

Onmacht en Macht
in de
Medische Situatie

F. Verhage en J.H. Thiel

ONMACHT EN MACHT IN DE MEDISCHE SITUATIE

REDES

UITGESPROKEN TER GELEGENHEID VAN DE AANVAARDING VAN HET
AMBT VAN GEWOON HOOGLERAAR IN DE MEDISCHE PSYCHOLOGIE
RESP. BUITENGEWOON HOOGLERAAR IN DE PSYCHOTHERAPIE AAN DE
ERASMUS UNIVERSITEIT TE ROTTERDAM
OP WOENSDAG 20 MAART 1974

DOOR

Dr. F. VERHAGE en Dr. J. H. THIEL

Dames en Heren,

Op dezelfde dag kwamen de benoemingen af van mijn collega Thiel voor de psychotherapie, en van mijzelf voor de medische psychologie. Op dezelfde dag begonnen wij onze werkzaamheden aan wat nu de Erasmus Universiteit van Rotterdam heet. Onze werkkamers bevinden zich op een gezamenlijke afdeling. Het zal u niet verbazen dat wij op dezelfde dag, vandaag, onze oraties uitspreken.

Ons beider werkterrein, dat van de psychotherapie en van de medische psychologie heeft veel gemeenschappelijks. Hoe dicht beide gebieden bij elkaar liggen blijkt uit het feit, dat de faculteit aanvankelijk heeft gedacht aan een leerstoel die een combinatie van medische psychologie en psychotherapie zou kunnen zijn.

Gelukkig is daarvan afgezien. Een onderscheid tussen psychotherapie en medische psychologie vind ik zinvol. Psychotherapie zie ik vooral als een klinisch specialisme, waarbij de behandeling van de patiënt centraal staat. Daartegenover is medische psychologie een algemene basiswetenschap, die niet uitmondt in één behandelingsstrategie. De medische psychologie kan gezichtspunten aandragen, die in bijna elke behandeling effect kunnen hebben. Het is misschien zinvol om dit onderscheid te illustreren aan de hand van de gespreksvoering. In de medische psychologie beschouwt men het gesprek als een middel om een optimale communicatie tussen arts en patiënt te bewerkstelligen. Het doel ervan is een behandeling, welke dan ook, zo goed mogelijk te laten verlopen. In de psychotherapie daarentegen is het gesprek geen middel tot behandelen; het gesprek is de behandeling zelf. In de praktijk wordt het onderscheid tussen medische psychologie en psychotherapie dikwijls niet gemaakt; dat komt doordat veel medisch psychologische inzichten afkomstig zijn uit de psychotherapeutische praktijk. De laatste jaren kwam daarbij de psychologie van mensen die in een ernstig bedreigende situatie verkeren of hebben verkeerd. Door observaties en door de behandeling van de nawerking is veel bekend geworden van wat mensen ondergaan in rampen, branden, verkeersongelukken, bombardementen, overstromingen e.d.; uiteraard vooral ook door het oorlogsgebeuren van de laatste jaren. Deze psychologische kennis van stress-toestanden is voor de medisch psycholoog van grote betekenis.

Ik laat nu de relatie van de medische psychologie met de psychotherapie even rusten. Ik kom op dit punt aan het eind van mijn betoog terug. Nu ga ik allereerst in op de vraag: wat dienen we onder medische psychologie te verstaan, en waar ligt de bijdrage die de medische psychologie kan leveren aan het medisch handelen. Kort gezegd bestudeert de psychologie wat de mens doet, hoe hij zich gedraagt. De medische psychologie bestudeert hoe de zieke mens zich gedraagt. Ik zie daaraan twee kanten. In de eerste plaats de kant van de psychologische processen, die bepalend of medebepalend zijn voor de ziekte. Ik denk bijvoorbeeld aan de psychosomatoses, de functionele klachten en de hysterische conversies en dergelijke.

De tweede kant is die van de psychologische processen, die zich voordoen in de arts-patiënt relatie. De bijdrage die de medische psychologie kan leveren aan het medisch handelen, bestaat uit het inzicht in deze psychologische processen. Een inzicht, dat tot een beter behandelen van de ziekte respectievelijk beter hanteren van die arts-patiënt relatie kan leiden.

