

Een didactisch probleem in de huisartsenwerkgroepen

DOOR J. SPANJAARD, ZENUWARTS TE HAARLEM

Het is voor de psychiater een interessante en leerzame ervaring het contact te hernieuwen met collegae met wie hij eens samen op de collegebanken heeft gezeten, voor hij werd omgevormd in de discipline van de psychiatrie en met name van de psychotherapie. Schrijver dezes — zenuwarts-psychoanalyticus — heeft in de enkele jaren, dat hij ervaring heeft met bovengenoemd groepswork, gemerkt hoezeer men uit elkaar is gegroeid. Opleiding en praktijk blijken andere denkwerelden te hebben geschapen. De kloof kan zo groot zijn dat men welhaast van een Babylonische spraakverwarring kan spreken.

Het is Balint geweest, die een weg heeft gevonden om dit contact op vruchtbare wijze te herstellen. Na een periode van ongunstige ervaringen met de conventionele instructie via lezingen kwam hij ertoe kleine discussiegroepen te vormen, waarin de deelnemers actief konden optreden bij het bespreken van patiënten en van de psychotherapeutische aanpak. Balint legde sterk de nadruk op de emotionele reacties van patiënt en arts ten opzichte van elkaar. Hij maakte dit tot het uitgangspunt van zijn benadering en men krijgt de indruk, dat hiermede de alfa en omega van de psychotherapie door de huisarts zou zijn gegeven. Dit is slechts ten dele te handhaven. In de psychoanalyse, ook voor deze vorm van psychotherapie de inspirator, zijn de wederzijdse emotionele reacties, overdracht en tegenoverdracht genaamd, zowel de belangrijkste informatiebron als het belangrijkste vehiculum voor de therapie gebleken. Het is dus niet verwonderlijk dat een psychoanalyticus als Balint het sensibiliseren van de huisarts hiervoor voorop heeft gesteld.

Zonder het belang van Balint's benadering te willen ontkennen ben ik toch van mening, dat hierbij een stap wordt overgeslagen. Wat moet men immers met bovengenoemde ervaringen, indien men geen begrip heeft van psychologie, geen inzicht in de dieptepsychologische mechanismen en in de eigenaardige motivaties die een mens in zijn gedrag blijken te richten? Zeker, veel van de hiertoe benodigde psychologie berust op „common sense”, doch bij nadere beschouwing klopt deze common sense niet met het conventionele inzicht dat de huisarts in zijn patiënt heeft. Ik zou als stelling willen poneren dat het geven van instructie door de psychiater in de huisartsenwerkgroepen onmisbaar is. Deze instructie gaat voornamelijk uit van de verworven kennis van psychologie en dieptepsychologie van gezonden en zieken en voorts ook van klinische en therapeutische ervaringen.

Een en ander moet beslist niet de vorm hebben van een cursus doch worden ingevlochten in de open discussie, die deze werkgroepen kenmerkt. In tegenstelling met vooral Engeland is men in ons land vrijwel unaniem van oordeel dat er op deze wijze moet worden gewerkt. Wel zijn ook wij er van overtuigd dat het hoogste werkniveau in de groep wordt bereikt, indien de emotionele verschijnselen van arts en patiënt ten opzichte van elkaar kunnen worden besproken en vooral, indien de emotionele reacties van de groepsleden onderling aan bod kunnen komen. Om echter te begrijpen, waarom er op deze of gene wijze wordt gereageerd, is kennis en inzicht een vereiste. Het is een van de taken van de psychiater zijn collega's daarin wegwijs te maken.

Indien men zich afvraagt waarom de huisarts — en vooral de oudere — vreemd staat tegenover deze materie dan kunnen de volgende punten worden genoemd. De conventionele benadering door de huisarts is weinig gedifferentieerd. Hij is opgegroeid in het bewustzijn van de waarde van zijn autoriteit en hij beziet de relatie met de patiënt vanuit die hoek. Men moet de betekenis hiervan niet onderschatten. De zieke, zeker de ernstig zieke, is zeer gebaat bij een gevoel van veiligheid, dat door een geaccepteerde afhankelijkheid ontstaat. Hij is liefst een kind dat zich weer onder de hoede van een beschermende en alwetende ouder stelt. Maar, wat psychische en psychosomatische stoornissen betreft, komt men met deze instelling veelal niet ver.

