

hun uiterste best deden om de interacties in de groep te leren begrijpen, om te pogen de achtergronden te onderkennen, die een ander groepslid tot zijn — voor hem specifieke — mening deed komen, en om de „verborgen agenda” te leren peilen, waarmee men dikwijls naar een vergadering komt en die tot stand komt door een mengeling van achtergrondfactoren, als opvoeding, milieu, religieuze en/of politieke overtuiging of zakelijke belangen.

De confrontatie met openlijke kritiek op eigen leiderschap, met openlijke discussie over eigen attitude in de groep en de reactie van de groep hierop, leverde een diep aangrijpende bijdrage tot het verwerven van beter inzicht in eigen functioneren. Aan het eind van de cursus ondervond de doorsnee-deelnemer, dat hij in positieve zin „gevoeliger” was gemaakt voor eigen motivering, eigen reacties op anderen, maar ook welke invloed zijn gedrag, zijn woorden en bedoelingen op anderen hebben. Voorwaar een niet te onderschatten uitwerking op de gemiddelde beroepsattitude van de huisarts als „sterke, bijna-alles-wetende raadsman”: de rolverwachting, waarmede de patiënt ons tegemoet treedt en die wij buiten de arts-patiënt-relatie zo slecht kunnen laten varen!

Eén onzer vroeg zich af, of het effect van deze kortdurende cursus met dat van een gecompriëerde — anders jarenlang vergende — medisch-psychologische studiegroep zou zijn te vergelijken, hoewel hij dit anderzijds slechts met veel voorbehoud zou willen poneren, daar hij misschien door zijn jarenlang meelopen in een medisch psychologische studiegroep reeds met een andere attitude deze cursus was tegemoet getreden, dan een huisarts die dit niet had gedaan. Zie ook H. Faber, (1965) huisarts en wetenschap 8, 219.

Ondanks het verlangen naar eigen huis en haard nam een ieder aan het slot van de cursus toch eigenlijk met enige tegenzin afscheid van de andere groepsleden, met wie hij of zij de afgelopen drie dagen zo intens al dan niet gelijkgerichte emoties had beleefd, zulke diepgaande discussies had

gevoerd en in de groepsrelaties zo intensief had getraind. Velen achtten een verdere verdieping in de groepsrelatie mogelijk. Men bemerkte beter getraind te raken in het luisteren naar en observeren van de andere groepsleden, in het onderkennen van de achtergronden van bepaalde gedragspatronen van een andere deelnemer, en in het korter en scherper verwoorden van zijn gedachten (gesprekstechniek).

Gaarne richt ik hier een woord van lof aan de trainer mejuffrouw Kolkmeijer en haar staf, die deze training zo uitstekend had voorbereid en begeleid, aan de huishoudelijke leiding in het kasteel, waar mejuffrouw Rooyaards de scepter zwaait, die ons zo uitstekend heeft verzorgd en tenslotte een woord van dank aan de Commissie Nascholing van het N.H.G., die deze cursus financieel voor ons mogelijk heeft gemaakt.

Conclusies: 1 De trainingscursus heeft belangrijke verheldering in het inzicht in het groepsgebeuren opgeleverd voor de deelnemende huisartsen. 2 Dit kan zeer nuttig zijn voor huisartsen, die aan groepsbijeenkomsten deelnemen. 3 Het grotere inzicht in de groepsdynamiek kan bijdragen tot het beter functioneren in de huisartsengroepen. 4 Het N.H.G. kan door stimuleren tot deelname aan dergelijke trainingscursussen op speciale uitnodiging en met financiële tegemoetkoming een belangrijke bijdrage leveren, de Nederlandse huisarts meer groepsgezind te maken en uit zijn isolement te verlossen. 5 Door middel van het groepscontact zal de ontvankelijkheid van de huisartsen zowel voor het fenomeen nascholing als voor andere moderne huisartsgeneeskundige problemen beïnvloed kunnen worden gestimuleerd. 6 Ook hier bleek weer het belang van het inschakelen van andere disciplines en hun beoefenaren bij het benaderen van vraagstukken, die het N.H.G. op zijn weg vindt. Elke poging deze op eigen kracht te willen oplossen, zal op zijn minst een aanzienlijke vertraging opleveren.