Met deze globale omschrijving heb ik een zeer omvangrijk terrein aangeduid, waarvan de grenzen moeilijk zijn aan te geven. Men kan zeggen: een breed, maar soms ook erg vaag gebied. Zo breed is het terrein, dat iedere medicus met het grootste gemak uit zijn praktijk een aantal medisch psychologische problemen kan noemen, waarop hij regelmatig stuit. Dikwijls staan de medisch psychologische problemen zo ver af van de voor hen gebruikelijke, dat sommige artsen menen dat er een splitsing moet komen tussen de somatische en psychische kant van het werk. Op het terrein van de huisartsengeneeskunde komen we de uitwerking van deze splitsing al tegen in de vorm van de huispsycholoog naast de huisarts. De laatste tijd komen we de opvatting dat de huispsycholoog een deel van het werk van de huisarts moet gaan overnemen meer en meer tegen. De huisarts zou zich dan moeten beperken tot de somatische problematiek van de patiënt. Als psycholoog zou ik deze ontwikkeling een warm hart moeten toedragen. Dat is niet zo. De splitsing tussen de somatische arts en de psychische arts beschouw ik als een te grote uitholling van de functie van de huisarts. Daardoor dreigt een essentieel bestanddeel van die functie verloren te gaan. Bovendien, en daar gaat het mij vooral om, denk ik dat de splitsing tevens bedoeld is om een probleem af te schuiven. Dat probleem is de moeilijkheid, die de arts heeft bij het hanteren van gevoelens van onmacht. Gevoelens van onmacht zijn echter een wezenlijk bestanddeel van de belevingswereld van de arts, wiens functie immers een voortdurende confrontatie is met kwesties van leven en dood. De medisch psycholoog kan hierin de arts niet helpen door een stuk van diens werk over te nemen. Wel kan de medisch psycholoog zijn inzichten naar voren brengen in de hoop dat deze vruchtbaar zijn. Dat is wat ik

ook vandaag wil doen: ik wil u spreken over enkele psychologische processen die verband houden met gevoelens van onmacht.

Welbewust kies ik in deze oratie niet voor de mogelijkheid om een overzicht te geven van de nieuwste ontwikkelingen op het terrein van de psychologie. Die ontwikkeling is zo omvangrijk en zo stormachtig, dat ik daaraan nooit zou kunnen voldoen, ook al zou ik het willen. Het overwegen ervan heeft misschien wel bijgedragen tot mijn feitelijke keuze. In plaats van te spreken over nieuwe, in de schijnwerpers staande ontwikkelingen, wil ik aandacht geven aan een oud, bijna vergeten aspect van het werken: het hanteren van gevoelens van onmacht. Niet een opgewekte kant van het werk, maar voor de medisch psycholoog wel een erg boeiende en erg belangrijke. Het is uiteraard niet mogelijk binnen het huidige bestek op de vele facetten van machteloosheid in te gaan. Ik wil volstaan met op 3 terreinen het vóórkomen van onmachtsgeloeens te schetsen. Ik wil dan besluiten met het maken van enkele opmerkingen over de psychologische processen, die daarmee samenhangen. De 3 gebieden zijn die van de huisartsenpraktijk, van het onderwijs en de research.

Allereerst dus de huisartsenpraktijk. Ik beseft wel dat wat voor de huisarts geldt, niet vanzelfsprekend ook opgaat voor iedere andere arts. Maar het lijkt me juist de huisartsenpraktijk te kiezen, omdat deze praktijk de meest algemene is. Ik neem een voorbeeld dat mij verteld is door een arts, die toen hij zich pas had gevestigd een controlebezoek bracht aan een 70-jarige vrouw. Als gevolg van kanker waren jaren geleden beide borsten afgezet. De patiënt gaat - het voorval speelt in Amsterdam - regelmatig voor controle naar het Anthoni van Leeuwenhoekhuis. Daar wordt steeds niets afwijkends gevonden en de patiënt behoeft eigenlijk ook niet meer te komen. Men zwicht echter voor de uitdrukkelijke wens van de patiënt onder controle te blijven. Het vervoer geschiedt per ambulance. In een driekamerwoning woont de vrouw, samen met haar zoon en schoondochter, die haar verzorgen. De arts vindt dit een ongewenste toestand. Hij bespreekt met de vrouw dat het niet nodig is in bed te blijven en coacht de wijkverpleegster die dagelijks de patiënt bezoekt. Om nu een lang verhaal kort te maken: onlangs, na 16 jaar, verlaat de arts deze praktijk. De vrouw is inmiddels 86 jaar geworden. Zij heeft enkele kleine ongemakken erbij gekregen, maar overigens is de toestand nauwelijks veranderd. De arts, die haar maandelijks bezocht, heeft haar niet anders gekend dan in pyama en meestal in bed. Het is hem niet gelukt, daarin verandering te brengen. Aanvankelijk is de arts stug volhoudend bezig geweest om te proberen de vrouw uit bed te krijgen. Maar hij kon geen vat krijgen op de krachten die hem tegenwerkten. Hij stond dáártegenover machteloos.

