

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELEN DOCUMENTATIE

62-1r The Brooklyn project for the psychiatric education of the private practitioner. *Golden, M. M., M. Brody en H. S. Lichtman (1961) New York State J. Med. 61, 3779.*

De schrijvers brengen een verslag uit over een experiment op nascholingsgebied dat tot stand kwam door samenwerking van drie medische verenigingen, te weten de Medical Society of the County of Kings (een algemeen medische vereniging), de Brooklyn Psychiatric Society en de afdeling Brooklyn van de American Academy of General Practice. Het experiment is thans vier jaar aan de gang en heeft tot doel niet-psychiatrisch opgeleide artsen (huisartsen en specialisten) begrip bij te brengen op het gebied van de geestelijke hygiëne.

Het programma omvatte „seminars” over psychoseksuele moeilijkheden in de algemene praktijk, psychische moeilijkheden bij kinderen, pubers, bejaarden, bij patiënten met hartziekten en bij patiënten met huidziekten. Verder algemeen psychiatrische problemen in de huispraktijk, emotionele factoren in de arts-patiëntrelatie, neuropsychiatrische aspecten van epilepsie, psychosomatische problemen, alsmede alcoholisme en algemene praktijk.

De verschillende onderwerpen werden door op deze gebieden gespecialiseerde zenuwartsen in de vorm van groepsbesprekingen van maximaal acht deelnemers behandeld. Hierbij werden de werkmethode van Balint toegepast, zij het met een modificatie. Uitgangspunt van deze modificatie was de wens dat de groepsdiscussie niet als groepstherapie werd gebezigd. Op grond hiervan werden slechts zes zittingen per half jaar gehouden, hetgeen tevens de overdracht tegengaat, die bij langdurig bijeen zijn van een groep plaatsvindt. Om dezelfde reden werd er op gelet, dat de deelnemers aan een „seminar” bij een andere zenuwarts werden ingedeeld, indien zij aan een volgende serie groepsbesprekingen deelnamen.

Hoewel twee uur was voorgenomen duurden de zittingen in feite meestal drie tot vier uur. Sinds 1958 hebben 440 artsen in Brooklyn deelgenomen aan één of meer seminars.

De instruerende zenuwartsen waren sterk gedifferentieerd in opleiding, bewogen zich soms op beperkte gebieden der psychotherapie en vertegenwoordigden vrijwel alle bestaande psychoanalytische scholen. Hun enthousiasme voor het project deed echter een „groepsgeest” ontstaan, die het hun mogelijk maakte hun theoretische achtergronden te vergeten, waardoor zij er in slaagden hun gemeenschappelijk doel na te streven.

Door middel van een enquête werd een onderzoek ingesteld naar de ervaringen omtrent deze vorm van nascholing. De meeste artsen antwoordden dat zij zich meer in staat achtten om te gaan met de psychische problemen van hun patiënten dan voorheen. Zij gaven bovendien toe, dat zij minder sedativa voorschreven. De Brooklyn Association of Mental Health rapporteerde een aanzienlijke stijging in het gebruik van alle psychiatrische diensten. Weinig enthousiasme werd geogst bij jonge artsen. Vijf en tachtig procent van de deelnemers waren afgestudeerd voor 1940. Zij bekleedden vaak belangrijke posten in hun ziekenhuizen of waren bestuursleden van hun verenigingen.

Sedert 1960 wordt dit nascholingsproject gesubsidieerd waardoor het mogelijk werd de docenten te honoreren. Bij deze vorm van nascholing wordt de nadruk gelegd op het ontdekken van emotionele problemen die dagelijks worden ontmoet. De relatie arts-patiënt werd hierbij in het bijzonder onder de loep genomen, terwijl werd onderstreept de patiënt te zien als in nood verkerend mens in plaats van hem te beschouwen als drager van een potentieel organisch syndroom.

Theoretische uiteenzettingen werden zoveel mogelijk vermeden, terwijl de nadruk kwam te liggen op het begrijpen van het menselijke gedragspatroon. Een ander oogmerk was

de huisarts te steunen bij zijn poging die patiënten te helpen, die zelf deze steun bleven zoeken.

