

De tweede Amsterdamse studiegroep voor medische psychologie

DOOR DR. J. A. WEIJEL, ZENUWARTS TE AMSTERDAM

Het initiatief tot scholing van huisartsen in psychotherapie is in Nederland van de huisartsen zelf uitgegaan, waarbij zij psychiatrische medewerking hebben ingeroepen. In Engeland — en nu ook in Frankrijk en Duitsland — is het omgekeerde geschied en is dit initiatief van de psychiaters uitgegaan, met name van de Tavistock Clinic te Londen, waar de mogelijkheid tot nascholing in groepsverband werd opengesteld op basis van de door Balint gepropageerde methode. In Amsterdam waren wel reeds door het Instituut voor Medische Psychologie en het Psychoanalytisch Instituut lezingencycli gehouden. Door de activiteit van enkele leden van het Nederlands Huisartsen Genootschap, die meer verlangden, werden de laatste jaren groepen gevormd, die volgens de groepsmethode wilden werken.

Een belangrijk verschil met de in Londen gevolgde gang van zaken was dat het daar de psychiaters waren, die erop toezagen wie zich voor dergelijke groepen aanmeldden en selecteerden, terwijl in Nederland dit omgekeerd was, omdat de huisartsen het initiatief hadden genomen. Het is echter in het vijftal jaren, dat in ons land deze werkgroepen bezig zijn, gebleken, dat zowel de groepsleden als de adviserende psychiaters aan bepaalde eisen moeten voldoen voor een vruchtbare samenwerking. De samenwerking als zodanig is zelfs belangrijker dan de gevolgde methode. Wat dit laatste betreft: het star vasthouden aan één bepaalde methode, bijvoorbeeld van Balint of van Rogers, is beslist geen voorwaarde om tot een verdieping van inzicht en verbetering van psychotherapeutische benadering te komen. Vaessen* heeft reeds in dit tijdschrift gewezen op de vrijheid, die de Nederlandse groepen hebben genomen om af te wijken van de door Balint opgestelde regels. Ook geheel andere methoden blijken te voldoen, mits de groep in staat is als eenheid te werken. Er zijn psychologische werkgroepen, die telkens de aandacht geheel op één patiënt richten, andere bestuderen verschillende gevallen van één ziekte en weer andere nemen de gesprekstechniek als onderwerp; al deze methoden functioneren goed.

De tweede werkgroep van het N.H.G. te Amsterdam, die een gewijzigde Balint-methode volgde, heeft drie jaar bestaan als werkgroep voor medische psychologie, van januari 1960 tot december 1962. De huisarts A liet een oproep plaatsen in een convocatie van het centrum Amsterdam van het N.H.G., waarop een vijftal huisartsen zich meldden; A nodigde ook de psychiater uit.

De groep bestond aanvankelijk uit zes leden-huis-

artsen, vijf mannen en een vrouw, later, in begin 1961, werd nog een vrouwelijke collega, G, uitgenodigd deel te nemen. De leden D en F waren een jaar op een cursus geweest van het Psychoanalytisch Instituut, G zelfs twee jaar.

In de eerste zitting nodigde de initiatiefnemer A de leden uit gegevens over zichzelf te verstrekken. Er bleken twee, later drie huisartsen echte Amsterdamse volkspraktijken te hebben, de anderen hadden meer gemengde praktijken met middenstanders en geschoolde arbeiders. Tweemaal twee collegae zaten in elkaars zondagsdienstgroep, maar in het algemeen interfereerden de praktijken nauwelijks. Alle deelnemers hadden de praktijk geheel of gedeeltelijk van een of meer voorgangers overgenomen, waarbij enkele opvolger waren in grote praktijken.

Tabel 1

Deelnemers	A	B	C	D	E	F	G	Psychiater
Leeftijd	39	29	34	33	48	45	46	40
Jaren in praktijk (in januari 1960)	10	2	3	2	21	8	11	9

De psychiater stelde in de eerste zitting, dat het de voorkeur verdiende als de groepsleden geen patiënten naar hem zouden verwijzen, doch zouden blijven samenwerken met hun gebruikelijke consultant. Dit is echter niet geheel consequent volgehouden; alle groepsleden hebben de psychiater een of enkele malen betrokken in gevallen buiten de groep om. Het besluit om niet te verwijzen beruiste onder meer op de overweging dat de in de groep toch al moeilijk vermijdbare leermeester-leerling relatie niet ook nog zou worden gecompliceerd door de verwijzings situatie.

