

# Is de huisarts psychotherapeut?

PROF. DR. H. J. DOKTER\*

De volgende bijdrage is reeds tien maanden geleden voor publicatie in *Huisarts en Wetenschap* aanvaard. Omdat de voorbereidingen voor de *Contrasten-special* – met daarin een tweetal bijdragen over dit onderwerp – destijds al in een vergevorderd stadium waren, is door auteur en redactiecommissie besloten de publicatie van dit stuk uit te stellen tot na het verschijnen van de *special*. Dit gaf de auteur bovendien de gelegenheid in een naschrift te reageren op de artikelen van *Lamberts en Stam en Postma* over psychotherapie door huisartsen.

## Inleiding

De vraag of de huisarts een psychotherapeut is, werp ik op als uitgangspunt van een beschouwing over de taak van de huisarts. Het gaat daarbij om dat onderdeel van zijn taak dat hij uitvoert ten behoeve van mensen die problemen hebben, of die lijden onder problemen die zij zelf niet kunnen oplossen.

Als een patiënt bij de huisarts komt, heeft hij daar met reden voor gekozen; hij heeft niet gekozen voor bijvoorbeeld een gedragswetenschapper. De huisarts dient de klacht van de patiënt zowel somatisch te benaderen als ook meer algemeen verkennend. Wij spreken van integrale benadering: waarmee kan de huisarts zijn patiënt van dienst zijn?

Ik ben het met *Holten-Vriesema e.a.* eens dat „de doelstelling van de huisartsgeneeskunde niet beperkt kan worden tot hulpverlening op alleen maar somatisch gebied”. „De huisarts dient open te staan voor alle vragen om hulp die de patiënt aan ons wil stellen”. Hij dient de patiënt „integraal” te benaderen. De huisarts kan zich niet beperken tot de somatiek.<sup>1</sup>

De psychotherapie komt in beeld op het moment dat het huisarts en patiënt duidelijk wordt dat er sprake is van een probleem en niet primair van een lichamelijke aandoening. Daarbij wil ik niet verhehlen dat „zuiver somatische” aandoeningen zeer wel met psychische spanningen gepaard kunnen gaan.

De vraag of de huisarts een chirurg is, kan onmiddellijk met „nee” worden beantwoord: hij is *geen* chirurg. De huisarts beschikt echter wel over kennis en vaardigheden die ontleend zijn aan de chirurgie en die hij in zijn werk toepast. Hetzelfde geldt voor de neurologie, de interne geneeskunde, de kindergeneeskunde en alle andere klinische vakken, de psychiatrie inclusief. De huisarts ontleent aan al deze vakken kennis en vaardigheden die hij toepast.

Toch vormt het samenraapsel van al deze kennis en vaardigheden niet de huisarts. Hij wordt vooral getypeerd door het generalistisch karakter van zijn werk en dat is meer dan het samenraapsel alleen. Dit is de afgelopen vijftwintig jaar duidelijk geworden door het werk van het Nederlands Huisartsen Genootschap, van het Nederlands Huisartsen Instituut, van de universitaire instituten voor huisartsgeneeskunde en, de laatste tijd, ook van de Landelijke Huisartsen Vereniging. In deze jaren is getracht de professionele kwaliteiten en de specifieke aspecten van het beroep nader te omschrijven en te onderbouwen. Dit is gebeurd door het maken van onderwijs en door het doen van onderzoek. Zelfs is getracht een paradigma voor de huisartsgeneeskunde te omschrijven, zoals te lezen valt in het themanummer van *Huisarts en Wetenschap* dat in 1978 geheel aan deze materie werd gewijd.<sup>2</sup>

De vraag of de huisarts een psychotherapeut is, kan met „nee” worden beantwoord. Door deze vraag aldus te beant-

woorden, kan ik mijn beschouwing hier beëindigen. De huisarts is geen psychotherapeut en hij heeft geen taak ten behoeve van mensen met problemen. Zo simpel is het echter niet. Ondanks het feit dat de huisarts geen psychotherapeutische deskundigheid heeft, komt hij regelmatig in aanraking met mensen die problemen hebben en deze „vertalen” in lichamelijke klachten.