Ik ga nu over op het 2e terrein: dat van het onderwijs. Bij de besprekingen over mijn benoeming is gewezen op de behoefte aan sociale vaardigheids-trainingen. Daarmee worden die trainingen bedoeld, waarin het gaat om de vaardigheid in het omgaan met mensen. Is het omgaan met mensen dan te trainen?, zult u vragen. Mijn antwoord is: ja. Maar ik aarzel er wel bij. Een aarzeling die voortkomt uit de ervaring dat men - de student - van een dergelijke training veel te hoge verwachtingen heeft; deelnemers verwachten vaak de oplossing van eigen innerlijke conflicten. Niet zelden zijn opleiders bereid om aan het wekken van die verwachtingen voedsel te geven. Samenkomsten krijgen dan mooie namen: Human Potential Movements of Bio-energetische workshop en dergelijke.

Het scheppen van te hoge verwachtingen brengt echter een groot gevaar met zich mee: het gevaar van de teleurstelling. Te hoog gestelde verwachtingen leiden automatisch tot teleurstellingen en hethaalde teleurstellingen resulteren in onverschilligheid.

Een kwaadaardige gevoelstoestand, niet alleen voor de medicus, maar ook voor de student en de hoogleraar. Vandaar dus mijn aarzelend ja op de vraag of de omgang van mensen met elkaar te trainen is. Verschillende aspecten van het voeren van een gesprek van de arts met de patiënt bijvoorbeeld zijn in een cursusvorm te onderrichten. Maar, de verwachting dat een gesprekspraktikum veel zal kunnen veranderen aan de jarenlange ingeslepen omgangsvormen tussen mensen, is natuurlijk onzinnig. De praktikumleider kan niet aansluiten bij wat in een vroegere scholing werd onderwezen. In tegendeel zelfs: onze gebruikelijke vorming is op het punt van omgaan van mensen met elkaar in ernstige mate te kort geschoten. We zitten met de rekening - overigens niet de enige -, die betaald moet worden tijdens de universitaire studie voor de intellectualistische, onpersoonlijke opleiding, die daaraan is voorafgegaan. We staan in het onderwijs machteloos tegenover krachten zoals de massale deelname, die een persoonlijke relatie tussen meester en leerling uitsluiten. En, wanneer men een persoonlijke omgang in het onderwijs uitsluit kan men niet tegelijkertijd deze - met welk praktikum ook - willen behouden.

Ik kom nu op het 3e punt. Het gebied van de research. Het zal misschien sommigen van u verbazen dat ik ook over dit deel van het werkterrein wil spreken. Onmachtgevoelens in de klinische praktijk en in de opleiding laten zich raden, maar in de research? Ik kan uiteraard niet over research in het algemeen oordelen. Wanneer ik mij beperk tot die van mijn eigen vak, is er wel degelijk sprake van onmachtgevoelens. We komen deze tegen op twee fronten. In de 1e plaats op het methodische front. Ik wil stellen dat er - in het algemeen - een negatief verband is tussen de deugdelijkheid van de

methode en de belangrijkheid van het onderzoeksobject. Met methodisch uitstekende instrumenten worden op mijn terrein onbelangrijke zaken, en met methodisch dubieuze instrumenten worden belangrijke zaken onderzocht. Bij psychologische research op patiënten moet de onderzoeker dikwijls veel van zijn methodologische eisen laten vallen. Meestal gaat hij daarin verder dan hij voor zijn methodologisch geweten kan verantwoorden.

