

# Controledwang en crisisvrees

Ervaringen uitwisselen als antidotum voor afhankelijk-makend gedrag

EELCO RUNIA  
ELLEN NIJENHUIS

Runia E, Nijenhuis E. Controledwang en crisisvrees. Ervaringen uitwisselen als antidotum voor afhankelijk-makend gedrag. *Huisarts Wet* 1993; 36(6): 214-8.

**Samenvatting** In dit artikel laten wij zien hoe het groepsgewijs uitwisselen van ervaringen benut kan worden om afhankelijk-makend gedrag van huisartsen tegen te gaan. Beschreven wordt hoe – volgens recente psychoanalytische inzichten – afhankelijk-makend gedrag kan samenhangen met narcistische insufficiëntiegevoelens. Dergelijke gevoelens komen in allerlei vormen en vermommings naar voren in groepen die met een zekere regelmaat in een relatief ongestructureerde situatie doorbrennen. Door – met behulp van groepsdynamische principes – in te spelen op wat zich op procesniveau in dit soort groepen voordoet kunnen deze gevoelens optimaal besproken en bewerkt worden.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam, Mathenesserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam.  
Drs. E. Runia, psycholoog/historicus;  
mw. drs. E. Nijenhuis, psycholoog.  
Correspondentie: Drs. E. Runia.

## Inleiding

De meeste artsen kennen patiënten die vaker een beroep op hen doen dan strikt genomen noodzakelijk is. De afhankelijke relatie die deze patiënten met hun dokter hebben, wordt doorgaans beschouwd als een patiëntkenmerk. Psychoanalytici als *Ferenczi* wezen er echter al voor de oorlog op dat er niet zelden een keerzijde is: een afhankelijke relatie ontstaat doorgaans pas als een neiging tot 'afhankelijk worden' en een neiging tot 'afhankelijk maken' elkaar ontmoeten.<sup>1</sup> *Balint* liet zien dat artsen die patiënten afhankelijk maken, in de eerste plaats zichzelf een slechte dienst bewijzen.<sup>2</sup> Afhankelijkheidsrelaties vergen immers relatief veel emotionele energie, terwijl ze bovendien een nadelige invloed kunnen hebben op het vermogen gevoelens als instrument te gebruiken.

Voor huisartsen is 'afhankelijkheid' een wel zeer bijzonder thema;<sup>3-5</sup> huisartsen streven er immers vaak naar bij hun interventies gebruik te maken van de relaties die zij in de loop der tijd met hun patiënten hebben opgebouwd. Dit betekent dat huisartsen systematisch het risico lopen verantwoordelijkheden van hun patiënten over te nemen. Om deze reden wordt in de meeste opleidingen tot huisarts, in veel intercollegiale toetsingsgroepen en in een enkele waarneemgroep aandacht besteed aan het vermogen relaties aan te gaan – en aan te wenden – zonder te vervallen in afhankelijk-makend gedrag.

Elders<sup>6</sup> laten wij aan de hand van casuïstiek zien in welke vormen en vermommings afhankelijk-makend gedrag zich in groepen huisartsen-in-opleiding voordoet en hoe groepsbegeleiders dergelijk gedrag kunnen beïnvloeden. In dit artikel leggen wij een verbinding tussen (*psycho*-dynamische) theorieën over afhankelijk-makend gedrag van hulpverleners en (*groeps*dynamische) theorieën over afhankelijkheidsprocessen in groepen.

