

# Gesprekshulp door de huisarts: het vijfgesprekkenmodel

MARIJKE VAN DER BURG-VAN WALSUM

**Van der Burg-van Walsum M. Gesprekshulp door de huisarts: het vijfgesprekkenmodel. Huisarts Wet 1999;42(2):61-4.**

Gesprekshulp in de vorm van maximaal vijf gesprekken van een half uur is een geschikt middel voor de behandeling van psychosociale problematiek, al dan niet in relatie met gezondheidsproblemen. In het eerste gesprek wordt de problematiek geëxploreerd en worden hoofd- en bijzaken gescheiden. De daarna volgende gesprekken zijn gericht op het verbeteren van de probleemoplossende strategieën van de patiënt. De beperking van het hulpaanbod tot vijf gesprekken vormt een wezenlijk bestanddeel van de methodiek.

M. van der Burg-van Walsum, psycholoog  
Huisartsopleiding Utrecht, psychotherapeut/  
psychoanalytica Riagg Stad Utrecht.  
Correspondentie-adres: Vakgroep Huisarts-  
geneeskunde Universiteit Utrecht,  
Afdeling Huisartsopleiding, Postbus 80045,  
3508 TA Utrecht.

## Inleiding

In het derde jaar van de huisartsopleiding in Utrecht oefenen de huisartsen-in-opleiding met het geven van gesprekshulp bij psychosociale problematiek. Het hulpaanbod is strikt beperkt tot vijf gesprekken van 30 minuten. Het initiatief tot deze gesprekken gaat expliciet uit van de huisarts. Het eerste gesprek wordt gebruikt om de klacht of het probleem te exploreren, en zicht te krijgen op de probleemoplossende strategie van de patiënt. Het tweede gesprek heeft tot doel met de patiënt een gemeenschappelijke 'theorie' te ontwerpen over de betekenis van de klacht, vast te stellen wat het kernprobleem is, en met de patiënt na te gaan in welke richting de patiënt een oplossing zou kunnen zoeken. In de daarna volgende gesprekken wordt steeds benadrukt hoeveel gesprekken de patiënt nog 'te goed' heeft, en wordt de zelfwerkzaamheid van de patiënt geëvalueerd, gecombineerd met suggesties, uitleg en aanmoediging. Het gaat er vooral om de patiënt te stimuleren effectievere probleemoplossende strategieën te bedenken en uit te voeren. Tevredenheid van patiënten wordt immers meer bepaald door het zicht op oplossingen dan door zicht op de problemen.

De uitdrukking 'effectievere probleemoplossende strategieën' dient breed te worden opgevat. Soms ligt het accent op het handelen van de patiënt, soms op de cognities, maar meestal op de beleving (of het afweren daarvan). Dit hangt af van de taxatie door de huisarts van wat de kern van het probleem is.

De volgende casus kan verhelderen waarover we het in dit artikel zullen hebben.

*Mevrouw A is een aardige vrouw van 62 jaar. Zij bezoekt de laatste tijd frequenter dan voorheen het spreekuur met allerlei vage klachten. Daarbij klaagt zij erg over haar enige dochter. Als de huisarts haar uitnodigt voor een 'praatafspraak', blijkt dat deze dochter onlangs heeft gezegd voorlopig geen contact meer met haar moeder te willen hebben. De dochter heeft twee jaar geleden door een ongeluk haar dochttertje verloren. Mevrouw A wil haar dochter helpen, maar haar dochter zoekt alleen maar ruzie.*

Voor de vervolgesprekken dienen zich dan diverse thema's aan:

- Op het gebied van de beleving:
  - verdriet van mevrouw A om het verlies van haar kleindochter;
  - boosheid en machteloosheid van mevrouw A omdat zij haar dochter niet kan helpen;
  - relatie met haar dochter door de jaren heen.
- Op het gebied van het handelen:
  - zichtbaar maken hoe de contacten tussen mevrouw A en haar dochter precies verlopen, hoe mevrouw A zich daarin gedraagt;
  - zoeken naar wat mevrouw A kan doen om ruzies te vermijden; hoe kan zij haar dochter het beste helpen, zonder dat dit voor haar dochter een belasting is?
- Op het gebied van de cognities:
  - kennis uitwisselen (psycho-educatie) over rouwverwerking en over moeder/dochter-relaties.