In totaal zijn 67 bijeenkomsten gehouden, waarvan 24 met 6 en 43 met 7 leden; bij 6 bijeenkomsten was een gast aanwezig. Er is zeer regelmatig tweemaal per maand bijeengekomen; in de maanden augustus 1961 en 1962 wegens vakantie niet. De zittingen duurden twee uur, van half negen tot half elf 's avonds en wel tot mei 1961 op toerbeurt bij de leden thuis, nadien steeds aan huis bij de psychiater. Dit laatste geschiedde mede om te pogen de gezelligheidsfactor te neutraliseren door de ontvangstprocedure wat soberder te maken, maar veel effect heeft deze maatregel niet gehad. Het euvel van niet op tijd beginnen was soms groot, wat aanleiding gaf tot collegiale shop-talk, terwijl het eindigen op tijd ook vaak niet gelukte, doordat men, eenmaal op gang gekomen, van geen ophouden wist. Een strak-

* (1963) huisarts en wetenschap 6, 2.

kere limitering van begin en einde is wel aan te bevelen.

Er is geen verloop geweest in de regelmaat van de bijeenkomsten. Het aantal lid/zittingen was 445 (24 keer 6 leden, 43 keer 7 leden). Het totale verzuim bedroeg 56, dat is 12,6 procent.

Tabel 2 Verzuim per lid

Deelnemers	Van alle zittingen						Van 43 zittingen
	A	B	C	D	F	E	G
Verzuim	3	9	7	9	4	21	3

Uit bovenstaande tabel blijkt dat E ten opzichte van de groep een duidelijk perifere plaats innam. De gehele groep was slechts in 27 van de 67 keer volledig aanwezig, de kerngroep zonder E was echter 39 maal in zijn geheel aanwezig. E nam alleen reeds bijna 5 procent van het verzuim voor zijn rekening de rest tezamen 7,7 procent van het totaal van 445 lid/zittingen.

Het verzuim was onder te verdelen in twee categorieën: gemotiveerd verzuim in totaal 41 maal en wel 20 maal voor vakantie en 21 maal voor ziekte, ziekte van familieleden, partus, andere verplichtingen, vergaderingen, conferenties, foute afspraak, voetbalwedstrijd, met daartegenover om onbekende of onbeduidende redenen 15 maal. Wanneer een groep drie jaar werkt is een deel van het verzuim onvermijdelijk door vakantie of andere verplichtingen, maar juist het verzuim om weinig terzake doende redenen (moe, rekeningen schrijven, kapotte auto, hoofdpijn) is meer van psychologische betekenis. Eventuele onlust in de groepsbespreking heeft zich maar weinig geuit, slechts 3,4 procent van het totaal van 445 lid/zittingen.

De godsdienst van de deelnemers vertoonde alle schakeringen, één was rooms katholiek, er waren meer en minder vrijzinnig hervormden, enkele humanisten en joden. Een deelnemer was vrijgezel, enkelen waren gescheiden, enkelen hadden gezinnen met oudere kinderen, anderen met nog heel jonge. Geen van de deelnemers was streng rechtzinnig gelovig of politiek zeer conservatief ingesteld; de algemene tendens was vrijzinnig, tolerant en progressief. Er was geen deelnemer, die speciaal het hoogste woord voerde of anderszins domineerde, geen was speciaal beschroomd. Er is niet genotuleerd, er zijn geen bandopnamen verricht, voornamelijk opdat het groepsproces zo min mogelijk zou worden gestoord. Vermoedelijk is een enkele opname met de band een goede afwisseling, omdat men terugspelend zo sterk wordt geconfronteerd met de eigen uitingen, wat juist het doel is van dit groepswork; men spiegelt zich aan zichzelf en aan de anderen.

Aanvankelijk werd de psychiater niet gehonoreerd, doch toen bleek dat er landelijk wel een regeling getroffen was werd het honorarium gesteld op f 30 per lid per kwartaal, dat is f 5 per lid per zitting.

De werkwijze van deze groep kan het best worden gekenschetst als een variatie van de door Balint met

zijn groepen in de Tavistock Clinic te Londen gevolgde methode. Zowel enkele deelnemers als de psychiater hadden ervaren dat cursussen in psychotherapie, waarbij de deelnemers passief toehoren, uiteindelijk weinig effect hebben.

