

de onderzoeker doet alsof het onderzoek reeds is uitgevoerd en de waarnemingen beschikbaar zijn. Hij stelt schijntabellen op en gaat na wat de consequenties zouden zijn van verschillende uitkomsten. In zekere zin is dit een werken van achteren naar voren. Voor zover mij bekend wordt deze werkwijze zeer ten onrechte slecht betrekkelijk zelden toegepast. Op deze wijze kan de onderzoeker namelijk een beeld krijgen van de gegevens welke hij zal moeten gaan verzamelen. Daarna kan hij zich afvragen hoe de gegevens kunnen worden verzameld.

Een open denkwijze, met als achtergrond dat er vele mogelijkheden zijn, is in dit stadium van veel belang. De onderzoeker kan een voorlopige opzet maken en daarmee experimenteren. Afhankelijk van zijn ervaringen kunnen verbeteringen worden aangebracht. Het verloop van de gang van zaken is sterk afhankelijk van de bereidheid en de mogelijkheid welke de onderzoeker heeft, zelf van zijn ervaringen en van de eventueel gemaakte fouten te leren. Geleidelijk volgt uit deze wijze van werken een definitieve vorm, waarbij registratie kan worden uitgevoerd. Op dat ogenblik moet alles zo goed zijn overdacht en getoetst, dat achteraf geen of zo weinig mogelijk lacunes of moeilijkheden blijken voor te komen.

Samenvatting. Registratie van waarnemingen is een belangrijk onderdeel bij een onderzoek en in vele opzichten bepalend

voor de volledigheid en de nauwkeurigheid van de gegevens, waarop de onderzoeker zijn conclusies moet baseren. Ook kan de registratiemethode van veel invloed zijn op de goede sfeer bij een onderzoek en op de bereidheid en de mogelijkheid tot creatief denken. Het is de moeite waard om bij een onderzoek veel aandacht te besteden aan de registratie van waarnemingen.

Er zijn vele mogelijkheden van registratie. Bij praktisch elk onderzoek is het wenselijk voor verschillende onderdelen verschillende methoden te gebruiken. Grote soepelheid in denken, altijd openstaan voor allerlei andere mogelijkheden, bereidheid contact op te nemen met deskundigen op het gebied der registratie en bereidheid naar hen te luisteren, zijn van groot belang. Men diene een onderzoek zodanig uit te voeren dat men er plezier in heeft. Men kiese die registratiemethode, waarvan men weet of kan vermoeden dat zij prettig en doeltreffend werken bevordert.

Summary. The recording of observations. The recording of observations is an important component in investigations, which in many ways determines the completeness and exactness of data on which the investigator bases his conclusions. Recording can also greatly influence the correct spirit of an investigation and the willingness as well as the ability to think constructively. The recording of observations merits careful attention in all investigations.

There are various recording procedures, and in nearly every investigation it is advisable to use different methods for different aspects. Importance must be attached to flexibility of thinking, an open mind to various alternative possibilities, and willingness to contact, and listen to, experts in recording techniques. An investigation must be carried out in such a manner as to please the investigator, and the latter should choose a recording procedure which he knows or expects to promote pleasant and effective work.

*Grondslagen der psychotherapie voor huisartsen en niet-psychiatrisch geschoolde specialisten**

DOOR PROF. DR. J. GROEN, ARTS**

Inleiding. Het inzicht in de onverbreekelijkheid van de samenhang tussen psyche en soma en het begrijpen van de betekenis van psychische factoren voor de handhaving van gezondheid en het ontstaan van ziekte, hebben belangrijke consequenties voor het medisch denken en handelen. Deze consequenties zijn niet alleen een aansporing tot het verrichten van wetenschappelijk onderzoek over de mechanismen van deze samenhang en de wijze waarop tussenmenselijke (casu quo sociale) verhoudingen, via psychische processen, een rol spelen in gezondheid en ziekte. Deze consequenties zijn ook van fundamenteel belang voor de wijze waarop de arts, hetzij

huisarts, specialist of psychiater, zijn dagelijks werk verricht.

Indien men op het standpunt staat dat het menselijk organisme alleen functioneert door mechanische en fysicochemische processen en ziekte niet anders is dan een stoornis in deze processen, dan dient de arts in de eerste plaats ingenieur van deze menselijke machine te zijn. Hoe hij zich persoonlijk, „tussenmenselijk”, tegenover zijn patiënt en diens familie gedragen wil is een zaak van goede vormen, van medische ethiek zo men wil, doch op zichzelf geen onderdeel van zijn medisch handelen.

Indien men daarentegen tot het inzicht is gekomen dat ziekte een stoornis is in de psychosomatische (respectievelijk somatopsychische) verhoudingen van de mens, dan betekent dit dat de tussenmenselijke communicatie tussen arts en patiënt een van de wijzen is waarop de geneesheer zijn patiënt ten goede of ten kwade kan beïnvloeden. Iedere arts is dan niet alleen chemotherapeut, chirurg of fysiotherapeut, doch daarnaast altijd tevens psychotherapeut. Er zijn alleen variaties in het accent dat

* Voordracht gehouden op de Artsencursus „Medische psychologie in de huisartspraktijk; theorie en training”, Utrecht, mei 1964.