Verder kan men stellen dat de huisarts in de eerste plaats somaticus is. Hij is geschoold in diagnostiek gecorreleerd met prognose en therapie. De psychiatrie, zeker de neurosenleer, vertoont steeds meer de neiging deze correlaties los te laten. Elk geval wordt individueel bekeken naar zijn eigen opbouw en de diagnoses worden steeds vager (bijvoorbeeld karakterneurose, dwangmatige trekken, enzovoort). Het inzicht in de structuur van de stoornis neemt echter toe, evenals de kennis van de achtergronden en de aard van hun werking. Hoe beter men een casus leert kennen, des te gecompliceerder blijkt het weefsel van krachten te zijn. Van een eenvoudige causaliteit is geen sprake meer. De huisarts kan echter nooit tot een dergelijke beschouwing van zijn patiënten komen als hem te enen male de tijd ontbreekt om zovele uren met één mens bezig te zijn als de psychotherapeut. Met andere woorden, het is geen kunst een breed gefundeerd beeld van een patiënt te krijgen indien

men honderden uren aan hem kan besteden en dat ook nog tegen een redelijk honorarium.

Tenslotte hebben de voordelen welke een huisarts heeft boven de psychiater, tegelijkertijd hun bezwaarlijke kanten. Hij kent de omstandigheden en het milieu van de patiënt gewoonlijk veel beter. Hij heeft vaak de patiënt van kind af kunnen volgen. Maar dikwijls voelt de patiënt zich minder vrij tegenover deze haast tot familie geworden raadsman. Het gevolg is, dat een te hulp geroepen psychiater over het algemeen intimiteiten krijgt te horen, welke de huisarts niet bevroedt en welke de patiënt ook niet aan hem wil zien overgebracht.

Beschouwt men de opleiding tot psychotherapeut, speciaal die tot analyticus, nader, dan blijkt, dat daarin kwalitatief andere processen een rol spelen dan in de gewone medische opleidingen. Een dergelijke opleiding is uiterst langdurig mede doordat deze tak van wetenschap bijzonder gecompliceerd is en gedeeltelijk nog in de kinderschoenen staat. Het meest tijdrovende is wel de verplichte leeranalyse. Men denkt vaak dat deze eis wordt gesteld omdat men het vak alleen maar zou kunnen leren indien men het op zichzelf toepast. Men kan immers geen getuige zijn van de behandeling van een ander zoals dat bij de overige medische therapievormen zonder meer mogelijk is. Dit is echter niet waar het om gaat. De zogenaamde leeranalyse is nodig ter wille van de eigen persoonlijkheid die in de uitoefening van het vak een doorslaggevende rol speelt. Ieder mens heeft aversies, blinde vlekken, eventueel neurotische verschijnselen, die het efficiënt psychotherapeutisch werkzaam zijn in de weg kunnen staan. Dit is ook de reden waarom Balint er terecht toe overging een kleine discussiegroep — bij voorkeur ongeveer acht leden, evenals bij de therapeutische groepen — voor dit werk te gebruiken. Een dergelijke groep blijkt namelijk uitermate geschikt om zelfkennis op te doen en aanleiding te geven tot correcties in de persoonlijkheid. Door zich aan de anderen te spiegelen leert men zichzelf kennen. Men merkt spoedig dat openhartigheid, ook ten aanzien van feilen in het werk, mogelijk is en dat men zeer persoonlijke reacties op patiënten, samen met anderen kan objectiveren. Het is natuurlijk wel nodig dat de atmosfeer in de groep een dergelijke communicatie bevordert. Naast zijn taak als deskundige en instructeur heeft de psychiater ook het leeuwendeel van de verantwoording hiervoor. Naar mijn mening is de functie van discussieleider, toegedacht aan een van de huisarts-leden van de groep, een kunstmatige creatie. De deskundige in de groep ontkomt, of hij wil of niet, nooit aan zijn leiderschap. Men bespeurt echter niets van deze autoriteitsverhouding als men elkaar ontmoet buiten omstandigheden, welke met dit werk te maken hebben.