Het is de verdienste van Balint geweest dat hij vooral naar voren heeft gehaald wat de dokter zelf beleeft in het contact, dat hij met zijn patiënt heeft. Men herkent pas de psychologische aspecten van de patiënt als men zelf niet wordt gehinderd door de eigen emoties of door een verstarde beroepshouding. Balint wilde de dokter aantonen, of beter gezegd zelf laten beleven, hoe hij als arts in het contact met de patiënt betrokken, „involved” is. De arts is zich gemeenlijk niet bewust hoe hij door onbewuste oordelen en vooroordelen de klachten en symptomen, welke de patiënt presenteert, vervormt door aan het ene teveel, aan het andere te weinig aandacht te besteden. Balint leerde de dokter niet alleen beter te luisteren naar de patiënt, maar ook naar de eigen emoties, die het gevolg zijn van de wijze waarop de patiënt op de dokter inwerkt.

De gang van zaken was, dat de psychiater vroeg wie van de groepsleden een geval wilde brengen. Hierbij was het de bedoeling dat de casus uit het hoofd werd voorgedragen. Dit is het principiële verschil tussen Balint's werkwijze en de andere procedures, waarbij de referent het geval voorbereidt, anamnese en status geheel uitwerkt en deze soms zelfs vóór de discussie aan zijn medeleden toezendt. Door het uit het hoofd refereren brengt de referent in eerste instantie datgene wat hem het meest nabij is, het meest is opgevallen. De ervaring leert dat dan op vragen van de groepsleden in tweede instantie nadere fragmenten herinnerd worden, totdat na enkele vragenrondes het beeld langzamerhand als het ware uit het half-bewuste van de referent tevoorschijn is gekomen. Dit proces kan men mobiliseren noemen; de groep mobiliseert het geheugenmateriaal. Het is gebleken, dat de ervaren huisarts veel meer percipieert van een patiënt en diens milieu dan hij zich bewust is. Hij kent daarenboven vaak veel meer van de patiënt dan het ene ziektegeval waarvoor hij wordt geroepen, zoals de gezinsverhoudingen, de afkomst, de idealen, de beroepsomstandigheden.

Het is vooral dit geheugenmateriaal dat tijdens de groepszitting door het nader vragen wordt gemobiliseerd en tot concretisering komt. Dit proces is te vergelijken met vrij associëren, maar nu in groepsverband. De ervaring heeft geleerd, dat als de groep op aangename wijze werkt, de aanvankelijke schroom om zich op deze wijze bloot te geven pleegt te verdwijnen. Want door uit het hoofd te refereren, dat wil zeggen herinneringsstukken te openbaren, die gebonden zijn aan de eigen emotionaliteit van de arts, komen uit de aard der zaak de blinde vlekken naar voren. Maar aangezien na verloop van tijd blijkt dat ieder zijn voor zijn persoonlijkheid typische blinde vlekken heeft, wordt de gêne voor een tekort minder. Men durft zich meer te geven en is minder kwetsbaar.

Het is dit proces dat bedoeld wordt wanneer Balint spreekt van een geringe, maar niet onbelangrijke verandering in de persoonlijkheid van de arts. Men veroverd zich een zekere vrijheid en onbevangenheid, omdat men niet meer krampachtig poogt eigen tekorten te verdoezelen. Zeer onthullend is vaak voor degene, die het geval refereert, hoe veel meer hij eigenlijk weet over de casus dan hij zich bewust is. Het feit dat men toch meer waarneemt dan men direct in een ziektekundig schema kan passen, doet het vertrouwen in het eigen vermogen tot waarnemen toenemen. Men leert ook meer op de intuïtie vertrouwen en kan pogen de vage percepties meer concreet te maken. In de groep krijgt men ervaring hierin, omdat men bemerkt dat men de vragen, welke de groepsleden stellen, ook zelf had kunnen stellen.