Het sneeuwbaaleffect ten aanzien van het aantal deelnemers (najaar 1958: 6 zenuwartsen met 30 deelnemers; voorjaar 1961: 25 zenuwartsen met 185 deelnemers) alsmede ten aanzien van hun enthousiasme wordt toegeschreven aan de werkmethode (ontmoeting der artsen op voet van gelijkheid), aan de bespreking van gewone dagelijks weerkerende problemen en aan de nauwe samenwerking tussen de organiserende verenigingen.

(Belangstellenden kunnen het volledige vertaalde artikel in gestencilde vorm aanvragen bij de secretaris van de subcommissie integrale geneeskunde, G. van Geldorp, arts, Zaanweg 3, Wormerveer — ref.)

K. G. Brühl

61-037. Detection of lung cancer. Leading article (1961) *Lancet I, 1211.*

Voor het stellen van een vroege diagnose bij longkanker heeft men in Philadelphia gedurende vier jaar van 6.137 vrijwilligers van 45 jaar en ouder eens per zes maanden een thoraxfoto gemaakt en tevens geïnformeerd naar klinische symptomen. Bij de eerste controle hadden reeds 66 een röntgenologisch zichtbare longkanker, terwijl in de daarop volgende vier jaar bij de follow-up nog 26 nieuwe gevallen werden ontdekt. Van deze 26 waren slechts vijftien patiënten regelmatig genoeg gezien om de klinische symptomen goed te kunnen volgen. Uiteindelijk waren er maar acht gevallen, die klinisch asymptomatisch verliepen. Van de 26 nieuwe gevallen waren twee patiënten tweeënehalf jaar na de resectie nog in leven.

De waarde van de halfjaarlijkse doorlichting is moeilijk aan te geven, daar de röntgenologisch zichtbare afwijkingen vrij acuut kunnen optreden en dus ook korte tijd nadat de doorlichting heeft plaats gevonden. Tevens gaan in een vrij groot aantal gevallen de klinische symptomen vooraf aan de röntgenafwijkingen, terwijl bovendien de operabiliteit afhankelijk is van het histologische beeld van de tumor. Er zijn dus geen scherp omlijnde richtlijnen te geven hoe men tot de vroege diagnose longkanker kan geraken.

J. Grijns

61-041. Five-year follow-up on patients with rheumatic fever treated by bed rest, steroids, or salicylate. *Thomas, G. T. Brit. med. J. I, 1635.*

Veel studie is tot dusver reeds gemaakt van de cardiale complicaties en latere gevolgen van het acute gewrichtsreuma. Deze studies omvatten vaak grote series patiënten, zelfs van duizend gevallen. Over het algemeen vond men dat ongeveer 60 procent van de patiënten, na het verminderen der acute verschijnselen, tekenen van mede aangedaan zijn van het hart vertoonden. In 9 procent van de gevallen verdwenen die verschijnselen na enige tijd weer. De overige 40 procent der patiënten had geen hartgebreken na het doormaken der ziekte, maar in ongeveer een kwart der gevallen, die een recidief doormaakten, ontwikkelden zich wel verschijnselen van de kant van het hart.

De auteur brengt verslag uit over een weliswaar kleinere groep patiënten, namelijk 198, welke hij kon vervolgen in hun verdere leven, gedurende ten minste vijf jaar. De betekenis van zijn werk ligt in het feit, dat de afwijkingen, welke aan het hart werden gevonden meer in details werden bestudeerd dan in vroegere onderzoeken geschiedde, en dat meer aandacht werd besteed aan het verband tussen recidieven en hartafwijkingen en aan het aantal recidieven. Verder onderzocht men het verband tussen recidieven en therapie met hormonen of salicylaten en profylactica.

Men had in een vorig onderzoek reeds kunnen vaststellen dat slechts zelden therapie met medicamenten meer effect had dan bedrust alleen tijdens de acute fase van de ziekte, en dat profylaxe het aantal recidieven kon verminderen. Een groep van 125 gevallen wordt besproken die werd behandeld met uitsluitend bedrust en hoogstens een pijnstillend middel, bijvoorbeeld codeïne. Geen hormonen of salicylaten werden toegepast en geen profylactische geneesmiddelen. Schrijver geeft een overzicht van de zeer uitvoerige klinische onderzoeken, welke werden toegepast tijdens de hospitalisatieperiode en de jaren daarna. Zoals reeds gezegd kon men geen overtuigend verschil zien in genezingsduur tussen deze groep en wel met hormonen en salicylaten behandelde patiënten.