Het 2e front is het overbrengen van inzichten uit de research naar het praktische werk. Van dit laatste geef ik een concreet voorbeeld, door te spreken over de research van Egbert c.s. (1964). In deze research wordt aangetoond dat een goede voorlichting over de operatie een significant positieve invloed heeft op de behandeling van de patiënten na die operatie. De behandelende artsen in zijn onderzoek hoefden voor de voorgelichte patiënten nog niet de helft van de hoeveelheid kalmerende middelen voor te schrijven, die aan een niet voorgelichte controlegroep moest worden verstrekt. De hoeveelheid toegediende morfine was in de voorgelichte groep significant lager dan die in de controlegroep, m.a.w. het effect van een psychologische benadering, in dit geval de voorlichting op de operatie, had een significant positieve invloed op de post-operatieve genezing. Kunnen we nu met deze researchuitkomst naar de chirurg stappen om hem te wijzen op de mogelijkheid van een betere behandeling met behulp van de voorlichting? Ik vind, dat beslissingen op grond van researchuitkomsten niet te lichtvaardig genomen moeten worden. Ik behoef slechts te wijzen op de research naar het effect van psychotherapie. Daar vinden we het ene moment dat psychotherapie wel effect heeft en het andere moment geen. Wanneer we daarbij beseffen, dat het criterium voor dat effect nog uiterst poly-interpreteerbaar is, dan kan men zich gemakkelijk voorstellen, hoe eenvoudig tot verschillende uitkomsten kan worden gekomen. En vooral, hoe gevaarlijk het is op grond van enkelvoudige researchuitkomsten tot een bepaalde handelwijze te besluiten. Met het onderzoek van Egbert is dat niet het geval. Het gaat hier om research, die niet geïsoleerd is blijven staan. Er is verschillend analoog onderzoek en er is replicatie. Men kan zeggen: er is een netwerk van wetenswaardigheden op dit terrein. Maar juist dit laatste maakt dat we aarzelen om naar de chirurg te stappen. Want, naast het onderzoek van Egbert moeten we bijvoorbeeld het onderzoek van Janis (1958) leggen. Een onderzoek waarin ook patiënten over de operatie werden voorgelicht. Janis deelde zijn patiënten in naar de mate, waarin zij angst vertoonden. In zijn onderzoek bleek nu, dat er een klasse uiterlijk niet-angstige patiënten was, die veel meer dan andere categorieën vóór de operatie uiterst medewerkend waren, maar erna uiterst tegenwerkend. De patiënten waren bijvoorbeeld humeurig en weigerden nabehandelingen. Ik spreek in dit geval

van angstloochenende patiënten. Wanneer we de resultaten van Egbert en Janis te zamen nemen, kunnen we zeggen: voorlichting over de operatie, zoals in het onderzoek van Egbert gegeven, heeft het door hem weergegeven effect uitgezonderd bij de angst loochenende patiënten. Men kan verwachten dat naast deze uitzonderingsgroep er andere zijn. Dat is inderdaad het geval. Om maar een voorbeeld te geven: het is bekend, dat zeer angstige mensen niet voor te lichten zijn. We zouden zo kunnen doorgaan met het uitsluiten van groepen. De aanvankelijke enkelvoudige conclusie: licht de patiënten voor over de operatie, is er nu wel een geworden met voorwaarden. Ik heb het tot nu toe alleen nog maar gehad over de angst van de patiënten. Hetzelfde treedt op, wanneer we zouden gaan kijken naar andere onderzochte en nog niet onderzochte variabelen zoals: de persoon van de voorlichter, of: de techniek van het voorlichten etc. Met andere woorden: wijzen op het effect van voorlichting op de post-operatieve genezing is een uiterst gecompliceerde kwestie, met nog veel onbekende factoren, die de gang naar de chirurg heel wat aarzelder doet zijn, dan we aanvankelijk meenden. De medisch psycholoog moet hem nu iets gaan vertellen, waardoor zijn werk nog moeilijker, of zo men wil: onmogelijker wordt dan het nu reeds is. Het aanvankelijke gevoel een positieve bijdrage tot het genezingsproces te kunnen leveren, door eenvoudig over de operatie voor te lichten, maakt plaats voor een gevoel van machteloosheid.

In het voorgaande heb ik u geschetst hoe een gevoel van machteloosheid zich kan voordoen op 3 werkgebieden. De praktijk, het onderwijs en de research. In deze voorbeelden kon de huisarts geen vat krijgen op de krachten die de oude vrouw in bed hielden; de praktikumleider zag zich geplaatst tegenover een overbelast onderwijssysteem; de researcher in ons voorbeeld over de voorlichting, zinkt bij voorbaat de moed in de schoenen wanneer hij de consequentie van zijn inzichten ingang wil doen vinden in de klinische praktijk.

Een gevoel van onmacht treedt bij ons op als er sprake is van een innerlijke discrepantie tussen onze motivatie, onze wil en ons inzicht in de realiteit. De arts wil de patiënt helpen, maar zijn inzicht in de realiteit vertelt hem dat dat onmogelijk is. Een uiteenlopen van wat wij willen en wat mogelijk is kan worden geaccepteerd. We trachten dan zo goed mogelijk met de gevoelens van onmacht om te gaan. Daarover wil ik straks wat zeggen. Eerst ga ik kort in op de twee manieren waarop wij dikwijls proberen de innerlijke discrepantie op te heffen. Men kan namelijk proberen één van de beide polen te veranderen: of het inzicht in de realiteit of de eigen motivatie.