Het uit het hoofd brengen van de casus is bij deze methode een *conditio sine qua non*. Juist het succesief ontrollen van nieuwe gezichtspunten is didactisch van de grootste waarde; het verrassende van het ontdekken van de eigen blinde vlek geeft inzicht door een „Aha-Erlebnis”. Weet men dat men in een bepaald geval een blinde vlek kan hebben, dan is men een gewaarschuwd man. Ontkent men dat, dan blokkeert men elke progressie. Door de referaten van de andere groepsleden vermindert de eigen idealisering; men ziet dat een ieder kan falen door eigen emotionele geladenheid, dat niemand daaraan ontkomt. Het ideale Ik wordt zodoende aangepaster aan de werkelijkheid en de spanning tussen dat wat men behoort te zijn — een dokter die iedereen beter maakt — en wat men werkelijk is — een dokter met beperkte mogelijkheden — wordt minder. Leert men dat het vrijelijk bewust worden van de eigen emoties, (irritatie*, medelijden, maar ook gecharmeerd zijn of angst voor de grote verantwoording) deze emoties in dienst brengen van het werkelijke handelen, doordat ze als waarschuwingssignaal dienen, dan doet men meer ontspannen zijn werk. De eigen emotie als symptoom te durven zien is de grote winst van de groepsbesprekingen.

In deze groep is de rol van de gespreksleider A niet goed tot zijn recht gekomen; de psychiater heeft feitelijk als gespreksleider gefungeerd, mede doordat hij van mening was dat hij niet buiten maar in de groep moest gaan staan en ook gevallen moest brengen. De onvermijdelijke barrière tussen specialist en huisarts, leermeester en leerling kon daarmee worden verlaagd; deze houding van de psychiater is in afwijking van de methode Balint. Teveel wordt de specialist gezien als de enige man die de verantwoordelijkheid kan en mag overnemen om het tot een goed einde te brengen; het is goed te leren dat niet alle problemen, ook niet door een specialist, kunnen worden opgelost en dat men de moed mag hebben een geval als ongeneeslijk te diagnostiseren. Juist de *furor therapeuticus* remt ons door het

dwangmatig toepassen van therapie.

De taak van de psychiater-adviseur is niet alleen om de structuur van de patiënt nader toe te lichten, maar vooral om de procedure van het geheel op de voet te volgen, waarbij hij de arts-patiënt relatie voortdurend in het oog moet houden. Wat de arts subjectief beleeft moet doorzichtig worden gemaakt; niet alleen wordt hij op zijn omissies gewezen, maar nog belangrijker is dat hij moet leren inzien waardoor de omissies zijn ontstaan. Hij moet zijn eigen rol in de medische situatie leren kennen.

De psychiater trad niet alleen als gespreksleider op, maar gaf eveneens, afwijkend van Balint, theoretische informatie en aanvulling. Deze was echter steeds nauw verbonden met de behandelde gevallen. Hiervan was een derde afwijking van Balint weer het gevolg, te weten het geven van adviezen waar dit ter zake was. De leden van de groep waren niet tot de groep toegetreden omdat zij zelf in nood waren, maar omdat zij in hun werk op moeilijkheden waren gestuit, die enerzijds bleken te berusten op de problematiek in de arts-patiënt relatie, maar anderzijds zeker ook op een gebrek aan kennis van medische psychologie, van persoonlijkheidsstructuren en van diepere psychologische mechanismen. Theoretische voorlichting wordt door Balint alleen gezien als afweer en een poging om het gesprek te brengen in de leermeester-leerling situatie, waardoor de bespreking van de emotionele spanningen (waar het immers om gaat!) vermeden wordt (bijvoorbeeld niet letten op de eigen irritatie door het optreden van een hysterica, maar vragen naar de structuur van de hystericiteit in het algemeen). In tegenstelling tot Balint is er echter van uitgegaan dat een zekere mate van theoretische voorlichting aan de hand van de ter sprake gekomen gevallen noodzakelijk was, doordat weliswaar de groepsbespreking een emotionele rijping ten doel had, maar zeker ook een nadere voorlichting in het voornamelijk verwaarloosde gebied der medische psychologie.

Samenvattend kan men zeggen dat de werkwijze in deze groep gekenmerkt was door een opzet volgens Balint's theoretische overwegingen, met als modificatie dat de psychiater gespreksleider was, tevens zelf gevallen bracht, soms onderricht gaf en in bepaalde gevallen zich niet onthield van het geven van advies. Wel werd strikt vastgehouden aan het uit het hoofd brengen van de gevallen en werd veel aandacht besteed aan de arts-patiënt relatie en de eigen emotionele belevenissen van de arts in de uitoefening van zijn beroep.