## Indicatie- en doelstelling

Kortdurende, gestructureerde gesprekshulp leent zich uitstekend voor het behandelen van psychosociale problematiek, al dan niet in relatie met gezondheidsproblemen. Met maximaal vijf gesprekken kan de huisarts belangrijke steun bieden bij bijvoorbeeld opvoedingsproblemen, relatieproblemen, losmakingsproblemen, ervaringen van rouw en verlies ('depressie'), problemen met het stellen van grenzen ('surmenage', 'subassertiviteit'), problemen van angst en vermijding, en bij psychische en sociale problemen die samenhangen met een ernstige somatische aandoening. Dikwijls worden deze problemen niet rechtstreeks aangekaart, maar presenteert de patiënt klachten van prikkelbaarheid, lusteloosheid, angst, slaapproblemen, hoofdpijn, duizeligheid, enz. 'Medische' oplossingen voor deze klachten blijken vaak niet afdoende, met als gevolg een nog dringender roep om hulp, en uiteindelijk een demoralisatie van zowel patiënt als huisarts.

De gemakkelijkste successen worden geboekt bij patiënten die buiten het pro-

bleemgebied redelijk normaal functioneren, met klachten die nog niet zo lang bestaan, en die gereduceerd kunnen worden tot een centraal thema (de 'focus').<sup>1</sup>

Kortdurende, gestructureerde gespreks-hulp heeft tot doel de klachten/spanningen/problemen van patiënten te verminderen. Veel patiënten zijn uitsluitend geïnteresseerd in het verminderen van de klachten, en hebben eigenlijk geen belangstelling voor inzicht in de achtergronden daarvan. De gestructureerde gespreks-hulp geeft de patiënt nieuwe moed, een nieuw perspectief. De huisarts beperkt zich tot het bieden van een eye-opener, stelt zich dus niet tot taak een heel veranderingsproces te begeleiden. Als daar behoefte aan is, dan is een verwijzing op zijn plaats.

### Werkwijze

Gestructureerde, kortdurende gespreks-hulp vraagt een actieve opstelling van de huisarts. Deze gespreks-hulp moet duidelijk worden onderscheiden van een 'normaal' consult. Van zowel dokter als patiënt wordt een andere gespreks-houding verwacht: beiden verdiepen zich in de belevingswereld van de patiënt met betrekking tot de voorliggende problematiek. Op dat gebied is de patiënt het meest deskundig. De taak van de huisarts bestaat eruit goed te luisteren, te proberen de patiënt te begrijpen, de patiënt bij het onderwerp te houden, en vooral bij de belevingskant daarvan, hoofd- en bijzaken te onderscheiden en het kernprobleem te pakken te krijgen. Daarbij hebben zaken uit het hier en nu voorrang boven zaken uit het verleden.

Gesprekstechnisch zijn interventies als vragen naar gevoel, vragen om concretisering, doorvragen bij vage of algemene antwoorden, en gevoelsreflecties heel belangrijk. Het zal duidelijk zijn dat de huisarts op een natuurlijke wijze van dergelijke gespreksvaardigheden gebruik moet kunnen maken. Van de patiënt wordt een meer actieve inbreng verwacht dan gebruikelijk. Daarom is het belangrijk ook voor de patiënt een praatafspraak duidelijk te onderscheiden van een gewoon consult. Er wordt een speciale afspraak ge-

maakt van een half uur 'om te praten over...'

Het is belangrijk dat de huisarts de verschillende gesprekken voorbereidt, bijvoorbeeld door middel van een korte schriftelijke verslaglegging van de hoofdpunten van een vorig gesprek, en door kort op te schrijven wat het thema van het volgende gesprek zal zijn. In deze gesprekken stelt de huisarts de patiënt niet (te snel) gerust: de huisarts praat het gevoel van de patiënt niet weg en bagatelliseert diens reacties niet, want die vormen een belangrijk ingrediënt voor het gesprek.

De huisarts neemt zelf de verantwoordelijkheid, vooral voor het eerste gesprek. Het is de huisarts die de problematiek signaleert en op waarde schat. De huisarts laat zich duidelijk merken bereid te zijn voor de patiënt in te zetten, door tijd vrij te maken voor een praatafspraak.

