

tijk van de huisarts trof men echter jammer genoeg zelden aan.

Het verwerven van artikelen over hoofdpijn stuitte op onvoorziene problemen, zodat de door ons gedane toezegging tot nu toe niet kon worden ingelost. In het algemeen ondervindt de redactiecommissie zeer grote medewerking van de door haar benaderde auteurs en op deze plaats moge dan ook weer een woord van grote dank worden gebracht aan al diegenen, die dit jaar meewerkten inhoud en vorm van het tijdschrift te verzorgen. De omvang van het tijdschrift bleef onveranderd, gemiddeld ruim 32 pagina's tekst maandelijks. De opmaak van de colo-

foon onderging een kleine wijziging.

Tot slot kan worden vermeld dat de redactiecommissie de boekenbon voor de beste bijdrage in 1962 in de rubriek „Uit de Centra” heeft toegekend aan mevrouw M. A. Bron-du Crocq, Fuldauer, die dit jaar afscheid nam als correspondent van het centrum Twente, werd eveneens met een boekenbon bedacht, daar hij naar de mening van de redactiecommissie in de afgelopen jaren op voortreffelijke wijze deze taak heeft vervuld. H.

Dryer, B. V. (1962) J. med. Educ. 37, part 2, 93.
Groen, J. (1957) huisarts en wetenschap 1, 81.

Psychotherapie voor de huisarts

DOOR DR M. L. J. VAESSEN, ARTS VOOR PSYCHOTHERAPIE TE HEILOO*

Sinds vier jaar nemen een twintig huisartsen uit de kop van Noord-Holland de moeite vrijdagavond in de St. Willibrordusstichting in Heiloo bijeen te komen voor het huisartsen-seminaar, zoals zij dat onderling noemen. Om een indruk te geven van wat op die avonden gebeurt, moet ik even teruggaan tot ons uitgangspunt. Het initiatief werd genomen door het Katholiek Nationaal Bureau voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Utrecht, dat ook een startsubsidie gaf. Wij hadden via de Maatschappij voor Geneeskunst alle belangstellende artsen uit een wijde kring rond Alkmaar uitgenodigd. Op de eerste avond, in oktober 1958, brak collega De Smet een lans voor een zo breed mogelijk en open contact tussen de psychiaters die in de inrichting werken en de huisartsen en specialisten in de maatschappij. Niet alleen en niet in de eerste plaats gaat het er om dat de huisartsen hun kennis van de zware psychiatrie verdiepen, maar vooral dat de psychiater zich disponibel stelt om de collega's te helpen met de gewone lichtere psychische moeilijkheden in de praktijk van alle dag.

Het eerste jaar begonnen wij met een cursusgroep van vijftien artsen, voor wie de stafleden van de St. Willibrordusstichting capita selecta uit de psychiatrie en psychohygiëne behandelden en daarnaast met een eerste seminaargroep van acht artsen (vijf huisartsen en drie specialisten) onder mijn leiding. In de loop van het tweede jaar taande de belangstelling voor de cursusgroep vrij spoedig; zes artsen uit deze groep waren intussen al over gegaan naar een seminaargroep; er kwam toen namelijk een tweede seminaargroep bij, onder leiding van collega Creutzberg. Van de achttien huisartsen van de beide seminaria vanaf oktober 1959 zijn er twaalf gebleven en zij maken nog geen aanstalten om er mee op te houden. Het zijn dus groepen van acht tot negen man, met een vaste kern van vijf tot zes.

* Assistenten waren de collegae W. Sengers en K. Ceha.

Wij meenden er goed aan te doen in het begin de keuze te laten tussen een meer rationele verdieping, in de vorm van capita selecta, en een meer emotioneel betrokken worden in het psychotherapeutische handelen door het bespreken van eigen patiënten uit de huisartsenpraktijk. Aan deze keuze zit één precaire kant: het lijkt een discriminatie wanneer men zich bekent tot een groep die oppervlakkiger, respectievelijk dieper op de zaak ingaat. Als ik het zo stel, dan plaats ik de lezer weer voor dezelfde moeilijkheid Men zou zich kunnen afvragen: „Doe ik mijn werk dan niet goed?”

Zonder deze gewetensvraag te herroepen zou ik toch van meet af aan een plaats willen laten voor verschillende benaderingswijzen en niet willen monopoliseren. Het is opmerkelijk hoe gemakkelijk het patroon van een alleen-zaligmakend geloof zich ook op wetenschappelijk terrein voordoet. Wij kennen dat van de elkaar als kettters bestrijdende psychotherapeutische scholen.

Iets van het monopoliserende dreigt ook op het gebied van de huisartsen-seminaria, die in Engeland, en ook in Nederland, onder het hoge patronaat staan van Dr Balint. Ik heb grote bewondering voor deze van oorsprong Hongaarse psychoanalyticus, die een hele weg heeft moeten afleggen om zoveel vruchtbare nieuwe ideeën te kunnen brengen over de huisarts-patiënt-relatie. Ik was in 1959 ook bij de groep van Nederlandse huisartsen en psychiaters, die in Londen als gasten aanwezig mochten zijn bij het tienjarig bestaan van de Engelse groepen. Balint ontving ons als een charmante oude heer in zijn deftige woning aan de Portland Place in Londen. Ondanks zijn theorie zit hij als een vorst tussen de discussie-leden van een groep. Hij is het, meen ik, ook niet eens met wat hij noemde the Dutch School, die naast de spontane groepswerking toch ook een plaats zou willen geven aan de systematische instructie door de leidinggevende psychiater.

