

en angiocardiografie. De onderzoekende arts zal in elk afzonderlijk geval moeten trachten na te gaan of er aanwijzingen zijn voor de aanwezigheid van een der genoemde hartgebreken. Bijna steeds is er cardiologisch onderzoek aangewezen, indien de kinderen ouder dan twee jaar zijn. Onder deze leeftijd zouden wij een dergelijk onderzoek alleen willen aanraden indien de symptomen — kortademigheid, achterblijven in groei, herhaalde infecties der luchtwegen — daartoe aanleiding geven.

Indien de arts de diagnose op functioneel geruis

stelt, zal hij zich eveneens vaak, ter verkrijging van meer zekerheid, tot een cardioloog wenden. Nauwkeuriger auscultatie door een ervaren cardioloog, samen met röntgenonderzoek, electrocardiografie, vectocardiografie en fonocardiografie maken een exacte diagnose veelal mogelijk. Met deze onderzoekingsmethoden is bij het merendeel der kinderen poliklinisch een diagnose te stellen.

Fontana R. S. en J. E. Edwards (1962) *Congenital Cardiac Disease*. W. B. Saunders Cy, Philadelphia, Londen.

## De opleiding in de psychiatrie voor de huisarts; een overzicht

DOOR DR H. J. DOKTER, HUISARTS TE AMSTERDAM

In 1961 is in de *Lancet* een serie interessante artikelen verschenen over de opleiding in de psychiatrie. Tevens verscheen in dat jaar een rapport van de Wereld Gezondheids Organisatie, getiteld „Teaching of Psychiatry and Mental Health”. Voor ons, huisartsen, zijn deze artikelen merendeels zeer de moeite van het lezen waard, vooral ook omdat wij in de toekomst onze verlangens betreffende de opleiding tot arts duidelijk kenbaar willen maken.

In feite staat er niets vast over de eigenschappen die een arts moet bezitten, wil hij een goed arts zijn (*Turrell*). Wel is bekend dat een aantal bewuste en onbewuste factoren een rol speelt bij iemands keuze arts te willen worden; hierover is een vrij groot aantal publikaties verschenen. Wanneer men het onderwijs wil verbeteren, doch men heeft geen duidelijk beeld van wat degene, die wordt opgeleid, in de toekomst zal moeten zijn, behalve dan dat hij „een goede arts” moet zijn zonder nadere omschrijving, dan is het begrijpelijk dat men zich voor moeilijkheden ziet geplaatst.

*Turrell* stelt in zijn artikel, dat het onderwijs van de dynamische en psychotherapeutische psychiatrie noodzakelijk gepaard gaat met een exploratie van het onderbewuste van de student. Dit leidt voor de student tot een zelfkennis, die aanleiding kan geven tot pijnlijke ontdekkingen; als gevolg daarvan kunnen zich bij hem weerstanden tegen het onderwijs in de psychiatrie ontwikkelen. Mogelijk is hieruit ook de bij de andere specialismen waar te nemen weerstand tegen de psychiatrie te verklaren.

Wel schijnt er bij de opleiders een communis opinio te bestaan over het feit, dat de student zoveel mogelijk aspecten van het ziek zijn zal moeten leren kennen; alle specialisten moeten hem erop wijzen, dat wij niet zozeer met een ziekte als wel met een zieke hebben te maken. Evenwel is uit enkele vergelijkende onderzoekingen komen vast te staan, dat de aangeboren aanleg van de student van méér betekenis is voor zijn psychologisch inzicht en voor het gebruik, dat hij daarvan weet te maken, dan zijn opleiding.

*Bleuler*, die zelf een aantal jaren huisarts is geweest, is van oordeel dat de psycho-analyse, ondanks het feit dat deze nu al meer dan een halve eeuw wordt onderwezen, nog steeds tal van weerstanden oproept. Voor de toekomstige huisarts acht hij vooral van belang een vorm van instructie, die de student leert letten op de sociaal-psychiatrische aspecten van de ziekte, welke observatie zo goed als geen tijd kost. Psychotherapie kost tijd en die heeft de huisarts niet. Men zal dus de nadruk moeten leggen op de waarnemingen, welke hij kan doen bij zijn contacten met het gezin, vooral in voor het gezin kritieke tijden. Een sociologie van het gezin is in de opleiding voor de huisarts van essentieel belang.

Een ander belangrijk punt voor de opleiding wordt genoemd in een *Leading article* in de *Lancet* betreffende de reeds genoemde serie: „Teaching of Everyday Psychiatry”. Hierin wordt gesteld, dat meer aandacht zal moeten worden besteed aan de emotionele factoren die de verhouding tussen dokter en patiënt beheersen. Reeds in 1957 heeft *Balint* hierover interessante waarnemingen vermeld. Volgens hem is het noodzakelijk een positieve selectie uit te voeren voor het onderricht in de psychotherapie en daarna voor de algemene praktijk.

Zoals algemeen bekend heeft *Balint* eerst maatschappelijk werksters en later huisartsen in groepsdiscussies een inzicht gegeven in de emotionele factoren die een rol spelen in de verhouding arts-patiënt. *Corn c.s.* geeft het verslag van een dergelijke groepsdiscussie onder leiding van een psychiater. De belangrijke resultaten van zulke discussies mogen bekend worden verondersteld.