Het heeft geen zin een discussie aan te gaan over de vraag of een bepaalde gebeurtenis nu wel de (enige/echte) oorzaak is van de klachten. De huisarts bevestigt dat een bepaalde kwestie de patiënt dwarszit en dat het de moeite waard is daarover verder te praten. Het is verder verstandig het woord 'probleem' te vermijden. Praat liever over 'uw verdriet over de dood van uw kleindochter', of over 'hoe pijnlijk het voor u is zo afgewezen te worden in uw goede bedoelingen'. De huisarts tracht de klachten positief te herlabelen, bijvoorbeeld door ze te benoemen als aanpassingsreacties aan moeilijke omstandigheden, of als bescherming voor anderen.

Zodra dit kan, confronteert de huisarts de patiënt zo duidelijk mogelijk met de vermoedelijke kern van het probleem. Dit gebeurt op een ruimtegevende manier, in deze casus bijvoorbeeld: 'We hebben het nu de hele tijd over uw dochter, maar uzelf moet toch ook veel verdriet hebben?' De huisarts is niet bang man en paard te noemen. Dit bevordert de openheid in het contact.

De huisarts is terughoudend in het geven van adviezen. Adviezen kunnen de autonomie van de patiënt aantasten. Te stellige adviezen werken averechts. Wel kan de huisarts proberen adequate ideeën van de patiënt uit te lokken en te bevesti-

gen. De huisarts laat zich niet verleiden met de patiënt mee te praten over de problemen van anderen: de patiënt zelf blijft in het centrum van de aandacht. De huisarts dient altijd bedacht te zijn op de eigen vooringenomenheid ten aanzien van emotionele onderwerpen. Het hebben van vooroordelen is menselijk, maar de professional probeert zich daarvan bewust te zijn en zich daar niet door te laten leiden in het contact.

### De uitnodiging

Het is van belang bij het maken van de praatafspraak meteen het gespreksonderwerp duidelijk af te bakenen. Als de patiënt nog met lichamelijke klachten komt, dan moeten die verwezen worden naar het gewone spreekuur. 'Nu zijn we hier om te praten.'

Het initiatief voor de praatafspraak ligt bij de huisarts. Zeg niet: 'Zou u behoefte hebben aan een wat langer gesprek?' In zo'n geval gaat de patiënt zich afvragen of zo'n behoefte er wel is, en zich zorgen maken over wat er dan gezegd moet worden, zodat zo'n gesprek nut heeft (in de ogen van de huisarts?). Zeg wel: 'U hebt die benauwdheidsklachten net in een tijd dat uw vader er zo slecht aan toe is. Zullen we eens verder praten over hoe u dat dwars zit?'

Bij de uitnodiging voor de praatafspraak heeft de huisarts een houding van: baat het niet, het schaadt ook niet. De huisarts verplicht zich dus niet ervoor te zorgen dat zo'n gesprek vruchten afwerpt. Op de patiënt wordt geen druk uitgeoefend.

Sommige patiënten staan afwijzend tegenover een uitnodiging tot een praatafspraak. De huisarts kan zich nu gemakkelijk afgewezen voelen. Het komt er dan op aan dit gedrag van de patiënt niet op zichzelf te betrekken, maar zich te realiseren dat deze weerstand iets zegt over de patiënt zelf. De huisarts kan zo'n weigering oppakken door te zeggen: 'OK, nu liever niet? Even goede vrienden. Misschien is dit ook niet het goede moment.' Blijft de patiënt echter met klachten komen, dan kan de huisarts voorstellen deze nader te bestuderen, door een registratie bij te hou-

den over wanneer de klachten optreden, om op die manier samen met de patiënt te onderzoeken wat de betekenis daarvan zou kunnen zijn.<sup>2</sup>

### Het eerste gesprek

De eerste praatafspraak is uitsluitend bedoeld om zicht te krijgen op de problematiek van de patiënt. Daarbij is vooral de patiënt actief. De huisarts is zeker in het eerste gesprek zeer terughoudend met het geven van adviezen. Het is niet de bedoeling dat de huisarts iets oplost. Wel is het de bedoeling zo precies mogelijk samen te vatten wat een patiënt moeilijk of eng vindt, zonder dit weg te praten of daar een oplossing voor te zoeken. Bij mevrouw A vat de huisarts bijvoorbeeld samen dat patiënte slecht kan aanzien dat haar dochter ongelukkig is, en dat er voor haar geen rol meer is weggelegd bij het verwerken van het verdriet. Het ziet er naar uit dat zij haar dochter los moet laten.