Na een aanvankelijke aarzeling is deze groep met deze werkwijze goed op gang gekomen. Wanneer mensen elkaar emotioneel durven benaderen, ontstaat een „ontmoeting”, die verder gaat dan een zakelijk contact; men leert elkaar goed kennen. Het zich durven openen doet enerzijds de persoonlijke kwetsbaarheid toenemen, anderzijds een beschermingsmechanisme ontstaan; men past op de ander niet te kwetsen, men ontziet elkaar. In deze groep heeft men alleen daar vrij scherp aangevallen waar het kon en conventionele twistpunten of persoonlijke

* Zie het artikel van Dokter, H. J. en N. A. J. Voorhoeve (1962) huisarts en wetenschap 5, 280.

gevoeligheden onaangeraakt gelaten. Religieuze en politieke problemen werden voorzichtig gehanteerd, tot een discussie over het gebruik van anticonceptie-middelen is het in deze groep nauwelijks gekomen. De groep wilde kennelijk zijn voortbestaan niet in de waagschaal stellen. Bij een demonstratie bleek dat de psychiater er teveel op uit was om „zijn” club een goed figuur te laten slaan, waardoor hij de verstarring, die door het optreden in het openbaar was ontstaan, niet doorbrak. Deze centripetale krachten hebben iets teveel overheerst.

De vraag kan worden gesteld of een psychiater-adviseur wel nodig is voor het goed functioneren van een groep; één werkgroep elders in het land is na verloop van enige tijd zonder psychiater gaan werken. De psychiater is echter noodzakelijk, zo niet onmisbaar gebleken, om het collectief miskennen van de psychologische achtergrond te voorkomen en om structuur aan te brengen in de discussie, die alhoewel vrij, toch niet ontaarden mag in een debat. Een recente ervaring met een andere groep bevestigde dit; deze groep was verheugd, dat de psychiater zowel de casus als de arts-patiënt relatie diepgaand had besproken, want anders, aldus een lid, waren we toch maar om de hete brij heengelopen.

* * *

In 67 zittingen is 137 keer uitgebreid het woord gevoerd over 104 gevallen. Van deze referaten was de verdeling per deelnemer als volgt:

Tabel 3

A	C	F	B	D	E	(op 46 zittingen)	G	(op 43 zittingen)
17	17	18	26	26	16		17	

Hierbij kan worden opgemerkt dat G, die er later bij kwam, aanvankelijk moeite had zich in te passen in de groep, derhalve werd gestimuleerd en toen enkele korte gevallen bracht. E liet zich niet onbetuigd, ook al verzuimde hij veel. Dit verzuim was wel storend, maar daar hij perifeer van het groepsproces is gebleven, heeft hij niet verstrend gewerkt.

Grofweg waren de behandelde gevallen als volgt in te delen:

Tabel 4

Klinisch psychiatrische gevallen	13
Levensmoeilijkheden, milieu- en opvoedingsproblemen	13
Huwelijksproblematiek, seksuologische moeilijkheden en homoseksualiteit	26
Zwaardere neurosen, psychosomatosen in engere zin, alcoholisme	26
Problematiek van de huisarts	26

Klinisch psychiatrische gevallen waren die gevallen, die beslist naar een polikliniek moesten worden verwezen en die zeker buiten de therapeutische mogelijkheden van de huisarts vielen, zoals een beginnende schizofrenie, psychotisch gedrag in de graviditeit, een kind met een depressie, jaloersheidswaan, venereofobie, pseudologia fantastica, endogene depressie, paranoia. Milieuproblematiek deed zich

voor als de stoornis in het gezin lag, bijvoorbeeld door het hartinfarct van de man, door psychopatisch gedrag van de man, zwangerschap van een minderjarig meisje door een minderjarige man, incestproblematiek. Het door Balint beschreven verschijnsel dat iemand bij de dokter komt klagen over een ander die eigenlijk de patiënt is, werd ook waargenomen; enige malen de moeder over het kind, eenmaal het volwassen kind over de moeder, terwijl één patiënte haar toekomstige echtgenoot gekeurd wilde hebben. Opvoedingsproblemen kwamen voor bij een Leidseplein-meisje, bij de dochter van een hertrouwde weduwnaar, bij de zoon van een gescheiden vrouw, die fel was tegen alles wat man was en daarmee de opvoeding van de zoon sterk bemoeilijkte. Homoseksualiteit werd viermaal gebracht, seksuologische problemen zesmaal, problemen van het huwelijk 16 maal. Deze laatsten betroffen onder meer scheidingskwesties, een vrouw met een infantiele man, een man met een zeer dominerende vrouw, gevolgen van groot leeftijdsverschil, problemen van meervoudig gehuwden, bigamie, verschil in „nestgewoonten”; een patiënte werd wegens een „niet volvoerd huwelijk” (unconsummated marriage) door haar vriendin gepresenteerd.

