

## Luisteren en structureren\*

DOOR DR. M. L. J. VAESSEN, PSYCHIATER

Het is negen jaar geleden dat ik met tien artsen — huisartsen en psychiaters — voor een weekend naar Londen vloog om het tienjarig bestaan te vieren van de Balint-groepen in Engeland. Niemand had toen kunnen voorspellen dat de methode van Balint in Nederland zo vruchtbare bodem zou vinden. In 1958 waren wij begonnen met de vierde groep; enkele jaren later waren het er meer dan dertig. Gelly, een Franse collega, sprak met bewondering over dit „phenomène hollandais”; hij zette als allegorisch motto boven zijn artikel Freud's woorden: „Ziedaar een culturele taak die te vergelijken is met de drooglegging van de Zuidoostzee”.

Sinds 1958 hebben 63 artsen uit deze streek lange tijd deelgenomen aan een van onze drie studiegroepen medische psychologie; de eerste groep begon dus in 1958, de tweede onder leiding van Creutzberg in 1959 en de derde in 1966 in Enkhuizen en omstreken. Het waren uiteraard vooral huisartsen die zich in deze seminars thuisvoelden. Hun aantal bedroeg 42 op de 63 deelnemers, dus precies tweederde; de overigen waren specialisten van een zeer uiteenlopende „pluimage”, onder hen vijf psychiaters in opleiding, die als observator of co-trainer fungeerden.

Wat is het aantrekkelijke van de Balint-methode?

De bedoeling van deze feestelijke bijeenkomst is onder meer om de karakteristiek en de waarde van deze methode van verschillende kanten te belichten; voor de buitenstaanders om hun een indruk te geven van wat zich in de huisartsenseminars afspeelt; voor de insiders om telkens weer na te gaan hoe onze avontuurlijke route verder zal lopen.

De vorige sprekers hebben reeds vele impressies en ideeën over dit werk uitgesproken; toen ik dit schreef wist ik nog niet wat zij zouden zeggen, met name in hoeverre wij misschien zijn gaan lijden aan een „admiration mutuelle” en in welke mate de zelfkritiek waakzaam is gebleven. In elk geval zou ik als bijdrage voor deze avond één typerende vraagstelling uit onze groepen iets nader willen uitwerken: enerzijds over de nieuwe dimensie welke de artsen in deze seminars hebben ontdekt, namelijk het leren luisteren naar een spontaan verteld verhaal en anderzijds over de tegenhanger daar-

van met name de plaats van het vanouds geleerde systematische werken en in samenhang daarmee de plaats van het leiding geven en het doceren in de seminars. Met andere woorden over luisteren tegenover structureren ofwel juist: over luisteren en structureren.

Typerend voor de methodiek van Balint is de onorthodoxe wijze waarop een „geval” in de groep wordt gebracht: een huisarts zit „actueel” met een probleempatiënt; de gewone onderzoeken zijn gedaan; er is lichamelijk niets van betekenis gevonden. De huisarts heeft geen systematische biografische anamnese opgenomen, maar hij heeft wel getracht goed te luisteren naar zijn patiënt, hoe deze zijn klachten bracht en waarom hij op dat bepaalde moment met deze klachten is gekomen. De huisarts komt naar het seminar en zonder schriftelijk vastgelegde ziektegeschiedenis geeft ook hij zijn verhaal over deze patiënt zo spontaan mogelijk, waardoor voor de andere groepsleden niet alleen de patiënt maar ook de arts-patiënt-relatie gaat leven. Niet alleen wordt er iets zichtbaar van de psychodynamiek van de patiënt, maar ook van de emotionele reacties en blinde vlekken van de arts. In de groep weet men dit van elkander en men heeft niet alleen beter leren luisteren naar de patiënt, maar ook naar elkaar; niet alleen gewoon luisteren maar soms ook met het derde oor van het onbewuste.

Er komen dan aanvullende vragen over de patiënt en diens familie; er komen ook vragen en er worden opmerkingen gemaakt over de eigen rol van de dokter in deze arts-patiënt-relatie en telkens is het weer de vraag of „het geneesmiddel dokter” als medicijn dan wel als gif heeft gewerkt.

Constructieve kritiek van een vrijmoedige maar toch tolerante groep helpt de arts om een evenwichtige balans op te maken van zijn eigen inzicht en dat van de groep. Ieder, inclusief de groepsleider, gaat zodoende beter zien waar in zijn therapeutische contacten zijn sterke en zwakke zijden liggen. De vraag is telkens: welke mogelijkheden en welke grenzen bestaan er in de „diade” van deze patiënt en deze arts.

Het niet-hiërarchische tweerichtingsverkeer tussen arts en probleempatiënt vindt zijn parallel in het niet-hiërarchische tweerichtingsverkeer tussen psychiater-adviseur en huisartsen in de groep. De psychiater brengt zijn ervaring in betreffende psychotherapeutische relaties, maar de huisarts spreekt vanuit zijn specifieke huisarts-„setting”, waar de psychiater aanvankelijk geheel buitenstaat.

\* Voordracht, gehouden ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van de huisartsenseminars Noord-Holland (Heiloo) op 11 oktober 1968 in het psychiatrisch centrum St. Willibrord.

Toch komt in vele groepen vroeg of laat de vraag naar voren of de psychiater niet enige instructie of systematiek kan geven, zonder dat hij weer „op de kathedraal” gaat zitten waarmee hij het vrije interactieproces in de kring zou verstoren. De psychiater doet er mijns inziens goed aan een dergelijke vraag niet per se als afweer te duiden.