## Afhankelijkheid en afhankelijk-makend gedrag

Wie afhankelijkheidsrelaties wil analyseren, kan kiezen uit een groot aantal model-

len. Voor afhankelijkheidsrelaties tussen hulpverleners en hulpvragers biedt met name *Kohut's* variant van de psychoanalyse aanknopingspunten. Binnen de psychoanalyse is immers vanouds de nodige aandacht geweest voor de psychodynamiek van de hulpverlener; 'tegenoverdracht' is, sinds Freud zich in 1910 uitsprak over de invloed die een patiënt kan hebben op het onbewuste van zijn dokter, een belangrijk begrip in de theorie van de psychoanalyse.<sup>7</sup> De invulling die *Kohut* aan de psychoanalyse geeft maakt het bovendien mogelijk – zoals *Johnson* recent aantoonde<sup>8</sup> – een relatie te leggen tussen afhankelijk-makend gedrag en het zelfbeeld van de hulpverlener.

Uit de literatuur komt naar voren dat afhankelijk-makend gedrag misschien niet kenmerkend is voor hulpverlenende beroepen, maar er wel veel voorkomt. *Golloway* stelt dat veel hulpverleners – en dus ook artsen – niet zo altruïstisch zijn als hun beroep doet vermoeden. De keuze voor het artsenberoep heeft zijns inziens nogal eens te maken met een diepgewortelde behoefte aan dankbaarheid.<sup>9</sup> *Gabbard* spreekt in dit verband van een wens om onmisbaar te zijn: 'zoals een acteur het applaus van het publiek nodig heeft om zijn eigen emoties te kunnen verwerken, heeft de arts behoefte aan liefde, waardering en onmisbaarheid bij zijn patiënten om zijn psychologisch evenwicht te kunnen handhaven'.<sup>10</sup> Dit is in overeenstemming met de bevindingen van *Mawardi*: 'nodig gevonden worden door patiënten' was de grootste bron van bevrediging voor de 180 door hem geïnterviewde artsen.<sup>11</sup>

Het gedragspatroon waarnaar bevindingen als deze verwijzen staat in de psychoanalyse bekend als 'narcistisch'; kenmerken zijn onder meer een behoefte aan bewondering, de wens onmisbaar te zijn en – in het verlengde daarvan – een neiging tot afhankelijk-makend gedrag. *Kohut* brengt deze narcistische trekken in verband met een gebrekkige autonomie.<sup>12</sup> Het afhankelijk maken van patiënten kan een strategie zijn om niet geconfronteerd te worden met de insufficiëntiegevoelens die daaruit voortvloeien.<sup>13-16</sup> Het gaat bij autonomie niet om een afgeleide van talent of

prestatie, maar om vertrouwen in de echtheid van de eigen gevoelens. Een te kort schietende autonomie kan volgens *Miller* tot gevolg hebben dat men bewondering met liefde verwacht en gedurig doende is indruk op anderen te maken.<sup>13</sup> En behoefte aan bewondering kan op betrekkelijk eenvoudige wijze worden bevredigd door anderen in zorgende afhankelijkheidsrelaties aan zich te binden.

Het gaat natuurlijk niet aan de 'doorsnee-arts' een narcistische persoonlijkheidsstructuur aan te wrijven, zoals *Golloy* en *Gabbard* soms lijken te doen.<sup>9,10</sup> Toch zijn er aanwijzingen dat het artsens relatief veel moeite kost een goed afgebakende autonome identiteit te verwerven en in stand te houden. Persoonlijkheidsstoornissen, autonomie-gerelateerde aandoeningen als neurotische depressies en verschillende vormen van passief-agressief gedrag worden bij artsen opvallend vaak aangetroffen.<sup>17-19</sup> Ook afhankelijkheidsstoornissen als verslavingen lijken bij artsen relatief veel voor te komen.<sup>20,21</sup> In dezelfde richting wijzen de bevindingen van *Vaillant et al.* In een vergelijkend onderzoek troffen zij de karaktertrek 'afhankelijkheid' significant vaker aan bij de door hen bestudeerde artsen dan in een controlegroep.<sup>22</sup>

In de literatuur wordt deze geneigdheid tot afhankelijkheid in verband gebracht met drie factoren: de motieven die maken dat men voor het beroep kiest, de bijzondere aard van de medische opleiding en de specifieke psychologische verleidingen waaraan men als arts blootstaat.