J. C. Oeberius Kapteyn

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELEN DOCUMENTATIE

66-04r Sensitivity training. Een nieuwe methode om groepsverhoudingen te leren waarnemen. Nijkerk, K. J. Ned. T. Psychol. 21, 19.

In een korte inleiding zet schrijver uiteen dat er de laatste jaren ook in Nederland een groeiende belangstelling voor de zogenaamde sensitivity training bestaat. Sinds 1961 organiseert het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde te Leiden trainingsprogramma's geheel volgens de Amerikaanse opzet. Over de terminologie merkt schrijver op dat er verschillende namen in omloop zijn waarmee hetzelfde wordt aangeduid. „Sensitivity training” duidt iets aan van de doelstelling van de training, namelijk het ontwikkelen van gevoeligheid voor menselijke verhoudingen, terwijl bijvoorbeeld „T group-training” en „Laboratory-training” iets zeggen over de vorm waarin de training geschiedt. Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde spreekt van een „trainingsconferentie voor tussenmenselijke verhoudingen”.

Aan het eind van de tweede wereldoorlog ontstond de sensitivity training min of meer toevallig uit een experiment. Het net opgerichte Research Centre for Group Dynamics kreeg het verzoek een trainingsprogramma in elkaar te zetten voor leiders van diverse groeperingen om interraciale problemen te bespreken, vooroordelen te verminderen en zo mogelijk ook een houdingsverandering bij hen tot stand te brengen. Men hield twee weekse bijeenkomsten, waarbij de deelnemers weinig was verteld van wat er zou gaan gebeuren en het programma vaag was gelaten. Men ontdekte hierbij dat het ongestructureerde karakter van de bijeenkomst en de non-directief geleide zittingen waarin de deelnemers vrijuit

konden praten zonder te zijn gebonden aan een onderwerp, een bijzondere uitwerking hadden. Vooral de mogelijkheid tijdens het zoeken naar een voor alle aanwezigen zinvol programma allerlei problemen uit te praten, zowel met elkaar als met de conferentieleiding, scheen als een catharsis te werken. Sommige deelnemers, die al sinds jaren niet goed met elkaar overweg konden, bleken, nadat zij hun agressie hadden gelucht, beter te kunnen samenwerken. Ook bleek men de gegeven informatie veel beter te verwerken nadat men de in de groep aanwezige en opkomende emoties had geuit. Uit de tijdens en enige tijd na het beëindigen van de bijeenkomst gehouden evaluaties bleek, dat de deelnemers zeer veel hadden geleerd en dat zij dank zij de trainingsconferenties beter in staat waren de problemen in hun werksituatie te onderkennen en op te lossen. Met deze gunstige ervaringen in de hand, besloot men in 1947 tot de oprichting van de National Training Laboratories (NTL) onder leiding van Leland Bradford. Ook in diverse Europese, Afrikaanse en Aziatische landen zijn momenteel trainingscentra gevestigd of in oprichting, terwijl met behulp van Amerikaanse stafleden wordt getracht een aan de eigen cultuur aangepaste trainingsvorm te ontwikkelen.

De doelstellingen van de trainingsmethode zijn in de eerste plaats op de praktijk gericht. Het gaat om een vormende activiteit, dat wil zeggen theoretische vorming, en het verkrijgen van persoonlijk inzicht, maar vooral de toepassing van beide bij het handelen van de deelnemers. Men tracht dit te realiseren door: het bijbrengen van een grotere gevoeligheid voor wat er in sociale situaties bij anderen omgaat; het creëren van een situatie die de mogelijkheden biedt om

tot een groter zelfinzicht te komen en met name inzicht in de wijze waarop men door het eigen gedrag anderen beïnvloedt, het leren zien van de krachten die in groepssituaties werkzaam zijn en vooral het leren waarnemen van de wisselwerking tussen groep en groepslid; het leren gebruiken van de verkregen inzichten en van de opgedane kennis in de eigen werk- en leefsituatie. Een voorwaarde voor het bereiken van de doelstelling is wel dat de deelnemer bereid is zich open te stellen en te veranderen.