Over dit dilemma zijn in ons land verscheidene voordrachten en discussies gehouden onder andere in 1965 door Spanjaard (Haarlem) onder de titel: Een didactisch probleem in de huisartsgroepen. In onze groepen hebben zowel Creutzberg als ik, ieder op onze eigen manier, getracht om beide aspecten tot hun recht te laten komen, met name door patiëntenbesprekingen af te wisselen met gezamenlijk bestuderen van een boek of artikel dat nauw aansluit aan de praktijkgevallen. Gesprekstechniek hebben wij niet systematisch gedoceerd, maar wel ingebracht naar aanleiding van het directe verslag van een recent gesprek van een bepaalde huisarts met zijn patiënt, soms nog verlevendigd door de weergave van een bandopname.

Een illustratie van de combinatie van luisteren en structureren is te vinden in het pas verschenen boek van de Londense huisarts Courtenay, met name de kortdurende psychotherapie bij seksuele moeilijkheden in het huwelijk. Het is een verslag van een tweejarig seminaar waar een nieuwe variant op de beproefde Balint-methode werd gevonden, die vooral illustratief is vanwege de methodiek, maar ook vanwege het onderwerp. Het gaat hier immers om een uitgebreid gebied van klachten waarmee ook in onze streek vele artsen geen raad weten; de huisartsen niet, maar evenmin de gynaecologen en de psychiaters. Het is een noodgebied waarop met vereende krachten veel meer zou zijn te bereiken dan momenteel mogelijk is. Wij kunnen er in de polikliniek van „de Oosthoek” een en ander aan doen, maar wij zouden met onze psychotherapie veel meer mensen kunnen helpen via individuele „consultation” aan collega’s of via de groeps„consultation” in dit soort seminars. In elk geval lijkt de tijd rijp dat de werkers in eigen praktijk, eigen bureau of eigen kliniek hiervoor eens rond de tafel gaan zitten.

Wat de methodiek betreft is het boek van

Courtenay een duidelijk voorbeeld van de combinatie van luisteren en structureren: door zijn seminaarleden werd namelijk een formulier voor dit doel ontworpen, een lijst die bij wijze van spreken in het achterhoofd moet worden geborgen zonder dat deze het vrije gesprek zowel tussen arts en patiënt als tussen arts en seminaar in gevaar brengt. Dit formulier bestaat uit een aantal vaste attentiepunten die pas na het eerste onderhoud met de patiënt worden opgeschreven; zij dienen om het materiaal achteraf te ordenen na het niet-gestructureerde gesprek. Het passieve „anamnese opnemen” is uit den boze; de patiënt moet vrij kunnen uitdrukken wat hij belangrijk vindt.

Terugkomend op ons uitgangspunt zou het volgende kunnen worden gesteld. Wij pleiten voor het tweerichtingsverkeer in de arts-patiënt-relatie, maar wij beseffen tegelijkertijd dat dit geen gelijksoortige of symmetrische communicatie kan zijn. Het moet echter wel een psychodynamisch gebeuren worden, waarin beide partners een actieve rol spelen; zo men wil een asymmetrische dialoog maar toch een dialoog.

Wij hebben deze parallel doorgetrokken naar de seminaargroep. Buiten de seminars bestaat vaak een kwetsbare driehoeksverhouding tussen huisarts, patiënt en specialist of zoals Balint zegt: de huisarts heeft meestal een ambivalent respect voor de specialist; hij weet meer en hij weet minder. In de seminars is de psychiater de specialist; hij brengt de specifieke vakkennis in en hij geeft leiding aan het groepsgebeuren. Of een groep echter werkelijk „loopt” hangt grotendeels af van de ruimte welke hij de groepsleden laat om zelf en met zichzelf naar voren te komen. Hier nog meer dan bij de arts-patiënt-relatie wint de dialoog het van de hiërarchie.

Tot besluit moge ik een historische anekdote van een van onze huisartsen vertellen, die het voorafgaande pregnant samenvat: „Ik had een patiënt die naar de psychiater was gegaan en eigenlijk het belangrijkste had verzwegen. Toen vroeg ik hem: „Ja, maar waarom heb je dat dan niet aan de dokter verteld?”, waarop de patiënt antwoordde: „Ja, daar vroeg hij niet naar”.

## *Samenwerking tussen huisarts, wijkverpleegster en maatschappelijk werker\**

De Stichting „Kerk en Wereld” te Driebergen heeft in het kader van een aantal studieconferenties over gezondheidszorg, intra- en extramuraal, een beraad georganiseerd tussen vertegenwoordigers van de huisartsgeneeskunde, de maatschappelijke gezondheidszorg en het maatschappelijk werk. Hoewel de lucht vol is van samenwerking en deze op genoemde terreinen ook in een aantal experimentele vormen is beproefd, blijken er in de praktijk vele factoren te bestaan, die verhinderen dat samenwerking ook buiten

die experimenten op grotere schaal tot stand komt. Er doen zich hierbij verschillende vragen voor.

Wat is de motivering tot samenwerking? Moet die wel worden nagestreefd of is het een modeverschijnsel? Als men er al van overtuigd is dat het huidige maatschappelijk bestel tot meer samenwerking noopt, omdat anders de behoeften van de daarin levende mensen niet naar behoren kunnen worden vervuld, waarom verloopt de samenwerking over de gehele linie dan niet zoals men die zich had voorgesteld? Welke zijn in dat geval de barrières? Liggen die in de mensen of in de systemen, of in de wisselwerking tussen die twee? Dat laatste zouden wij dan structurele belemmeringen kunnen noemen, en daarmee zijn wij aange-

\* Dit verslag verschijnt eveneens in het Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk, waarvan de schrijfster secretaris is.