Over welke professionele kwaliteiten dient de huisarts te beschikken om mensen die problemen hebben, adequaat te benaderen? Welke kennis en vaardigheden kan hij aan de psychotherapie ontleenen en welke grenzen zijn daaraan gesteld?

## Definities

Om hierover enig inzicht te krijgen, is het noodzakelijk terug te keren tot de psychotherapie en te bezien hoe deze is gedefinieerd en waar haar grenzen liggen.

*Thiel* geeft de definities weer zoals deze zijn geformuleerd door de Staatscommissie Medische Beroepsbeoefening in 1973 en door Blankstein in 1976. Ik laat beide definities hier volgen.

- Psychotherapie is:
  - het op wetenschappelijk verantwoorde wijze behandelen,
  - door een deskundige die daarin is opgeleid,
  - van patiënten – in die zin dat zij hulp behoeven voor psychische moeilijkheden, conflicten en stoornissen,
  - door middel van het op methodische wijze vestigen, structureren en hanteren van een relatie,
  - ten einde die psychische moeilijkheden, conflicten en stoornissen op te heffen of te verminderen.

- Psychotherapie is volgens Blankstein:
  - het aangaan van een meer of minder geëxpliciteerd contract,
  - tussen een cliënt of een cliënt-systeem met problemen van psychische aard (gedragsmoeilijkheden, emotionele problemen, conflicten),
  - en een beïnvloedingsdeskundige,
  - met het oogmerk met behulp van psychologische middelen, in het bijzonder het op methodische wijze vestigen, structureren en hanteren van de hulpverleningsrelatie door deze deskundige,
  - niet alleen de desbetreffende psychische problemen op te heffen of althans te verminderen,
  - maar ook de mogelijkheden voor zelfrealisering voor de betrokken

\* Hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

cliënten te vergroten en daarmee hun beslissingsvrijheid, hun keuzemogelijkheden te vermeerderen.<sup>3</sup>

*Thiel* constateert dat de eerste een „medische” definitie is, waarin van een patiënt sprake is, en dat de tweede een „agogische” definitie is, waarin van een cliënt gesproken wordt. Hij bespreekt het verschil tussen patiënt en cliënt en zegt dat er vele overgangsvormen voorkomen. Het verschil tussen de beide rollen is gelegen in het al of niet nemen van verantwoordelijkheid voor het probleem en voor de te vinden oplossingen. En, zegt *Thiel* „met deze verschillende rollen corresponderen zeer verschillende hulpverlenersrollen”.<sup>3</sup>

Dit is nu voor de huisarts een dilemma. Kan hij deze zo verschillende hulpverlenersrollen vervullen? Zonder direct een antwoord te kunnen geven, kan wel worden opgemerkt dat de arts vooral getraind wordt in de medische rol, de hulpverlening ten behoeve van mensen die zichzelf niet verantwoordelijk achten voor hun probleem. Met de agogische rol wordt de arts in de opleiding tot huisarts enigszins vertrouwd gemaakt. Het blijft echter moeilijk die rol te kiezen die voor de oplossing van het probleem van de patiënt/cliënt het meest is aangewezen, dit te meer daar de door *Thiel* genoemde overgangsvormen frequent voorkomen.

*Thiel* wijst er verder op dat het begrip „ziekte” in de beide definities niet voorkomt. Psychotherapeuten denken in het algemeen in termen van het oplossen van problemen, verwerking, groei, en dergelijke. Het draaipunt van de door *Thiel* beschreven definities is de *methodisch* gehanteerde en gestructureerde hulpverleningsrelatie. De psychotherapeut, zegt *Thiel*, heeft als voornaamste instrument zichzelf. Hij dient dan ook te werken aan zijn eigen persoonlijkheid. Hij definieert psychotherapie als „het samen werken aan problematische gedragingen, conflicten, gevoelens, interacties en dat alles in een relatie”. „Er moet een bereidheid zijn tot werken en er moet een mogelijkheid zijn tot werken”.<sup>3</sup>