Het trainingsprogramma kan duren van vier dagen als minimum tot twee weken of langer. Centraal staat hierin de zogenaamde B-groep (B=Basis), ook wel T-groep (T=Training): dit is de meer uitgewerkte vorm van de non-directief geleide groep uit het experiment. Er is geen programma dat moet worden afgewerkt terwijl er evenmin leiding is in de traditionele zin van het woord. Aan de B-groep wordt verder geen enkele regel opgelegd; men is vrij om al dan niet bijeen te komen en ook de deelnemers individueel behoeven de zittingen niet mee te maken. In de praktijk komt het zelden voor dat men van deze vrijheid gebruik maakt. Een der weinige criteria voor de samenstelling van de B-groep is, dat de aanwezigen zoveel mogelijk vreemden voor elkaar dienen te zijn. De groep start met een korte uiteenzetting over de werkwijze en doelstellingen welke door de trainer wordt gegeven en daarna is men geheel op zichzelf aangewezen. Men zal dus moeten trachten de door te brengen twintig tot dertig uren, die men tijdens de conferentie tot zijn beschikking heeft, zinvol te vullen en te proberen iets van elkaar te leren.

Daar het moeilijk is weer te geven wat er in zo'n B-groep dan gaat gebeuren — aangezien dat elke keer anders is — haalt schrijver een enkel fragment aan van een kort geleiden in Nederland verschenen beschrijving van enkele gebeurtenissen in een B-groep, zoals die werden beleefd door een deelnemer. Voor dit boeiende, sappige en dikwijls geestige verslag verwijst referent naar het betreffende artikel, daar het refereren daarvan slechts afbreuk zou doen aan de inhoud, waarbij hoogstens kan worden opgemerkt dat een hele scala van tijdens het groepsproces ondergane emoties in bloemrijke bewoordingen op papier is gezet, terwijl daarin duidelijk de spanningen en angsten, welke men in dergelijke situaties ondergaat, naar voren komen. Maar ook blijkt hoe door deze spanningsvolle groepsituatie het zelfinzicht groeit en zich nieuwe inzichten over tussenmenselijke relaties ontwikkelen.

Rond de ontwikkelingen van de B-groepen zijn een aantal andere activiteiten in het programma opgenomen daar is gebleken, dat B-groepen als op zichzelf staande eenheden niet voldoen. Er zijn een aantal theoriezittingen, waarin groepsverschijnselen nader worden toegelicht en verschillende beschouwingen over menselijke verhoudingen ter discussie worden gesteld. Door middel van rollenspelen, bijvoorbeeld oefeningen in het leiding geven, het nemen van besluiten, het hanteren van moeilijke groepsituaties en observatieve oefeningen, worden de deelnemers in de gelegenheid gesteld zich nog tijdens de conferentie te oefenen in het gebruik van de verworven kennis en inzichten.

Men krijgt de indruk dat in vele gevallen na de training de deelnemers een grotere diagnostische vaardigheid bezitten en in het algemeen groepsverhoudingen gedifferentieerder kunnen waarnemen; kortom zij zijn gevoeliger geworden voor tussenmenselijke verhoudingen.

Behalve de „trainingsconferenties” van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde werd een experiment met twee „trainingsconferenties” voor studenten opgezet waaruit bleek dat er grote mogelijkheden liggen om groepsgevoelens intensief te werken met studenten waarbij allerlei problemen, zowel persoonlijke als collectieve, aan de orde worden gesteld en iedere deelnemer een stuk persoonlijke vorming ondergaat, waaraan vooral bij de studenten grote behoefte bestaat. Naar aanleiding van de positieve reacties der deelnemers, alsook van een aantal docenten, is de gedachte ontstaan om voor de toekomst een interuniversitair instituut te creëren dat een centrum zou kunnen worden voor de organisatie van speciale trainingsconferenties in het kader van de universitaire vorming. Een dergelijk instituut zou zich uiteraard ook kunnen gaan bezig houden met het houden van trainingsconferenties van stafleden en docenten aan de

Nederlandse universiteiten. Uit eigen ervaring meent referent, dat het houden van trainingsconferenties voor huisartsen een belangrijke bijdrage zou kunnen betekenen voor een beter begrip van tussenmenselijke verhoudingen, zowel in de arts-patiënt-relatie als in de relatie van de individuele arts tot de artsen-groep.