Een heel andere methode, hier minder bekend, wordt sinds jaren gevolgd op de Psychotherapie-Seminars van Dr Wittgenstein in Duitsland. In 1957 maakte ik een van hun vierdaagse congressen mee in Freudenstadt; deze congressen worden tweemaal per jaar gehouden in een van de Duitse Kurorten. Er komen ongeveer vijftig artsen, die in drie werkgroepen psychotherapeutische onderwerpen bespreken onder leiding van een docent. Instructie en discussie verlopen Deutsch-gründlich. Buiten de werkuuren heerst er een amicale sfeer, die bevorderd wordt door het feit dat deze seminaardagen worden bezocht door een groot aantal vaste deelnemers. Dit is dus weer een heel andere weg die tot hetzelfde doel kan leiden.

Weer volkomen anders pakt de collega het aan, die tijd vrij maakt om in de stilte van zijn studeer- of huiskamer een wetenschappelijk boek grondig door te nemen. Men kan zich dus een psychotherapeutische houding verwerven, door het volgen van een of ander seminar of het lezen van een studieboek; maar deze of gene misschien nog beter door zich te verdiepen in de roerselen van het menselijk gemoed langs de weg van roman of toneelstuk. Prof. Buytendijk zegt in een studie over de psychologie van de roman: „Van alle romans der wereldliteratuur zijn de scheppingen van Dostojevsky de beste oefenschool voor psychologische vorming en de rijkste bron voor psychologische kennis van het menselijke”. De huisarts kan ook de laatste roman van Anna Blaman „De verliezers” op zich laten inwerken. Deze roman heeft bovendien rechtstreeks te maken met ons onderwerp. Men zou het een verloren slag in de strijd voor een adequate psychotherapie voor de verpleegster kunnen noemen. Maar ook de huisarts en de specialisten en hun onderlinge verhoudingen zijn er kort maar scherp in getekend. Geleid door haar hoofdfiguren, de zestigjarige weduwnaar Kostiaan en de beide verpleegsters Driekje en Bertha, laat de schrijfster ons zien, temidden van welke schrijnende nood wij ons bewegen. Heel zorgvuldig en telkens opnieuw laat zij Driekje reflecteren en wachten om het goede woord op het juiste moment uit te spreken. Het is psychotherapie in optima forma. Ik zou ter illustratie een enkele pasage (pagina 302) er uit willen aanhalen:

„Zr. Driekje Vos had met bonzende hoofdpijn een verlamde vrouw aan huis de zoveelste wasbeurt gegeven. Driekje was moe en geprikkeld, ze had ook al eens koel en hard gereageerd op het gezeur van de vrouw over haar man, die er nou een ander op na hield en geen avond meer thuis was. En toen ontviel haar opeens een wijsheid die gekristalliseerd op de bodem van haar ziel scheen te liggen. Ze zei: „Lieve mens, je moet nu eenmaal je verlies kunnen nemen en proberen het dan tenminste voor de rest goed te houden, en dan zal je zien, dan is het ook geen verlies meer.”

„Ze liep de donkere trap af en dacht: het hoort er bij dat je wel eens met de mensen praat, maar het is moeilijk. Hoe weet je ooit of je het goed zegt, of het goed valt en of iemand het dan wel aan kan. Het was waar, dacht ze, wat ik daar zei: als je je verlies neemt is het geen verlies meer. Maar op vele andere momenten is Driekje erg onzeker van zichzelf. Ze aarzelt vooral tussen het gewoon zichzelf zijn en het leren van een zekere tact of zekere aanpak, waar zij zelf en haar patiënten misschien meer mee gediend zijn.”

Ondanks de beste pogingen ruïneert het menselijk tekort vaak een mensenleven; desondanks blijft in Anna Blaman's roman de menselijkheid onaangetaast; menselijkheid in de zin van talent voor liefde, als een gouden draad tussen de brokstukken van menselijk leed en vereenzaming.

Maar het wordt tijd dat ik terugkom op de minder intuïtieve, meer praktisch wetenschappelijke benadering van de psychische nood, zoals wij die als artsen tegenkomen. Ik keer dus terug naar de methode van het huisartsenseminaar en vooral naar de werkwijze, het verloop en de uitwerking van onze groepen in Heiloo. Het is geen gemakkelijke taak om voor buitenstaanders voelbaar te maken wat in zo'n groep omgaat en gebeurt. Sommigen zullen in „huisarts en wetenschap” wel een ander hebben gelezen over de werkwijzen van verschillende groepen in Nederland. Het zijn er momenteel ongeveer dertig. Er zijn nogal grote verschillen, met name over het principiële punt of de psychiater-groepsleider of -adviseur meer als docent of meer als katalysator van een groepsproces zal fungeren; en ook of hij bijvoorbeeld als docent zal beginnen en zich in de loop van de discussie meer op de achtergrond zal houden. Ook hebben enkele groepen, al of niet op een podium, wel eens een demonstratie gegeven voor andere collegae om te laten zien hoe zo'n discussie verloopt; maar het spontane er van is dan goeddeels weg.