- Wat de beroepskeuze betreft: er bestaat een lange traditie van auteurs die erop wijzen dat in het beroep opvallend veel mensen werkzaam zijn die zich als kind niet gewaardeerd voelden om wie ze waren, maar om wat ze voor anderen – met name voor hun ouders – betekenden.<sup>23-25</sup> *Gabbard* formuleert het als volgt: 'Kinderen die later dokter willen worden schijnen zich nogal onzeker te voelen ten aanzien van hun eigenwaarde als beminnswaardig object. Typisch voor deze kinderen is dat zij worden gedreven door de overtuiging dat de weg naar ouderlijke goedkeuring loopt via het aanvaarden van meer

verantwoordelijkheid, meer werk en meer zelfloochening'.<sup>10</sup> Dokter worden kan dergelijke kinderen de mogelijkheid verschaffen zich via hun werk van dagelijkse doses goedkeuring en waardering te verzekeren. 'Needing the helpless' overschaduwde in die gevallen (in de woorden van *Zigmond*<sup>14</sup>) 'helping the needy'.

- De medische opleiding is niet ingesteld op het aan het licht brengen en corrigeren van een dergelijke geheime motivatie. In de praktijk wordt zij er zelfs eerder versterkt en gecultiveerd. Of de opleiding met goed gevolg voltooid wordt, hangt voor een belangrijk deel af van eigenschappen als aanpassingsvermogen, prestatiegerichtheid en het vermogen behoeftebevrediging langdurig op te schorten. Kenmerkend voor de medische opleiding is voorts dat het oordeel van superieuren van doorslaggevend belang is – en dat bij dit oordeel de bereidheid om lange dagen te maken, verantwoordelijkheid te nemen en zichzelf weg te cijferen veel gewicht in de schaal legt.<sup>26</sup> Autonomie is bij dit alles eerder een handicap dan een hulpmiddel. Of het nu gaat om het leren vertrouwen op de waarde van de eigen gevoelens, het experimenteren met een eigen stijl van werken of het ontwikkelen van een deugdelijke eigen identiteit als arts: het wordt in de opleiding niet bepaald aangemoedigd.

- Tenslotte staat de arts permanent bloot aan de verleiding een stereotype, nauw omschreven en tot de verbeelding sprekende rol te spelen in plaats van pogingen te ondernemen een eigen identiteit te ontwikkelen. *Van Danzig* noemt het beroep van arts in dit verband 'een gevaarlijk beroep': 'de samenleving sterkt je in een bevestiging van kinderfantasieën over jezelf, wat een kans op een vervreemd zelfbeeld geeft'.<sup>27</sup>

### **Uitwisselen van ervaringen als leerschool tot autonomie**

Scholing, bijscholing en nascholing van huisartsen vindt in Nederland voor een groot deel groepsgewijs plaats. In het werken met dergelijke groepen is enige kennis van groepsdynamische principes onont-

beerlijk. De reden is simpel: bewerkstelligen dat er gedurende de periode dat de groep bestaat een op leren gericht klimaat blijft bestaan, vereist vroeg of laat groepsdynamische interventies. Men kan het feit dat groepen niet 'vanzelf' goed functioneren betreuren, men kan er echter ook gebruik van maken. De groepsbeleider die in staat is om, zoals *Bion* het uitdrukte, 'to use the group instead of spending his time more or less unconsciously apologizing for its presence, (...) will find that the immediate difficulties produced are more than neutralized by the advantages of a proper use of his medium'.<sup>29</sup>