** Onderzoekingen uitgevoerd met steun van de Rockefeller Foundation.

Uit de tweede kliniek voor inwendige ziekten van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam, de afdeling inwendige geneeskunde A van het Hadassah Ziekenhuis en de medische faculteit der Hebreeuwse Universiteit te Jeruzalem, Israël.

de verschillende wijzen van behandeling ontvangen in de totale benadering van de patiënt; deze variaties worden onder andere bepaald door de aard van de ziekte en de aard van de persoonlijkheden van patiënt en arts. Het is niet mogelijk de verschillende vormen van therapie volkomen te splitsen volgens het door de arts beoefende specialisme; evenals de chirurg of de psychiater het recht, en zo nodig de plicht, heeft een geneesmiddel voor te schrijven, zo hebben ook alle orgaanspecialisten, of zij zich hiervan bewust zijn of niet, een psychotherapeutische functie.

Voor de huisarts gelden deze beschouwingen eerst recht. Hij is door zijn verhouding tot de patiënt en diens gezin, altijd en in belangrijke mate psycho- en sociotherapeutisch werkzaam, ook al meent de patiënt (en niet zelden ook de huisarts zelf) dat hij zijn functie alleen via geneesmiddelen of kleine chirurgische ingrepen verricht.

Daar komt nog iets bij. De Westerse geneeskunde is in vele opzichten aan het veranderen. Een van de meest opvallende veranderingen voltrekt zich in de aard van de ziektebeelden die de huisarts, en in niet mindere mate vele specialisten, te zien krijgen. Veel meer patiënten dan vroeger bezoeken het spreekuur wegens klachten die direct of indirect in verband staan met de psychologische problemen waarin zij zijn verwickeld. De arts kan trachten zich tegen deze verandering te verweren door deze psychologische problemen als niet behorend tot zijn werkterrein te negeren. Het is echter een feit, dat een groot aantal patiënten van de arts verwacht dat hij hen niet alleen orgaan-technisch helpt, doch hen zo nodig ook als mens terzijde staat. Voor de arts die zich tot taak heeft gesteld zijn patiënten te helpen, onverschillig of hun symptomen door een virus, een vergiftiging, een trauma of een tussenmenselijk conflict zijn veroorzaakt, vormen deze veranderingen van het ziektepatroon waarmee hij te maken krijgt, een aansporing te meer om zich op zijn psychotherapeutische mogelijkheden te bezinnen. Dit geldt in nog sterkere mate sinds klinische en wetenschappelijke waarnemingen uit de laatste jaren erop wijzen dat psychische factoren een belangrijke rol spelen in de etiologie van functionele en organische ziektebeelden. Ziekten als colitis ulcerosa, ulcus pepticum, asthma bronchiale, hypertensie en myocardinfarct zijn voorbeelden van laatstgenoemde entiteiten.

Eenmaal tot de overtuiging gekomen dat de psychotherapie, dat wil zeggen een op wetenschappelijke inzichten en ervaringen gebouwde systematische tussenmenselijke benadering van de patiënt, een belangrijk onderdeel vormt van elke behandeling, staan wij voor twee problemen. In de eerste plaats hebben niet alle artsen bij de keuze van hun beroep er rekening mede gehouden dat voor deze tussenmenselijke benadering hun eigen persoonlijkheid aan bepaalde eisen moet voldoen. Intelligentie en manuele vaardigheid alleen zijn niet toereikend. Tact, invoelend vermogen, hartelijkheid, evenwichtigheid en belangstelling voor de medemens zijn essentiële voorwaarden om tot een goed tussenmen-

selijk contact te kunnen komen. In de tweede plaats zijn de meeste huisartsen en niet-psychiatrische specialisten niet of onvoldoende opgeleid voor de psychotherapeutische opgave waarvoor zij zich thans zien geplaatst.

Met deze problemen werden de schrijver en zijn medewerkers geconfronteerd toen zij in 1947 de mogelijkheid kregen tot systematisch wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de psychosomatische geneeskunde.

Al spoedig bleek dat dit onderzoek zich niet kon beperken tot een speuren naar de aard der psychosomatische samenhangen bij inwendige ziekten, omdat de patiënten, toen zij eenmaal in het onderzoek waren betrokken, van de artsen — ook van de niet-psychiaters onder hen — steun verwachtten. Bovendien voelden de artsen, naarmate deze samenhangen voor hen duidelijker werden, steeds meer behoefte aan systematische richtlijnen bij het geven van steun aan hun patiënten.

