

bij actieve infectieuze aandoeningen, de eosinofilie bij allergische toestanden en de leuko-erythroblastose als uiting van beenmerginsufficiëntie blijven hun diagnostische waarde behouden, alhoewel vergeleken met vroeger de toepassing veel minder is geworden onder andere door de invoering van meer exacte onderzoeksmethoden.

k. Gewrichts- en skeletaandoeningen. Wat betreft de gebruikelijke laboratoriumbepalingen zal de bepaling van de bezinkingssnelheid der erythrocyten in eigen bekeer worden verricht, terwijl bijvoorbeeld de Rose-reactie, het urinezuurgehalte en de alkalische eventueel zure fosfatase-activiteit in het serum, elders kunnen worden uitgevoerd.

l. In'otoxicaties. In feite zou men bij de toediening van een geneesmiddel met toxische eigenschappen — en dat zijn de meeste — zich van tevoren dienen te vergewissen omtrent resorptie, verdeling en uitscheiding, casu quo afbraak van de verbinding. Indien het farmacon voornamelijk langs de urine-wegen wordt afgevoerd, moet men eerst de nierfunctie van de patiënt kennen. Bij patiënten met een leverinsufficiëntie dient men bedacht te zijn op onvoldoende hepatogene eliminatie van het middel. In de praktijk treft men in gevallen van geneesmiddelenvergiftiging nogal eens een onvermoede nier- of leverinsufficiëntie aan.

Voor zover de patiënt zelf de auctor „intellectualis” van een vergiftiging is, komt uitbesteed laboratoriumonderzoek ter sprake bij ongevallen ten

gevolge van mogelijke alcoholintoxicatie, onder andere voor de differentiële diagnose met een traumatische hersenbeschadiging. Accidentele of suïcidale vergiftigingen met koolmonoxyde of psychofarmaca zullen, voor zover het ernstige gevalen betreft, in een ziekenhuis worden opgenomen, waar het noodzakelijke laboratoriumonderzoek kan worden uitgevoerd.

Conclusie. De veelvuldig gehoorde klacht dat in de algemene praktijk de mogelijkheid tot zelfstandige uitoefening van de geneeskunde de laatste tijd steeds meer wordt beperkt, is mijns inziens ongegrond. Integendeel, de moderne geneeskunde heeft niet alleen het terrein van de specialisten, maar ook dat van de huisartsen belangrijk verruimd, vooral indien men ten volle gebruik maakt van de diagnostische middelen van het eigen laboratoriumonderzoek. Wil men dit laatste echter waar maken, dan dient men over een minimum aan utensiliën te beschikken, zoals reeds in de inleiding werd gesteld. Eveneens vereist is een minimum aan theoretische en praktische kennis. In dit verband is het voor mij onbegrijpelijk hoe men zich direct na het verlaten van de universiteit als huisarts wil vestigen. Om tot deze minimale theoretische en praktische kennis te komen zou het bijvoorbeeld aanbeveling verdienen om na het artsexamen in een kliniek gedurende een jaar de inwendige geneeskunde en gedurende een jaar de heelkunde-obstetrie te beoefenen. De opleiding tot arts zou dan moeten worden geïntensiveerd en bekort.

*Het wel en wee van de studiegroepen medische psychologie**

DOOR DR. W. BROUWER, MEDEWERKER VAN HET N.H.I.

Ongetwijfeld is het bestaan van de studiegroepen medische psychologie, dat wil zeggen groepen huisartsen die regelmatig bijeenkomen ter bespreking van medisch-psychologische aspecten in hun beroep, thans algemeen bekend. Minder bekend is dat dergelijke studiegroepen weliswaar ook in andere landen voorkomen maar lang niet in deze omvang. Bij het ontstaan en de ontwikkeling van dergelijke groepen heeft een aantal gebeurtenissen een belangrijke rol gespeeld. Deze zijn door Veldhuizen van Zanten beschreven in zijn historisch-chronologisch overzicht van de studiegroepen. Enkele er van worden hier genoemd.