Voor het werken met dergelijke groepen is de benadering van *Whitaker & Lieberman* heel geschikt, vooral vanwege het feit dat deze auteurs groepsprocessen, individuele processen en therapeutische processen met elkaar verbinden.<sup>30</sup> Zij gaan ervan uit dat groepsprocessen op zichzelf genomen constructief noch destructief zijn, maar wel een therapeutisch potentieel hebben. Groepsprocessen worden volgens hen daadwerkelijk therapeutische processen als zij 'correctieve emotionele ervaringen' opleveren. Het door hen ontworpen 'focal conflict model' veronderstelt gemeenschappelijke, onbewuste conflicten bij de groepsleden, alsmede pogingen van de groep om die conflicten op te lossen. Of een groepsproces de leden de mogelijkheid biedt therapeutische en/of groei-bevorderende ervaringen op te doen, hangt af van de kwaliteit van de oplossing die de groep kiest.

Een groepstherapie-model dat in een aantal opzichten aansluit op dat van *Whitaker & Lieberman* en een centrale plaats inruimt voor de begrippen afhankelijkheid en autonomie, is ontwikkeld door *Levine*.<sup>31</sup> Diens uitgangspunt is dat de sociaalpsychologische ontwikkeling van het individu overeenkomsten vertoont met de ontwikkeling die een groep doormaakt: beide worden gekenmerkt door een wisselwerking tussen behoefte aan autonomie en behoefte aan intimiteit. Emotionele dilemma's die van invloed zijn op de individuele ontwikkeling, zoals vertrouwen versus wantrouwen, durf versus schaamte en

twijfel, en intimiteit versus isolatie, worden in de groep opnieuw beleefd.

Levine onderscheidt een aantal fasen in de ontwikkeling van een groep, die worden gemarkeerd door crises. Als die crises goed opgelost worden, tillen ze het groepswork naar een hoger niveau. De processen die zich in de verschillende fasen en crises in de groep voordoen, kunnen gebruikt worden om de ontwikkeling van de identiteit te voltooien en de autonomie te versterken. De groepsvorm en vooral het relatief ongestructureerde 'uitwisselen van ervaringen', zoals dat bijvoorbeeld in de beroepsopleiding tot huisarts plaatsvindt, maken het mogelijk kwesties rond autonomie in een niet-therapeutische setting aan de orde te stellen. De groep is bij Levine een 'leerschool tot autonomie'. In de groep kan men correctieve emotionele ervaringen opdoen voor wat men in het verleden niet of fout geleerd heeft. Wie grootgebracht is met het idee dat liefde alleen gegeven wordt als men zich niet onderscheidt van anderen kan in de groep leren dat het ook anders kan. Een goed groepsklimaat stelt groepsleden in staat zich in de loop van het bestaan van de groep in steeds meer opzichten te onderscheiden van medegroepsleden, dysfunctionele afhankelijkheidsrelaties op te geven en de eigen identiteit te voltooien.

Om dat te bereiken, moeten deze processen voldoende gelegenheid bieden voor correctieve emotionele ervaringen. Belangrijkste voorwaarde daarvoor is: speelruimte voor onbeproefd gedrag. Een dergelijke speelruimte kan ontstaan als de oplossingen die de groep kiest voor de conflicten die zich onvermijdelijk voordoen, niet beperkend maar faciliterend van aard zijn en passen bij de fase waarin de groep zich bevindt. De kwaliteit van de gekozen oplossing en de fase waarin de groep zich bevindt, zijn aan elkaar gerelateerd: enerzijds is de kwaliteit van de oplossing bepalend voor de mogelijkheden die de groep in een volgende fase heeft, terwijl anderzijds de fase waarin de groep zich bevindt grenzen stelt aan mogelijke oplossingen.

Voor de groepsleiders betekent dit dat zij voortdurend twee dingen in het oog

moeten houden: inhoudelijk moeten hun interventies aansluiten bij gesprekken over werk en opleiding terwijl op procesniveau gesloten oplossingen voor onbewuste conflicten voorkomen moeten worden. Hierbij moet gelet worden op de fase waarin de groep verkeert: interventies die in de ene fase of tijdens de ene crisis functioneel zijn, hoeven dat in een volgende fase of crisis niet te zijn. Interventies die aan deze beide eisen voldoen – interventies dus die zowel toegesneden zijn op de fase waarin de groep zich bevindt als gesloten oplossingen voorkomen – kunnen een bijdrage leveren aan een autonomie-bevorderend groepsklimaat.