*Brown en Pedder* verstaan onder psychotherapie: „Het aanwenden van persoonlijke relaties om mensen die in moeilijkheden verkeren te helpen”.<sup>4</sup> *Balint and Balint* definiëren psychotherapie als „essentially an interaction between two people”.<sup>5</sup> *Balint* heeft er verder op gewezen dat het belangrijkste therapeuticum waarover de dokter beschikt, de dokter zelf is.<sup>6</sup>

Hier vind ik de aansluiting tussen de psychotherapie en de huisartsgeneeskunde. Zowel de psychotherapeut als de huisarts gaan een relatie aan met mensen. De doelstelling van deze relatie, voor zover deze expliciet is gemaakt, is wezenlijk verschillend. Maar de persoonlijkheid van zowel de psychotherapeut als van de huisarts is in beide gevallen in het geding. Het verschil is gelegen in de *methodische* aanpak en in de structuur van de relatie. De psychotherapeut is getraind in het hanteren van deze of gene methode en in het structureren van de relatie. De huisarts is dat niet.

*Thiel* is daar heel duidelijk over. Hij schrijft: „voorlichting, geruststelling, het toedienen van een placebo, een klop op de schouder in feite of symbolisch, kunnen alle van groot belang zijn in de arts-patiënt relatie; in de daaruit voortvloeiende therapeutische bemoeienis als min of meer geïsoleerde handeling, zijn ze niet te betitelen als psychotherapie”. Ook lang lopende steunende contacten, zoals op een psychiatrische polikliniek of het doorlopend beschikbaarheidscontact van de huisarts, kunnen niet betiteld worden als psychotherapie in engere zin, aldus *Thiel*.<sup>3</sup>

Veel van wat huisartsen doen, is geen psychotherapie, zeker niet indien afgewogen tegen de strengere normen van bijvoorbeeld het rapport-Verhagen. Maar toch is het wel wat en vaak meer dan begeleiding of alleen maar steun. Wij hebben daarvoor geen goed begripkader.

### Professionele kwaliteiten

Op grond van het voorafgaande ligt de volgende conclusie voor de hand: de huisarts gaat een relatie aan met mensen die specifiek is voor zijn werkwijze. Deze relatie heeft een min of meer continu karakter en is niet gestructureerd volgens een van te voren bepaald doel. In het algemeen hanteert hij de relatie niet op een *methodische* wijze. Zijn persoonlijkheid speelt een belangrijke rol in de relatie. Hij benadert de patiënten die zich op zijn spreekuur vervoegen integraal.

De professionele kwaliteiten die hiervoor noodzakelijk zijn, liggen vooral op het persoonlijke vlak. Dat wil zeggen: hij moet in staat zijn een continue relatie aan te gaan met mensen en de voor- en nadelen daarvan kunnen onderkennen. Er zijn mensen die hem irriteren of die hem machteloos maken. Anderzijds heeft de huisarts een aantal vooroordelen; hij heeft zijn eigen problemen die

hij al of niet bewust in de relatie brengt. Hij moet zowel de medische als de agogische rol kunnen hanteren om mensen integraal te kunnen benaderen.

Een aanvulling op de zojuist beschreven professionele kwaliteiten is noodzakelijk. Het is de laatste decennia duidelijk geworden dat de arts, evenals zijn patiënt, onderdeel is van een systeem. Deze inzichten zijn vooral tot stand gekomen door de ontwikkeling van de gezinstherapie. Zowel de arts als de patiënt maken deel uit van een gezin. Het gezin functioneert als een systeem dat zichzelf in stand probeert te houden door middel van allerlei (terugkoppeling-) mechanismen. Al zeer vroeg heeft het NHG geconstateerd dat de huisarts gezinsarts is. Dit betekende toen dat hij meestal het gehele gezin tot zijn (potentiële) patiëntenpopulatie mocht rekenen. Thans weten wij dat de groepsdynamische processen die zich in een gezin kunnen afspelen, kunnen bijdragen aan het optreden van allerlei klachten. De huisarts kan in het gezinsstelsel betrokken raken. Hij moet in staat zijn dit te herkennen en te hanteren.