Reeds in 1946 was er in Groningen een groep bestaande uit zes huisartsen, een internist, een ziekenhuisdirecteur en twee psychiaters. Een van de

psychiaters was de toenmalige hoogleraar psychiatrie, Van der Scheer. Deze groep was opgericht met de bedoeling de psychische en sociale factoren, die een rol spelen bij het ontstaan en het verloop van ziekten, nader in studie te nemen. De groep kwam gedurende anderhalf jaar regelmatig samen en is toen opgeheven. In datzelfde jaar had ook Gaymans, huisarts te Made, reeds een groep om zich heen verzameld. Daarna zijn er incidenteel diverse groepen geweest, waarin men zich gedurende korte of lange tijd regelmatig bezighield met het bestuderen van psychische factoren. Hierbij moet echter worden vermeld, dat de werkwijze in de verschillende groepen vrij aanzienlijk uiteenliep. Het zou toen nog tien jaar duren alvorens het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) werd opgericht; dat geschiedde namelijk eind 1956. Een van de oogmerken welke deze wetenschappelijke vereniging zich stelde, was belangstelling te wekken voor

* Naar een voordracht gehouden op de Boerhaave-cursus Medische Psychologie, oktober 1967.

en studie te maken van de psychologische factoren bij ziekte en ziek-zijn.

In 1957 werd het boek van *Balint* uitgegeven „The doctor, the patient and his illness”. Dit boek heeft terecht onder de huisartsen veel bekendheid verworven omdat *Balint* erin is geslaagd verschillende verschijnselen, waarvan de huisarts zich het bestaan min of meer bewust was, te beschrijven en te benoemen. Daardoor werden fenomenen als „teacher-pupil relationship”, „collusion of anonymity”, „apostolic function” en dergelijke meer bewust en beter bespreekbaar. Belangrijk was ook het verschijnen van *Querido's* boek: „Inleiding tot een integrale geneeskunde”, waarin ons duidelijk wordt gemaakt hoezeer artsen geneigd zijn het geneeskundige handelen geheel en uitsluitend te richten op de objectieve, lichamelijke afwijkingen.

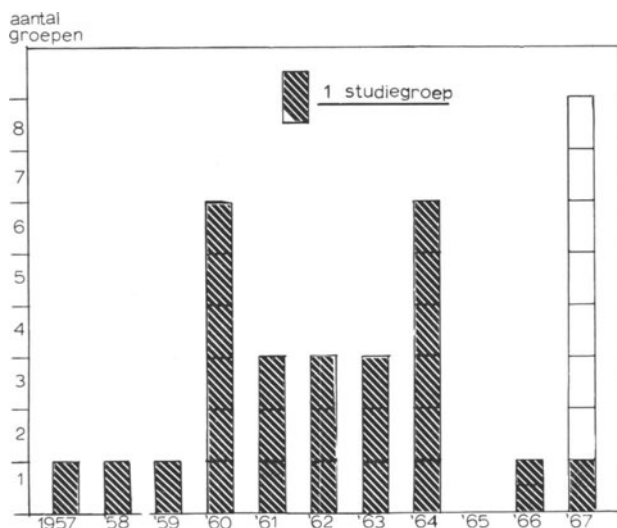
Al of niet samenhangend met het verschijnen van deze twee publikaties kwam er hier en daar een studiegroep medische psychologie bij. Dit was voor het N.H.G. aanleiding om in 1959 een subcommissie Medische Psychologie in het leven te roepen, teneinde te komen tot enige coördinatie van de bestaande groepen. Een grote invloed is uitgegaan van de Boerhaavecursus in 1960 over „Trainings-methoden in de medische psychologie”. Als sprekers traden op *Balint* en de hoogleraren *Jores*, *Romano* en *Groen*, terwijl ook drie huisartsen ieder een spreekbeurt vervulden; niet minder dan 320 artsen woonden deze Boerhaavecursus bij.

In de jaren daarop tot en met 1964 nam het aantal studiegroepen vrij snel toe. Voor zover kon worden nagegaan zijn er thans (dat wil zeggen september 1967) 33 studiegroepen medische psychologie in ons land (*figuur 1*). Daarnaast hebben nog ongeveer twintig groepen bestaan maar deze zijn inmiddels weer opgeheven. Het aantal huisartsen per groep bedraagt ongeveer negen; de frequentie van samenkomst is meestal eens per twee weken; dertig groepen hebben tijdens de bijeen-

komsten als „adviseur” een psychiater; drie groepen hebben als zodanig een psycholoog. De meeste groepen hebben een huisarts als discussieleider. Soms blijft één huisarts die functie vervullen, soms ook gaat dit bij toerbeurt. Een keer per jaar komt een aantal van deze huisarts-discussieleiders samen met de N.H.G.-subcommissie Medische Psychologie teneinde onderling ervaringen uit te wisselen. De psychiater-adviseurs zijn verenigd in de commissie Medische Psychologie van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie.