Profylaxe werd daarentegen wel ingesteld bij 19 patiënten, die een recidief kregen. Van de overige 106 patiënten uit deze groep hadden er 22 geen klinische of electrocardiografische hartafwijkingen; 41 patiënten hadden een slechts zeer zwak diastolisch geruisje en geen hartvergroting en de overige 43 hadden sterkere geruisen en vaak een vergroting van het hart.

De 22 patiënten zonder klinische verschijnselen van hartafwijkingen waren na vijf jaar nog normaal; bij 32 van de 41 met lichte hartgeruisjes verdwenen deze geheel tijdens de hospitalisatie, doch na vijf jaar bleek bij vier van hen het geruisje weer hoorbaar. In het algemeen kan men concluderen, dat patiënten die acuut gewrichtsreuma doormaken zonder verschijnselen van carditis of met slechts een geringe verlenging van het P.R.-interval, na vijf jaar een normaal hart hebben. Zij die slechts een lichte carditis doormaakten, wat bleek uit een slechts zacht diastolisch geruisje, zijn gewoonlijk normaal wanneer men ze na vijf jaar controleert; sommigen hebben hun zachte geruisje dan nog en vooral diegenen bij wie het tijdens het verblijf in het ziekenhuis constant werd waargenomen.

Van de 43 patiënten met sterkere geruisen en ook geruisen van andere aard (systolisch en diastolisch geruis aan de mitraalkleppen en ook aan de aortakleppen) waren de verschijnselen bij 30 onveranderd toen men ze na vijf jaar controleerde; twee waren normaal geworden; bij vijf waren de verschijnselen minder sterk en bij zes waren de verschijnselen erger geworden. Gewoonlijk waren de eventueel aanwezige verschijnselen van aorta- of mitralisinsufficiëntie verdwenen.

Van de 19 patiënten met recidieven hadden er slechts 15 slechts één recidief van acuut gewrichtsreuma, twee hadden twee of meer recidieven en één had drie aanvallen van chorea. Twee van deze negentien patiënten overleden; zij waren opgenomen met sterke geruisen en tijdens een recidief. Eén van hen had een bacteriële endocarditis gekregen; de andere kreeg een hartdecompensatie.

Patiënten zonder of met lichte carditis tijdens de eerste aanval en die slechts één recidief hadden, kunnen in de volgende jaren normaal blijven, doch wanneer zij eerder aanvallen van acuut gewrichtsreuma hadden of meer dan één recidief kregen, kan zich een ernstige hartafwijking ontwikkelen. Wanneer zij na de eerste aanval sterke geruisen overhouden kunnen volgende aanvallen soms zonder verslechtering verlopen, maar regel is toch dat de patiënt verslechterd of soms zelfs overlijdt.

Bij degenen die drie of meer aanvallen doormaakten, kon men gedurende de controleperiode de grootste achteruitgang in de toestand van het hart constateren. De ontwikkeling van de mitralis stenose schijnt in rechtstreeks verband te staan met het aantal aanvallen dat de patiënt doormaakt.

Een groep van 73 patiënten werd behandeld gedurende zes weken met ACTH, cortison en acetosal. Daarna werden zij gedurende vijf jaren behandeld met een gram sulfonamide per dag als profylacticum; in die periode kregen vijf patiënten een recidief. Wanneer men de groep patiënten, die met deze medicamenten waren behandeld, vergelijkt met de groep die alleen bedrust hadden gekregen dan blijkt bij controle na vijf jaar dat er praktisch geen verschil bestaat tussen beide groepen wat de toestand van het hart betreft, tenminste wanneer men de patiënten, die een recidief doormaakten, niet meetrekt. Zij die een recidief doormaakten waren er echter, wanneer zij alleen behandeld waren met bedrust, na vijf jaar slechter aan toe dan de groep die hormonen, acetosal en pro-

fy lactica had gekregen. In de eerste groep traden meer recidieven op, soms meermalen bij dezelfde patiënt. In de laatste groep had niemand meer dan één recidief en wie er een had was na afloop daarvan niet slechter dan daarvoor.