Van de groepen van collega Creutzberg en mij zijn gedurende de eerste drie jaar door een assistent-observator vrij letterlijke verslagen gemaakt. Zij geven een indruk van de stof welke door de psychiaters is behandeld, van de eigen patiënten en de eigen moeilijkheden van de huisartsen en van de emoties, die af en toe in levendige mate gewekt werden. Toch valt het niet mee om het geheel samen te vatten of evocatief aan de hand van één zitting te laten spreken. Ik zal mij verder beperken tot mijn eigen groep omdat ik hiervan het meest levendige beeld zal kunnen geven.

* * *

Werkwijze: De bijeenkomsten worden 's avonds om de veertien dagen gehouden in mijn werkkamer van de St. Willibrordusstichting en ze duren twee uur. Het *eerste jaar* werd systematisch begonnen met een inleiding door de psychiater-groepsleider. Hoofdstuk voor hoofdstuk werd het eerste boek van Dr Balint behandeld. De duur van deze inleidingen varieerde van een half uur tot drie kwartier. Daarop volgde een vrije discussie over het onderwerp of wat daarbij aansloot.

Ik zal nu ter illustratie enkele typerende stukken aanhalen uit de verslagen van de discussies en uit de evaluatie achteraf, beide van de hand van de assistent-observator. Daarbij is met Romeinse respectievelijk Arabische cijfers aangegeven, het hoeveelste jaar het betrof en de hoeveelste bijeenkomst in dat jaar. De deelnemers zijn aangeduid met de letters E, B, D, enz.; V is Vaessen.

Verslag (I-1). Nadat nader is uitgesponnen dat het dus voornamelijk gaat om de patiënten met functionele klachten of althans klachten van psychogene oorsprong (I), zet E uiteen dat hij aan het uitleg geven een grote waarde hecht: de patiënten weten meestal weinig van de bouw van het lichaam en komen, wanneer ze klachten hebben, tot de vreemdste inzichten daarover. Een eenvoudige uitleg, zo nodig ondersteund met een sedativum, is dikwijls doeltreffend, vooral wanneer de uitleg met enige bravour wordt gebracht. D en B betwijfelen dit; zij willen eerder denken aan de mogelijkheid van achter de klacht verscholen problematieken. E neemt dit niet zo gauw aan. V merkt op dat het voor E „maar” functionele klachten zijn. G is het echter eens met E, want ook hem is vaak gebleken dat een reële eenvoudige uitleg voldoende is om functionele bezwaren te doen verdwijnen. Deze methode komt dus neer op een geruststelling. E gaat hierop nader in door te vertellen hoe hijzelf als medisch kandidaat klachten had die door een afgestudeerde vriend werden gediagnostiseerd als een paroxysmale tachycardie ten gevolge van te veel roken; nadat hij daarover wat leatuur had gelezen is hij erg geschrokken, tot hij tenslotte door een cardioloog, die hem resoluut te kennen gaf dat er niets aan de hand was, voorgoed werd gerustgesteld.

De bijeenkomst wordt met een rondvraag besloten. Daarbij stelt G voor elkaar te tutoyeren, C vraagt nadrukkelijk om verbetering van onze duidingstechniek en B wil een volgende maal wat gericht gaan werken; D adviseert een patiënt te bespreken die aan een van de deelnemende specialisten bekend is en men gaat akkoord met het verzoek van G en C, of het ook een succesgevalletje mag zijn.

Evaluatie (I-1). De groep viel, vooral op het einde, te veel in kleine onderlinge discussies uiteen. De jeugdervaring van E bepaalt zijn standpunt ten aanzien van de psychosomatische klachten. Vrijwel alle groepsleden — E nog het minst — zijn affectief sterk in de bespreking betrokken geweest, wanneer althans de vuurrode oren en het rode of witte gelaat als maatstaf daarvoor mogen gelden.

Evaluatie (I-2). Duidelijk is geworden dat al datgene, wat nodig is om een psychische problematiek te exploreren en aan te vatten, door de groepsleden niet alleen als moeilijker dan de somatische technieken wordt ervaren, maar dat sommige groepsleden dit onbewust zien als een soort te veroordelen diefstal uit de innerlijke schatkamer van de zieke, casu quo het opdringen van waren tegen de wil van de koper (dit blijkt uit de termen die gebruikt worden om het gebeuren van de psychiatrische anamnese en de psychotherapie aan te duiden: vissen, de kwakzalver spelen, van de hoge toren blazen, de vrolijke Hans uithangen, zelfbevrediging, het leuke of geheide geval, op slinkse wijze uit de tent lokken).