Laat ik om duidelijk te zijn uitgaan van het voorbeeld waarover ik eerder sprak: de voorlichting over de operatie. Wil de arts de patiënt helpen de machteloosheid psychisch te verwerken, dan kan hij trachten het inzicht in de realiteit van de patiënt te verbeteren. Dat kan hij onder andere doen door te vertellen wat er gaande is en wat er gaat gebeuren. Door voorlichting te geven dus. Maar, wanneer de motivatie van de patiënt door manifeste of geloofende angst geblokkeerd wordt, kan de arts zich beter richten op een verbetering van de motivatie door te trachten de angst te verminderen. Heel vaak zal men echter aan deze mogelijkheden om onmachtsgedvoelens op te heffen niet toekomen. Het niet verdragen van onmacht dwingt er toe hoe dan ook en snel een oplossing te bewerkstelligen. Het onaangename van de realiteit waarin niet kan wat wij willen moet ongedaan gemaakt worden. De realiteit moet worden vervalst. We komen dat in meer of mindere mate dagelijks tegen: de researcher uit ons voorbeeld kan tegenover de chirurg resultaten verzwijgen om eigen bedoelingen door te drukken; de hoogleraar kan zijn medewerker een carrière voorspiegelen om hem tot extra werk-offers te brengen; de arts zal de lastige patiënt zeggen dat hij nu de spreekkamer vol heeft zitten, maar dat hij binnenkort echt eens een uurtje zal uittrekken om met hem te praten. Wanneer ik mij onmachtig voel, doordat wat ik wil niet kan, bekruipt mij de neiging niets meer te willen. En wat de motivatie betreft, zien we al gauw het optreden van ongeïnteresseerdheid. De praktikumleider die slechts 4 ochtenden praktikum heeft om de omgang van mensen met elkaar te trainen, zal zeggen: 'dan doe ik net zo lief niets'. In alle gevallen gaat het opgeven van eigen motivatie gepaard met een verlies van eigen stemming en een in de steek laten van de ander. We laten de patiënt - of in het onderwijs de student - in de steek, wanneer we ophouden iets te willen. Over het effect van het vervalsen en in de steek laten kan ik uiteraard niet positief zijn. Toch is ons dat vaak overkomen en zal het ons in de toekomst ook nog vaak overkomen. Want: wij ervaren machteloos makende situaties liever niet als een realiteit, maar als een frustratie, als een onrecht ons aangedaan.

Ik heb hiervoor gesproken over het accepteren van onmachtsgedvoelens. Hiermee ben ik tot de kern gekomen van wat ik vandaag naar voren wil brengen. Tevens kan ik nu terugkomen op de relatie van de medische psychologie met de psychotherapie. De psychotherapeut namelijk heeft een grote ervaring in het accepteren van onmachtsgedvoelens als een realiteit en is vertrouwd met het hanteren van dat gevoel.

Wanneer ik nu iets ga zeggen over het accepteren van gedvoelens van onmacht, wil ik aansluiten bij de relatie van het zeer jonge kind met de moeder. Deze relatie krijgt de laatste jaren met recht steeds meer aandacht

van de onderzoekers. Het wordt namelijk steeds duidelijker welk een grote betekenis deze relatie heeft voor het verdere leven.

Voor het zeer jonge kind geldt, dat in zijn relatie met de moeder het eerste contact met een ander mens wordt gelegd; de eerste instinctmatige communicatie ontplooit zich, de eerste levenservaringen worden opgedaan en de eerste leerprocessen, waarop later moet worden voortgebouwd, vinden plaats. In een onlangs gehouden lezing heeft Jeanne Lampl-de Groot (1973) erop gewezen hoe de werkreëlatie van de psychotherapeut met de patiënt overeenkomsten heeft met deze moeder-kind relatie uit de eerste levenstijd. Het zeer kleine kind is machteloos in het vinden van een bevrediging voor de eigen behoeften. De eigen wensen botsen uiteraard sterk met de realiteit. Van grote betekenis hierin is de houding van de moeder tegenover het kind en vooral de manier waarop de moeder het kind helpt onmacht te verdragen en macht te verwerven. Die houding van de moeder is van essentieel belang voor de manier, waarop het kind later als volwassene met de problemen van macht en onmacht omgaat. De moeder steunt daarbij van nature op een groot geduld, een blijvende behoefte om contact te zoeken met de belevingswereld van het kind en een bijzonder vermogen om te luisteren. In de psychotherapie vervult de psychotherapeut een functie die in beperkte mate dezelfde kenmerken vertoont. De patiënt in de psychotherapie worstelt met onvermogen om eigen problemen op te lossen, hij kan zichzelf en zijn leven niet in de macht krijgen en beleeft daardoor zijn machteloosheid sterk. Met deze gevoelens van machteloosheid wordt de psychotherapeut geconfronteerd, zonder dat hij bij machte is hieraan op korte termijn iets te doen. Hij heeft geleerd dat geduld, meevoelen en goed luisteren op den duur de patiënt ertoe kan brengen zijn onmacht te verdragen en macht, vooral over zichzelf, te verwerven.

