

hormonale tumoren zoals bijvoorbeeld de granulosa-cel-tumor, maar ook bij het „gewone” ovariumcarcinoom en zelfs bij metastatische ovariumtumoren vaak (zeker bij dertig procent) een abnormale produktie van oestrogenen in de ovaria plaatsvindt (*Eddie*). Vermoedelijk kan maligne weefsel het ovariumstroma tot produktie van oestrogenen prikkelen. Een duidelijke oestrogene invloed op het vagina-epitheel (of het endometrium) in de postmenopauze, vooral na het 60ste jaar, rechtvaardigt een nader onderzoek naar het eventueel bestaan van een maligne ovariumtumor. Wel dient te worden bedacht, dat ook bij vrouwen in de postmenopauze met diabetes mellitus of digitalistherapie vaak verhoorde epitheelcellen in de vaginale uitstrijk worden gevonden, volgens *Charles en medewerkers* zelfs bij ongeveer vijftig procent.

- Burns, B. C., F. N. Rutledge, J. P. Smith en L. Delclos (1967) Amer. J. Obstet. Gynec. 93, 374.
 Charles, D., L. van Leeuwen en J. H. Turner (1966) Amer. J. Obstet. Gynec. 94, 527.
 Da Rugna, D., K. Stäuble en Z. Gömöri (1967) Gynaecologia 163, 247.
 Decker, D. G., G. D. Malkasian, E. Mussey en C. E. Johnson (1967) Amer. J. Obstet. Gynec. 97, 656.
 Dellepiane, G. (1967) Gynaecologia 163, 299.
 Eddie, D. A. S. (1967) J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 74, 283.
 Etingen, L. E. en A. A. Zakayer (1960) Vop. Onkol. 10, 74.
 Fathalia, M. F. (1967) J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 74, 85.

- Graham, J. B. en R. M. Graham (1967) J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 74, 371.
 Graham, R. M., J. B. Graham en J. L. Stevens (1967) Obstet. and Gynec. 30, 253.
 Grogan, R. H. (1967) Amer. J. Obstet. Gynec. 97, 124.
 Heins, H. F. De maligne ovariumtumor. Academisch Proefschrift, Amsterdam, 1964.
 Hoogendoorn, D. (1955) Ned. T. Geneesk. 99, 1631.
 Jaarboeken van kankeronderzoek en kankerbestrijding in Nederland 1960 tot en met 1964. Uitgegeven door de Vereniging van het Nederlandse Kanker Instituut. J. H. de Bussy, Amsterdam.
 Macfarlane, C., M. C. Sturgis en F. S. Fetterman (1955) Amer. J. Obstet. Gynec. 69, 294.
 Masterson (1967) Amer. J. Obstet. Gynec. 98, 385.
 Meinsma, L. (1963): Vijfjaarsoverleving-cijfers na kankerbehandeling. Academisch proefschrift. Leiden, 1963.
 Moore, D. W. en I. I. Langley (1967) Amer. J. Obstet. Gynec. 98, 624.
 Moore, J. C. (1967) Amer. J. Obstet. Gynec. 97, 663.
 Munnell, E. W. en H. C. Taylor Jr. (1949) Amer. J. Obstet. Gynec. 58, 943.
 Parker, R. T. (1967) Amer. J. Obstet. Gynec. 97, 664.
 Plate, W. P. In: Leerboek der Vrouwenziekten. Prof. Dr. M. A. van Bouwdijk Bastiaanse. Scheltema en Holkema, Amsterdam, 1965.
 Powell, L. C. (1967) Amer. J. Obstet. Gynec. 98, 384.
 Rutledge, F. en B. C. Burns (1966) Amer. J. Obstet. Gynec. 96, 761.
 Spechter, H. J. (1967) Gynaecologia 163, 303.
 Taylor, H. C. Jr. (1959) J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. 66, 827.
 Thompson, J. P., M. P. Dockerty, R. E. Symmonds and A. B. Hayler (1967) Amer. J. Obstet. Gynec. 97, 1059.
 Versluys, J. J. In: Vierde Jaarboek van Kankeronderzoek en Kankerbestrijding in Nederland. J. H. de Bussy, Amsterdam, 1954.