Dit wordt dan het thema voor de volgende gesprekken, waarbij de huisarts mevrouw A niet adviseert, maar de ruimte biedt om nog vier keer stil te staan bij hoe erg ze dat vindt, hoe teleurgesteld ze is, hoe woedend ook, hoe ze zich afgedankt voelt, in de verwachting dat mevrouw A uiteindelijk ruimte zal krijgen voor een veranderde relatie met haar dochter. Mevrouw A zal met veel praktische voorbeelden komen, en de huisarts beperkt zich er dan toe haar gevoelens te reflecteren. Steeds weer wordt duidelijk dat van mevrouw A gevraagd wordt haar dochter haar eigen leven te laten leiden, met haar eigen mensen. Zo heeft zij de meeste kans op uiteindelijk toch weer een zekere verstandhouding met haar dochter.

Het eerste explorerende gesprek wordt afgesloten met de uitnodiging voor vier nieuwe praatafspraken, de eerste over twee weken. De periode tussen de gesprekken wordt door beiden benut om na te denken over het besprokene. De huisarts doet dit met behulp van een kort verslag, gecentreerd om de volgende vragen:

- Wat is het centrale thema (focus)?
- Welke ineffectieve probleemoplossende strategie gebruikt patiënt?

### De volgende gesprekken

Het is *noodzakelijk* dat de huisarts zich mentaal voorbereidt op de praatafspraken. Dergelijke gesprekken lopen het risico te mislukken, als de huisarts op een gegeven moment tot zijn verrassing opeens de patiënte weer voor zich ziet staan en dan gaat improviseren. Dit voorbereiden bestaat eruit een paar minuten de tijd te nemen om het verslagje van het vorige gesprek door te nemen en zich in te stellen op de voor een praatafspraak vereiste gesprekshouding. In de huisartsopleiding is er gelegenheid om na elk gesprek de casus weer te bespreken in de opleidingsgroep. Wij noemen dit: onderlinge coaching bij de behandeling van psychosociale problematiek.

In de vervolggesprekken noemt de huisarts telkens hoeveel gesprekken de patiënt nog te goed heeft. De huisarts begint elk vervolggesprek met te vragen hoe de patiënt het vorige gesprek beleefd heeft, en hoe daar verder door de patiënt nog over is nagedacht. Vervolgens benoemt de huisarts het centrale thema, zo concreet mogelijk en in zo gewoon mogelijke bewoordingen. Het daarna volgende gesprek concentreert zich om dit centrale thema. Ziet de patiënt dit ook zo? En hoe moet het nu verder? Wat wil de patiënt bereiken? Hoe pakt de patiënt dit aan? En heeft dit gedrag het gewenste effect? Daarbij gaat het er vooral om dat de huisarts zo precies mogelijk samenvat wat een patiënt moeilijk of eng vindt, zonder dit weg te praten of daar een oplossing voor te zoeken. Op die manier wordt de zelfwerkzaamheid van de patiënt maximaal gestimuleerd. Ondertussen krijgt de huisarts wel een beeld van de reactiewijzen van de patiënt, en dit beeld kan de patiënt op een gegeven moment worden voorgelegd.

Bij mevrouw A krijgt de huisarts de indruk dat zij haar dochter bestookt met hulp, daarmee voorbijgaand aan haar eigen verdriet om de dood van haar kleindochter. Verder valt hem op dat de echtgenoot van mevrouw A geheel buiten beeld blijft. Mevrouw A herkent dit onmiddellijk: zij wil haar man sparen, omdat die zo totaal kapot was van de dood van hun kleindochtertje.

De huisarts constateert dat mevrouw A zich enorm inzet voor het welzijn van haar man en dochter, maar gaat dit niet ten koste van haarzelf? Met haar eigen verdriet is ze dood-alleen. Bij wie kan zij terecht?

### Werkzame factoren

We gaan nu de ingrediënten van de kortdurende gesprekshulp nader bekijken. Daarbij maken we onderscheid tussen relationele, emotionele, cognitieve en gedragsmatige aspecten.