Verslag (I-3). Er wordt begonnen met de rondgang langs de spreekuren: iedere deelnemer huisarts, alsook de internist, heeft een overzicht gemaakt van de patiënten die de vrijdag tevoren het spreekuur bezochten, met de bedoeling een indruk te kunnen geven van de frequentie van de psychogene klachten. B had die dag toevallig weinig patiënten (19); daarvan waren er onverwacht weinig (twee), wier klachten als psychogene klachten mogen gelden. Eén casus zal worden aangehouden: een vader met twee kinderen (een speciale vorm van the patients offer) bleek eigen klachten te hebben via welke hij over zijn huwelijksmoeilijkheden vertelde; toen B diezelfde middag het gezin bezocht bleek het conflict ernstig te zijn. Naar aanleiding van deze casus wordt de vraag gesteld wat de taak van de huisarts is in huwelijksproblemen (terzijde laten of arbitrerend?).

Verslag (I-4). Daarna bespreekt D de patiënten, die hij deze ochtend op het spreekuur had. Het waren er 33, dus te veel om ze alle uiteen te zetten. Zoals de vorige keer uit de aanloop van C bleek dat het spreekuur voor hem een zware opgave was, zo gaf nu ook D daarvan blijk, gezien zijn verzuchting „bescherm me en spaar me want hoe moet ik daar doorheen komen”. Als om hem een hart onder de riem te steken vertelde B dat hij die ochtend 47 patiënten had.

D zou frequenter bijeen willen komen, temeer omdat het de vraag is of we in deze cursus nog aan de eigenlijke psycho-

therapie toekomen, maar de overige leden gaan liever langer door dan eens per week bij elkaar te komen. Tenslotte merkt B op dat hij al veel aan het seminaar heeft gehad en vraagt of V er ook tevreden over is, waarop V bevestigend antwoordt.

Evaluatie (I-4). Voor de enthousiaste tevredenheidsbetuigingen van B betreffende de resultaten van het seminaar vonden de overige leden het klaarblijkelijk nog te vroeg, al vielen ze B niet af. Wel wordt door verschillende verlangend uitgezien naar de avond. Wil dat zeggen dat B reeds diverse automatismen of blinde vlekken bij zichzelf heeft ontdekt? De discussie verliep deze maal opvallend goed, dat wil zeggen de leden waren er emotioneel goed in betrokken; academische betogen bleven achterwege.

In de vijfde tot en met zevende zitting kwamen de door Balint gewraakte emotionele spanningen tussen huisartsen en specialisten op tafel. Ook in onze groep, waarin naast vijf huisartsen drie specialisten zitting hadden, gaf dit een enorme deining. Ik kan hier helaas niet gedetailleerd op ingaan, maar vermeld alleen de conclusie van onze secretaris:

Evaluatie (I-7). Hoewel het onderwerp van de verhouding tussen huisarts en specialisten verre van voldoende is afgewikkeld, werd dit in deze bijeenkomst toch voorlopig afgesloten om een teveel achter raken bij het voorgenomen programma van dit jaar te voorkomen. Het is echter wel duidelijk uit de discussies gebleken, dat er enorm veel spanningen liggen in de driehoeksverhouding patiënt-huisarts-specialist, die de goede, coöperatieve arts-patiënt-relatie voortdurend belemmeren.

Verslag (I-8). Heeft een zich spontaan uiten — hoe moeilijk dit ook vaak zal zijn — steeds een grotere therapeutische waarde dan het gesprek, dat zich ontwikkelt bij een meer actieve instelling van de arts? Met andere woorden, wanneer een patiënt moeite heeft zijn problemen ter sprake te brengen, zou men dan, al luisterend, hem moeten laten modderen? De groep komt tot de conclusie dat een optimaal therapeutisch effect wordt bereikt bij een spontaan zich uitspreken, waarbij er echter geen bezwaar bestaat de patiënt zondig over de grootste weerstanden voorzichtig heen te helpen. Ook hieruit volgt dat de primair luisterende instelling de meest adequate is en G komt daarna tot de vraag, of zijn methodiek om de patiënten lijnrecht te leiden naar wat hij als probleem aanwezig veronderstelt, wel juist is.

Evaluatie (I-8). Het blijkt dat de luisterende instelling door alle deelnemers als belangrijk en onmisbaar kan worden geaccepteerd. Hoe dit ieder afzonderlijk zal afgaan is niet ter sprake gekomen, hoogstens op indirecte wijze door D, die enkele malen heeft gezegd het jammer te vinden dat er niet kon worden uitgegaan van een vragenlijst (hetgeen hij in een vroegere bijeenkomst al eens ter sprake bracht). Het voorstel van D om met deze groep ook het komende jaar door te gaan wordt door allen (behalve T, die zich hierin niet duidelijk uitspreekt) ondersteund. De meerderheid is het eens met I, die dan minder programmatisch wil gaan werken en tezamen de eigen patiënten zou willen gaan bespreken.