Hoe moeilijk het ook is, het omgaan met de onmacht van anderen en eigen machteloosheid is te leren. Binnen het scala van de medische opleidingen gebeurt dat nergens beter dan in die tot psychotherapeut. Het meer algemeen toepasbaar maken van deze vaardigheid kan een taak voor de medisch psycholoog zijn.

Met de paar begrippen die ik introduceerde ben ik natuurlijk niet volledig. Bovendien zijn het woorden die gemakkelijk kunnen worden misverstaan. In dat opzicht is het al niet anders als met ieder ander vak: in het uitoefenen van het vak kan men pas laten zien wat men bedoelt. Het is dan ook prettig te kunnen vertellen, dat met verschillende afdelingen in Rotterdam op dit terrein een samenwerking is ontstaan. De medisch psycholoog wordt daarbij de kans geboden zijn inzicht in het verwerken van onmachtsgeloenens in de praktijk te brengen. Iedereen die in de medische praktijk werkzaam is weet,

hoe groot de behoefte is aan het begeleiden van verwerkingsproblematiek. Die behoefte zal in de toekomst nog toenemen. Want, hoe paradoxaal het ook klinkt, met de toename van de technologische en medicamenteuze mogelijkheden is er tevens een toename te verwachten van mensen met machteloosheidsproblematiek doordat zij voor hun leven geheel of gedeeltelijk afhankelijk zijn van apparaat of medicament.

Tot slot wil ik u een anecdote vertellen. Een anecdote die min of meer dezelfde strekking heeft als wat ik heb willen beweren. Het is een gebeurtenis uit een onverdachte situatie: een en ander gebeurde in de chirurgische kliniek van Leiden. Het is geen nieuwlichterij. Het voorval vond plaats in 1918 en is mij door een getuige verteld. Daar speelde zich het volgende af: een co-assistent heeft onderzoek verricht bij een patiënt met een uiterst onduidelijke, gecompliceerde ziekte. Hij heeft daarvan uitvoerige aantekeningen gemaakt en zet als hem dat door de toenmalige hoogleraar gevraagd wordt, omstandig uiteen welke bevindingen hij bij zijn onderzoek had. Hij vertelt aan welke diagnose hij heeft gedacht, met alle voor- en tegenargumenten. Als dit uitvoerige exposé voorbij is, vraagt de hoogleraar hem naar de therapie. Ook nu weer, weet de student de goed uit het hoofd geleerde therapieën met hun voor- en nadelen op te noemen. De hoogleraar zwijgt, kijkt de co-assistent een tijdje aan en zegt dan: 'Heel goed, meneer; maar . . . u zou wellicht ook eens kunnen overwegen om héél voorzichtig niets te doen'.

Om misverstanden te voorkomen: ik heb natuurlijk niet willen betogen dat we maar 'niets' moeten doen. Ik heb aandacht willen vragen voor het vdragen van gevoelens van onmacht als instrument. En indirect daarmee voor de medische psychologie. Gelukkig beschikt de medicus naast het hanteren van onmacht ook over het hanteren van macht. Maar, dat is voor vandaag het terrein van mijn college Thiel, die ik nu daarover het woord wil geven.

LITERATUUR:

1. EGBERT, L., BATTIT, G., WELCH, C., BARTLETT, M.,
Reduction of post-operative pain by encouragement and instruction of patients.
New England Journal of Medicine, 1964, 270, 825-27.
2. JANIS, J. L.,
Psychological stress, New York: Wiley, 1958.
3. LAMPL-DE GROOT, A.,
Vicissitudes of Narcissism and Problems of Civilization. Freud Anniversary
lecture, 1973.

Macht, Dames en Heren, lijkt de polaire tegenstelling te zijn van de onmacht waarover mijn naaste Collega Verhage tot u sprak. Ik moge er dan allereerst op wijzen dat medische psychologie en psychotherapie zich niet verhouden als onmacht versus macht, zoals onze thans gekozen verbale taakverdeling lijkt te impliceren. In feite zijn onze vakken naaste familie van elkaar, de machts-onmachtsproblematiek behoort tot ons beider dagelijkse bagage en onze huidige situatie is een gelegenheidstaakverdeling binnen een gemeenschappelijk terrein.

Spreeken over macht, ook in medische context, is riskanter dan spreken over onmacht. Het laatste is een respectabel onderwerp, het eerste problematisch, min of meer belast, verdacht en in discredit. Het lijkt goed direct een aantal problemen rond deze begrippen te signaleren, welke wellicht samenhangen met de inherente waarde-problematiek. Zij zijn polair tegengesteld, maar deze polariteit bevat een aantal asymmetrieën.