Wanneer men zich tot taak stelt precies te formuleren in welk opzicht de discipline van de psychiater zozeer verschilt van die van de huisarts, dan stuit men op de moeilijkheid langzaam verworven

inzichten, veelal ook imponderabilia, te moeten beschrijven. De psychoanalyticus heeft naast bepaalde voorstellingen omtrent het functioneren van de menselijke psyche — voorstellingen, waarin „het onbewuste” een grote rol speelt — ook de overtuiging, dat het menselijk gedrag steeds zinvol en gemotiveerd is. Hoewel deze beweegredenen, ook al zijn zij niet bewust, als motief voorstelbaar zijn (de al vaker genoemde common sense), bezitten de achtergronden nogal eens een eigenaardig karakter. Dit is bijvoorbeeld het geval bij het oedipale conflict. Er is dus wel degelijk kennis voor nodig om de manifeste verschijnselen naar hun dieptepsychologische gehalte te waarderen. Als men leest hoe Freud jarenlang heeft geobserveerd en geïnterpreteerd voor hij geloof durfde te schenken aan wat hij dagelijks ervoer — ik denk hier met name aan de kinderlijke seksualiteit — dan beseft men hoe noodzakelijk het is de eigenaardigheden van de menselijke psyche van anderen te leren.

Men kan zich nu twee vragen stellen: waar ligt de grens voor de psychotherapeutische bemoeienis van de huisarts en wat moet in verband daarmee de instructie behelzen? Het antwoord op deze vragen is naar mijn mening eenvoudiger dan men veelal denkt. In principe kan men stellen dat een werkelijk grondig ingaan op psychische of psychosomatische stoornissen het binnentreden van een doolhof betekent, hetgeen eerst na langdurige ervaring en deskundige arbeid tot een redelijke oplossing kan leiden. Eveneens kan men stellen dat elke bemoeienis met een ander mens die hulp zoekt, zelfs al betreft het fracturen, een psychotherapeutisch facet heeft. Elk gesprek, ook over algemeen menselijke problematiek van normale aard, heeft onmiddellijk te maken met de psychologie, ook al laat men zich intuïtief leiden door de zogenaamde gewone mensenkennis. Gespreksvoering is moeilijk, niet-medische disciplines hebben daar allang leerstof van gemaakt!

Trouwens, indien men zich afvraagt waarom mensen elkaar in het dagelijks leven aanklampen, dan kan men zien dat psychotherapie eigenlijk veel verder reikt dan de bemoeienissen van een geneesheer. Waarom roddelt men zo veel? Onder andere om zich te ontdoen van schuldgevoelens over zijn eigen agressie. Het stereotype buurvrouwen-gesprek met het refrein: „Vind je ook niet?”, zou men kunnen vergelijken met een gemitigeerd farmaceutgebruik dat buiten de geneeskunde om, via koffie, thee en alcoholia wordt gerealiseerd. Er kan dus eigenlijk niet van een duidelijke afgrenzing worden gesproken. Waar wel een grens aan is, is aan het aantal beschikbare psychotherapie-uren van deskundigen. En wat om financiële redenen ook beperkt is, is het contingent patiënten dat men naar de psychiater kan verwijzen. Bovendien weigeren zij vaak erheen te gaan en moet de huisarts wel trachten veel te moeilijke gevallen toch zo goed en zo kwaad als het kan te behandelen. Voorts vraagt een verwijzing om een

goed onderzoek en een goed onderzoek om inzicht en vaardigheid. Hiermede is de cirkel gesloten: ook de huisarts dient voldoende op de hoogte te zijn van psychologie en psychiatrie; hij moet onder leiding een zekere vaardigheid ontwikkelen om zich in deze materie te bewegen.

Toch kan men zich afvragen of er patiënten zijn voor wie juist de huisarts de aangewezen persoon is om psychotherapie te verrichten. Ik geloof inderdaad dat dergelijke patiënten bestaan en ik zou hen in de volgende categorieën willen onderbrengen. In de eerste plaats de vele patiënten met lichamelijk lijden, die psychische steun behoeven. Vervolgens de patiënten wier lijden wordt veroorzaakt door actuele wanverhoudingen in het milieu waarin zij leven. Men kan daarbij denken aan het gezin, aan woon- en samenwoonproblemen, aan het werkmilieu, aan sociologische moeilijkheden door verhuizing, buitenlandse werkkrachten enzovoort. Tenslotte patiënten, wier problematiek met een goede voorlichting kan worden verholpen, bijvoorbeeld opvoedingsproblemen, huwelijksmoeilijkheden.

Er zijn ongetwijfeld meer categorieën aan te geven, terwijl ook de mensen die onder de genoemde categorieën vallen herhaaldelijk specialistische hulp behoeven. Van het grootste belang is echter, dat men niet de wijze waarop men zich met een patiënt bemoeit, tot criterium mag nemen. Er wordt namelijk nogal eens gesteld, dat het zogenaamde duiden aan de psychiater moet blijven voorbehouden. Hierbij gaat het om het formuleren van een motivering, waarvan de patiënt zichzelf niet bewust is. Dit vereist inderdaad een behoorlijke kennis van en inzicht in de dieptepsychologie en men ziet dus liever dat de huisarts zich beperkt tot vragen, luisteren, meevoelen, tot hoogstens een advies geven of steunen en medicamenten aanwenden.