Een van onze opgaven werd dus een onderzoek naar de psychotherapeutische mogelijkheden van de niet-psychiatrisch geschoolde arts. Dit onderzoek geschiedde in samenwerking met Dr. J. Bastiaans, thans hoogleraar te Leiden, die door zijn toenmalige chef, Prof. Dr. L. van der Horst, bij het psychosomatische team was gedetacheerd. De taak van Bastiaans was zodoende een tweeledige: naast het onderzoek en de behandeling van patiënten met inwendige ziekten door hemzelf, gaf hij als psychiater steun aan en hield hij toezicht over de psychotherapeutische pogingen van de internisten van de afdeling; de activiteit van de psychiater werd met andere woorden „both patient and doctor centered”. Door vergelijking met controlegroepen werd in een deel van deze onderzoeken door de internisten systematisch naar de beste psychotherapeutische benadering die binnen het bereik van de niet-psychiaters lag, gezocht. In andere onderzoeken werd een zekere hoeveelheid kennis langs meer empirische weg door „trial and error” verkregen. Doordat de internisten gelegenheid hadden in de psychosomatische stafbesprekingen hun moeilijkheden tot uiting te brengen, kreeg de psychiater gelegenheid deze artsen duidelijk te maken, welk een grote rol hun eigen, niet opgeloste, conflicten speelden in de moeilijkheden die zij in de aanpak van hun patiënten ondervonden.

In het onderstaande zal worden getracht in tien punten enkele algemene richtlijnen weer te geven zoals die door schrijver dezes en zijn medewerkers in de loop van deze onderzoeken zijn ontwikkeld. Mogelijk ten overvloede moge er aan worden herinnerd dat, zomin als men door het lezen van een leerboek der operatieve chirurgie chirurg kan worden of door het lezen van een handleiding der biochemie laboratoriumarts, zomin kan men als huisarts of niet-psychiatrisch-geschoold specialist verwachten alleen door het lezen van de nu volgende richtlijnen tot het tot stand brengen van een bevredigend psychotherapeutisch contact in staat te zijn. Daarvoor is oefening in de praktijk en vooral eigen innerlijke

ontwikkeling noodzakelijk. De richtlijnen zijn echter voor wie aan deze voorwaarden voldoet, van praktisch nut gebleken. Dit is de reden voor hun openbaarmaking buiten de enge kring der kliniek waarin zij werden uitgewerkt en toegepast. *

Richtlijnen. 1 Laten uitspreken en afreageren is het eerste doel van elk psychotherapeutisch contact, uithuilen en soms uitschreeuwen helpt nog beter. Wanneer een patiënt tot dergelijke ontladingen komt behoeft de arts niets anders te doen dan hem te laten praten of te laten uithuilen. Hij moet hem daarbij zo min mogelijk onderbreken, laat staan hem door tegenspreken of toespreken tot zelfbeheersing trachten te brengen. Men zou het ook zo kunnen zeggen: hoe meer de patiënt tijdens het gesprek spreekt, des te meer is het gesprek psychotherapeutisch; hoe meer de arts spreekt, des te minder wordt het gestelde doel bereikt. In principe geldt dit onverschillig waarover de patiënt spreekt, al is het wel zeker dat het nog beter is wanneer hij zich emotioneel-direct over zijn moeilijkheden en conflicten uit, dan wanneer hij over andere onderwerpen spreekt. Zelfs het vele malen herhalen van de lichamelijke klachten, hetgeen ons niet zelden onbegrijpelijk voorkomt en vaak irriteert, schijnt een gunstig psychotherapeutisch effect te hebben. Vele artsen hebben dan ook de gewoonte om een patiënt die spreekt vrijwel nooit te onderbreken en zelf langzaam te praten met af en toe een pauze, om de patiënt gelegenheid te geven de arts te onderbreken. „Laten uitspreken” blijkt beter te helpen dan „toespreken”. Een belangrijk aspect van een psychotherapeutisch gesprek is dus de wijze waarop de arts „gesloten”, of zich van hun conflicten onvoldoende bewuste, patiënten tot uitspreken kan brengen. Voor dit doel blijkt de methodiek die in het bijzonder door Rogers als „non directive counseling” is beschreven, een belangrijk hulpmiddel voor de huisarts te zijn. Het is merkwaardig hoe een belangstellende blik, een bemoedigend knikje waaruit sympathie en medeleven blijkt, en een enkel woord als „hoe dat zo” of „hoe bedoelt u dat” of „hoe moet ik dat begrijpen” of de herhaling van de laatste woorden van de patiënt, het gesprek weer op gang kunnen brengen.

Deze houding van sympathiserend luisteren is voor vele artsen moeilijk te leren. Het betekent immers een zekere passiviteit, een quasi-overlaten van de leiding van het gesprek aan de patiënt. Dit staat in tegenstelling tot wat in de dagelijkse praktijk de verhouding arts-patiënt bepaalt. Daarbij is immers de arts de actieve en de patiënt de geleide figuur. Sommige artsen bemerken wanneer zij deze benadering trachten toe te passen, dat zij eigenlijk meest-

al zelf aan het woord zijn en dat zij niet zelden zichzelf tegenover de patiënt afreageren. Dit is uiteraard niet de bedoeling. Verreweg de meeste artsen blijken echter tot „sympathiserend luisteren” in staat, wanneer wil en inzicht maar aanwezig zijn.