Training in therapeutische gespreksvoering; verslag van de eerste tien bijeenkomsten van een werkgroep

DOOR C. P. BRUINS, HUISARTS* EN E. L. VRIEZEN-DE JAGER, ZENUWARTS**

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) heeft vanaf het begin van zijn bestaan de vorming van studiegroepen voor medische psychologie gestimuleerd. Er zijn thans ongeveer dertig groepen in Nederland. Een aantal groepen is na verloop van tijd weer opgeheven. Een uitvoerig overzicht van de lotgevallen van de studiegroepen medische psychologie verscheen in 1966 in de vorm van een rapport van de hand van *Veldhuizen van Zanten*, in opdracht van het N.H.G.-bestuur. Over het nuttige effect van het deelnemen aan een dergelijke groep wordt nog gediscussieerd. Een wetenschappelijke basis voor evaluatie ontbreekt nog; wel geven de deelnemers aan dat zij hun werk met meer plezier doen dan vroeger.

Het blijkt dat er over de ontwikkelingsverschijn-

selen van groepen, die zich speciaal bezighouden met gesprekvoering, nog weinig bekend is. Dit was voor ons de reden om iets mede te delen naar aanleiding van de ervaringen, opgedaan tijdens de eerste tien bijeenkomsten van een groep van acht huisartsen die zich — na een rondschrijven van de afdeling huisartsgeneeskunde van het laboratorium voor sociale geneeskunde te Groningen aan alle huisartsen (ongeveer 600) in de drie noordelijke provincies — hadden opgegeven voor een cursus „training in therapeutische gespreksvoering” onder leiding van een vrouwelijke psychiater (een der auteurs). Doelstellingen van de cursus waren zich te bekwamen in de gesprekvoering, gevoeliger te worden voor de reacties welke men bij zijn gesprekspartners (in casu patiënten) opwekt, voor de interacties die in een gesprek plaatsvinden en voor de invloed, welke men zelf heeft bij de opbouw van een gesprek.

De groep was dus niet opgezet als een zogenaamde Balintgroep. De psychiater zou de leiding

* Wetenschappelijk medewerker bij het Laboratorium voor Sociale Geneeskunde te Groningen. Hoofd: Prof. Dr. K. J. van Deen.

** Wetenschappelijk medewerker bij de Psychiatrische Kliniek te Groningen. Hoofd: Prof. Dr. W. K. van Dijk.

van de groep hebben, daar zij ervaring had in het leiden van groepen die zich bezighouden met problemen van gesprekvoering. De nadruk zou worden gelegd op de eigen wijze van gesprekvoering van de huisarts en het was uitdrukkelijk niet de bedoeling om van de huisartsen „mini-psychiaters” te maken. Rollenspel en het analyseren van op de band opgenomen gesprekken zouden centraal staan. Er was van te voren niet afgesproken hoe vaak men zou bijeenkomen.

Van de negen huisartsen, die zich hadden opgegeven, werden acht geplaatst. De deelnemers varieerden in leeftijd van ongeveer dertig tot zestig jaar. Vier van hen hadden reeds enige ervaring met een studiegroep medische psychologie, practicum gesprekvoering, Boerhaavecursus medische psychologie of soortgelijke scholing. Twee huisartsen waren afkomstig uit de stad Groningen, de anderen uit verschillende plaatsen in de omtrek. De meesten kenden elkander tevoren niet. De bijeenkomsten vonden om de veertien dagen plaats op vrijdagavond van half negen tot half elf in het laboratorium voor sociale geneeskunde. Er werd vooraf en na afloop van de bijeenkomsten koffie gedronken; tijdens de besprekingen zelf was er niet een dergelijk „gezelligheidselement”.

Door de deelnemers werden tijdens de eerste bijeenkomst de volgende problemen met betrekking tot de therapeutische gesprekvoering naar voren gebracht:

wat zijn de indicaties om een gesprekstherapie te beginnen en hoe bepaalt men of een patiënt baat zal hebben bij deze gesprekken?;

hoe verkoopt men deze vorm van behandeling aan de patiënt?;

hoe moet een gesprekstherapie worden georganiseerd? Spreekt men van te voren het aantal te voeren gesprekken met de patiënt af? Wanneer en hoe introduceert men de eventueel te gebruiken bandrecorder?;

wat doet men als de patiënt zwijgt of als het gesprek verzandt? Moet men zelf onderwerpen introduceren? Hoe legt men de samenhang welke men zelf ziet aan de patiënt voor, op een wijze dat hij er iets aan heeft?;

bestaat er gevaar dat men teveel „losmaakt” in een dergelijk gesprek en dan vastloopt tengevolge van gebrek aan psychiatrische kennis?;

hoe moet de spreekkamer zijn ingericht voor een therapeutisch gesprek?