Duiden is zonder twijfel een gevaarlijke activiteit. Het kan een patiënt, en zeker de relatie met een patiënt, schaden. Maar duiden gaat ook ongemerkt over in vele van onze normale verbale activiteiten. Bij een informatief gesprek impliceert bijvoorbeeld elke vraag, die preciezer op bepaalde zaken ingaat, al een vermoeden en daarmee een interpretatie of duiding in statu nascendi. Wanneer een patiënt vertelt dat hij vaak hoofdpijn heeft en bij vluchtig navragen blijkt dat deze speciaal op zondag optreedt, dan is een voorzichtig informeren naar geloof, kerkgang en dergelijke al bijna een duiding. Indien men allerlei gegevens krijgt, die er op wijzen, dat de patiënt in een moeizaam conflict met zijn streng religieuze komaf verwickeld moet zijn, kan men worden genoodzaakt een dergelijke interpretatie voor te leggen.

Inderdaad moet men dan toch nog onderscheiden of de patiënt dit zelf al wist of dat hij totaal onbewust was van een dergelijk conflict. Men zou immers kunnen opmerken dat alleen in het laatste geval van een echte duiding kan worden gesproken. Maar men mag niet vergeten dat iemand die

hoofdpijn krijgt door een bewust conflict, dit conflict allerm minst kan verwerken. Dat betekent dat er kanten aan zitten, die duister voor hem zijn, bijvoorbeeld doordat hijzelf het verband hoofdpijngevoelsofschuld niet heeft gelegd of dit niet heeft durven vertellen aan de arts. Als de arts dan verder tracht dit probleem te doorgronden dan stuit hij onvermijdelijk op zaken, welke de patiënt zich niet bewust is en de arts zal hem met het opvangen daarvan behulpzaam moeten zijn. Zelfs al gaat het om relatief oppervlakkige inhouden — bijvoorbeeld in het genoemde geval om een angst voor de dominerende gereformeerde vader tegenover een weinig steun gevende echtgenote —, het formuleren en bespreken er van kan van het grootste belang zijn en een uitgesproken therapeutische werking hebben.

Alvorens dit artikel te besluiten met het opsommen van enkele typische moeilijkheden, welke men in de benadering van deze materie door de huisarts kan signaleren, kan worden getracht enkele facetten van deze instructie te preciseren. Van primair belang is het leren observeren en informeren. Hoewel tact is geboden — en niet alleen aangeboren, zoals het Duitse spreekwoord zegt —, is overdreven schroom foutief. Het is vaak een teken van de veroordeling van het verschijnsel dat de patiënt exposeert en dus zelfs niet zonder gevaar. De psychiater moet de huisarts behulpzaam zijn met het vinden van een weg in de vele psychische en vooral ook seksuele eigenaardigheden, welke de mens kan vertonen. Een objectieve en dus ook wetenschappelijke houding is noodzakelijk, een onderzoek mag niet worden gestoord door ethische of esthetische vooringenomenheden. In de somatische geneeskunde is dit immers ook niet het geval.

Al is een positief ingestelde belangstelling onmisbaar, het „warme menselijke medegevoel”, vaak gepropageerd in dit werk, is geen panacee, integendeel. Indien immers, zoals zo vaak gebeurt, een patiënt zijn eigenlijke problematiek tracht te camoufleren achter een ietwat sentimentele rationalisatie, dan zou een meespelen op dit niveau tot een stabilisering van de stoornis kunnen leiden. Er is echter enige kennis van zaken en vooral een goed onderzoek nodig om dergelijke misleidingen te doorzien. Voor de grote rol, welke de emotionele reacties hierin spelen, zij naar Balint verwezen.