Wat wordt er in deze groepen gedaan? Dit blijkt per groep vrij sterk te verschillen. Een gebruikelijke werkwijze is dat een deelnemer, hetzij spontaan, hetzij op verzoek een „geval” brengt, dat wil zeggen hij vertelt de ziektegeschiedenis van een van zijn patiënten in samenhang met zijn eigen rol daarin. Aan de hand van vragen en opmerkingen, welke de anderen te berde brengen, wordt dan getracht door te dringen tot de problematiek van de patiënt en de rol welke de arts daarbij speelt. Het blijkt dan dat door die vragen veelsoortig geheugenmateriaal van de betreffende huisarts wordt gemobiliseerd en dat de arts veel meer van de patiënt weet dan hij zich aanvankelijk realiseerde. Anderzijds komt de arts tot de ontdekking dat hij op diverse relevante vragen het antwoord moet schuldig blijven. Het kan hem bovendien duidelijk worden hoezeer hij als gevolg van eigen pre-occupaties geneigd is in het klachtenpatroon van de patiënt diverse vervormingen en accentverschuivingen aan te brengen. *Weyel* heeft dit alles uitvoerig beschreven in zijn publikatie over de werkwijze van zijn Amsterdamse studiegroep. Daarbij is onlangs door *Van Wirdum* op een ander facet de nadruk gelegd, namelijk dat ook de emoties die door het contact in de groep met andere groepsleden worden gewekt, worden besproken en bestudeerd; dit is iets dat in het dagelijkse leven niet zo dikwijls voorkomt.

Men kan wel zeggen dat de meeste groepen in ons land ongeveer een dergelijke aan *Balint* ontleende werkmethode volgen. Er zijn echter enkele verschillen. Zo schrijft bijvoorbeeld *Weyel* in bovengenoemd artikel dat hij in tegenstelling tot *Balint* wel adviezen geeft en zo nodig ook theoretische bespiegelingen houdt. Verder zijn er diverse modificaties naar gelang de groepsbespreking zich meer richt op de psychische structuur van de patiënt, op de rol welke de arts vervult of op beide. Interessant is dat in vele groepen een duidelijke ontwikkeling zichtbaar is. Het bleek dat in vele groepen aanvankelijk vooral moeilijke gevallen ter sprake werden gebracht en dat pas in een later stadium geleidelijk aan minder gecompliceerde problemen aan de orde kwamen. Ook de emotionele aspecten van de arts-patiënt-verhouding werden pas in een verder gevorderd stadium besproken, waarbij bovendien na verloop van tijd een duidelijke accentverschuiving was waar te nemen van de patiënt naar de arts. Er zijn enkele groepen die er



Figuur 1. Aantal in oktober 1967 bestaande groepen medische psychologie per jaar van oprichting.

een geheel andere methode van werken op na houden. Dat zijn de groepen die de gespreksvoering als object van studie hebben gekozen. Men maakt daarbij gebruik van bandopnamen en ook het rollenspel wordt in deze groepen nog al eens toegepast, meestal met de bedoeling enige vaardigheid te krijgen in „counseling”, zoals onder andere Rogers en Porter deze hebben beschreven.

Wat is het effect van het deelnemen aan een dergelijke groep? Op deze vraag is helaas nog geen bevredigend antwoord te geven. Het blijkt namelijk bijzonder moeilijk te zijn een onderzoekprocedure te vinden die leidt tot relevante en wetenschappelijk verantwoorde gegevens. Balint heeft de resultaten van zijn onderzoek vastgelegd in zijn publikatie „A study of doctors”. Op dit onderzoek is nogal wat kritiek gekomen zowel op de gevolgde procedure als op de conclusies. Ook in ons land zijn thans onderzoeken in gang.

Meer informatie is beschikbaar omtrent de wijze waarop de huisartsen zelf het deelnemen aan een dergelijke groep beleven omdat een vraag van deze strekking aan diverse huisarts-deelnemers is gesteld. Uiteraard kwam er een grote verscheidenheid van antwoorden, maar als meest frequente formuleringen kwamen naar voren: de vermindering van het isolement; het delen van de verantwoordelijkheid; het krijgen van adviezen; het voorgehouden krijgen van een spiegel en een grote vaardigheid in het verwoorden.