### Controledwang en crisisvrees

Er zijn twee hoofdredenen, zo is onze ervaring, waarom huisartsen eigener beweging hulp zoeken voor persoonlijke problemen: als dergelijke problemen tot calamiteiten geleid hebben, of als dergelijke problemen, meestal pas na langjarige praktijkuitoefening, tot uiting komen in symptomen als burn-out, depressieve stemmingen of een chronisch gevoel gebruikt te worden.

Wat het eerste betreft: autonomieproblemen leiden zelden (rechtstreeks) tot levensbedreigende situaties: dokters die het gevoel hebben te kort te schieten, zullen geneigd zijn (te) veel te doen, (te) veel verantwoordelijkheid te nemen en risico's te mijden. De tweede reden lijkt het onmogelijk te maken afhankelijk-makend gedrag in de huisartsenopleiding aan de orde te stellen: huisartsen-in-opleiding zijn immers doorgaans nog te kort als huisarts werkzaam om al gebukt te gaan onder de effecten van een gebrekkige autonomie. Integendeel: Groves<sup>32</sup> laat zien dat veel artsen in eerste instantie wel *gecharmeerd* zijn van patiënten die een grote afhankelijkheid jegens hen aan de dag leggen, en hij spreekt in dat verband zelfs van een 'kalverliefde' tussen dokter en patiënt. Gabbard heeft erop gewezen dat zelfopoffering, onvermogen grenzen te stellen, dwangmatigheid en bovenmatige nauwgezetheid voor de persoon in kwestie dure, maar sociaal zeer wenselijke karaktertrek-

ken zijn.<sup>10</sup> Huisartsen-in-opleiding realiseren zich doorgaans wel het laatste, maar lang niet altijd het eerste.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat – zeker onder huisartsen die nog niet zo lang praktiseren – afhankelijk-makend gedrag als zodanig slechts zelden onderwerp van gesprek is. Dat betekent echter allerminst dat kwesties rond autonomie geen rol spelen. Dat doen ze wel degelijk, inhoudelijk zowel als procesmatig: keer op keer blijkt dat zodra huisartsen ervaringen met elkaar bespreken tal van autonomiegerelateerde kwesties aan bod komen – soms sterk, soms nauw verhoud – terwijl dergelijke kwesties bovendien niet zelden grote invloed hebben op wat zich op procesniveau in de groep voltrekt. Inhoudelijk gaat het in veel groepen bijvoorbeeld al snel over de ergernis die afhankelijke patiënten oproepen. Groves' 'kalverliefde' is voorbij op het moment dat een patiënt meer, of iets anders van de dokter vraagt dan deze te bieden heeft. Patiënten die 'overvragen' roepen – of ze nu eisen, claimen, zuigen of gewoon te vaak komen – bij veel dokters hevige gevoelens van boosheid en afkeer op, gevoelens die in de groep kunnen gaan 'rondzingen' en soms tot een vorm van *patient-bashing* leiden. Ford legt een verband tussen de hevigheid van deze gevoelens en onbewuste behoeften van de dokter: 'Patients who are looking for a dependent relationship are angrily rejected because the interns' own dependent needs have been deprived.'<sup>19</sup>

Procesmatig manifesteren autonomiegerelateerde problemen zich misschien nog wel nadrukkelijker. In de groep zijn dergelijke problemen soms zelfs al merkbaar nog voordat de huisarts er in zijn contacten met patiënten (bewust) hinder van ondervindt. Opofferingsgezindheid, onvermogen grenzen te stellen, te veel willen doen, te veel verantwoordelijkheid willen nemen, een (overdreven) behoefte risico's te mijden: het zijn stuk voor stuk eigenschappen die in de groep tot uiting (kunnen) komen en – in de lijn van Whitaker & Lieberman en Levine – als aanknopingspunt kunnen dienen voor correctieve emotionele ervaringen.