De betekenis van de reeds enige malen genoemde common sense kunnen wij met een voorbeeld verduidelijken. Iemand die door angst — ook al is deze onbewust — wordt gedreven, vecht of vlucht. Iemand die is gekwetst, wordt verdrietig of agressief. Maar de angst en de kwetsing kunnen zo merkwaardig zijn dat zij voor een niet ingewijde onherkend blijven. Als een beroepschauffeur bij het wegbrengen van een auto van een kennis een ongeluk krijgt, de auto in de berm laat liggen, zelf wegrent — het is middernacht — naar zijn kilometers verder gelegen woning, en een suïcidepoging doet, dan kan er sprake zijn van een reactie

op een diepe kwetsuur van zijn beroepseer. Bovendien zal de angst voor zijn verdere carrière een grote rol spelen. De somaticus denkt in deze gevallen alleen aan een commotio of aan dronkenschap. Men moet echter leren beseffen, hoe intensief psychotraumatata kunnen inwerken en daarnaast dat wat psychotraumatisch is en hoe dat wordt ervaren, voor een ieder anders ligt. Dit laatste is streng gedetermineerd en wordt vooral door infantiele en onbewuste factoren bepaald.

* * *

Ter verdere verduidelijking van mijn standpunt wil ik aan enkele voorbeelden laten zien, hoe kortzichtig het gezonde verstand kan zijn, indien het gebrek aan inzicht en ervaring heeft. Wij kunnen enkele typische foutencategorieën onderscheiden.

1 De vorm van informatie. De aard van het gesprek is van het grootste belang. Gepreformeerde vragen zijn uit den boze, maar een schema van rubrieken „in het achterhoofd” is, om het psychische levensgebied van de patiënt zo volledig mogelijk te bestrijken, onmisbaar. Het contact moet de vorm bewaren van een ongedwongen gesprek, het mag niet star maar het moet flexibel zijn, met een continue aandacht voor juist die verbale en niet-verbale verschijnselen, die de patiënt onwillekeurig ontsnappen en die vaak de belangrijkste inlichtingen geven. In de eerste plaats de affectuïtingen zoals blozen, verward raken en geremd zijn.

Voor al daar waar de patiënt bij de arts een duidelijke tegenzin oproept om dieper op de zaken in te gaan, is grote aandacht geboden. Daar moet verder worden geïnformeerd, zodra de tijd en de relatie met de patiënt het toelaten. Het is namelijk een teken van een zogenaamde weerstand: de patiënt wil dat men er niet dieper op ingaat. Over het algemeen begint op dit moment het eigenlijke psychotherapeutische werk.

In het bewuste vlak komt men dergelijke situaties vooral bij de exploratie van het seksuele leven tegen. Vrijwel iedere patiënt vertelt dat zijn seksuele leven „heel gewoon” is. Mocht hij vertellen, dat hij wel onaneert, dan zijn zijn fantasieën steeds „normaal, gewoon, weet u wel...” Indien men dan tegelijkertijd verschillende neurotische verschijnselen aantreft, die niet kunnen correleren met een dergelijke conventionele seksualiteit, dan moet men verder informeren en zeker niet met het verstoppertje spelen van de patiënt meegaan. De patiënt tast immers vaak af, in hoeverre zijn voor hem ongewone behoeften en verschijnselen inderdaad moeten worden verzwegen omdat deze zo „slecht” zijn. Als de arts zich hiervan niet bewust is kan hij het isolement van de patiënt hierdoor consolideren en de kans verspelen om de patiënt met voorlichting of behandeling te helpen.

2 Overschatting van bewuste en onderschatting van onbewuste motiveringen van de patiënt. Ten

aanzien van de bewuste motivering kan worden gesteld, dat het specifieke van het pathogene conflict is, dat het onbewust is. Stel dat een patiënt komt met als motivering voor zijn klachten: „Wij wonen ook veel te klein” en men vat dit als de ware oorzaak op, dan resten veelal slechts weinig ter zake doende therapeutische maatregelen: palliatieve therapie, bijvoorbeeld medicamenteus; sociale hulp: het verlenen van medewerking tot het verkrijgen van een grotere woning; pastoraal getinte hulp: „Hoevelen moeten in de huidige tijd niet... enzovoort”. Indien men echter goed naar de patiënt had geluisterd en verder had geïnformeerd, dan had men kunnen horen dat patiënt zich over het snurken van zijn vrouw beklaagde, dat hij wel eens alleen zou willen slapen. Een nader ingaan op de huwelijkssituatie is dus noodzakelijk, dit kan aanknopingspunten geven voor een meer rationeel ingrijpen, eventueel psychotherapeutische hulp.

Dit bewuste — onbewust foutieve — motiveren van de patiënt, ook wel rationaliseren genoemd, hangt onmiddellijk samen met zijn weerstanden. Hij weert de werkelijke motieven af, houdt ze onbewust en kan ze dus ook niet weten. Alleen al ter wille van de lieve vrede is onze neiging groot om de patiënt maar gelijk te geven. Natuurlijk is dit voor een behandeling een fataal gedrag. Er is echter wel tact en begrip nodig om iemand op de juiste manier niet alleen verstandelijk maar ook emotioneel met zijn conflicten in contact te brengen.