**Vertrouwen** De huisarts biedt de patiënt een veilig contact aan, waarin de patiënt zich gezien voelt, gesteund, geaccepteerd. Een niet veroordelende, begrijpende, rustige en accepterende houding van de huisarts is van groot belang. De huisarts straalt het vertrouwen uit, dat het mogelijk moet zijn door deze moeilijke periode heen te komen. Daardoor krijgt de patiënt meer hoop, de patiënt wordt optimistischer, minder vermijdend, initiatiefrijker, inventiever, actiever.

Vooral als er een nieuwe praatafspraak is, zal de patiënt over het besprokene blijven denken en mogelijk praten met anderen (of in gedachten met de huisarts). Hierdoor wordt een nieuw perspectief geopend, er komt goede moed dat het toch zal lukken de moeilijkheden het hoofd te bieden. De betrokkenheid van de huisarts is mijns inziens de belangrijkste therapeutische factor in de gesprekshulp. Dit is wat Balint bedoelt met zijn uitdrukking 'the doctor as a drug'.<sup>3</sup>

**Aandacht voor de beleving** De huisarts is erop gericht te helpen de gevoelens van de patiënt onder woorden te brengen (angsten, ergernissen, verdriet, wanhoop, woede), waardoor de patiënt er een beetje afstand van kan nemen. Doordat de huisarts die emotionele reacties van de patiënt belangrijk vindt en respecteert, en zelf niet van streek raakt, hoeft de patiënt daar niet van weg te lopen. De aandacht en belangstelling van de huisarts is voor de patiënt een steun om een beangstigende of pijnlijke situatie onder ogen te zien. Het persoonlijke contact met de huisarts sterkt de patiënt en helpt iets wat voordien ondoenlijk leek toch te gaan proberen, of angstge-

vende gevoelens toch te verdragen, omdat de patiënt kan rekenen op een nieuwe afspraak met de huisarts, en er dus niet alleen mee is.

Veel patiënten ervaren het al als een ongelooflijke hulp als zij ongestoord hun verhaal kwijt kunnen aan iemand die zijn best doet hen te begrijpen, en die niet met een oordeel klaar staat, of met een eigen verhaal.

**Aandacht voor de cognities** De huisarts helpt structuur aan te brengen in de problematiek van de patiënt. De huisarts helpt hoofd- en bijzaken te onderscheiden, hetgeen er vaak op neerkomt dat wordt gefocust op wat nu op dit moment belangrijk is. Dit helpt een patiënt om meer greep te krijgen op de problematiek. Daarnaast kan de huisarts een productievere theorie aanbieden over hoe de problemen gezien kunnen worden. Zo hebben sommige patiënten baat bij herhaalde tactvolle confrontaties met de realiteit. Het helpt hen om irreële verwachtingen op te geven, om los te laten en te rouwen. De irreële verwachtingen worden dan omschreven als vormen van zelfbescherming, die op korte termijn helpen, maar op de lange termijn de problemen alleen maar in stand houden. De houding van de huisarts straalt het vertrouwen uit dat de patiënt in staat is tot een adequatere vorm van zelfbescherming.

**Aandacht voor het gedrag** Ook kan de huisarts de aandacht richten op het probleemoplossende gedrag van de patiënt, omdat dit soms het probleem in stand houdt in plaats van oplost. In plaats daarvan zoekt de huisarts samen met de patiënt naar een adequatere aanpak van de problemen. Samenhangend met de nieuwe 'theorie', de nieuwe manier om naar het probleem te kijken, komen de meeste patiënten zelf met voorstellen van hoe zij het anders eens zouden kunnen proberen.

## Beschouwing

Ook in Riagg's wordt de laatste jaren gewerkt met een zeer kortdurend hulpaanbod.<sup>4</sup> Daar bestaat 25 procent van alle behandelingen uit niet meer dan twee tot vijf contacten.<sup>5</sup> Veel van de problematiek die daar met zo'n korte gespreks hulp wordt

behandeld, kan inhoudelijk heel goed en vermoedelijk zelfs beter worden aangepakt door de huisarts. De huisarts is voor de patiënt al een vertrouwde figuur, met deskundigheid en overwicht. Het contact met de huisarts, het begrip, de aandacht en de acceptatie van de eigen huisarts geven de patiënt meer steun, rust en hoop dan mogelijk is bij een 'vreemde' Riagg-medewerker. De huisarts kan door de aard van de arts-patiëntrelatie en door de snelheid van handelen dus rekenen op een sterkere werking van de zogenaamde non-specifieke therapeutische factoren dan een medewerker van de Riagg. De hier beschreven methodiek is dan ook nauw verwant aan de vanouds bekende aanpak van Balint.<sup>3</sup>