Evaluatie (I-10, de laatste zitting van het eerste jaar). a De sfeer van deze avond was minder boeiend, waarschijnlijk door de afwezigheid van drie deelnemers en door het feit dat de laatste bijeenkomst vier weken geleden was. In de discussie uitte zich dit door het ontbreken van een grote lijn en de betrekkelijke oppervlakkigheid, waarmee een en ander werd afgedaan. De deelnemers bleven individuele leden inplaats van een affectief verbonden groep, waardoor een werkelijk diepgaande gedachtenwisseling onmogelijk werd. Dat dit overigens goed beseft werd bleek wel uit het nadrukkelijk aan de orde komen van het absentisme.

b Toen V de kwestie van de indicatie-stelling ter sprake bracht, brak er plotseling iets van een opstand tegen hem door. Hij had namelijk verteld dat debielen, psychopaten, dwangneurotici en patiënten in de dalende levenslijn niet konden of

mochten worden geholpen op de wijze, die op dit seminaar wordt besproken. In plaats van zich af te vragen hoe deze mensen dan wel konden worden geholpen nam men het V als het ware kwalijk, als zou hij menen, dat men deze groep patiënten in de kou moet laten staan. Weliswaar kwam hierna onmiddellijk de correctie (I) maar de eerste oppositie was toch frappant.

c In de bespreking van de plannen voor het komende jaar kwamen de oude rivaliteitsgevoelens tussen huisartsen en specialisten weer naar voren, met name toen het ging over de krachtsverhoudingen binnen het seminaar. Herhaaldelijk is in deze groep gebleken hoe labiel de collegiale verhoudingen toch eigenlijk zijn en tevens hoe sterk de noodzaak tot verbetering ervan wordt gevoeld.

d De aanwezigheid van een arts-observator, die aantekeningen maakt, en het lezen van deze verslagen achteraf (na de vierde en negende bijeenkomst) heeft de groepsleden niet kopschuw gemaakt; er werd, vooral in het begin, nog wel eens een opmerking gemaakt: „denk er aan, alles wordt opgeschreven”, maar over het algemeen kunnen wij zeggen, dat de groep zelf deze verslagen bijzonder heeft gewaardeerd en dat deze werkwijze de spontaniteit gezinszins heeft geremd.

Tweede jaar. In het begin van het tweede jaar gaf ik nog systematisch een inleiding, met name over de beginmoeilijkheden van het psychotherapeutische werk, uit een Amerikaans boekje van Colby. Het werd echter al spoedig duidelijk dat de groep ver genoeg was om het initiatief te kunnen overnemen. Ik hoefde niet langer de specialistische docent en mentor te zijn maar kon meer in de geest van Balint gelijkwaardige partner worden. Ik leerde evenveel van de huisartsen als zij van mij: met name hoe de praktische setting van de psychotherapie voor de huisarts een heel andere is dan die van de psychiater; een braakliggend terrein, dat niet voor de psychiater maar wel voor de huisarts toegankelijk is. Een goed voorbeeld van een discussie in aansluiting aan een inleiding van de groepsleider vinden we in de derde groepszitting.

Verslag (II-3). V geeft hier een voorbeeld uit de eigen praktijk. Hij raakte geprikkeld door het filosofisch gezwam van een patiënt en vroeg zich af, of dit adequaat was. Deze irritatie zou bijvoorbeeld ook kunnen ontstaan door: een beginnende griep van de therapeut; vergelijking van de eigen kinderen met de patiënt; krenking van zijn narcisme, omdat de patiënt maar niet op wil schieten met zijn therapie; door een voorafgaand onderhoud met de huisarts, die van mening was dat het enige wat patiënt nodig had, was: een flink pak op zijn donder. Na deze inleiding volgt de discussie.

Langzamerhand kwam het gesprek op het geïrriteerd raken van de arts. Algemeen was men er van overtuigd dat de arts in de praktijk vaker geïrriteerd raakt. T vroeg of boos worden nuttig zou kunnen zijn, zoals bijvoorbeeld in de verhouding hoofdverpleegster-leerlingverpleegster, waar zo iets tot de goede gewoonten behoort. K stelde, dat kwaad worden zeker nuttig kan zijn, en vroeg zich af of je jezelf zover mag verwringen dat je, wanneer je kwaad bent, doet alsof je het niet bent; dit zou oneerlijk zijn. D antwoordde dat je niet kwaad wordt, wanneer je beseft dat het een fifty-fifty relatie is, en dan dus ook niet onecht kwaad hoeft te zijn en ook C meende dat men het snelst kwaad wordt bij aantasting van eigen autoriteit. B vraagt zich af of je niet vaak geïrriteerd wordt doordat je moeilijkheden voorziet en of je eigenlijk wel ooit geïrriteerd mag zijn; hij vindt dat de arts zichzelf er later naar door voelt en dit wil hij vaak goed maken door de betrokken patiënt op te zoeken en nog eens met hem te praten. H vindt het geïrriteerd zijn zeer belangrijk, vooral op de drukke spreekuren (D en F stemmen hiermee in), maar het is volgens hun per se fout: de arts moet trachten het nooit te worden. F geeft nog aan dat de patiënt vaak overstelpt wordt met schuldgevoelens door het boos worden van de arts zon-

der dat er een nuttig effect is (geeft hiervan een voorbeeld). C vraagt wat je kunt doen: ontploffen of je realiseren wat er aan de hand is? Volgens C zou ontploffen soms wel goed kunnen zijn, maar dan moet het zo zijn, dat de verhouding er niet door wordt afgebroken. D merkt ook op dat je er zelf altijd over zit te piekeren. In het algemeen wordt gesteld dat het wel zeer nuttig kan zijn onder bepaalde omstandigheden resoluter op te treden.