Ten aanzien van de onbewuste motivering en de weerstand meent men vaak, dat het vragen naar de verborgen motieven, of het eenvoudigweg mededelen ervan zonder meer, voldoende is om de patiënt te bereiken en de stoornissen te verhelpen. Een aardige illustratie van deze misvatting vormt het volgende. Op een groepsbespreking blijkt, dat een patiënt zijn klachten wel zal hebben ten gevolge van een onbewust schuldgevoel ten opzichte van zijn overleden vader. De arts met deze wetenschap van de bespreking thuiskomend, vraagt zijn patiënt bij het eerstvolgende gesprek of hij ook schuldgevoel ten opzichte van zijn vader heeft. Deze zegt dan prompt en verbaasd, dat daar helemaal geen sprake van is en de arts zit met de mond vol tanden. Men heeft het hem toch met zoveel overtuiging duidelijk gemaakt. Hoe nu verder?

Hier stuit men op een van de problemen van de psychotherapeutische techniek. Immers, het afgeveerd zijn van de meest essentiële motieven waardoor deze onbewust blijven, achten wij wezenlijk voor het ontstaan van de pathologische verschijnselen. De patiënt heeft geen toegang tot die voorstellingen en gevoelens, en de gebruikelijke weg, het vragen ernaar, is vanzelfsprekend versperd. Indien men een redelijke vraag stelt, die regelrecht afgaat op deze gewraakte inhoud, dan vraagt men juist naar de onbekende weg en valt er niets anders te verwachten dan een verbaasde afwijzing! Wil men iemand in kennis stellen van iets, dat hij niet kan weten, dan moet dat niet in de vorm van een

vraag maar in de vorm van een *mededeling*. Men moet een dergelijke mededelingen, indien men niet slechts wil drijven op eigen, vaak slechts vermeende autoriteit, echter wel met overtuigende redenen kunnen omkleden. Veelal is daar een heel lange weg voor nodig.

Om aan te sluiten bij het bovengenoemde voorbeeld, deze omkledende redenen kon men in dit geval uit diverse gegevens van de patiënt afleiden. De mededeling moet zeker niet een apodictisch karakter hebben doch heel „tentatief” worden geformuleerd, bijvoorbeeld: „Het lijkt wel of u erg wordt beheerst door een u onbekend schuldgevoel ten opzichte van uw overleden vader. Kijk maar eens naar de telkens weerkerende neerslachtigheid omtrent zijn sterfdag, terwijl het al zoveel jaren geleden is. Denk ook eens aan het feit, dat u juist op hetzelfde gebied zoveel klachten hebt als hij had door de ziekte, waaraan hij is gestorven. Trouwens u klaagt zo over uw werk en komt er toch niet toe iets anders te accepteren terwijl u gelegenheid te over had. En het werk dat u doet is hetzelfde wat uw vader deed. Verder vertelt u zo vaak over hem te dromen.” Indien men zoiets aan de patiënt voorlegt, tenminste als men de indruk heeft dat hij het op kan nemen, dan bestaat de kans dat men daarmee in feite toestemming geeft om anders te gaan leven. Men zij er echter op voorbereid, dat dergelijke veranderingen zich over het algemeen eerst na herhaaldelijk belichten van het probleem, langzamerhand voltrekken.

3 *Het aannemen van té gemakkelijke en eenvoudige causale verbanden in het psychische vlak.* Het dagelijkse leven en de gewone medische vorm van denken verleiden gemakkelijk hiertoe. Zij hebben vaak het karakter van dooddoeners en helpen de arts met het kiezen van die positie tegenover de patiënt waardoor een geringere last op zijn schouders wordt geladen. Het vereenvoudigt de bemoeiingen echter slechts in schijn. Enkele voorbeelden volgen ter verduidelijking. Ten eerste het ziek zijn alleen maar om „aandacht te trekken”. Indien men even verder denkt en dan tot het inzicht komt, dat een mens zijn levensgeluk zou verstoren uitsluitend ter wille van een zo betrekkelijke winst als het trekken van aandacht — hetgeen misschien niet eens lukt — dan rijst toch wel twijfel aan dit zo vaak op de voorgrond gestelde motief. Er zijn natuurlijk veel wezenlijker motieven die tot een dergelijk gedrag leiden. Men moet vooral bedacht zijn op angst en onmacht die tot de vlucht uit het reële bestaan kunnen voeren. Dergelijke motieven vormen eerder aanknopingspunten voor een rationele therapie dan het slechts als een verwijt te begrijpen: „U wilt alleen maar aandacht trekken.” Het gaat ook hier om zeer diep ingrijpende conflicten, alleen treedt de sociale kant wat meer op de voorgrond.