Een aanvankelijk door sommige deelnemers gevoelde behoefte aan formele instructie of aan het refereren van literatuur was al spoedig verdwenen. De groep wenste zich te richten op de praktijk. Na de eerste zitting werden twee bijeenkomsten besteed aan rollenspel. Misschien is hiertoe te snel overgegaan, want uit de reacties van de spelers en ook uit die van de rest van de groep bleek dat men zich nog niet veilig voelde; het was moeilijk voor de spelers zich gevoelsmatig in hun rol in te leven, er was veel neiging om elkander pluimpjes te ge-

ven en de spelers gingen er vaak toe over om de fouten, welke zij in eigen ogen hadden gemaakt, te verklaren uit de kunstmatige situatie. Naar aanleiding van de „gespeelde” patiënten werd er vrij veel gediscussieerd over sociale en medisch-ethische problemen, zodat er weinig tijd overbleef om het gesprek zelf te analyseren. Een der deelnemers liet verschillende keren bandopnamen horen van gesprekken, welke hij met een van zijn patiënten had gevoerd. Bij de bespreking ervan viel het de psychiater op dat het grootste aantal leden van de groep alleen van „therapie” sprak indien de arts adviezen gaf of de patiënt geruststellend toesprak, terwijl het luisteren en accepteren, het aan de patiënt gelegenheid geven zich uit te spreken, werd gedevalueerd of alleen beschouwd als een manier om gegevens te verzamelen. Verder bleek er een aarzeling te bestaan in het besluiten met de patiënt een aantal gesprekken af te spreken. Het was opvallend dat de besproken of gespeelde patiënten allen vrouwen waren, terwijl de groep alleen uit mannelijke deelnemers bestond. De deelnemers gingen elkander na korte tijd tutoyeren, zonder dat hierover een afspraak was gemaakt.

Tijdens de achtste bijeenkomst kwam er meer tekening in de groep; de deelnemers leken zich meer op hun gemak te gaan voelen en durfden openlijker met hun persoonlijke standpunt naar voren te komen zonder bang te zijn een ander op de tenen te trappen. De discussie werd nu veel meer gericht op de gesprekvoering; de emotionele spanningen, die in de groep ontstonden, vonden een uitweg in veel gelach, waardoor de sfeer meer ontspannen werd. In deze sfeer „ontdekte” men opeens aan de hand van een op de band opgenomen rollenspel iets, wat men theoretisch allang wist en wat al veel eerder in de groep was besproken, namelijk dat het niet nodig en zelfs niet wenselijk is om spits bedachte vragen te stellen die „juist de kern raken” van het emotionele probleem, maar dat men verder komt door goed te luisteren en de patiënt gelegenheid te geven zich in het gesprek te uiten: de patiënt komt dan zelf wel met het probleem.

Het is waarschijnlijk dat de houding van de psychiater bij de ontwikkeling van de groep een belangrijke rol heeft gespeeld; zij probeerde de groep geheel vrij te laten om haar eigen vorm te vinden, zodat er, bij de een eerder dan bij de ander, een attitude-verandering plaatsvond en men zich vrijer begon te voelen. Te veel inbreng van de kant, van de psychiater zou in het begin waarschijnlijk te bedreigend zijn geweest.

Als hulpmiddel bij het analyseren van op de band opgenomen rollenspelen werden de volgende drie criteria gebruikt, zoals die onder andere door *Kahn* en *Cannell* zijn gegeven: „acceptance” (relatie): aanvaarden of afwijzen; *validity* (inhoud): niet-suggestief of suggestief en „relevance” (doel): naar het doel leidend of niet naar het doel leidend. Ook andere „gesprekstechnische” begrippen werden met vrucht gebruikt.

Open of gesloten vragen: bij een gesloten vraag

zitten de mogelijke antwoorden in de vraag opgesloten, de patiënt moet kiezen uit de geboden mogelijkheden; een open vraag geeft alleen het onderwerp aan, de ondervraagde kan zelf bepalen welke kant hij uit wil en hij beantwoordt de vraag met zijn eigen woorden.

Clarificatie: de therapeut geeft de essentiële gevoelens die door de patiënt zijn uitgedrukt, in een meer herkenbare vorm weer, meestal in vragende of veronderstellende vorm, de mogelijkheid voor de patiënt openlatend om hem te corrigeren indien blijkt dat hij de patiënt niet precies heeft begrepen.

Confrontatie: de therapeut confronteert de patiënt met iets wat deze al eerder of in een voorafgaand gesprek naar voren heeft gebracht, maar wat hij op dit moment verwaarloost.

Het op deze wijze vrij systematisch zin voor zin beoordelen van het gesprek bleek leerzaam te zijn. Verder werd een uittreksel van het boek van *Castelnuovo-Tedesco* gebruikt, waarin onder andere de contra-indicaties van gesprekstherapie door de huisarts worden genoemd; dit werkte enerzijds zeer verhelderend, anderzijds was het volgens sommigen veelal niet zo eenvoudig als het leek: er zijn grensgevallen en het is soms moeilijk in het begin uit te maken of men met een lichte of een ernstige neurose heeft te maken.