Nijkerk eindigt met te constateren dat met de sensitivity training aan de sociale psychologie een nieuwe dimensie wordt toegevoegd namelijk praktische toepassingen daarvan ten dienste van een educatief proces, waarbij hij de grondgedachte voor deze methode, als een der laatste creaties ziet van de in 1947 overleden Gestalt-psycholoog Kurt Lewin, die onvermoedbaar heeft gezocht naar verbanden tussen psychologische theorievormingen en toepassingsmogelijkheden in de praktijk.

J. C. Oeberius Kapteyn

65-53. „Zivilisationskrankheiten” und psychosomatische Probleme in ländlichen Indien. Pflanz, M. en L. Lambelet. (1965). Münch. med. Wschr. 107, 1493.

Beide schrijvers, de eerste uit de school van Von Uexküll te Giessen, de tweede een psychiater, hebben een tijdlang in India gewerkt en zij hebben getracht een antwoord te vinden op de vraag of de „Zivilisationskrankheit” (beschavingsziekte) bestaansrecht heeft. Volgens Jores en Puchta zou men onder „Zivilisationskrankheit” moeten verstaan, die ziekten, welke pas in de huidige trap van ontwikkeling worden gezien en niet of vrijwel niet worden waargenomen bij primitieve bevolkingsgroepen. Uiteraard bedoelt Jores met de huidige trap van ontwikkeling, de geïndustrialiseerde, technisch hoog ontwikkelde en aan groeiende bureaucratie onderworpen gemeenschap.

Aan de hand van vragenlijsten, waarop patiënten een serie klachten konden aanstrepen, heeft men enige jaren geleden op de polikliniek van de interne afdeling der universiteit te Giessen, een onderzoek ingesteld naar het voorkomen van diverse klachten bij een grote bevolkingsgroep. Een der schrijvers heeft met behulp van een tolk in een 60.000 inwoners tellende verafgelegend stad in India (Miraj), bij de daar nog onder zeer primitieve omstandigheden levende bevolking, eveneens een dergelijk onderzoek gedaan, namelijk op de poliklinische afdeling van het Miraj Medical Center. In vergelijking met het in Duitsland gedane onderzoek bemoeilijkten hier vooral twee omstandigheden het onderzoek. In de eerste plaats de grote mobiliteit van een deel der bevolking, dat wil zeggen dat een gedeelte van de inwoners van deze stad eigenlijk trekkende was en maar zeer kort aldaar verbleef. In de tweede plaats de omstandigheid, dat een groot deel der bevolking voor medische hulp niet naar het moderne gezondheidscentrum komt, maar hulp zoekt bij tovenaars, priesters, mohammedaanse genezers, yogi, tempelbrahmanen en dergelijken. Van de 1500 personen die er naar werden gevraagd, gaf 12 procent der mannen en 9 procent der vrouwen toe, door een inheemse „dokter” te zijn behandeld.

De gegevens ter beantwoording van de gestelde vraag, heeft het begrip „Zivilisationskrankheit” zin, werden dan ook grotendeels verkregen uit het reeds genoemde onderzoek bij 1500 personen. Een tweede informatiebron was de psychiater Lambelet, die een jaar in twee verschillende streken in India werkte en rijkelijk gelegenheid had om patiënten met psychosomatische en neurotische ziektebeelden te onderzoeken. Een derde bron vormden de gesprekken met Amerikaanse missie-artsen en met collega's uit India. Over de volgende ziekten en klachten werden gegevens vergeleken.

Hypertensie. Dit probleem is in India degelijk onderzocht. Over het algemeen is de bloeddruk iets lager dan in Duitsland. Vergelijkt men echter personen die eenzelfde lichaamsgewicht hebben als de „Westerlingen”, dan komt men tot vrijwel dezelfde waarden, 15 procent der onderzochten had een bloeddrukwaarde van 140/90 mmHg of hoger. Hypotensie komt in India meer voor dan in Duitsland.

Coronairandoeningen. In de lagere bevolgingsklasse zeldzaam. Bij leidinggevende personen, vooral in de grotere steden, zowel bij Moslems en Christenen komt het hartinfarct

voor. De combinatie met hypertensie is even frequent als in Duitsland.