Voor het boek van *Huygen, Family medicine*, geeft een goed overzicht van de betekenis van het functioneren van het gezin voor de huisarts.<sup>7,8</sup> De professionele kwaliteiten van de huisarts moeten aldus worden aangevuld: hij is op de hoogte van de interacties die zich in een gezin afspelen en hij is in staat zijn eigen rol daarin te herkennen en te hanteren. Hiermee heb ik aangegeven welke professionele kwaliteiten noodzakelijk zijn voor de huisarts in zijn omgaan met mensen met problemen. Ik heb opgemerkt dat de huisarts geen psychotherapeut is, maar dat hij wel op een heel eigen wijze met mensen met problemen omgaat. Bovendien vind ik dat wij de laatste vijftig jaar te weinig hebben gedaan om dit belangrijke aspect van de huisartsgeneeskunde behoorlijk te onderbouwen. Wij zijn wel op allerlei vormen van therapie afgevoerd als vliegen op de suiker. Zij hebben enkel onder ons mogelijk verder geholpen die van deze therapieën een hobby hebben gemaakt.

De plaats van deze therapieën binnen de huisartsgeneeskunde en de invloed die zij hebben op het huisartsgeneeskundig handelen, is nog onduidelijk. De huisartsen en de gedragswetenschappers hebben de afgelopen jaren steeds meer toenadering gezocht. Waarom hebben de huisartsen zoveel moeite gedaan om zich te verdiepen in de inval-

hoek, de benadering en de methoden van de gedragswetenschappers? Denk aan *Gestalt*, bio-feedback, gedragstherapie, psychoanalyse, etc. Waarom hebben wij ten behoeve van de opleiding tot huisarts toenadering gezocht tot psychologen en andragogen? Was het begonnen om hun technieken te leren aan aanstaande huisartsen? Helaas is dit slechts een gedeeltelijk antwoord op de vraag. Het volledig antwoord moet ik de lezer schuldig blijven. Dit komt omdat een theorie ontbreekt over de hulpverlening aan mensen met problemen die de gedragswetenschappers enerzijds en de huisartsen anderzijds gelijkkelijk soelaas biedt voor ieders eigen professe. Deze constatering sluit aan bij de mededeling van *Thiel*, dat er geen adequaat begrippenkader voorhanden is.

Naar mijn overtuiging moet het mogelijk zijn om via een systematische beschrijving van datgene wat zich in de arts-patiënt contacten afspeelt, te komen tot de noodzakelijke onderbouwing van het huisartsgeneeskundig handelen bij mensen met problemen. Daarnaast moeten wij opnieuw de persoon van de huisarts in studie nemen. De persoonlijkheid van de arts bij het (psychotherapeutisch) handelen bij mensen met psychische en sociale problemen, is van cruciale betekenis. Zeer recent komen ook *Lamberts* en *Hartman* op grond van gegevens uit het monitoring-project tot een vergelijkbare conclusie: „De opvattingen en de persoon van de individuele huisarts in belangrijke mate bepalen hoe in zijn praktijk probleemgedrag en het daaraan gekoppelde handelen eruit zien”.<sup>9</sup>

### Consultatiegroepen\*

Om de persoon van de huisarts opnieuw in studie te nemen en de relatie die hij met zijn patiënten aangaat te bestuderen, ben ik twee jaar geleden met de psycholoog (psychoanalyticus) Verhage begonnen met twee huisartsgroepen. Op grond van onze ervaringen met deze groepen wil ik de lezer enkele handvatten aanreiken voor zijn psychotherapeutisch handelen.

In de eerste plaats wil ik wijzen op het belang van de vooroordelen van de dokter. *Balint* spreekt van de apostolische functie.<sup>6</sup> Ik heb hier tijdens het NHG-congres in 1981 over gesproken.<sup>10</sup> Het gaat hierbij vooral over de opvatting van de dokter over de wijze waarop de patiënt zich in zijn milieu behoort te

gedragen. Het is noodzakelijk om deze vooroordelen te onderkennen, waardoor het mogelijk wordt ze op een adequate manier in de relatie met de patiënt te gebruiken.