Aan V werd enkele malen gevraagd wat hij nu in die bepaalde, in zijn inleiding genoemde situatie had gedaan. Na deze vraag enkele malen te hebben teruggekaast naar de groep, antwoordde V in die zin, dat hij in verband met zijn geprikkeldheid op zijn *qui vive* was en zijn woorden tegenover de patiënt extra overwoog, vóór hij ze uitsprak. V stelde ook dat het geïrriteerd zijn vaak wordt veroorzaakt door een narcistisch gekwetst zijn als autoriteit.

Hierna zijn de tweede jaars huisartsen rijp voor bespreking van eigen gevallen. Zij zijn lang genoeg aan de hengel geweest, ze kunnen nu zelf zwemmen, hoewel niet in die mate als Balint wenst. De volgende keren worden door de verschillende huisartsen eigen patiënten besproken, die zij ongeveer één keer in de veertien dagen 's avonds voor een gespreksuur hebben laten terugkomen. Om een indruk te geven van de aard van de besproken patiënten geef ik de reeks in chronologische volgorde van huisarts E, huisarts D, enz.

E: Houterige nozem met enuresis klachten.

D: Een 24-jarige jongeman met atypische-buikklachten.

D: Een 17-jarig meisje dat al jaren periodiek klaagt over hoofdpijn. De betrokken huisarts geeft een verslag van zijn eerste psychotherapeutische gesprek met haar; hierna volgt een zeer levendige discussie, waarin men enerzijds de schuldgevoelens van deze huisarts bagatelliseerde, omdat hij zelf zo sterk het gevoel had met zijn klompen op een gevoelige snaar te hebben getrapt, anderzijds enkele fouten in de techniek ontdekte.

Verslag (II-5). De afspraak is eigenlijk met de moeder van patiënte gemaakt. Somatisch en psychisch onderzoek gebeurden in één zitting, dus zonder dat patiënte de gelegenheid kreeg zich voor te bereiden. In het eerste gesprek met dit 17-jarig meisje werd reeds over seksualiteit gesproken. Het tempo van exploreren lag te hoog, mogelijk door de drang van D om conflictstof te vinden.

Evaluatie (II-5). Uit deze discussie komt duidelijk naar voren hoe een bepaalde theorie veel persoonlijker en veel dieper wordt verwerkt, wanneer eerst de moeilijkheden in de praktijk van de huisarts naar voren komen, dan wanneer V een theoretische inleiding zou houden over de psychotherapie bij de puber.

C: Een 33-jarige man met rugklachten, welke op impotentieklachten bleken te berusten.

I: Een 55-jarige man, die bij de internist steun zocht nadat een zenuwarts hem had afgeschreven als maligne hypochonder.

H: Een 35-jarige zwakbegaafde vrouw, die driemaal per dag jammerend bij de huisarts aan de deur komt met duizend en één klachten „van de kruin tot de voeten”.

F: Een 38-jarige man in een hysterisch-depressieve schemertoestand; hierbij werd gevraagd, of je deze ouderwets flink mag aanpakken of eens rustig bij hem moet gaan zitten.

In het *derde jaar* werd met een enigszins gewijzigde groepsamenstelling verder gegaan met het bespreken van eigen gevallen. Alleen als er aanleiding of gelegenheid toe bestond, volgde hierop een stukje theorie door de psychiater. In totaal werden in het tweede en derde jaar door elf van de veertien artsen 15 patiënten uitvoerig besproken en ten dele in latere zittingen vervolgd. In het derde jaar waren dit de volgende patiënten.

D: Een 35-jarige gehuwde vrouw, lusteloos, angstig en aanvankelijk geen kinderen.

M: Een 22-jarige jongeman met hartkloppingen, homoseksuele neigingen en autoriteitsconflicten.

M: Een pas gehuwde vrouw met hyperemesis en plannen om te scheiden.

L: Een 57-jarige man met rugklachten welke bleven na operatie; hij kan zich moeilijk handhaven in zijn te snel gemoderniseerde werkkring.

K: Een 26-jarige vrouw met recidiverende aanvallen van angst en benauwdheid, door de psychiater afgeschreven met Largactil.

C: Een 28-jarig stil meisje, dat al jaren leed aan een lichte narcomanie.

N: Een 28-jarige vrouw met heimwee, die uiteindelijk niet met psychotherapie maar met Marplan genas.

G: Een gehuwde vrouw met pijn in de onderbuik en afkeer van de seksualiteit.

In het vierde jaar vormden eveneens de besprekingen van eigen patiënten en eigen praktijkmogelijkheden de hoofdschotel van de discussies. Nieuwe elementen waren de volgende: twee collega's brachten enkele malen bandrecorder-verslagen mee van een uitvoerig gesprek met een patiënt; de stem, de bewoordingen en het zwijgen, niet alleen van de patiënt, maar ook van de arts leverden een bijzonder boeiend uitgangspunt voor discussie en correcties ten aanzien van de gewenste instelling en methodiek. De aandacht werd ook gescherpt doordat ik twee keer aan de hand van een voorbeeld een deel uit het schema van de biografische anamnese van collega Bastiaans besprak; met name het vastleggen van de eerste indrukken die men bij een nieuwe patiënt krijgt.