Twee manieren waarop autonomie-ge-

relateerde problematiek zich in groepen huisartsen manifesteert, zouden we speciaal onder de aandacht willen brengen: een neiging crises uit de weg te gaan, en een behoefte controle te houden over wat zich afspeelt. Dat we juist deze twee – nauw verwante – uitingsvormen noemen, heeft twee redenen: de eerste is dat ze zo algemeen zijn, dat ze nauwelijks nog opvallen, de tweede is dat juist deze thema's van bijzonder belang zijn voor hulpverleners die door de aard van hun werk blootstaan aan de verleiding patiënten afhankelijk te maken; dat geldt dus ook voor huisartsen.

Een neiging controle te krijgen respectievelijk te houden over onzekere situaties, is diep geworteld in de medische discipline en is er een waardevol bestanddeel van. Szasz & Hollender<sup>33</sup> wezen er reeds lang geleden op dat de arts drie relatievormen moet beheersen: hij moet doortastend kunnen optreden, hij moet kunnen gidsen (waarbij de dokter leidt, maar niet dan nadat hij zich verzekerd heeft van de medewerking van zijn patiënt) en hij moet kunnen samenwerken (waarbij de dokter de patiënt diens verantwoordelijkheden laat). Een neiging greep te krijgen op de situatie, functioneel in de eerste relatievorm, hoeft dat in de twee andere niet te zijn. Een gebroken been vereist een daadkrachtig optreden, een verbroken relatie niet. Mist de dokter het vermogen onderscheid te maken tussen situaties waarin daadkracht functioneel is, en situaties waarin dat niet het geval is, en probeert hij systematisch – door voor te schrijven, te interveniëren, afspraken te maken, adviezen te geven – greep te krijgen op wat zich afspeelt, dan zou men kunnen spreken van 'controledwang': een neiging controle te houden over gebieden waarover per definitie geen controle mogelijk is – de gedachten, de normen, de waarden en de gevoelens van patiënten en de manier waarop zij hun leven inrichten.

De wens crises te bestrijden, heeft een minstens zo honorabele voorgeschiedenis als de wens greep te krijgen op onzekere situaties. De eed van Hippocrates legt artsen zelfs *expressis verbis* de plicht op pijn weg te nemen, indien en voor zover dat ook maar enigszins mogelijk is. Het is

uiteraard nog maar de vraag of 'pijn' generaliseerd mag worden naar het niet-somatische: dat 'verdriet' een soort pijn is, zal wel niemand willen bestrijden, maar frustraties? En impasses? En crises? En behoort het tot de taak of de plicht van de dokter om bij hun patiënten frustraties weg te nemen, impasses te doorbreken en crises het hoofd te bieden?

Artsen met een brede taakopvatting, en daartoe behoren vele Nederlandse huisartsen, vinden van wel, maar worden meteen geconfronteerd met het feit dat men bij dit soort 'pijn' met lege handen staat. Zonder middelen maakt het moeilijk ze onder ogen te zien. Toch kunnen ze groei-bevorderend zijn. In de praktijk uit dit zich in impasse-doorbrekend en crisismijdend gedrag. 'Crisisvrees' heeft niet zelden de vorm van een sterk appel op elkaar 'niet moeilijk te doen', een appel dat bijvoorbeeld heel effectief is in de oproep 'ter zake te komen'.