De conclusie is, dat behandeling in het ziekenhuis met steroïden en salicylaten weinig invloed heeft op de toestand van het hart, maar dat profylaxe, in dit geval met sulfonamide, een gunstig effect heeft door het aantal recidieven te verminderen en daardoor beschadiging van het hart te voorkomen. De schrijver geeft daarom profylactisch sulfonamiden aan patiënten, die behandeld zijn wegens een recidief, aan alle patiënten jonger dan 17 jaar, direct na de eerste aanval en ook aan allen, die in hun voorgeschiedenis vermoedelijk een aanval van acuut gewrichtsreuma hebben doorgemaakt.

Tenslotte wijst de schrijver er nog op dat het diastolische geruis, dat aan het hart kan worden gehoord bij patiënten tijdens de eerste acute aanval in het geheel niet betekent, dat zich een mitralisstenose aan het ontwikkelen is. Integendeel, vaak verdwijnt dit geruis later weer. Een echte mitralisstenose ontwikkelt zich bij lijdens aan acuut gewrichtsreuma alleen als zij enige malen een recidief hebben gehad. Intussen is dat wel moeilijk te rijmen met het feit dat 55 procent van alle lijdens aan mitralisstenose verklaren tevoren nooit acuut gewrichtsreuma te hebben gehad.

L. J. Bastiaans

61-044. The problem of treatment in obesity. *Heinstein, A. R. (1961) G. P. (Kansas) 23, 83.*

Er bestaat veel literatuur over vermagering, maar een kritische beschouwing leert, dat er weinig vaststaande feiten in worden vermeld. In de meeste publikaties ontbreken standaard-criteria voor het beoordelen van het resultaat; verder worden meestal de patiënten, die de kuur onderbreken niet in aanmerking genomen en tenslotte wordt het resultaat alleen bekeken vanuit het gezichtspunt van de auteur, die gewichtsvermindering uitsluitend toeschrijft aan het voorgeschreven dieet of de gebruikte medicamenten en dergelijke.

Als eisen voor een goed onderzoek stelt de schrijver, het vaststellen van een objectief criterium; de studie moet alle patiënten, die aan de behandeling begonnen, omvatten; het resultaat moet niet alleen ná het onderzoek worden bekeken, maar ook op lange termijn; goede double-blind methoden ter controle dienen te worden toegepast. Het resultaat moet worden gemeten niet alleen aan het gewichtsverlies, maar er dient een formule te worden gevonden, waar ook het begingewicht, het overgewicht en het gestelde doel in verwerkt zijn.

Er zijn geen gegevens bekend over de vereiste samenstelling van het dieet, met name over het eiwitgehalte. De meeste gegevens zijn verkregen door onderzoeken bij gezonde mensen van normaal gewicht en worden zonder meer overgebracht op adipeuze patiënten. Er wordt veel waarde gehecht aan de eiwitbalans, maar het blijkt dat bij welk dieet ook, op den duur de eiwitbalans in evenwicht komt en er is geen enkel klinisch beeld bij obesitas bekend, dat aan een negatieve eiwitbalans kan worden toegeschreven. Er zijn geen fysiologische feiten bekend, die aangeven welk dieet — veel of weinig eiwit, veel of weinig koolhydraat, veel of weinig vet — het meest preferabel is. Tenslotte moet het dieet zo zijn, dat het ook aanvaardbaar is voor de patiënt, waarbij tal van factoren, voedingsgewoonten, bereikbaarheid en dergelijke meespelen. „It is the patient, not the nutritionist, who must be satisfied if the diet is to be successful.”

Overmatig vet kan alleen worden verwijderd door een negatieve calorieënbalans. Verhoging van het energieverbruik door lichamelijke inspanning heeft geen invloed van betekenis en helpt alleen zolang er inderdaad wordt geoefend. Medicamenten zijn onwerkzaam of te toxisch. Het voorschrijven van schildklierpreparaten gaat uit van de foute premisse, dat vetzuchtigen een te laag basaalmetabolisme zouden hebben, wat echter niet het geval is, terwijl de preparaten bij euthyreotische individuen geen invloed op de stofwisseling hebben. Over blijft dus alleen het verminderen van de energie-opname, eventueel met ondersteunende maatregelen. Welk dieet gebruikt wordt doet er niet veel toe.