De voorlaatste bijeenkomst werd gebruikt voor een algemene evaluatie; zes van de acht deelnemers waren hierbij aanwezig (twee waren met vakantie). Bij het opnieuw bespreken van de vragen, waarmee de groep was begonnen, kwam naar voren dat de deelnemers deze vragen weliswaar ook nu nog niet konden beantwoorden, maar dat hun houding tegenover deze vragen was veranderd. Men had het gevoel de drempelvrees kwijt te zijn en men was minder benauwd om in voorkomende gevallen met patiënten over hun emotionele moeilijkheden te gaan praten, zonder dat men het idee had dat dit foutloos volgens bepaalde regels moest gebeuren. Men meende dat deze veranderde houding het gevolg was van het tezamen in een groep werken aan deze problemen, het loskomen uit een isolement, het bemerken dat anderen met dezelfde moeilijkheden zitten. Het is prettig om eens „feedback” te krijgen want „je rotzooit maar een beetje aan als huisarts”. Ook vond men dat men door de groep werd gestimuleerd en dat men gemakkelijker kwam tot het lezen van literatuur over gesprekstherapie. De aan het begin gestelde vraag: „Hoe verkoopt men het?” werd door een der deelnemers nu beantwoord met: „Als je in je eigen artikel gaat geloven, verkoop je het gemakkelijker”.

De laatste bijeenkomst werd gewijd aan een rollenspel voor een gesloten circuit-televisie, waarbij de rest van de groep het rollenspel in een ander vertrek op de beeldbuis kon volgen. Zowel

beeld als geluid werden op de band vastgelegd en later kon een en ander worden gereproduceerd en besproken. De meningen na deze eerste kennismaking waren verdeeld: sommigen waren enthousiast, omdat nu ook de non-verbale communicatie werd vastgelegd en kon worden besproken, anderen gaven de voorkeur aan het gewone rollenspel met bandrecorder, omdat men te veel werd afgeleid door het beeld en men zich moeilijker kon concentreren op het gesprek zelf.

* * *

Indien wij thans proberen te evalueren hetgeen er in deze groep is gebeurd met gebruikmaking van de terminologie, welke *Veldhuyzen van Zanten* in hoofdstuk tien van zijn al eerder vermelde rapport heeft ontwikkeld, dan zouden wij kunnen stellen dat onze groep de eerste fase heeft overgeslagen; dit is namelijk de fase waarin „hopeloos moeilijke gevallen” en uitgesproken psychiatrische patiënten worden besproken, waarin een duidelijke „teacher-pupil-relation” tussen psychiater en groep en behoefte aan passief onderwijs bestaan en waarin de huisarts behoefte heeft zich te „verschansen in de somatiek”. Al deze verschijnselen deden zich in deze groep niet of ternauwernood voor; misschien kwam dit doordat de meeste deelnemers tevoren wisten dat het daar niet om ging. Zij kwamen eigenlijk al met het besef dat er emotionele aspecten aan de patiënt-arts-relatie zitten: de tweede fase. Niettemin was er natuurlijk tijd nodig om de leden van de groep echt op gang te laten komen, om zich vrij te voelen in de beslotenheid van de groep.

Aan de derde fase: verandering van eigen gedrag, zich uitend in een grotere tolerantie ten opzichte van de patiënt, het herkennen van eigen irritaties en wat dies meer zij, is de groep tijdens de laatste bijeenkomsten toegekomen. Zoals eerder werd opgemerkt werd er vaak uitgebreid gediscussieerd over sociale en medisch-ethische problemen; de behoefte hieraan is heel begrijpelijk bij artsen, die zich in hun dagelijkse werk tamelijk geïsoleerd voelen. Na een intermezzo van vier maanden tijdens de zomervakanties bleek dat op één na alle deelnemers gaarne het werken in deze groep wilden voortzetten. Ook de psychiater was van mening dat het zinvol zou zijn om door te gaan.

- Aalderen, H. J. van, (1962) huisarts en wetenschap 5, 236.
Castelnuovo-Tedesco, P. The twenty-minute hour. A guide to brief psychotherapy for the physician, London, 1965.
Kahn, R. L. en Ch. F. Cannell. The dynamics of interviewing. Theory, technique and cases. John Wiley & Sons, Inc., New York, 1965.
Veldhuyzen van Zanten, R. C. Historisch chronologisch rapport over de studiegroepen medische psychologie van, of in contact met, het Nederlands Huisartsen Genootschap in de periode 1957 tot eind 1965. In opdracht van het N.H.G.-bestuur, onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen-Instituut.