Ernstigere neurosen omvatten onder andere torticollis spastica, hysterisch-neurotische structuren, hartneurose, psychosomatische klachten na dood van een vriend, dagdromen, globus hystericus, verslavingen, neurotische liefdesproblematiek, suicide dreiging, anorexia nervosa, frigiditeit, astma, colitis en éénmaal alcoholisme. De problematiek van de huisarts omvatte: een patiënt die uit de praktijk wegliep, patiënten die te frequent kwamen voor onbelangrijkheden, simulatie, patiënten die weggelopen waren uit het ziekenhuis, vrouwelijke patiënte die verliefd raakte op de huisarts, de duidelijke en minder duidelijke verleidingspogingen, verschil van mening met specialisten over al of niet opereren, een conflict met een Medisch Opvoedkundig Bureau, familie van een ernstige zieke, geheimhouding van overspel en malversaties, bedreiging, desertie, geldlening aan patiënt, een patiënt, die bevriend wilde zijn met de huisarts, conflict met een andere huisarts, moeilijke verhouding tot een psychiater en een patiënte die zich niet wilde laten opereren.

Het bovenstaande geeft een goed overzicht van wat zich in de huisartspraktijk aan problematiek kan voordoen en wat successievelijk in de groep werd besproken.

* * *

Aan het eind van de periode werd aan de groepsleden gevraagd onder woorden te brengen wat de groep hen had gebracht. Het bleek dat dit samen te vatten was onder de term: vergroting van de frustratietolerantie. Men was toleranter geworden ten opzichte van de patiënten, men was minder agressief tegenover het gezeur, men had ingezien dat de collegae met dezelfde moeilijkheden kampten en ook geen pasklare oplossingen wisten voor de vele klachten. Men had leren erkennen dat de gevallen soms onoplosbaar waren en dat men geen therapie moest

bedrijven op aandringen van de patiënt en dat men altijd de leiding moest behouden in de arts-patiënt relatie. Men moest ook de moed hebben een wens af te wijzen. Men kan het resultaat van het groeps-werk het beste beoordelen door de motieven om er aan deel te nemen te vergelijken met wat de leden als resultaat hadden ervaren:

A, die reeds op de hoogte was van het werk van Balint, wilde vooral de eigen reacties leren kennen en zei na drie jaar dat hij inderdaad deze reacties had leren herkennen, waardoor hij ook de reacties van zijn patiënten beter had leren zien.

B, D en F zaten in de knoop met gevallen, wisten niet hoe te helpen. Zij hadden in de naaste omgeving gevallen meegemaakt, waar zij geen weg mee wisten. B zei later dat hij veel toleranter was geworden, gestimuleerd was een gesprek op te bouwen, voelde zich weliswaar nog niet geheel klaar en verviel nog wel eens in de neiging op zijn oude wijze te dirigeren. D had bemerkt dat zijn agressiviteit veel verminderd was, hij kon en dorst beter te praten met zijn patiënten, had minder remmingen en dus een veel beter contact. F was veel toleranter geworden door het herkennen van de eigen reacties, ook bij de patiënten en zei zeer pregnant dat zij wijzer was geworden.

E en G waren in de groep gekomen uit interesse voor de psychosomatische geneeskunde. Ook E, die dus minder vaak was gekomen, vertelde dat hij minder geïrriteerd was. Hij kon beter begrijpen waarom de mensen doen zoals zij doen, terwijl G steun had gekregen bij het herkennen van symptomen en vooral geïmponeerd was geweest door het feit dat de collegae dezelfde problemen hadden.

Samenvattend: men had interesse in het psychische gebied, maar wist er geen raad mee, men wist niet hoe men op de psychische noden van de patiënten moest reageren, men vond zichzelf stuntelen en wenste beter geïnformeerd te zijn. De opleiding had op dit gebied volledig gefaald. Die leden, die ervaring met cursussen in psychologie hadden, waren er niet door bevredigd, zij vonden ze te theoretisch en men kon ze niet direct toepassen. Voor het specifieke terrein van de huisarts, de ambulante diagnostiek en therapie van de „minor psychiatry” had de universitaire opleiding de medicus practicus geen instrumentarium geleverd, de werkgroep had dit tekort aangevuld.