Maken wij de balans op van deze vier jaar, dan zou ik conclusies willen trekken ten aanzien van drie punten:

- 1 Het werken in groepsverband.
- 2 De psychische conditie en de onderlinge relaties van de artsen zelf.
- 3 Veranderde diagnostische en therapeutische mogelijkheden.

Ad 1 Men heeft wel eens gezegd: het zijn eigenlijk therapeutische groepen; wij zien hierin dezelfde group-dynamics als bij de groepstherapie: onder andere een open en soms heel emotionele gedachtenwisseling, het zich aan elkaar spiegelen en de vermindering van de schuldgevoelens over het tekort schieten. Toch komen de deelnemers niet onder de dekmantel van een cursus voor eigen therapie, want dat loopt meestal nogal gauw mis; wel kunnen we zeggen dat de meeste artsen, die enkele jaren aan deze seminars hebben deelgenomen, een emotioneel groeiproces hebben doorgemaakt.

Ad 2 Dit brengt ons dus meteen op de artsen zelf en hun onderlinge relaties. In het begin hebben wij met Balint gezegd: het wordt geen cursus maar een persoonlijk avontuur! Dat is het ook geworden, zowel voor de psychiaters als voor de huisartsen. Dit blijkt duidelijk uit enkele zinsneden van de huisartsen welke ik hier letterlijk weergeef: „Het meest verrassende is, ik doe mijn werk veel meer ontspannen, met veel meer plezier. Na mijn spreek-

uur zee ik vroeger in een stoel neer. Tegenwoordig zeg ik wel eens: het ging lekker vandaag”. Een andere: „Ik werk effectiever in dezelfde tijd”. „Het fabeltje van de dokters die het zo druk hebben moet niet te ver gaan”.

Op dit soort oordelen, die wel eens het gevaar van een admiration mutuelle zouden kunnen inhouden, zijn ook uitzonderingen. Een collega zegt eerblijkelijk: „Ik ben door het seminaar niet anders geworden; het nieuwe zintuig is mij blijkbaar nog niet aangegroeid. Ik zie nog altijd op tegen het spreekuur”.

Een ander facet vormen nog de intercollegiale verhoudingen. Juist doordat in onze groepen ook enkele specialisten zaten, kwam de kwetsbare driehoeksverhouding huisarts-patiënt-specialist meermalen in het spel. Hoewel wij, als het weer eens op dit onderwerp kwam, nooit uitgepraat raakten, meen ik toch dat ook in deze verhouding een zekere ontspanning is opgetreden.

Ad 3 Is men zijn patiënten anders gaan zien, anders gaan behandelen? Uit het voorgaande blijkt dat juist de ontspannen arts-patiënt-verhouding het grote winstpunt is. Dit punt is nog als volgt te specificeren. Men heeft oeg gekregen voor de psychogenese en dit betekent, ook zonder dat men uitgebreide psychotherapeutische gesprekken arrangeert, heel veel. Men doet dit door eens met de mensen te praten, ook al is het kort, dus op het spreekuur of bij de zieke aan huis. Reik zou zeggen: men heeft er een nieuw orgaan bijgekregen, het luisteren met het onbewuste, het derde oor.

Ten aanzien van de psychotherapie in meer uitgewerkte vorm: de meesten hebben, gesteund door het seminaar, een reeks van geplande gesprekken gevoerd met uitgezochte patiënten, maar toch voelt men zich hiervoor onvoldoende geschoold. Dit worden wat men noemt „geen eclatante successen”; „ik ben beter geworden voor de lichtere gevallen” of weer een andere collega: „Ik erger me veel minder aan de zogenaamde teutebellen en zeurpieten, ik kan me nu beter voorstellen dat zo iemand met klachten naar je toe komt”.

Ook zagen we een verbetering ten aanzien van de zwaardere psychiatrische patiënten: „Als ik vroeger bij een hysterisch insult geroepen werd, was ik gauw kwaad, nu heb je er een betere kijk op, je vangt het beter op en je kunt meer doen.” Een ander formuleert het als volgt: „Naast belangstelling voor psychische aspecten leer je ook distantie te nemen; vroeger was je wel eens zo aangegrepen dat je perplex was en dan je objectieve visie verloor.” „Je hebt geleerd met mensen te praten; al verdwijnen de klachten niet, ze zijn er je toch dankbaar voor.”

Aan het einde van deze beschouwing wil ik ook trachten zelf tot een standpunt te komen ten aanzien van het dilemma, dat zich in alle huisartsenseminars telkens weer voordoet, namelijk psychotherapie leren of luisteren naar de patiënt. Deze tegenstelling vindt men zowel bij de groepszittingen als in de praktijk zelf. Zelfs kan men stellen:

de keuze, die men maakt in de groepsstijl, bepaalt ook de behandelingsstijl in de praktijk. Het ene uiterste is: de psychiater weet het, hij doceert psychotherapeutische indicaties en technieken, verschafft de huismedicus een handleiding zoals hij die zelf heeft ontvangen van andere specialisten. Het andere uiterste is: de psychiater doceert in het geheel niet, luistert met de huisartsen mee naar hun gevallen, hij laat ze zwemmen en laat liever de groep correcties maken dan het zelf te doen.