Als tweede voorbeeld kan worden genoemd dat somatische oorzaken gemakkelijker worden geaccepteerd dan psychische. Dat is vanzelfsprekend

omdat het om een ervaring gaat welke wij overal, en vooral in onze jeugd, hebben kunnen opdoen. Als je „echt ziek” bent kun je er „niets aan doen” en word je ontzien en verwend. Men doet dus meestal een patiënt een plezier hem zijn overtuiging: lichamenlijk ziek te zijn, te laten behouden. Vaak kan men ook niet anders, al weet men het beter!

Maar een dergelijke houding kan ook ellende veroorzaken. Zelf heb ik meegemaakt dat men zich zó liet afschrikken door de gêne van een patiënte om preciezer in te gaan op haar dyspareunie, dat gesprek en onderzoek moesten worden gestaakt. Het was een kinderloze vrouw, reeds vijf jaar gehuwd, maar het huwelijk was nog niet geconsumeerd. De groep deelde in de schroom van de refererende arts en kwam tot de conclusie dat de vrouw wel te nauw zou zijn geschapen of een niet goed perforerbaar hymen zou bezitten. Een veronderstelling, die door geen enkele objectieve waarneming werd geschraagd. Men had patiënte's vingerwijzing gevolgd. „Noch u, noch uw man kan er iets aan doen. Er zijn geen psychische, alleen lichamelijke gronden.” En hiermede werd de kans op een psychotherapeutisch ingrijpen gemist.

Aansluitend hierop het derde punt: men kan zich door een vooroordeel over de aard van de patiënt gerechtigd voelen van moeizame observaties en onderzoeken af te zien. Dit kan naar twee tegengestelde kanten voorkomen.

„Ik ken deze patiënte al jaren als een fris en sportief mens. Het is ondenkbaar dat hier sprake zou zijn van een neurotische ontwikkeling.” Het is bekend, dat dit het begin kan zijn van eindeloze lichamelijke onderzoeken en veel iatrogene ellende, door Balint in extenso beschreven.

„Deze patiënt is psychisch zo abnormaal dat de huidige klachten niet anders dan psychisch kunnen zijn.” Ook hier weer iatrogene ellende als gevolg. Ernstige ziekteprocessen kunnen zodoende over het hoofd worden gezien.

In beide gevallen is het een gevoelsmatige betrokkenheid van de arts, die tot de fouten heeft gevoerd. Het is de veroordeling van de neurose. Hij zou die de patiënte, die hij sympathiek vindt, niet willen toeschrijven, terwijl hij de tweede patiënt om diezelfde reden haat, ook al omdat deze laatste hem in diskrediet zou kunnen brengen bij zijn collegae, indien hij in zijn klachten zou geloven. Wie „trapt” er nou in een hysterie?

4 *Overschatting van de werkzaamheid van suggestie.* In de moderne benadering van de werkelijk psychotherapeutisch behandelbare patiënt past de conventionele suggestie niet goed. Treft men deze aan, dan kan men overtuigd zijn van een gebrek aan inzicht hoe men verder moet gaan of van een ongeschikte casus. Ik wil hier slechts een karikatuur van de suggestie bespreken die nog steeds gemeengoed is: het moraliseren.

Het aantal gevallen, waarin een patiënt werke-

lijk een ethisch advies nodig heeft, is miniem. Over het algemeen weet zelfs de psychopaat heel precies wat wel en wat niet mag en mede daardoor laat hij zich leiden tot het kiezen van het sociale. In minder uitgesproken onmaatschappelijke acties zoals de alomtegenwoordige huwelijksontrouw zag ik nog nooit enig resultaat van het advies de partner deze ellende niet aan te doen. Als hij of zij kon, was de patiënt daartoe zelf al overgegaan. Wel heeft het zin met de overspelige eens op niet vooringenomen wijze na te gaan, waarom hij zoveel van zijn gezinsleven op het spel zet. Zoals bekend ligt hier een zeer gevarieerde problematiek aan ten grondslag, die soms, bij een juiste aanpak, kan worden opgelost. Al is het gesprek met beide partijen een hachelijke zaak, menige huisarts heeft de juiste positie om bemiddelend op te treden. Daarmede is hij weer in een gunstiger positie dan de specialist. Het is misschien ook een symptoom van de veranderingen, die zich in deze tijd voltrekken: het paternalisme raakt versleten. Men verwacht deskundigheid en menselijk begrip.

