Teveel stress werkt verlamdend, enige stress werkt verkwikkend, geen stress werkt slaapverkwikkend.

Dat dit onbehagen niet is verdwenen, wil echter niet zeggen, dat de deelname aan deze studiegroep geen effect heeft gehad op de dagelijkse arbeid van de leden. De meeste groepsleden ervaren in de eerste plaats, dat hun houding tegenover de patiënt in sterke mate is gewijzigd. Zowel door het uitgroeien van de eigen persoonlijkheid als door de training in de non-directieve methode van Rogers, is meer inzicht ontstaan in eigen reactie en verandering gebracht in de wijze van benadering van de patiënt.

* * *

De opleiding van de arts is in hoofdzaak gericht op opsporing en bestrijding van de ziekte. Dit brengt met zich mee, dat hij vele wapenen in handen en veel kennis ter beschikking heeft, die hem op gerichte wijze tot dit doel kunnen brengen. De training in deze studiegroep heeft nog eens duidelijk gemaakt, dat ook luisteren en vooral niet gericht luisteren voor de behandeling van de patiënt van groot belang is en vaak bevrijdend voor hem werkt. Men heeft geleerd zich meer op de patiënt en minder op de ziekte als een op zichzelf staand gegeven in te stellen. „Hoe beleeft de patiënt zijn ziekte?” is een vraag, die naast „Wat heeft deze patiënt?” eigenlijk altijd moet worden gesteld. Welke condities hebben naast de somatische factor tot het ontstaan van de ziekte bijgedragen?

Het mede betrekken van deze facetten van het ziekzijn in het medisch handelen vraagt scholing, training en vaak een verandering van eigen persoonlijkheid. Het verkrijgen van inzicht in deze antropologische benadering van het ziekzijn wordt door alle groepsleden als een groot winstpunt ervaren. De verandering in houding, die dit verkregen inzicht met zich mee moet brengen, voltrekt zich langzaam. Het kost veel training en zelfdiscipline om minder te zeggen en meer te luisteren; om minder vanuit de arts en meer vanuit de patiënt te denken. Het verdere uitbouwen van deze kennis en het inpassen hiervan in het medisch handelen is het ambitieuze programma voor de toekomst.

Balint, M. (1957) *The doctor, his patient and the illness*. Pitman, London.

Bastiaans, J. (1961) *Ned. T. Geneesk.* 105, 346.

Brühl, K. G. (1960) *huisarts en wetenschap* 3, 454.

Rogers, C. en S. M. Kinget. (1960) *Psychotherapie en menselijke verhoudingen. Theorie en praktijk van de non-directieve therapie*. Spectrum, Utrecht.