Een en ander wil uiteraard niet zeggen dat men niet af en toe een korte vraag mag stellen of een suggestie mag geven, integendeel, dit is zelfs noodzakelijk. Een vraag die door belangstelling wordt ingegeven en die de patiënt laat merken dat men hem juist beter wil begrijpen, moedigt vaak aan tot verder spreken. Eenvoudige vragen over de jeugd, het werk, de ouders, de atmosfeer in het ouderlijk huis, de echtgeno(o)t(e) en de kinderen, brengen vaak de patiënt er toe zich over zijn moeilijkheden met deze sleutelfiguren te uiten. Voor de arts komen er zo tevens waardevolle gegevens aan het licht. Men moet zich er echter tijdens een therapeutisch gesprek voor hoeden om, zoals dat bij het opnemen van een feitelijke anamnese geschiedt, precies gerichte „gesloten” vragen te stellen. Men verweekt dan de patiënt in een examengesprek waarbij hij op zijn best intellectueel weloverwogen exacte antwoorden geeft, doch niet zichzelf uitspreekt.

In onze ervaring bleek een aantal handelwijzen waarmede wij onze eerste therapeutische pogingen begonnen, niet te helpen. Het geven van goed gemeende raad, het stellen van zichzelf of een andere patiënt als voorbeeld, het geruststellen door te zeggen „u heeft niets” of „het zal wel weer voorbijgaan”, bleken op zijn gunstigst een tijdelijk effect te hebben. Ook het geven van intellectuele voorlichting in de vorm van een klein college over psychosomatische samenhang of het laten lezen van boekjes over de grondslagen der moderne psychologie, hielpen vrijwel nooit. Wel zei de patiënt vaak dit alles zeer interessant te vinden, het bracht de klachten echter niet tot verdwijnen. Vaak scheen zulk een voorlichting bij de patiënt eerder een neiging tot tegenspreken op te roepen. Een debat over de wetenschappelijke zekerheid van de door de arts verkondigde meningen werd rationeel wel door de arts gewonnen, doch had vrijwel altijd een negatief therapeutisch effect.

Evenmin zag schrijver dezes veel succes van het aan de patiënt geven van inzicht in de eigen emotionele problemen in de vorm van duidingen zoals die in de psychiatrische psychotherapie een belangrijke rol spelen. Het is mogelijk dat in het geven van de juiste duidingen op het juiste ogenblik de speciale techniek van de psychiater tot uiting komt. Bedoeld als psychotherapeutisch effect tijdens een gesprek met internist of huisarts hebben deze duidingen, althans bij onze patiënten, bijna nooit succes opgeleverd. Anders was het wanneer de patiënt zelf zulke duidingen bracht en de arts daarop inging. Dit scheen te helpen. In het algemeen hebben wij echter als niet-psychiaters van het geven van verstandelijk inzicht door de arts weinig therapeutisch succes gezien.

2 De tussenmenselijke communicatie van de arts

* De schrijver is Prof. Dr. J. Bastiaans bijzonder erkentelijk voor diens jarenlange constructieve kritiek en leiding. Ofschoon de hierna mede te delen richtlijnen zeker niet zonder meer aan hem mogen worden toegeschreven (zij blijven volledig voor de verantwoording van de schrijver) zijn zij toch in voortdurende samenwerking en discussie tot stand gekomen.

en zijn patiënt scheen des te beter therapeutisch effect te sorteren, wanneer deze geschiedde op het emotionele ontwikkelingsniveau van de patiënt. In het algemeen is men geneigd bij een gesprek met een volwassene aan te nemen, dat hij zich niet alleen intellectueel, doch ook emotioneel, tot volwassenheid heeft ontwikkeld. Chronologisch volwassen zijn wil inderdaad in de meeste gevallen zeggen dat men, wat intellectuele functies betreft, een zeker intelligentieniveau heeft bereikt. In emotioneel opzicht echter blijken de meeste patiënten die psychotherapie nodig hebben, in ontwikkeling ten achter gebleven. Zij zijn in een kinderlijke ontwikkelingsfase blijven stagneren (fixatie), of zij zijn zelfs teruggevallen in een emotionele toestand die eigenlijk behoort bij een jeugdiger levensfase (regressie).

Het is moeilijk om in een verstandige man van volwassen of rijpe leeftijd, die een bepaalde maatschappelijke positie heeft bereikt, in emotioneel opzicht een kind of een puber te zien. Toch is zijn levenspatroon en instelling ten opzichte van de medemens vaak niet boven een kinderlijke of puberteitsfase uitgekomen. Om hem te kunnen begrijpen, om hem gelegenheid te geven zijn moeilijkheden en teleurstellingen te uiten en zich daarna alsnog tot emotionele volwassenheid te kunnen ontwikkelen, moeten wij hem eerst aanvaarden en met hem communiceren zoals hij thans is. Dit inzicht helpt ons zulke patiënten niet als onaangenaam te verwerpen of te veroordelen. Daarnaast helpt het ons uitingen van angst, gebrek aan vertrouwen of aarzeling, en gedragspatronen als huilen, roddelen, wrok of egocentriciteit, als kinderlijke patronen te herkennen. Het streven het gesprek op het emotionele niveau van de patiënt te voeren, behoedt ons er ook voor, op intellectueel niveau met hem te gaan discussiëren. Dit moge interessanter en in vele opzichten gemakkelijker voor hem en voor onszelf zijn, het heeft in het algemeen veel minder therapeutisch succes dan een communicatie die de gevoelens van de patiënt in het centrum van het gesprek plaatst.