Conclusie. Men hoopt door middel van de huisarts werkgroepen zowel het onderzoek als de psychotherapeutische benadering te verbeteren. Zoals Balint stelt gaat het niet zozeer om „boekenkennis”. Langdurig deelnemen aan dergelijke besprekingen kan visie en vaardigheid tot ontwikkeling brengen, waardoor ook de huisarts een veel grotere rol kan gaan spelen in de psychohygiëne. Van primair belang is het leren spreken met patiënten, het opdoen van de onmisbare informatie, het verkrijgen van inzicht in de problematiek en de mogelijkheid om te behandelen. Zonder kennis van zaken komt men hierin niet ver. Dit is echter meer een kennis die heeft te maken met een verbreding van het gezonde verstand dan een kennis, die vóór alles van leerstof uitgaat. Toch komt men er niet zonder enigszins vertrouwd te raken met de eigenaardige achtergronden, die de menselijke psychologie beheersen. Zelfs kan men de door Balint voorop gestelde emotionele reacties op de patiënt, niet in hun betekenis waarderen zonder deze kennis.

Indien er een indicatie is tot het werkelijk psychotherapeutisch behandelen van de patiënt, dus zonder verwijzing naar een ander, dan moet men de patiënt in de eerste plaats behulpzaam zijn met zich zo veel mogelijk te exponeren in zijn emotiona-

liteit en vooral in zijn verborgenheden. Prematuur afdekken met een schouderklopje, een advies, een (veelal morele) leefregel kan het proces verstoren. Indien men ongeschokt bespreekt waar een patiënt bang voor is of zich schuldig over voelt en zo kan formuleren hoe zijn conflict ligt, dan verricht men psychotherapie.

Samenvatting. De stelling luidt, dat in de huisartsenwerkgroepen in de eerste plaats inzicht en kennis omtrent psychologie en gespreksvorm moeten worden geïnstrueerd. Dit moet geschieden gedurende de discussie en mag niet de vorm van lessen aannemen. De emotionele relatie met de patiënt, hoe belangrijk ook, is slechts een van de facetten.

Het gaat niet om een circumscripste leerstof, veeleer om een verbreding van mensenkennis en „common sense” ten aanzien van de psychologie. Psychoanalytische inzichten zijn daartoe volgens de schrijver onmisbaar.

Het verschil tussen de uitgesproken psychotherapeut en de conventionele huisarts wordt uiteengezet, de indicatie wordt sterk gerelativeerd. Er wordt betoogd, dat ook de huisarts „duiden” mag, indien men deze term niet te zeer beperkt.

Het leren observeren en informeren staan voorop, doch reeds hiertoe is inzicht in de betekenis van „het onbewuste” nodig. Hoe door onderschatting van de rol van onbewuste processen allerlei fouten kunnen worden gemaakt wordt nader uiteengezet met behulp van enkele voorbeelden. De gebrekigheid van de traditionele mensenkennis en vooroordelen worden besproken. Er wordt gewezen op de overschatting van de werkzaamheid van de suggestie.

In een conclusie wordt getracht de moderne benadering van de patiënt, zoals die in de werkgroepen wordt, nagestreefd, nader te precisieren.

Summary. A teaching problem in GP work-groups. It is contended that a primary requirement for GP work-groups is instruction supplying insight and knowledge of psychology and types of interview. The instruction should be offered during the discussion and should not take the form of lectures. The emotional relation with the patient, however important it may be, is only one of many facets.

Rather than on a circumscribed subject matter, the effort should focus on a broadening of human understanding and common sense concerning psychology. The author maintains that psychoanalytic views are indispensable in this respect.

The difference between the psychotherapist and the conventional GP is explained, and the relativity of indications is stressed. It is contended that the GP, too, may „interpret” if the term is not used in too restricted a sense.

Learning to observe and to inquire is pre-eminent, but even this requires an understanding of the significance of „the unconscious”. A number of examples are presented to illustrate how various errors can be committed by underestimating the importance of unconscious processes. The shortcomings of traditional „knowledge of people” and prejudices are discussed. Working of the suggestion must not be over-estimated.

In a conclusion, an attempt is made to define the modern approach to the patient as the work-groups strive to achieve it.