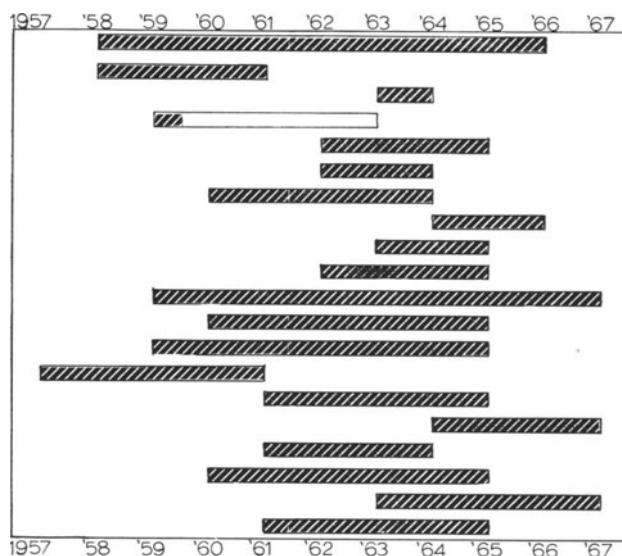
In het algemeen zijn de ervaringen betreffende het deelnemen aan een studiegroep medische psychologie duidelijk positief. Dit neemt echter niet weg dat er zich in een dergelijke groep diverse moeilijkheden kunnen voordoen. In iedere groep — of het nu een artsengroep is of een andere — ontstaan namelijk dilemma's, die het functioneren en zelfs het voortbestaan van de groep in gevaar brengen. Hieronder volgt een overzicht van een aantal categorieën van groepsdilemma's zoals deze in het kader van een trainingsconferentie van het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde (N.I.P.G.) werden gepresenteerd: het probleem van de identiteit; het probleem van de machtsverhoudingen; het dilemma van de doelen; het probleem van openheid en intimiteit en het probleem van de normen.

Vermeld is reeds dat een vrij groot aantal groepen in de loop der jaren is opgeheven. Van al die groepen is getracht inzicht te verkrijgen in het samenspel van factoren die tot dit opheffen hebben geleid en het is gebleken dat alle bovengenoemde dilemma's in die „overleden” groepen waren terug te vinden. Het probleem van de identiteit bijvoorbeeld speelde nog al eens een rol bij de huisarts-discussieleiders. Zij vonden het moeilijk om in hun optreden zowel het discussieleider-zijn als het gewoon deelnemer-zijn met elkander te verenigen. Ook voor de psychiater was dit soms een probleem. Het probleem van de machtsverhoudingen kwam in een aantal groepen tot uitdrukking doordat een of meer dominante groepsleden de discussie prak-

tisch geheel beheersten of doordat groepsleden hardnekkig trachtten hun stempel te drukken op de werkwijze van de groep. Het dilemma van de doelen bleek bijzonder belangrijk te zijn. Hierover werd bijna nooit of slechts in vage termen gesproken. Toch is het duidelijk geworden dat die doelstellingen soms aanzienlijk uiteen lagen. De een wilde psychotherapie leren, de ander wilde adviezen voor zijn „moeilijke gevallen”, weer een ander was vooral geïnteresseerd in theoretische beschouwingen en discussies. Het spreekt vanzelf dat een dergelijke disharmonie in doelstelling storend kan werken.

Niet minder belangrijk was het probleem van openheid en intimiteit. Sommige groepen bleken uitstekend te functioneren zolang de discussies gericht bleven op de patiënt, zijn psychische structuur en zijn milieu-omstandigheden. De moeilijkheden kwamen echter toen sommige leden, daarbij gesteund door de psychiater, pogingen ondernamen om ook de persoon van de arts en zijn optreden tot onderwerp van discussie te maken. Dat werd door andere leden gevoeld als een bedreiging. Als laatste is genoemd het dilemma van de normen. Een enkele keer kwamen geleidelijk aan gedragsregels tot ontwikkeling die door een aantal leden als beklappend werden ervaren, bijvoorbeeld de „plicht” om te zorgen dat de praktijk zo wordt waargenomen dat men slechts bij hoge uitzondering kan worden weggeroepen of — nog beklammender — de „opdracht” om over eigen achtergronden, ervaringen en belevingen mededelingen te doen.