Diabetes wordt in India op 0,8-1 procent der bevolking geschat. Exacte gegevens, vooral ook verdeling over de diverse bevolkingsgroepen, godsdiensten, geslachten, enzovoort, zijn niet bekend.

Acut reuma moet er beslist zijn, daar de schrijvers vaak reumatische endocarditiden vonden.

Ulcus pepticum. Lange tijd als het prototype van „beschavingsziekte” genoemd. Komt zeker voor en ook uit het poliklinische materiaal bleek wel, dat het in alle lagen van de bevolking wordt gezien. Volgens de schrijvers echter in mindere mate dan in het „Westen”.

Asthma bronchiale zagen de schrijvers minstens zo vaak als in Duitsland.

Colitis ulcerosa was niet te beoordelen, daar darminfecties en wormziekten zo frequent waren, dat alle darmziekten daarop werden teruggevoerd.

Over *neurosen en functionele klachten* is het zeer moeilijk betrouwbare gegevens te krijgen, vooral daar ondervoeding, anemie, darminfecties, wormziekte, enzovoort veelal mede in het spel zijn. Toch zijn vrijwel alle psychiaters, die in de ontwikkelingsgebieden werken het er over eens, dat neurosen daar minstens zo frequent voorkomen als in Europa, maar dat er wel verschil is in symptomatiek. In India is vooral impotentie en angst voor impotentie, naast obstipatie, een der belangrijkste conflicten.

Om toch enig idee te krijgen over het vóórkomen van diverse klachten werd gebruik gemaakt van de reeds eerder genoemde vragenlijst, waarbij zowel het aantal, als de verdeling der geslachten goed vergelijkbaar was met het onderzoek in Giessen. Tevens kon daar ook een verdeling over de diverse godsdienstige groeperingen worden gemaakt, als ook een verdeling naar stads- en plattelandsbevolking. De volgende twaalf klachten werden statistisch bewerkt:

Zwakke gevoel. Dit werd het meest aangestreept; 58,3 procent der mannen en 77,8 procent der vrouwen klaagden er over. Uit het feit dat de christenvrouwen zelden en moslemvrouwen zeer vaak erover klaagden, menen de schrijvers te mogen concluderen, dat dit zwaktegevoel niet alleen door ondervoeding komt, maar dat conflicten ook een rol spelen.

Nervositeit en angst. 28,8 procent der mannen en 54,1 procent der vrouwen gaven toe er last van te hebben.

„*Branden*” is een voor India typisch symptoom, waarmee een inwendig gevoel van warmte en hitte wordt aangeduid. Vooral bij de laagste klassen komt dit veel voor. Bij universitair geschoolden zag men dit nooit.

Slaapstoornissen werden vooral bij betelkauwers en -rokers gezien. Geen duidelijke indeling naar kasten.

Zweten, vooral aangegeven door mensen, die onder *zwang*, zware lichamelijke arbeid moesten doen.

Duizeligheid kwam vooral voor bij mensen uit de lagere klassen.

Geheugenzwakte. Dit zag men het minst bij analfabeten, maar was een klacht die toch vrij vaak werd gehoord.

Hoofdpijn. 34,3 procent der mannen en 57,8 procent der vrouwen klaagden erover. Het hoofd speelt bij deze bevolking een zeer belangrijke rol.

Pijn in de hartstreek werd door 72,5 procent der mannen en 37,8 procent der vrouwen vermeld; dit is ongeveer eenzelfde percentage als in het onderzoek te Giessen. Toch zou het, gezien het minder voorkomen van coronairziekte, minder moeten zijn. Dit wijst erop dat hier een psychosomatische uiting in het spel is.

Maagklachten, vooral zuurbranden en opgeblazen gevoel, kwamen onder alle lagen der bevolking voor.

Eetlustgebrek kwam ook onder alle lagen der bevolking voor. Mensen met een overgewicht hadden er nog het minst last van.

Obstipatie. Dit wordt wel eens een echte „beschavingsziekte” genoemd. In hun onderzoek vonden de schrijvers echter een hoger percentage — 20,9 procent der mannen en 25,5 procent der vrouwen — dan in Giessen. Het defaeceren is voor de Indiër een belangrijke gebeurtenis, waarin allerlei conflicten, zoals vrees voor „onrein” worden, kunnen zijn verwerkt.