De toen beschreven patiënte belde de dokter drie à vier maal per week op met de vraag hoeveel en welke tabletten zij zou innemen. Ook tijdens de tweewekelijkse bezoeken van de dokter aan patiënte ging het gesprek over de pilletjes. Duidelijk werd dat de dokter vond dat deze patiënte niet in bed behoorde te liggen en dat hij haar graag „normaal” in haar gezin en werk zag functioneren. Het was zijn norm, een norm waaraan patiënte niet wenste te voldoen. Bovendien was de huisarts volledig verstrikt geraakt in het systeem van de patiënte. Hij maakte er deel van uit. De dokter reageerde daarop met irritatie, omdat hij zich niet kon „bevrijden”. Zijn handelen werd mede door deze irritatie bepaald.

De huisarts dient zijn eigen mogelijkheden in de relatie met de patiënt te schatten. Hoe hij dit kan doen, blijkt uit de casusbespreking zoals deze heeft plaatsgevonden in een van de groepen:

*Huisarts B vertelt over een twintig jaar oude vrouw die al enkele jaren zijn spreekuur bezoekt met klachten over hoofdpijn en trillerigheid. Zij is angstig. B heeft haar uitgenodigd voor een gesprek. Tijdens dit gesprek laat patiënte niet veel los. Zij heeft wel iets over haar jeugd verteld: haar moeder is toen zij vier jaar was overleden en zij heeft tot haar zesde jaar in een kindertehuis gezeten. Haar vader is toen hertrouwd en heeft zijn dochtertje weer bij zich genomen. Haar stiefmoeder strafte haar veel, zelfs voor allerlei kleine vergrijpen. Zij heeft ook problemen op haar werk in de omgang met haar collega's. De huisarts vertelt dat haar verhaal zonder veel emotie gebracht wordt. Het lukt hem niet er meer uit te krijgen. Hij loopt vast in het gesprek. Zijn vraag aan de groep luidt: hoe krijg je er meer uit? Is dat mogelijk? Hoe voorkom je dat het met patiënte slechter gaat of is dat juist nuttig? Hoe verwijst je?*

*Gedurende de groepszitting wordt de vraag gesteld: heb je een idee waarom je deze patiënte een gesprek hebt aangeboden? B antwoordt dat hij zich had voorgenomen patiënte drie à vier maal uit te nodigen om te zien of ze verwezen moet worden en hoe. Tevens had hij afgesproken dat hij haar klachten in de groep zou bespreken. De groep krijgt geen antwoord op de gestelde vraag en dringt ook niet verder aan. Uiteindelijk wordt hem*

*geadviseerd patiënte voor gedragstherapie voor te stellen aan een instituut voor psychotherapie.*

Deze bespreking laat zien dat de dokter vastloopt in het gesprek met deze patiënte. Om dit te voorkomen, kan hij zijn mogelijkheden met deze patiënten vooraf proberen te schatten. Dit kan hij doen door naar het gezonde deel van de patiënt te kijken. Wat gaat wel, wat gaat niet goed? Er zijn therapeutisch veel meer mogelijkheden met een patiënt, indien er geen klachten zijn over het werk of over het liefdeleven. De besproken patiënte heeft problemen op haar werk en zij heeft ernstige contactstoornissen. Deze factoren maken het voor de huisarts te moeilijk om psychotherapeutisch bezig te zijn, dat wil dus zeggen in een gestructureerde relatie volgens een bepaalde methode. Terecht heeft B patiënte het advies gegeven naar een instituut voor psychotherapie te gaan.

### Slot

De professionele kwaliteiten die noodzakelijk zijn voor het handelen van de huisarts bij mensen met psychische en sociale problemen, liggen voornamelijk in het persoonlijk vlak. Vooroordelen, irritatie, onmacht en verstrikt zijn in het gezinssysteem van de patiënt bepalen onder meer het handelen. Door verdere exploratie hopen wij in de toekomst meer kennis van de persoon van de huisarts te verwerven. Deze kennis stelt ons in staat dit handelen enerzijds te verbeteren en het anderzijds overdraagbaar te maken. Bovendien stelt deze kennis ons in staat onze grenzen duidelijker aan te geven. De huisarts is een heler, iemand die mensen heel kan en wil maken, zo menen wij. In het kader van zijn psychotherapeutisch handelen zou het misschien beter zijn, indien de huisarts niet altijd wil helen, de goede dokter wil zijn. Tot de therapeutische vaardigheden behoort ook ander gedrag, bijvoorbeeld boos kunnen zijn of niets kunnen doen in de relatie met de patiënt.