3 Naast dit alles blijkt het van nut, wanneer wij, vooral in het begin, de patiënt een tastbaar teken geven van sympathie en belangstelling. Dit is uiteraard alleen mogelijk voor een arts die in het algemeen sympathie en belangstelling voor zijn patiënten heeft en zulks liefst voor een zo groot mogelijke variëteit van persoonlijkheden. Het blijkt echter dat vele zogenaamde neurotische of psychopatische figuren, dat wil zeggen juist degenen die het meest psychotherapeutische steun behoeven, ons vaak minder sympathiek aandoen. Vele van deze mensen worden door de voortdurende conflicten die zij met hun medemensen hebben, in hun neurotisch-psychopatisch gedrag versterkt. Indien de arts hen zou laten merken dat ook hij hen minder aangenaam vindt, dat zij hem vervelen of irriteren met hun voortdurende klachten, dat hij geen tijd voor hen heeft of dat hij hen liever niet wil terugzien, dan bestaat de kans dat het contact met de arts in plaats

van therapeutisch, verergerend werkt. Daarentegen zijn wij verbaasd geweest, hoe men betrekkelijk eenvoudig, door een duidelijk teken van sympathie, het therapeutisch contact kan bevorderen. Schrijver dezes gebruikt als middel om zulk een teken van sympathie te geven nogal eens een compliment voor datgene waarvoor de patiënt kennelijk zijn best blijkt te doen, zoals het zindelijk onderhouden van de kinderen en de meubels door een huisvrouw, of de ijver en toewijding waarmee het werk wordt gedaan door de man.

Een andere wijze om daadwerkelijk sympathie te tonen, is verzoeken die dergelijke patiënten vaak doen om bepaalde individuele voorrechten te verwerven, in te willigen. De patiënt leert op deze wijze dat de arts voor hem wil doen wat in zijn vermogen is, ook als is dit vermogen beperkt. Pas in een latere fase van de behandeling kan de arts dan of eens neen zeggen, of op het al te ver doordrijven van zulke verzoeken wijzen. Een ander blijk van sympathie geeft de arts door zelf de patiënt een volgende afspraak voor te stellen, of, zo de patiënt vraagt „wanneer moet ik terugkomen”, de volgende afspraak niet te lang uit te stellen.

4 Later in de behandeling kan worden getracht de patiënt een opdracht te geven waarvan men zeker weet dat hij deze tot een goed einde kan brengen. Als hij dat heeft gedaan dan moet men hem hiervoor belonen. Dit is een eenvoudige vorm van conditionering die vooral bij patiënten die in hun jeugd of later meer straf dan beloning hebben ontvangen, opvoedend werkt. In het begin kan de opdracht zijn de patiënt te vragen op een bepaald uur op te bellen, of een eenvoudig dieetvoorschrift te volgen waarvoor hij dan met een vriendelijk woord wordt beloond. Later kan men opdrachten geven voor adem- en relaxatieoefeningen of om een moeilijk punt dat de patiënt altijd heeft verzwegen, met vader of moeder of de huwelijkspartner te bespreken. Dit wordt steeds gevolgd door een goedkeuring wanneer de opdracht is uitgevoerd, nooit door een afkeuring wanneer de taak te moeilijk bleek, is „vergeten” of om een andere reden door de patiënt niet is geaccepteerd.

„Bemoedigen helpt altijd, ontmoedigen nooit” is een eenvoudige leidraad bij de opvoeding, welke de arts die met emotioneel onrijpe, infantiele, persoonlijkheden heeft te maken, met vrucht uit de pedagogie kan overnemen. Deze regel geldt in het bijzonder bij de behandeling van teveel etende vetzuchtige patiënten, rokers en alcoholisten die men hun verkeerde gewoonte wil afleren, diabetespatiënten die hun dieetvoorschriften overtreden, kinderen die in bed plassen. Al deze patiënten blijken op vermaning, afkeuring of bestraffing te reageren met een recidief, terwijl goedkeuring wanneer het eens lukt, vertrouwen geeft om verder te gaan.

5 Het geven van een tastbaar bewijs van sympathie in het begin, en van aanmoediging later in de behandeling, past in het kader van het inzicht

dat onder andere door Bowlby naar voren is gebracht, namelijk dat de meeste psychische stoornissen die de niet-psychiatrisch geschoolde arts te behandelen krijgt, in belangrijke mate mede zijn veroorzaakt door liefdetekort. Gewoonlijk is dit liefdetekort reeds in de jeugd, in de vorm van verwaarlozing, verlating of achterstelling door de ouders, begonnen. Een te strenge houding van de ouders (niet identiek met slaan!), die om een of andere reden het kind te weinig hun liefde hebben getoond, het te weinig warmte en hartelijkheid hebben gegeven, komt vooral in de moderne Westerse cultuur vaak voor. Niet verklaard is, waarom de reacties op dit liefdetekort in de jeugd zo verschillende vormen kunnen aannemen.