Wat was de indicatie tot het beëindigen van de groep? Zodra een zekere „skill” verkregen was en derhalve de geringe, doch niet onbelangrijke „change of personality” was bereikt, werd de problematiek veel minder zwaar beleefd. Het moeilijke, subjectieve, probleem, dat de arts had geconfronteerd met zijn onvermogen en dat hem schuldgevoel had gegeven, werd tot een moeilijke, objectieve, casus. Men kon er op rekenen dat, als de structuur opgehelderd was, men er zelf verder mee kon gaan. Hierdoor verdween de spanning uit het groeps-werk, daar men geleerd had dat er altijd een oplossing te vinden was voor de wijze waarop men de casus moest hanteren. Men had, zoals een lid zei, elkaar niets

meer te zeggen, van een persoonlijke interactie was het een technische procedure geworden. De groep eindigt derhalve wanneer de persoonlijke beleving verflauwt, omdat men de emotionele verwijding, door het groeps-werk bewerkstelligd, had geïntegreerd. Het is echter waarschijnlijk beter dat de groep eindigt voordat dit verzadigingspunt is bereikt, anders treedt een kater-effect op.

Op grond van de ervaring met deze groep, ben ik van mening dat twee jaar een goede termijn is. De angst voor de patiënt is dan gemeenlijk verdwenen, omdat er een veel betere communicatie tussen arts en patiënt is ontstaan, terwijl de afweer tegen de psychiater eveneens is verdwenen, ook omdat er een betere communicatie is geschapen. Men kan zelfs zeggen dat er binnen de persoonlijkheid van de deelnemende artsen een soepeler communicatie tussen de emotionaliteit en de intellectualiteit was ontstaan. Doordat men beter kon en dorst praten met een patiënt, leerde men ook dat een moeilijke patiënt beter en efficiënter geholpen wordt als men even tijd neemt en de problemen bespreekt. Men had leren inzien dat het bekende argument, dat praten met patiënten zoveel tijd kost, een afweersymptoom is en dat het uiteindelijk de meest efficiënte gang van zaken is.

Samenvatting. De tweede Amsterdamse studiegroep voor medische psychologie. Verslag wordt gegeven van de wijze waarop de tweede Amsterdamse studiegroep voor medische psychologie van het Nederlands Huisartsen Genootschap gedurende drie jaar heeft gefunctioneerd. De groep bestond uit zes tot zeven leden met een psychiater-adviseur; de zittingen duurden twee uur en vonden eenmaal in twee weken plaats. Het bleek dat de huisarts veel meer waarneemt dan hij zich bewust is; hij beschikt — in ongeordende vorm — over al het nodige materiaal om een geval ook psychodynamisch te kunnen beoordelen. Door het in de groep brengen van een geval worden deze halfbewuste waarnemingen door discussie gemobiliseerd. Hierdoor ontstaat inzicht in de structuur van het geval, naast inzicht in de eigen beperktheden en „blinde vlekken”, terwijl de rol van de arts in de „medische situatie” duidelijk wordt. De arts leert dat de eigen emoties een symptoom zijn van de interactie tussen patiënt en arts en derhalve van diagnostische waarde. De werkwijze van deze groep week van Balint's methode af doordat de psychiater-adviseur als gespreksleider optrad, ook zelf gevallen bracht en onderricht zowel als advies gaf. De deelnemers waren van mening dat een dergelijke werkgroep het tekort van de universitaire opleiding in medische psychologie had aangevuld.

Summary. The second Amsterdam working-group for medical psychology. A report is given about the second Amsterdam working-group for medical psychology of the Dutch College of General Practitioners, which functioned during three years. The group consisted of 6-7 members and an adviser-psychiatrist; the meetings took two hours, once a fortnight. The g.p. perceives much more than he consciously knows; he possesses all the necessary information to judge a case in a psychodynamic way, but this information remains unused. By bringing a case into group-discussion all the sub-conscious information could be „mobilized”. This resulted in insight in the psychodynamic structure of the case, insight in the limitations and „blind spots” of the doctor and also of the role of the doctor in the medical setting. The doctor learns that his own emotions are symptoms of the interaction between him and his patient and therefore of diagnostic value. The procedure of the group was a variation of Balint's method; the psychiatrist was also discussion-leader, brought own cases into discussion, did teaching and gave advices. The participants hold the view that the working-group in medical psychology did supply the arrear in academic training.