In de eerste plaats is er een semantische asymmetrie. Het begrip onmacht wordt gebruikt voor iedere toestand van frustratie als het ons niet gegeven is een doel te bereiken, ook als dat doel niet macht zonder meer is, maar b.v. communicatie, toenadering, hulp- of dienstverlening. Machteloosheid is dan een verzamelbegrip voor mislukte pogingen in het algemeen; het tegendeel is niet macht tout court, maar een geslaagde poging tot iets, die beleefd en benoemd wordt naar zijn specifieke doel, b.v. communicatie. Deze wordt ternauwernood als macht beleefd, wel als voldoening; het wordt nooit macht genoemd.

Bovendien is er een asymmetrie in localisatie. Macht wordt graag gelocaliseerd, toegeschreven aan een ander. Het woord wordt bij voorkeur gebruikt voor die macht die wij in anderen herkennen of menen te herkennen, waar we last van hebben en die bestreden moet worden. Eigen macht of machtsstreven wordt vaak niet herkend, meestal niet genoemd en graag verborgen in een ander woord. Een woord dat zich daar goed voor leent is verantwoordelijkheid.

De discussie over macht wordt vaak vertroebeld door generalisaties, het door elkaar halen en gelijkstellen van verschillende zaken:

1. Macht in de zin van 'potentiële controle over' en feitelijk uitgeoefende macht. Mensen - individueel en in groepsverband - buiten in het algemeen niet alle mogelijkheden in dit opzicht uit die hun ter beschikking staan; gelukkig niet.

2. Macht en almacht. Macht kan een adequaat middel zijn tot het bereiken van een technisch of sociaal doel; het bereiken van een dergelijk doel is zonder macht zelfs niet goed denkbaar. Almacht heeft zijn doel in zichzelf en is daardoor naar zijn aard rücksichtslos.

3. Nauw verbonden hiermee: constructieve en destructieve macht. Almacht zal naar zijn aard graag destructief zijn, aangezien in het algemeen afbraak gemakkelijker is dan opbouw.

4. Macht en streven naar macht c.q. almacht. Deze hebben intensief met elkaar te maken. Machteloosheid leidt tot machtsstreven, tenzij óf de machteloosheid is aanvaard, óf deze heeft geleid tot apathische wanhoop. Van macht gaat echter ook de verleiding uit tot streven naar meer macht. Machtsstreven zal er dus altijd wel zijn en verzadiging ervan is niet snel te verwachten. Toch zijn machtsstreven en macht niet identiek. En wel enerzijds omdat de mens niet leeft bij macht alleen, anderzijds omdat zijn streven beperkt wordt door de macht van anderen.

We kunnen het zonder meer met elkaar eens zijn dat macht - ook medische - bestaat. We kunnen dan in de eerste plaats denken aan technische macht of vaardigheid. Deze lijkt eenvoudig te demonstreren aan de chirurgische technische macht. Deze is reëel, bereikt veel, zij het niet alles. Het beslissingsmodel is relatief eenvoudig en in principe te vergelijken met dat van de automonteur ten opzichte van de gemiddelde autobezitter. In beide gevallen wordt een diagnose gesteld, een advies gegeven en na eenmalige toestemming wordt de operatie uitgevoerd. De begunstigde moet het verder overlaten en meestal is dat maar goed ook. Men kan zich afvragen of men in dit geval van macht moet spreken. Waar het fenomeen gekenmerkt wordt door - zij het tijdelijke - algehele beheersing van en controle over een menselijk bestaan, mogen we rustig van macht spreken. We doen dat gewoonlijk echter niet omdat tevoren een consensus was bereikt en omdat het gaat om macht ten dienste van genezing van ziekte en leniging van nood.

Als pendant van de technische vaardigheden in het somatisch-biologische vlak bestaan er sociale vaardigheden in het algemeen en psychotherapeutische in het bijzonder. Zowel medische psychologie als psychotherapie hebben als voornaamste focus van hun belangstelling de menselijke relatie. Eén belangrijk aspect daarvan is receptief, de studie van het luisteren in de menselijke communicatie. Daarbij kan er niet voldoende op gewezen worden dat luisteren een vorm van gedrag is dat niet bestaat uit het passief registreren van gegevens, maar dat ook actief is in het ordenen van en selecteren uit een grote hoeveelheid complexe gegevens én dat actief is in het faciliteren van het brengen van relevante informatie door de ander. Het is een voortdurend geven en nemen, een wisselend receptief en actief zijn in nauw contact met de ander, geleid in een nooit aflatend interactie-feedback-proces. Het lijkt een van die vanzelfsprekende functies te zijn die wij allen bezitten sinds onze vroege jeugd, zo vanzelfsprekend dat het nauwelijks interessant is voor nadere studie, maar wie deze studie ter hand neemt verbaast