In het algemeen kan worden gezegd, dat wie in de jeugd liefde tekort is gekomen, op latere leeftijd minder goed in staat is liefde aan anderen te geven. Zulk een individu krijgt daardoor zelf later vaak weer minder liefde van zijn medemensen terug. In wat naïeve vergelijking met de ervaringen van de stofwisselingsleer, is schrijver dezes gewend van een liefdebalans te spreken. Evenals men in de jeugd een normaal positieve calcium- en stikstofbalans moet hebben, wil men later over behoorlijke calcium- en eiwitvoorraden kunnen beschikken, zo geldt dit ook voor liefde als een essentieel element in de opbouw van de volwassene persoonlijkheid. Een liefdetekort uit de jeugd moet dus op latere leeftijd worden aangevuld, wil men de liefdebalans alsnog in evenwicht brengen. De arts die geneigd zou zijn sommige patiënten als te afhankelijk, indringerig, vragend om verwening, af te weren, valt het meestal gemakkelijker aan deze verlangens toe te geven wanneer hij inziet dat dit een tendens is van de patiënt om alsnog aan te vullen wat hij in zijn jeugd tekort kwam.

De ervaring heeft ons geleerd dat men door vooral in het begin van de behandeling aan deze verlangens toe te geven, en de patiënt (voorzover dit praktisch mogelijk is) liefde te betonen op zijn eigen infantiel-emotionele ontwikkelingsniveau, belangrijke psychotherapeutische successen kan behalen. Bovendien bleek daarbij, in tegenstelling tot wat wij hadden gevreesd, dat wanneer het liefdetekort eenmaal was aangevuld, de patiënt niet permanent van de arts afhankelijk bleef, op den duur niet verwend, doch integendeel emotioneel rijper was geworden en zich dan min of meer normaal, zelf van de arts losmaakte. De angst van vele artsen, dat zij door te vriendelijk voor een patiënt te zijn deze overmatig aan zich zouden fixeren, is ons in het algemeen overdreven gebleken.

6 Mede in het kader van het streven de liefdebalans in evenwicht te brengen hebben wij geleerd, hoe belangrijk het is niet alléén de patiënt, doch ook de sleutelfiguren uit zijn omgeving te behandelen. Dit geldt in het bijzonder bij de behandeling van kinderen of adolescenten. In bijna alle gevallen van astma, ulcus pepticum of colitis ulcerosa op jeugdige leeftijd, behandelden wij in de eerste plaats

eigenlijk de ouders. In al deze gevallen bleek dat de patiënt om een of andere reden een liefdetekort had en de eenvoudigste behandeling was de behandeling van de ouders, teneinde hen te leren hun kinderen, in plaats van strengheid, koelheid, reëctie of ambivalentie, liefde te geven. Bij volwassenen bleek dikwijls hetzelfde van toepassing in de gevallen waarin wij tegelijkertijd met de patiënt de echtgeno(o)t(e) gingen behandelen. Deze gedragslijn is door verschillende huisartsen in ons land, onder andere door Van Lidth de Jeude, op systematische wijze uitgewerkt.

Wanneer wij spreken van behandeling van de sleutelfiguren uit de omgeving van de patiënt, dan bedoelen wij werkelijke behandeling. Met name is het ons van weinig nut gebleken indien wij de ouders of echtgeno(o)t(e) van de patiënt(e) op min of meer strenge wijze toespraken, hen op hun plichten wazen of op intellectuele wijze trachtten te overtuigen dat zij hun houding en gedrag ten opzichte van de patiënt(e) dienden te veranderen. Het hielp veel meer indien wij deze sleutelfiguren tot een gesprek uitnodigden, waarin wij ook hun gelegenheid gaven zich uit te spreken en ook hun een tastbaar bewijs van onze sympathie gaven. Wanneer de moeder van een astmatisch kind zich tegenover haar kind liefdevol-tyrannieke gedraagt, wanneer de moeder van een jongeman met een ulcus hem in de eerste plaats tot plicht opvoedt en pas in de tweede plaats hartelijkheid en tederheid geeft, dan is dit niet een fout waarvan wij haar beschuldigen moeten. Het is een gedrag dat meestal ook weer door liefdetekort in haar jeugd of van de zijde van haar echtgenoot is veroorzaakt. Wij beginnen zulk een gesprek met een familielid dan ook vaak door de vraag: „Hoe gaat het met u?“, „Het valt voor u zeker ook niet mee?“ of: „Prettig dat u komt, ik wil ook eens over uzelf praten“, gevolgd door een even sympathiserend luisteren als wij dat bij de patiënt doen.

7 Het bleek ons van groot praktisch voordeel de psychotherapie niet alleen te doen, doch zoveel mogelijk medewerking te vragen van verpleegsters, maatschappelijk werkers, geestelijken, fysiotherapeuten, in het algemeen van allen die zich in het moderne geneeskundige bedrijf rondom de patiënt bewegen. Dit heeft het voordeel, dat een deel van de tijd die de arts anders alléén met zulk een patiënt moet doorbrengen, nu door anderen wordt gevuld. Bovendien bezorgt dit de patiënt in zijn moeilijkheden met zijn omgeving een aantal nieuwe bondgenoten. De patiënt leert verder in de arts en zijn medewerkers mensen kennen die anders met elkander omgaan dan hij veelal gewend was, die hun conflicten op relativerende wijze met elkander uitpraten en er onder elkander geen wrok over blijven koesteren. Hij krijgt gelegenheid zich met deze, voor hem veelal nieuwe, gedragspatronen te identificeren.