'Controledwang' en 'crisisvrees' zijn psychodynamisch gecorreleerd aan een onvermogen grenzen te stellen, een behoefte altijd wat te bieden te hebben, een onvermogen 'nee' te zeggen en een wens patiënten coûte que coûte tevreden te stellen. Men zou 'controledwang' en 'crisisvrees' kunnen opvatten als huisartsspecifieke uitingen van strategieën om narcistische krenking te voorkomen, als middelen om te voorkomen dat men wordt geconfronteerd met de realiteit van gevoelens die afwijkt van het favoriete beroepsbeeld. In plaats van onder de indruk te zijn, laat de patiënt zijn huisarts weten niet zoveel vertrouwen te hebben in zijn geneeskunst.

Neemt de doktersrol de plaats in van een eigen identiteit, dan is men kwetsbaar op zo'n moment. Een logisch gevolg is dat men tracht narcistische krenkingen door patiënten te voorkomen, door situaties waarin dit dreigt te vermijden. Huisartsenin-opleiding blijken reeds feilloos aan te voelen wanneer zo'n situatie in de groep dreigt en hoe deze te mijden.

## Besluit

Groepen die gedurende een tamelijk lange periode met een zekere regelmaat in een

relatief ongestructureerde situatie bijeenkomen – dus ook onderlinge toetsingsgroepen, Balint-groepen en sommige waarneemgroepen – bieden goede mogelijkheden afhankelijk-makend gedrag te bespreken en te bewerken. Daarvoor moet gebruik worden gemaakt van wat zich op procesniveau in de groep afspeelt. Voorwaarde hiervoor is dat de grenzen goed bewaakt worden. Dit betekent: zo weinig mogelijk tornen aan de frequentie, geen tijd die bestemd is voor het uitwisselen van ervaringen, gebruiken voor huishoudelijke mededelingen, op tijd beginnen en op tijd ophouden. Uiteraard is het van groot belang dat de groepsbegeleiders goed op elkaar ingespeeld zijn. De combinatie psycholoog en huisarts-begeleider blijkt in de praktijk van de beroepsopleiding goed te kunnen functioneren: de psycholoog zorgt voor de groepsdynamische blik en voorkomt dat gesloten oplossingen voor onbewuste conflicten gekozen worden; de huisarts-begeleider zorgt ervoor dat de band met de realiteit van het huisartsenwerk bewaard blijft.

Onze ervaring is dat wat op procesniveau gebeurt, veel dieper ingrijpt, veel sterkere angsten oproept, maar ook een veel groter leereffect heeft, dan wat op inhoudsniveau aan de orde komt. Dit geldt met name voor de huisartsopleiding. Keer op keer blijkt dat de waardering die de deelnemers na afloop hebben voor het instituutsonderwijs, vooral afhangt van de procesmatige ontwikkeling die de groep heeft doorgemaakt. Als men conflicten – met elkaar en met de begeleiders – heeft durven aangaan, als men vertrouwelijkheden heeft kunnen bespreken, zich heeft kunnen herkennen in anderen en met verschillen met anderen is geconfronteerd, als men verliezen onder ogen heeft durven zien en serieus afscheid heeft durven nemen, dan is de kans groot dat men, aan de eindstreep gekomen, terugkijkt op een geslaagde opleiding – los van wat er op inhoudelijk niveau allemaal aan de orde geweest is. Belangrijkste voorwaarde voor een dergelijke ontwikkeling is het vermogen van de groepsbegeleiders de *eigen* afhankelijk-makende impulsen te beteugelen en daardoor de groep niet klein te

houden met de eigen controledwang en crisisvrees.