Het is de grote verdienste van Balint geweest de revolutionaire methodiek van het luisteren in extremis door te denken en toe te passen. De specialist vervalt zo gemakkelijk tot het doceren en de huisarts tot het werken met een schema en een recept.

Persoonlijk voel ik het meest voor een combinatie van beiden. Ik ben begonnen met anderhalf jaar te doceren en daarna twee jaar te luisteren en de laatste maanden doe ik beide, afhankelijk van de situatie in de groep. Ik heb dus geen bezwaar tegen het

geven van een instructie over de biografische anamnese; meer positief gezegd, ik zou in de komende jaren met de huisartsen gaarne samen eens systematisch aan een onderwerp willen werken, bijvoorbeeld de kwestie van de indicaties voor diverse psychotherapie-vormen en vooral over die psychotherapie-vormen, die voor de huisarts het meest adequaat zijn. Dit wordt ten dele een spel van vraag en antwoord; tegelijkertijd zou ik echter het vrije spel van het luisteren niet willen loslaten. Wij mogen niet vergeten, dat wij ten dele zijn overgeleverd aan identificatie-processen die van vader op zoon en zo ook van specialist op huisarts en van huisarts op patiënt overgaan. Ze betalen ons met gelijke munt terug!

Ik wil eindigen door dit te illustreren met de historische anecdote van een van onze huisartsen: „Ik had een patiënt die naar de psychiater ging en eigenlijk het belangrijkste had verzwegen; toen vroeg ik hem: „Maar waarom heb je dat dan niet aan de dokter verteld?“, waarop de patiënt antwoordde: „Ja, daar vroeg hij niet naar.””

*Chirurgische behandeling van traumatische hersenletsels; enkele nieuwe aspecten**

DOOR R. C. KRUYT, NEUROCHIRURG, MEDE NAMENS S. A. DE LANGE, NEUROCHIRURG**

Wanneer we ons trachten te realiseren welke vorderingen de laatste jaren zijn gemaakt bij de behandeling van schedeltraumata, dan is het goed eerst een ogenblik aandacht te schenken aan de organisatie, die een rol speelt bij de eerste hulp aan de gewonden. De wijze waarop deze organisatie werkt is namelijk van zeer groot belang voor de behandeling van de acute epi- en subdurale-hematomen. De ervaringen van de neurochirurg waren niet steeds bemoedigend wat betreft deze gewonden. Vaak was het aantal in consult geroepen specialisten, voordat de juiste diagnose werd gesteld, zo groot, dat operatieve therapie geen zin meer had daar zich inmiddels irreversibele afwijkingen hadden gevormd. Niet altijd realiseerde men zich voldoende dat een patiënt, die eerst nog aanspreekbaar was en hoogstens de verschijnselen van een commotio cerebri vertoonde, doch na een vrij interval in snel tempo comateus raakte, met de grootste spoed diende te worden geopereerd. Uitgebreide diagnostische handelingen van röntgenologische aard, het vervaardigen van electroëncefalogrammen en dergelijke verkleinen dikwijls de kansen van de patiënt, omdat de tijds marge, waarin hij geholpen kan worden, zo gering is.

Het is dan ook een gelukkige omstandigheid, dat

* Voordracht gehouden op de studiedag traumatologie, ziekenhuis Dijkzigt te Rotterdam, 28 april 1962.

** Afdeling neurochirurgie, ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam.

men zich bij de huidige organisatie van de traumatologie in het Dijkzigt-ziekenhuis rekenschap heeft gegeven van deze dingen. Ook patiënten met schijnbaar onschuldige schedelletsels worden enige tijd geobserveerd en bij bewustzijnsdaling wordt de neurochirurg direct gewaarschuwd, zodat zeer snel kan worden ingegrepen. Deze samenwerking heeft goede resultaten gehad voor de patiënten.

Wat moet er gebeuren met patiënten met dergelijke afwijkingen die niet binnenkomen in een ziekenhuis met een neurochirurgische afdeling? Het antwoord hierop is dit: iedere algemene chirurg moet in staat zijn bij patiënten, die verdacht worden van acute intracranieële hematomen, boorgaten aan te leggen; deze operatieve handeling is technisch eenvoudig. Door het ontlasten van het hematoom wordt zoveel tijd gewonnen, dat een naburig neurochirurg kan worden gewaarschuwd die de ingreep met het opzoeken en onderbinden van het bloedende vat kan afmaken. Zelfs transport van een patiënt met een gedraineerde hematoomholte is zeer goed mogelijk.

Samenvattend kan men dus zeggen, dat het scheppen van een juiste organisatie levensreddend kan werken.

Een ander punt van groot belang voor de patiënt met een schedelverwonding is het voorkómen van