De schrijvers concluderen, dat de voor typische beschavingsziekten gehouden symptomen bij een primitieve bevolking vrijwel evenveel voorkomen als in een geciviliseerde samenleving. Men kan dan ook in de onderontwikkelde gebieden wel een aantal zuiver somatische ziekten (infectieziekten, wormziekten, ondervoeding) grotendeels uitroeien, maar er zal een groot aantal ziekten overblijven dat ook in de „wel ontwikkelde” landen niet goed tot oplossing is te brengen.

M. Reyerse

65-65 Preventive medicine and the gastrectomised patient. Crooks, J., C. G. Clark, S. S. Amar en D. C. Coull (1965) *Lancet II*, 943. *Responsibility after gastrectomy Leading Article (1965) Lancet II*, 937.

Na een maagresectie kunnen verschillende naverschijnenselen optreden. De chirurgen zien hiervan maar weinig, omdat zij meestal de patiënt na één of twee postoperatieve controles niet meer zien en de klachten soms na jaren pas optreden. De meest bekende zijn een ferriprive anemie, het dumpingsyndroom en een diffuse botaandoening die door Clark is beschreven.

Na veel moeite konden de schrijvers 99 van de 145, patiënten die tien tot twaalf jaar tevoren een polya-resectie hadden ondergaan wegens een ulcus duodeni, weer onderzoeken. Zij weiden breed uit over de moeilijkheden die het opsporen van deze mensen met zich bracht. Een dertigtal studenten en vele huisartsen moesten hiervoor worden ingeschakeld! Een aantal patiënten werkte niet voldoende mee, zodat het na-onderzoek bij hen niet volledig kon zijn, met name was de nadere analyse van gevonden afwijkingen niet altijd mogelijk. Het onderzoek begon met een anamnese in de vorm van een vragenlijst en daarna, als „screening”, een bloedonderzoek, waarvoor de patiënten op een apart polikliniekur moesten komen.

Uit de anamnese bleek dat ten aanzien van het oorspronkelijke ulcuslijden 88 van de 99 een goed resultaat van hun operatie vermeldden; 31 maal werden klachten geuit die op dumping wezen, 26 maal werd geklaagd over galbraken en 53 maal over bot- en gewrichtspijnen. Ten tijde van het na-onderzoek werden 18 met ijzer behandeld en zes met vitamine B₁₂. Bij het bloedonderzoek bleken 26 van de 85 onderzochten een hemoglobinegehalte van minder dan 12,0 g% te hebben. Bij 28 van 96 onderzochten werd een botafwijking vermoed, zich onder meer uitend in een verhoogd alkalisch fosfatasegehalte; 16 hiervan lieten zich verder onderzoeken en bij 13 kon het vermoeden worden bevestigd. Van de 26 patiënten met bloedarmoede werden ten tijde van het onderzoek slechts acht behandeld. De anemie bleek op één na in alle gevallen, hypochroom te zijn; eenmaal werd een megalocyttaire anemie gevonden.

Naar aanleiding van dit onderzoek betogen de schrijvers dat een nauwe samenwerking tussen specialisten en huisartsen nodig is om schadelijke gevolgen van therapeutische ingrepen, zoals operaties, röntgenbehandelingen op te vangen en te voorkomen. Het ziekenhuis dient daarom uitvoerige gegevens ter beschikking van de huisartsen te stellen en moet hen ook de nodige faciliteiten voor na-onderzoek verschaffen.

De redactie van de *Lancet* tekent hierbij aan dat het meest verbazingwekkende van dit onderzoek is, dat deze afwijkingen eerst na een moeizaam na-onderzoek werden ontdekt. Het zou goed zijn als de chirurgen hun patiënten aanrieden zich eens per jaar door hun huisarts te laten nakijken. De huisarts dient dan ook door de specialist in die zin te worden geïnstrueerd. Gezien het grote aantal maagresecties dat wordt gedaan, zou het wenselijk zijn te onderzoeken welke patiënten in het bijzonder kans lopen deze complicaties te krijgen.

J. G. Antvelink