De arts heeft het voordeel van meer informatie die hij ontvangt doordat sommige patiënten zich tegenover verpleegster, maatschappelijk werker of

fysiotherapeut vaak vrijer uitspreken dan tegenover hem. Aan de andere kant betekent dit dat de arts met zijn medewerkers ook als bondgenoten, als leden van een werkgroep, moet verkeren, hen deelgenoot moet maken van de problematiek van de patiënt en dat hij bereid moet zijn aan deze medewerkers tijd, aandacht en voorlichting te geven en suggesties en kritiek van hen te ontvangen. De arts die in een ziekenhuis werkt moet er naar streven dat de gehele atmosfeer, ook in een niet-psychiatrische afdeling, van een psychotherapeutische geest wordt doordrongen. Hier komt nog het voordeel bij dat patiënten, die reeds enige tijd op de afdeling of de polikliniek in behandeling zijn, de nieuwelingen anders tegemoet gaan treden. Het is ons meermalen opgevallen dat patiënten van een ziekenzaal waar een goede geest heerste tussen arts, verpleegsters en ander personeel, (hieronder verstaan wij niet alleen goede disciplinaire verhoudingen!) onder elkander ook een goede groepsgeest ontwikkelden, hetgeen duidelijk bijdroeg tot een goed psychotherapeutisch effect.

8 Een belangrijke rol in het succes van psychotherapie door de niet-psychiater speelt de mogelijkheid om regelmatig over de psychologische problemen van zijn patiënt met collegae, en zo nodig met een psychiater, te kunnen spreken. Het is immers wel duidelijk dat een psychologische moeilijkheid tussen een arts en zijn patiënt niet alleen op de karakterstructuur van de patiënt berust, maar dat het er om gaat, hoe de twee persoonlijkheden, die van de patiënt en die van zijn arts, met elkander communiceren.

Daar artsen ook mensen zijn met eigen conflicten en liefdetekorten, is het ook voor hen van grote betekenis zelf, emotioneel en intellectueel, steun te kunnen ontvangen bij het oplossen van hun arts-patiëntproblemen. De door Balint het eerst in het leven geroepen huisartsgroepen, waarvan er thans een aantal binnen het kader van het Nederlands Huisartsen Genootschap functioneren zijn in dit opzicht bijzonder nuttig gebleken. Zij staan meestal onder leiding van een discussieleider-huisarts, en de bijeenkomsten worden veelal bijgewoond door een consulent-psychiater.

De ervaring in de tweede kliniek voor inwendige ziekten in het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam deed zien dat zulke groepen ook voor de niet-huisarts van grote betekenis kunnen zijn. Het lijkt zelfs niet te boud te beweren dat de mogelijkheid om in zulk een groep de rol van de eigen conflicten bij de psychotherapie van patiënten te leren kennen, een *conditio sine qua non* is voor iedere niet-psychiatrisch geschoolde arts die beter dan tot nu toe met zijn patiënten tot psychotherapeutisch contact wil komen.

9 Wij kunnen nauwelijks genoeg wijzen op de belangrijke psychotherapeutische functie van gewone, goede geneeskunde. Een rustig opgenomen anamnese, een grondig onderzoek, zo nodig her-

haald, en vooral een goed gekozen symptomatische medicamenteuze of fysische therapie, hebben niet alleen een feitelijk, doch ook een psychotherapeutisch effect. Zij geven rust en vertrouwen, terwijl het bovendien helpt wanneer de migrainepatiënt merkt dat de tabletten althans iets tegen de hoofdpijn doen, wanneer de ulcuspatiënt een goede therapie tegen zijn pyrosis en nachtelijke pijnen krijgt, wanneer de hypertensiepatiënt naast de gelegenheid tot uitpraten, een bloeddrukverlagend middel in niet te grote doses ontvangt. Hezelfde geldt voor verstandig gebruik van kleine doses tranquilizers, vitamines, hormoonpreparaten en voor dieetregelingen. Al deze therapieën, mits juist geïndiceerd en in de juiste mate voorgeschreven, hebben zowel een organisch als een symbolisch (placebo) effect. De arts moet echter wel bedenken dat hij door deze belangrijke interne therapie (vooral met tranquilizers!) het laten uitpraten en het in evenwicht brengen van de liefdebalans niet kan vervangen.

Een juiste organische therapie vult psychotherapie harmonisch aan, is er eigenlijk zodanig mee verbonden dat het moeilijk is vast te stellen waar het ene resultaat begint en het andere eindigt. Even verkeerd als het is te menen dat men een patiënt alleen met geneesmiddelen, operaties of revalidatieoefeningen kan behandelen, even verkeerd zou het zijn te geloven dat men per se alleen met praten het doel moet bereiken.