Het moge, gezien het voorafgaande, duidelijk zijn dat het aantal valkuilen voor nieuwe groepen legio is. Iedere groep uit het verleden heeft in dit opzicht waarschijnlijk wel haar deel gekregen. Het verschil is alleen dat sommige groepen er wel en andere er niet in zijn blijven steken. Al met al is het ons duidelijk geworden dat alle problemen welke



Figuur 2. Levensduur van opgeheven studiegroepen medische psychologie.

wij in de studiegroepen zagen ontstaan en welke wij aanvankelijk als specifiek voor deze groepen beschouwden, in wezen „normale” groepsdilemma's zijn. In dit verband dient nog een punt te worden genoemd en wel de levensduur van een groep. In *figuur 2* is de levensduur van de inmiddels opgeheven studiegroepen weergegeven. Uit deze figuur blijkt dat het allerminst vanzelfsprekend is dat een groep jaar in jaar uit blijft functioneren. Misschien is het juist meer vanzelfsprekend dat een groep na een aantal jaren verdwijnt. In 1964 is een groep opgericht met de afspraak dat men drie jaar door zou gaan. Deze groep is thans geheel volgens plan opgeheven. Waarschijnlijk dient het opheffen van groepen te worden opgevat als een volkomen fysiologisch gebeuren.

Tot slot van deze beschouwingen de uitermate praktische vraag: „Wat hebben de achter ons liggende jaren ons nu geleerd dat van belang kan zijn voor anderen?” Door het ontbreken van via onderzoek verkregen gegevens zal een antwoord op deze vraag uitsluitend kunnen steunen op min of meer geordende ervaringen. Met deze beperking voor ogen kan worden gesteld, dat de groepen medische psychologie hun waarde duidelijk hebben bewezen. De artsen vinden zelf dat zij in hun benadering van de patiënt toleranter en meer begrijpend zijn geworden, dat zij minder gevoelens van ergernis en ongeduld bij zichzelf waarnemen en dat hun benadering van de problemen ook breder is geworden. Het is bovendien de enige vorm van nascholing waarin eigen denken en doen bewust tot object van studie wordt gemaakt. Er bestaan dan ook alle redenen om te pleiten voor het oprichten van nieuwe groepen. Daarbij kunnen enkele aanbevelingen wellicht van belang zijn zoals:

Streven naar verheldering en formulering van de doelstelling teneinde deze na verloop van tijd te kunnen toetsen en — indien gewenst — opnieuw te formuleren.

Vermijden dat men zich reeds bij voorbaat blijvend bindt aan één werkmethode.

Bespreikbaar maken van manifeste dilemma's.

Trachten coalitievorming te vermijden.

Bedenken dat ook een groep niet het eeuwige leven heeft.

Enkele van de hierboven genoemde aanbevelingen verdienen enige toelichting. Gevoelens van teleurstelling, omdat de groep niet aan de verwachtingen blijkt te voldoen, kunnen dikwijls worden voorkomen indien de mogelijkheid wordt geschapen om de eigen verwachtingen en bedoelingen te toetsen aan die van de andere groepsleden. Bovendien kan door herhaalde besprekingen duidelijk worden in hoeverre de verwachtingen en bedoelingen in de groep aan verandering onderhevig zijn. Het is evenwel lang niet altijd mogelijk om te komen tot een enigszins nauwkeurige formulering van het doel dat men zich wil stellen. Vele huisarts-deelnemers hebben aanvankelijk slechts een vage voorstelling omtrent eigen verwachtingen en bedoelingen. Zelfs na een jaar deelnemen aan een groep kan dat beeld nog vrij onduidelijk zijn. Echter ook dan zijn er allerlei redenen dit ter discussie te stellen, al was het alleen maar omdat het goed is dat men zich van het bestaan van deze vaagheid bewust is.

Ten aanzien van het tweede punt zij opgemerkt dat men bij het begin uiteraard moet kiezen voor een bepaalde werkwijze. Het moet echter mogelijk zijn van werkmethode te veranderen indien de tot dusver gevolgde methode mocht blijken niet te voldoen. De andere punten spreken voor zichzelf. Het overheersen van een of meer groepsleden (of van de psychiater), het zwijgen van anderen, frequent verzuim en wat dies meer zij, kunnen slechts worden gecorrigeerd of aanvaardbaar gemaakt door erover te praten. Op deze wijze kan veelal ook worden vermeden dat in de groep subgroepen ontstaan.

Het is tot nu toe altijd zo geweest dat nieuwe groepen tot stand kwamen op initiatief van een of meer enthousiaste huisartsen. Dit is een goed begin. Het is te hopen dat er steeds meer studiegroepen tot stand zullen komen. Deze zullen dan waarschijnlijk een nuttig gebruik kunnen maken van de bakens, die door andere groepen zijn geplaatst op de klippen waarop zij zijn gevaren.