Gaarne wil ik besluiten met een citaat van Plato dat hij geschreven heeft in 380 voor Christus:

*Men moet niet trachten een deel te genezen zonder dat men het geheel behandelt. Geen poging zou ondernomen moeten worden om het lichaam te genezen zonder de ziel en indien hoofd en lichaam gezond willen zijn, moet u beginnen met de geest te genezen. Dat is het eerste wat moet gebeuren.*

\* Met dank aan de leden van de consultatiegroepen Rotterdam en Voorn-Putten.

*Laat niemand u overhalen het lichaam te gaan genezen voordat de patiënt u eerst zijn ziel ter genezing heeft aangeboden. Want dit is de grote vergissing van onze dagen bij de behandeling van het menselijk lichaam dat artsen eerst de ziel van het lichaam scheiden.*

## Naschrift

Lamberts verdedigt recent de stelling dat de huisartsgeneeskundige benadering van probleemgedrag geen psychotherapie is, terwijl Stam en Postma stellen dat het behandelen (de therapie) van psychosociale problemen voorlopig nog verkeert in het stadium van de waardeoordelen, visies waarover verschil van mening kan zijn.<sup>11 12</sup>

Al lezende vind ik de gezichtspunten van deze auteurs niet zo ver uit elkaar liggen. Waar het mij vooral om gaat, is dat de opleiding van de arts hem niet voorbereidt op het omgaan met mensen met problemen. In Zweden heeft men dit onderkend en moeten de medische studenten een Kegan-Wretmark-cursus volgen, waarin zij over hun eigen problemen praten.<sup>13</sup> Men gaat er daarbij van uit dat de hulpverlener (dus ook de arts) niet over problemen van anderen kan praten als hij niet enig inzicht heeft in zijn eigen problematiek. Zolang de opleiding deze mogelijkheid niet biedt, is hij daartoe niet toegerust. Duidelijk zal zijn dat de opleiding van psychologen, andragologen en maatschappelijk werkenden hierop wel is gericht.

Er is nog een aspect. De arts leert zichzelf van zijn spanning te ontdoen door te *doen*, terwijl de psychotherapeut heel rustig kan blijven als de spanning bij de cliënt/patiënt hoog is opgelopen en hij daarop niet reageert met iets te doen.

Deze fundamentele verschillen tussen de opleiding van de arts en van de gedragswetenschapper maken duidelijk dat de arts niet wordt opgeleid voor het omgaan met mensen met problemen. In onze huisartsopleiding hebben wij dit probleem onderkend en is een van de belangrijkste doelstellingen de aanstaande huisarts meer inzicht te geven in zijn eigen problematiek voor zover van belang voor de relatie met de patiënt. Ik meen dat wij daar in Nederland redelijk goed in slagen, zij het dat één jaar daarvoor wel erg kort is.

Stam en Postma vinden dat wat psychotherapeuten doen, wel degelijk enige relevantie heeft voor de huisartsgeneeskunde, precies zoals de interne geneeskunde en de chirurgie daarvoor relevant

zijn. In de opleiding van de arts wordt echter naar verhouding erg weinig aandacht besteed aan de psychotherapie. Wel wordt de psychiatrie gedoceerd. De aanstaande arts krijgt onvoldoende inzicht in de theoretische uitgangspunten en de technieken van de psychotherapie, in ieder geval niet op een met de interne geneeskunde te vergelijken niveau. Ook dat is naar mijn mening een tekortkoming van de opleiding en kan ertoe leiden dat men zich deskundig waant. Wij krijgen dan te maken met een soort protoprofessionalisme waartegen De Swaan terecht waarschuwt.<sup>14</sup> De stelling dat het begrippenkader hoog nodig ontwikkeld moet worden, ondersteun ik van ganser harte. Dat dit zou kunnen via de voorgestelde casusbeschrijvingen, ben ik met Stam en Postma eens.

<sup>1</sup> Holten-Vriesema J, Tompot C, Alderen H. van, e.a. Methodisch werken. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 322-35.