Ook de huisarts zelf heeft baat bij het geven van gespreks hulp. Veel patiënten tonen zich uiterst dankbaar en zijn daarna toegankelijker. De grotere vertrouwde met elkaar verbetert de relatie, er is meer begrip, beiden kijken terug op een gedeelde belangrijke ervaring. Daarna is het leggen van een verband tussen lichamelijke klachten en het psychosociaal functioneren gemakkelijker. Dat geeft meer plezier in het werk.

Uit de ervaringen van onze haio's tot dusver hebben wij de indruk dat de meeste goed overweg kunnen met deze vorm van gespreks hulp. Systematisch onderzoek hebben wij hier nog niet naar verricht. Wel leiden de gesprekken tot grote tevredenheid bij de haio's zelf. In de meeste gevallen worden (net zoals bij de Riagg) de aangeboden vijf gesprekken overigens niet opgebruikt, maar kan worden volstaan met twee of drie gesprekken.

Ook uit de Riaggs zijn nog geen effectstudies bekend over het 'vijfgesprekmodel'. Wel zijn er zeer bemoedigende publicaties over satisfactie-onderzoek op kleine schaal.<sup>6</sup>

De beperking van het aanbod tot vijf gesprekken helpt beide gesprekspartners 'scherp' te blijven, en goed gebruik te maken van de beschikbare tijd. Vijf gesprekken, verdeeld over tien weken, zijn aan de ene kant te overzien, terwijl aan de andere kant een periode van tien weken lang genoeg is om iets nieuws te laten ontstaan.

Door iedere keer vast te stellen het hoeveelste gesprek nu plaatsvindt, en hoeveel gesprekken maximaal nog zullen volgen, benadrukt de huisarts de realiteit en reduceert hij het gevaar van 'oeverloos zwemmen', of 'in een regressie schieten', of 'aan de huisarts gaan hangen' ongeveer tot nul.

Daarnaast is het belangrijk vast te houden aan de afgesproken beschikbare tijd van een half uur. Te overwegen valt aan het begin van het gesprek op te merken hoe laat het nu is, en tot wanneer 'we dus de tijd hebben'. Dit bevordert een taakgerichte gespreks houding, en geeft de patiënt meer controle over het gebeuren. Veel patiënten vinden het binnen zo'n afgebakende tijdsduur gemakkelijker zich emotioneel te laten gaan, dan wanneer ze niet weten waar ze wat de tijd betreft aan toe zijn. Ook wordt zo duidelijk gemaakt dat het goed benutten van de tijd een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van dokter en patiënt.

De meeste huisartsen beschikken over voldoende kennis en vaardigheden voor het geven van gestructureerde kortdurende gespreks hulp. Wanneer de interesse en de inzet er zijn, volgen de vaardigheden meestal vanzelf. Wel is het raadzaam om voor zichzelf steun te organiseren, bijvoorbeeld in de vorm van een collega die een paar maanden als klankbord wil fungeren voor de ervaringen op dit gebied.

## Literatuur

- 1 Trijsburg RW, Dokter HJ, Van Beusekom JAH. Behandeling door gesprekken in de huisartspraktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
- 2 Van Spaendonck KPM, Berger HJC, Haverkort AFM, Van de Lisdonk EH. Functionele klachten in de medische praktijk. Assen: Van Gorcum, 1996.
- 3 Balint M., De dokter, de patiënt, de ziekte. Utrecht: Spectrum, 1977.
- 4 Stoffer R. Het vijf-gesprekkenexperiment. Maandbl Geest Volksgez 1994;49:142-58.
- 5 Vraag en aanbod in de RIAGG. Utrecht: NCGV, 1992.
- 6 Schouten W, Wagenborg JEA. Invitational conference 'Kort en goed'. Rotterdam: RIAGG Rijnmond Noordwest Rotterdam, 1995: 19, 45. ■