## Literatuur

- 1 Lewin BD. Counter-transference in the technique of medical practice. *Psychosom Med* 1946; 8:195-9.
- 2 Balint M. *The doctor, his patient and the illness*. London: Pitman, 1957.
- 3 Postma TNM. Afhankelijkheid, kernprobleem voor de huisarts. *Huisarts Wet* 1979; 22: 283-7.
- 4 Dokter HJ, Verhage F. *De dokter als medicijn*. Utrecht: NHG, 1991.
- 5 Nijenhuis EM. Hoe de dokter zichzelf voorschrijft. De wederzijdse afhankelijkheidsrelatie tussen huisarts en patiënt [Interne publikatie]. Rotterdam: RUHI, 1990.
- 6 Nijenhuis EM, Runia E. Nodig (willen) zijn. Afhankelijkheid en afhankelijkmakend gedrag in groepen huisartsen-in-opleiding. *Leren en leven in groepen*. 1993.
- 7 Freud S. Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. In: *Gesammelte Werke*. London: Imago, 1943.
- 8 Johnson WDK. Predisposition to emotional distress and psychiatric illness amongst doctors. The role of unconscious and experiential factors. *Br J Med Psychol* 1991; 64: 317-29.
- 9 Golloway G. Are doctors different? Reflections on the psychodynamics of physicians. *J Fla Med Assoc* 1981; 68: 281-4.
- 10 Gabbard GO. Over dwangmatigheid bij de doorsnee-arts. *JAMA [NI]* 1986; 1: 7-10.
- 11 Mawardi BH. Satisfactions, dissatisfactions and causes of stress in medical practice. *JAMA* 1979; 241: 1483-6.
- 12 Kohut H. *The analysis of the self. A systematic approach to the psychological treatment of narcissistic personality disorders*. London: Hogarth Press, 1971.
- 13 Miller A. *The drama of being a child*. London: Virago, 1988.
- 14 Zigmond D. Physician heal thyself: the paradox of the wounded healer. *Br J Holistic Medicine* 1984; 1: 63-71.
- 15 Rhoades J. Overwork. *JAMA* 1977; 237: 2615-8.
- 16 Elson M. *The Kohut seminars*. London: Norton, 1987.
- 17 a'Brook MF, Hailstone JD, McLaughlan IEJ. Psychiatric illness in the medical profession. *Br J Psychiatry* 1967; 113: 1013-23.
- 18 Richman JA, Flaherty JA. Adult psychosocial assets and depressive mood over time: effects of internalised childhood attachments. *J Ment Nerv Dis* 1987; 175: 703-12.
- 19 Ford CV. *The somatizing disorders. Illness as a way of life*. New York, etc: Elsevier, 1983.
- 20 Hall A. A medical marriage: no bed of roses. *Br Med J* 1988; 296: 152-3.
- 21 Ten Cate ThJ. *Suicide, verslaving, alcoholisme en geestelijke stoornissen onder artsen. Een overzicht van de relevante literatuur*. *Med Contact* 1981; 36: 843-8, 891-4.
- 22 Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. Some psychologic vulnerabilities of physicians. *N Engl J Med* 1972; 287: 372-5.
- 23 Simmel E. The 'doctor-game', illness and the profession of medicine. *Int J Psychoanal* 1926; 7: 470-83.
- 24 Nunberg H. Psychological interrelations between physician and patient. *Psychoanal Rev* 1938; 25: 297-308.
- 25 Menninger K. Psychological factors in the choice of medicine as a profession. *Bull Menninger Clin* 1957; 21: 51-8.
- 26 Knight JA. *Medical student. Doctor in the making*. New York: Meredith, 1973.
- 27 Van Danzig A. *Normaal is niet gewoon. Beschouwingen over psychiatrie en psychotherapie*. Amsterdam: De Bezige Bij, 1974.
- 28 Interfacultaire Werkgroep Specifieke Opleiding Huisartsen. *SOH-rapport*. Utrecht: NHG, 1974.
- 29 Bion W. *Experiences in groups*. London: Tavistock, 1961.
- 30 Whitaker DS, Lieberman M. *Psychotherapy through the group process*. New York: Atherton, 1964.
- 31 Levine B. *Group psychotherapy*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1979.
- 32 Groves JE. Taking care of the hateful patient. *N Eng J Med* 1978; 298: 883-7.
- 33 Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *Arch Int Med* 1956; 97: 585-92. ■