In Israël, waar de schrijver de laatste jaren gelegenheid had de hier beschreven richtlijnen te beproeven en nader uit te werken, kwam bovendien nog een sociaal voordeel van symptomatische therapie naar voren. Wanneer de patiënt na het onderzoek zijn huisgenoten moet mededelen dat de dokter hem geen geneesmiddel heeft gegeven en hem alleen voor gesprekken heeft terugbesteld of de raad heeft gegeven naar de psychiater te gaan, wordt door de omgeving veelal gemeend dat hij niets heeft, dat zijn klachten op aanstellerij, verbeelding of hysterie berusten. Het resultaat is dan vaak dat de omgeving de patiënt nog minder liefde en sympathie geeft dan tot nu toe, daar in vele culturen het hebben van functionele klachten als minderwaardig wordt veroordeeld en patiënten die psychiatrisch worden behandeld, worden geminacht, bespot of geschuwd. Wanneer zulk een patiënt althans tabletten kan tonen of voor injecties wordt terugbesteld, behoedt men hem voor dit sociale omen en een liefdeverlies, dat wel allerminst de bedoeling van de psychotherapeutisch ingestelde arts kan zijn.

Een niet genoeg te waarderen wijze van combinatie van organische en psychische effecten biedt ons de zogenaamde fysische therapie. De warmte van het bad of de diathermie, de strijkende aanraking tijdens de massage, het oog-, gespreks- (en luister-)contact met de patiënt en de aanmoedigingen bij het weer leren lopen in de oefenzaal, zijn bijkans ideale vormen van gecombineerde psycho- en fysiotherapie.

10 Een belangrijke vraag is uiteraard of zulk een psycho-organische combinatietherapie niet zoveel tijd van de arts vergt dat het praktisch onmogelijk zou worden patiënten zulk een behandeling te geven. Hierover zijn reeds enkele belangwekkende onderzoeken verricht. Daarbij is aan het licht gekomen dat, indien men inderdaad tijd neemt voor zulk een behandeling, vaak door huisartsen successen zijn bereikt die hebben gemaakt dat patiënten, die geregeld op het spreekuur kwamen, niet meer behoefden terug te komen, zodat uiteindelijk een tijdsbesparing werd bereikt. Sommige huisartsen hebben aangetoond hoeveel tijd zij konden uitsparen door zulke patiënten af en toe op een apart uur buiten het spreekuur terug te bestellen.

In de psychosomatische werkgroep hebben wij getracht door het invoeren van groepstherapie voor acht tot twaalf patiënten, die een tot twee keer per week terugkwamen, tijd te besparen, die anders aan deze mensen individueel zou moeten worden gegeven. Vooral door Van der Valk is aangetoond dat zulke zittingen niet te veel tijd behoeven te kosten en therapeutisch heilzaam kunnen zijn. Groen en Pelsers hebben verder aangetoond dat, althans voor de behandeling van astmapatiënten, zulk een groepstherapie door niet-psychiaters kan worden geleid, mits deze gelegenheid hebben voor consult met en leiding door psychiaters. Het is duidelijk dat juist in deze richting nog veel onderzoek noodzakelijk zal zijn. Dit hangt samen met het probleem van de efficiëntie van de praktijkvoering in het algemeen, waarvoor in het bijzonder bij huisartsen belangstelling bestaat doch dat vroeg of laat ook door de ziekenhuisspecialisten onder ogen zal moeten worden gezien.

Hier moge worden gezegd dat het probleem van de tijd er een is dat, zelfs indien het werkelijk het knelpunt zou zijn, onmogelijk als definitief argument

tegen psychotherapie door huisarts of specialist kan worden aangevoerd. De moderne geneeskunde heeft voldoende aangetoond wat door het besteden van veel zorg en tijd en zonder te letten op de kosten, kan worden bereikt bij patiënten met congenitale hartgebreken, metastaserende mammatumoren, poliomyelitis en ernstige ongevallen. Waarom zouden tijd en moeite alleen in de vorm van operaties en revalidatie mogen worden gegeven? Wij moeten er voor waken de weerstand die wij tegen de vervulling van een psychotherapeutische taak door niet-psychiaters voelen, als tijdsgebrek te rationaliseren.

De huisarts of niet-psychiatrisch geschoolde specialist kan uiteraard patiënten die psychotherapie behoeven naar de psychiater verwijzen. Hij moet dit zelfs doen, wanneer hij de overtuiging heeft zelf niet in staat te zijn de patiënt de psychische steun te geven die deze behoeft. Waar hier de grenzen liggen hangt niet alleen af van de psychische stoornis van de patiënt, doch ook van de persoonlijkheid en de opleiding van de huisarts of specialist. In dit opzicht is door de bovengenoemde huisartsengroepen belangrijk werk gedaan, doordat de huisartsen er hebben geleerd dat zij, veel meer dan zij aanvankelijk meenden, patiënten zelf konden behandelen indien zij moeilijke gevallen af en toe aan een psychiater en aan hun eigen collegae konden voorleggen. Zo opent zich in steeds grotere mate de mogelijkheid dat de huisarts niet meer behoeft te kiezen tussen zelf behandelen of verwijzen, doch dat hij overwegend zelf behandelt met gelegenheid af en toe psychiatrische hulp te ontvangen bij het oplossen van de problemen van zijn patiënt en bij het overwinnen van eigen moeilijkheden. Schrijver dezes is de psychiater, met wie hij in de loop der jaren heeft mogen samenwerken, vooral dankbaar voor de adviezen, welke laatstgenoemde categorie betroffen.