<sup>2</sup> Paradigma-nummer. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 466-85.

<sup>3</sup> Thiel JH. Wat is psychotherapie? Ned Tijdschr Geneesk 1977; 121: 1891-94, 1923-27.

<sup>4</sup> Brown D, Pedder J. Psychodynamische psychotherapie. Alphen a/d Rijn, Brussel: Samson, 1980.

<sup>5</sup> Balint M, Balint E. Psychotherapeutic techniques in medicine. London: Tavistock, 1961.

<sup>6</sup> Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pitman, 1970.

<sup>7</sup> Huygen FJA. Family Medicine. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1978.

<sup>8</sup> Vries MJ de. Systeemtheorie en algemene ziekteleer, I en II Med Contact 1979; 34: 1585-88, 1621-24.

<sup>9</sup> Lamberts H, Hartman, B. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 333-42, 376-88.

<sup>10</sup> Dokter HJ. Het handelen bij mensen met psychosociale klachten. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 415-6.

<sup>11</sup> Lamberts H. Psychotherapie: geen taak voor de huisarts. Huisarts en Wetenschap 1984; 27 (suppl H&P): 13-5.

<sup>12</sup> Stam J, Postma T. Psychotherapie en huisartsgeneeskunde: meer overeenkomsten dan verschillen. Huisarts en Wetenschap, 1984; 27 (suppl H&P): 16-20.

<sup>13</sup> Seager CP. Workshop on the teaching of attitude awareness and development. Med Educ 1983; 17: 280-3.

<sup>14</sup> De Swaan A, Gelderen Z van, Rense U. Sociologie van de psychotherapie, deel 2. Het spreekuur als opgave. Utrecht, Antwerpen: Het Spectrum, 1979.

## Dr. Servier-prijs

Servier Nederland B.V. bericht ons het volgende:

Teneinde het toegepast fysiologisch en/of klinisch onderzoek te bevorderen kan als bekroning een prijs van maximaal f 15.000,- worden toegekend aan een of meer onderzoekers, die – blijkens de ingezonden verslaggeving – volgens de jury hebben bijgedragen aan het verschaffen van nieuwe inzichten op het gebied van koolhydraat- en/of vetstofwisseling. De nieuwe inzichten dienen te berusten op in Nederland verricht oorspronkelijk onderzoek en/of literatuuronderzoek, leidend tot voor de gezondheidszorg bruikbare conclusies, bij voorkeur gericht op atherosclerose, vetzucht en/of diabetes mellitus. Er is geen bezwaar tegen om het onderzoek te verrichten met gebruikmaking van reeds benutte proefopstellingen en/of als toegevoegd onderdeel van een (eventueel reeds lopend) ander onderzoek. De onderzoeksrapporten dienen in 1984 of 1985 hun eindstadium te hebben bereikt; zij moeten voorzien zijn van een samenvatting met conclusies, waarbij de nadruk ligt op de gevraagde nieuwe inzichten en de praktische betekenis voor de gezondheidszorg.

De jury zal onder voorzitterschap staan van Prof. dr. F. Schwarz en wordt verder gevormd door Prof. dr. Ir. R. J. J. Hermus en W. M. Rosinga, arts. De jury zal zonedig worden bijgestaan door andere deskundigen. Inzendingen moeten gesteld zijn in de Nederlandse, Franse, Duitse of Engelse taal, hetzij getypt op eenzijdig gebruikt papier, hetzij gedrukt. Grafieken, tekeningen, foto's e.d. kunnen worden bijgevoegd. Inzendingen dienen in vijfvoud op 7 januari 1986 in het bezit te zijn van het ambtelijk secretariaat van de jury, gevormd door de heren dr. D. Dekker, apotheker, J. W. Verbeek, arts en drs. R. Vroom, p/a Servier Nederland B.V., postbus 255, 2700 AG Zoetermeer. Het wordt op prijs gesteld, indien geïnteresseerden in een zo vroeg mogelijk stadium het secretariaat inlichten over belangstelling voor eventuele deelname.

De prijs wordt beschikbaar gesteld door Servier Nederland B.V. Het reglement zal desgevraagd worden toegezonden.