Niettegenstaande de vele vermageringsregiems, is het resultaat over het algemeen mager; een blijvend succes van lange

duur ziet men zelden. Dit moet worden toegeschreven aan de moeilijkheid voor de patiënt om voortdurend op dieet te leven. Dit wordt beïnvloed door de levensomstandigheden van de patiënt, de therapeutische arts-patiënt relatie, het voorgeschreven dieet en de ondersteunende maatregelen. Vrijwel iedereen heeft angsten en spanningen, die hij probeert te onderdrukken. Deze onderdrukking kan op allerlei wijzen plaats vinden en een daarvan is eten. De meeste mensen ontwikkelen een niveau van voedselopneming, dat hun emotionele behoeften bevredigt. Is dit niveau te hoog voor hun energiebehoefte, dan worden ze te dik. Vermindering reactiveert de spanningen weer en als zij dat niet kunnen verdragen, gaan zij weer meer eten. Dit is de oorzaak van het falen van de meeste vermageringskuren. Verbetering zou alleen kunnen worden bereikt door een veranderde psychische status van de patiënt door psychotherapie, door belangrijke lichamelijke aandoeningen

of veranderingen in de levensomstandigheden.

Belangrijk is de steun van de arts, die meer aandacht moet besteden aan de patiënt en minder aan het dieet, door een actieve belangstelling voor de patiënt, door geruststelling, dat de klachten niet van het dieet komen maar van zijn angst, en door het frequent controleren. Een dieet is een behandeling waarbij een patiënt iets moet laten, in het algemeen wordt hem voorgeschreven iets te doen. Bij deze „negatieve” therapie heeft hij alle steun nodig die kan worden gegeven.

J. G. Antvelink

61-045. Inoculation of human volunteers with a strain of virus isolated from a common cold. *Bynoe, M. L., Horner, J., Schild, G. C., Hobson, D., Kipps, A. en Tyrrell, D. A. J. (1961) Lancet I, 1194.*

Daar het thans mogelijk is een verkoudheidsvirus (type H.G.P. of Salisbury 1/57 M) te kweken op nierweefsel van apen is men makkelijker in staat hiermee proeven te doen. Men heeft getracht bij 54 vrijwilligers langs diverse wegen een verkoudheid teweeg te brengen. Zo gebruikte men als entingsmateriaal neusdruppels van een verdunde virusoplossing en vochtige wattenproppen, die in onverdund virus waren gedrenkt en waarmede de conjunctivae, het voorste neusslijmvlies of de achterste pharynxwand en fauci werden bestreken. Voordat men hiertoe overging werd bij bijna alle vrijwilligers de antilichamen-titer van het serum nagegaan, waardoor het mogelijk werd een titerstijging na de infectie te bespeuren. Bovendien tracht men na de enting het virus weer te kweken uit keel- of neusspoelingen en wattenuitstrijken van conjunctivae, neus en keel.

Men verkreeg (reeds bij dit kleine aantal vrijwilligers, ref.) boeiende resultaten, want het bleek dat een verkoudheid kon optreden na enting van het virus op de conjunctivae en het neusslijmvlies, maar niet indien men het op het pharynx-slijmvlies aanbracht. Tevens zag men nooit kans het virus weer te kweken van conjunctivae-uitstrijken, maar wel lukte dit meestal uit neus- en keelspoelingen.

Bij een optredende verkoudheid bleek vrijwel steeds een antilichamen-titerstijging in het serum te worden gevonden, maar een enkele keer werd ook een titerstijging vastgesteld terwijl er geen klinische verkoudheidssymptomen waren. Indien echter de antilichamen-titer vóór de enting reeds hoog was, bleek in het algemeen de kans om verkouden te worden veel kleiner.

Aan de hand van bovengenoemde proefnemingen kwam men tot de conclusie, dat als porte d'entrée voor het verkoudheidsvirus het neusslijmvlies en de conjunctivae zijn aan te wijzen. Dat de conjunctivae deze mogelijkheid zou kunnen bieden werd gegronnd op het feit dat Papp in 1959 aantoonde, dat een mazeleninfectie bij kinderen zou kunnen lopen via de conjunctivae. Tevens bleek dat een verminderde besmettingskans bestaat bij een hoge antilichamen-titer. Op het moment van de uitgebroken verkoudheid bleek het virus aanwezig in de neus en de keel.