*Clyne* heeft een drietal opleidingsinstituten in Engeland en Schotland bezocht, waaronder de *General Practice Teaching Unit* in Edinburgh. Hij vindt de pogingen, die worden ondernomen om de student inzicht te geven in het werk van de huisarts, over het algemeen onvoldoende. Zowel de emotionele factoren, die inherent zijn aan het ziek

zijn, als de dokter-patiënt relatie worden nauwelijks aangeroerd. Men is volgens hem enigszins bevreesd, dat de eigen emotionaliteit van de student teveel wordt geschokt. In de gesprekken, welke Clyne met de studenten van de genoemde opleidingscentra heeft gehad, heeft hij geconstateerd, dat zij zeer enthousiast waren.

Interessant is het door Clyne vermelde citaat van Davie, die de sterke overdracht van de leermeester op de student heeft aangeroerd. De overdracht en de identificatie bepalen voor een groot deel het medisch handelen en denken van de student. Het is dan ook niet te verwonderen dat een groot percentage van de studenten specialist wil worden. Het is te wensen dat er in het onderwijs een ruimere plaats wordt gegeven voor discussie en kritiek, waardoor het denken van de student ongetwijfeld meer wordt ontwikkeld dan door het onbewust imiteren van de docent.

*Garmany* en *Whiteley* stelden onder de studenten van het Westminster Hospital een enquête in betreffende hun opleiding in de psychiatrie. Wat de leer-methode betreft, verlangden deze studenten de demonstratie van gevallen. Bovendien vroegen zij om meer onderricht in de psychosomatische geneeskunde en om instructie in een psychotherapie, die geschikt is voor de huisarts. De schrijvers citeren een advies van de General Medical Council uit 1957: „During his study of all clinical subjects, the attention of the student should be continuously directed by his teachers to the importance of the inter-relation of the physical, psychological and social aspects of disease.”

*Romano* geeft een tiental punten aan, waarop bij het onderwijs in de psychiatrie zal moeten worden gelet. Daaronder worden ook genoemd de unieke relatie tussen arts en patiënt en de „integrale” geneeskunde. *Romano* vindt het noodzakelijk dat de student onderricht krijgt in de gesprekstechniek.

*Kehoe* heeft de universiteit van Rochester bezocht, waaraan *Romano* verbonden is. Vroeger werd uitgegaan van het idee, dat men wel de geneeskunde kan leren, maar dat de geneeskunst is aangeboren. In Rochester tracht men evenwel de studenten ook de geneeskunst te leren. Er is een gedegen opleiding in de algemene psychopathologie, speciaal gericht op het werk van de huisarts. Van belang is dat de student al vroeg onderricht krijgt in de techniek van het medisch interview.

Ook *Klauber* meent dat een basiskennis van de mechanismen, die een rol spelen bij de onderbe-

wuste processen, voor iedere huisarts noodzakelijk is. Men moet niet in de eerste plaats de symptomen behandelen, maar de etiologie opsporen.

*Pinkerton* constateert, dat de student nog een zeer naieve voorstelling heeft van de wetten der psychodynamica en dat hij zich derhalve met een aantal standaard-voorschriften tracht te redden. Volgens hem is het zaak de studenten bij te brengen, dat men in het psychische vlak niet van buitenaf een oplossing kan opleggen, maar dat deze van binnen uit moet komen. *Pinkerton* bespreekt de resultaten, welke hij heeft bereikt met de tape-record methode. De opgenomen gesprekken met patiënten worden later afgedraaid voor de studenten, waarbij gemakkelijk op- of aanmerkingen kunnen worden gemaakt.

*Ingram c.s.* geeft een beschrijving van het onderzoek naar de studieresultaten van de studenten van Glasgow en Edinburgh. *Stengel* bespreekt het opleidingsschema van de universiteit van Sheffield, waar een preklinische opleiding in de psychologie en medische psychologie is ingesteld.

Wij mogen dankbaar zijn dat er over dit onderwerp wordt gesproken, en dat wij kunnen lezen, hoe de diverse opleidingsinstituten in Engeland en de Verenigde Staten pogingen in het werk stellen de student begrip bij te brengen voor een integrale geneeskunde en bovendien trachten hem inzicht te verschaffen in de emotionele factoren die inherent zijn aan het ziek zijn en aan de relatie arts-patiënt. Daardoor wordt velen duidelijk dat het bepaald onvoldoende is de patiënt met een schouderklopje uit de spreekkamer te laten vertrekken of hem tijdens de zaalvisite te karakteriseren als „iemand die het moeilijk heeft”. De werkelijke nood van de mens kan slechts worden gelenuid door hem, die bereid is met die mens in zijn nood mee te gaan. Hoe de arts daar zelf weer uitkomt, is een zaak voor hem alleen — waarbij mogelijk de collega's in de discussiegroep hem de helpende hand kunnen reiken (*Corn c.s.*).

- Balint, M. (1957) *Brit. med. J.* *I*, 156.  
Balint, M. (1957) *Lancet* *II*, 1015.  
Bleuler, M. (1961) *W.H.O. Public Health Papers* 9, 177.  
Clyne, M. B. (1961) *J. Coll. Gen. Pract.* *IV*, 228.  
Corn, A. c.s. (1961) *Lancet* *II*, 251.  
Garmany, G. en J. S. Whiteley (1961) *Lancet* *II*, 38.  
Ingram, I. M. c.s. (1961) *Lancet* *II*, 358.  
Kehoe, M. (1961) *Lancet* *II*, 145.  
Klauber, J. (1961) *Lancet* *II*, 195.  
Pinkerton, P. (1961) *Lancet* *II*, 308.  
Romano, J. (1961) *Lancet* *II*, 93.  
Stengel, E. (1961) *Lancet* *II*, 418.  
Turrell, E. S. (1961) *W.H.O. Public Health Papers* 9, 14.