J. Grijs

Boekbespreking

M. en E. Balint. Psychotherapeutic techniques in medicine. Mind and medicine monographs. Tavistock Publications Limited, Londen. 1961. f 12,20.

Het materiaal voor dit boek is bijeen gebracht in discussiegroepen van de Tavistock Clinic, waar de psychiater M. Balint en zijn vrouw sinds 1949 met deze groepen hebben gewerkt en waarbij ruim tweehonderd huisartsen hun moeilijke patiënten ter discussie brachten. Uit dit materiaal putte Balint de stof voor zijn eerste, in 1957 gepubliceerde, boek, „The doctor, his patient and the illness”.

Psychotherapie is een modern woord voor een oud begrip. De waarde ervan voor de geneeskunde wordt door sommige medici hogelijk geprezen, terwijl anderen er op neerzien, omdat het onwetenschappelijk zou zijn. Het vóórkomen van emotionele ziekte-oorzaken wordt door sommige huisartsen geschat op 80 procent, door andere op 10 procent. Het is wel duidelijk dat hier subjectieve beoordeling door de arts een grote rol speelt.

De psychotherapie die Balint van groot belang acht voor de huisarts is niet het gezonde verstand, de vlotte manieren („bedside manners”), het gebruik van sedativa, tranquillizers en geruststelling. In dit boek doet hij een poging een wetenschappelijke ondergrond te vormen voor een andere psychotherapie, waarbij de emotionele component van de arts-patiënt relatie op de voorgrond komt. Het is duidelijk dat dit niet alleen uit boeken en voordrachten kan worden geleerd, maar vooral door het zelf doen, dus door eigen ervaring.

In het eerste van het uit vier gedeelten bestaande boek, wordt uiteengezet welke vorm van psychotherapie voor de huisarts de meest geschikte is en welke resultaten hij daarmee kan bereiken. Deze psychotherapie van de huisarts is een andere therapie dan die van de psychiater, waarbij wordt duidelijk gemaakt, dat de psychiater niet op de hoogte is van de grote mogelijkheden, die deze huisartsen-psychotherapie biedt. Hieruit volgt, dat studie op dit terrein slechts vruchtbaar kan zijn door samenwerken van huisarts en zenuwarts. Met enkele ziektegeschiedenissen uit de huisartsenpraktijk worden deze stellingen geïllustreerd.

In het tweede deel worden de alledaagse problemen besproken, die de huisarts ontmoet; hierin wordt geprobeerd aan te geven wanneer en hoe psychotherapie moet beginnen, waar de arts voor moet oppassen en welke plaats psychotherapie inneemt voor iedere patiënt.

In het derde deel worden enkele achtergronden behandeld van die vorm van psychotherapie, die Balint voor de huisarts geschikt vindt. Wat gebeurt er emotioneel bij de arts wanneer hij zich probeert in te leven in de gevoelens van zijn patiënt? Moet de patiënt ook worden geholpen om zichzelf te begrijpen en hoe moet dat gebeuren? Wat is de waarde van het bewuste en het onbewuste beleven dat we als huisarts van de patiënt te weten komen? Welke rol speelt de huisarts tegenover zijn patiënt, is hij de sterke betrouwbare vader-figuur, die enig magisch inzicht heeft en een onuitputtelijk geduld, of is hij een strenge man, die geen nonsens duldt of is hij de zachte tedere liefhebbende moeder-figuur of is hij zichzelf, zonder een rol te spelen? Dit laatste verdient zeker de voorkeur; hij moet niet vergeten dat hij arts is en dat het zijn taak is om oplettend te luisteren en te begrijpen, maar niet om van iemand te houden, streng te zijn of de fouten van de patiënt te verontschuldigen!

In het vierde deel worden de resultaten vermeld, die tot nu toe uit de bespreking van de discussiegroepen (research cum training groups) naar voren zijn gekomen en ook de vele onopgeloste problemen, die een rijk veld voor studie en bewerking vormen. Enkele van de genoemde problemen zijn: is het verstandig om de patiënt zelf te laten praten of moeten wij, artsen, hem in een bepaalde richting sturen of zelfs enige druk op hem uitoefenen; wanneer moet de patiënt worden verwezen naar de psychiater; hoever moet de bemoeienis van de huisarts gaan vóór de verwijzing en wat daarna te doen; hoe lang moet een gesprek duren; hoe beïnvloeden overdracht en