zich spoedig over de moeilijkheid van het luisteren, over het gemak waarmee problemen en misverstanden rijzen (b.v. door het vooroordeel) ook bij mensen die aan wetenschap en objectiviteit hoge prioriteit geven. Daarnaast hebben beide disciplines een meer actieve taak, het beïnvloeden van de ander in gedrag en/of beleving. Ook hier is dit geen zuiver actief proces, maar ook een heen-en-weer tussen 'doen' en luisteren. Ook hier moet er noodzakelijkerwijs een voortdurende interactie zijn, ook hier is het niet mogelijk iets te doen zonder feedback te hebben over wat er bij de ander leeft, hoe het voorgaande bij hem is overgekomen en hoe hij dat heeft verwerkt. In beide gevallen is er dus een continue interactie en niet een eenmalige consensus over een te verrichten ingreep. Daarmee zijn perceptie en actie in hun wisselwerking in principe voortdurend gebonden aan de consensus in een sociale relatie. Anders gezegd: ons luisteren is geen helderziendheid met eenzijdig te bepalen waarde van het gewonnen inzicht; onze actie is geen hersenspoeling in de zin van een eenzijdig opgelegde gedragsmanipulatie. Zo simpel is het echter niet; indien wij overwegen dat sociale en therapeutische vaardigheden niet als gezelschapsspel worden beoefend maar aan de orde komen in de medische situatie tussen een arts en een patiënt die in nood om hulp vraagt dan moet het duidelijk zijn dat daar een machtsprobleem kan rijzen. Juist door de nood kan de patiënt of cliënt geraken in een afhankelijkheidsrelatie die een opening biedt voor macht. Let wel dat ik deze macht niet zonder meer wil verketteren; het is zeer wel mogelijk dat deze heilzaam en constructief wordt aangewend, maar het is macht en deze kan zijn schaduwzijde hebben en zijn destructieve gevaren. In ieder geval is er een machtsprobleem. Het lijkt mij goed een aantal aspecten van dit machtsprobleem nader te belichten in samenhang met een aantal andere begrippen die relevant zijn in de hulpverlenende - al dan niet medische - relatie.

1. *Macht en techniek.* Ook in de medische psychologie en de psychotherapie is techniek van belang. Zo is er het clarificeren, het verduidelijken, ordenen van wat de ander heeft gezegd of leek te bedoelen; het confronteren met tegenstrijdigheden met het doel de onduidelijkheid op te helderen; het duiden van samenhangen in beleving en gedrag in heden en verleden. Daarnaast een complexe vaardigheid als de empathie die zo goed mogelijk de gevoelsmatige problemen van de ander probeert te volgen en begrijpen en die dit begrip ook weet terug te geven. Of de 'modeling', het aanbieden van modelgedrag als voorbeeld bij het trainen van sociale vaardigheden, zoals b.v. in de 'assertive training' (1-3). Techniek inderdaad, maar hoe anders dan de chirurgische. Veel meer dan de biologische technieken zijn de sociale gebonden aan de relatie tussen hulpverlener en cliënt. De relatie

is wellicht de belangrijkste motor van het therapeutisch proces en tegelijkertijd bepaalt deze ook zijn grenzen. Deze liggen in de persoon van de helper, die gevormd is en dus ook begrensd. Grenzen liggen ook aan de kant van de cliënt, die b.v. alleen te helpen is als hij tenminste enigszins meewerkt, ofwel gemotiveerd is. Er zijn ook wel technieken ter verbetering van de motivering maar ook deze vragen toch een begin van medewerking.

Als ik losweg een aantal technieken voor u opnoem zou dat de bedrieglijke indruk kunnen maken dat deze netjes naast elkaar gerangschikt in een kast staan waar zij naar believen voor gebruik gereed uit kunnen worden gepakt. Dat is niet zo: iedere techniek is gebonden aan een referentiekader, een complex van voorstellingen over normaal psychisch functioneren, over de wijze waarop dit functioneren gestoord kan raken, over welke strategie tegen deze stoornis kan worden toegepast en wat dan als resultaat kan worden verwacht op korte en lange termijn. De macht van de geïsoleerde techniek is dus begrensd; hij ontleent zijn macht aan het methodisch systeem waarbinnen hij zijn functie heeft.

2. *Macht en verantwoordelijkheid.* Indien iemand zich in nood aan een helper toevertrouwt kan hij geraken in een afhankelijkheidsrelatie die een opening biedt voor macht, die uitgeoefend kan worden for better and worse.

Dit is niet een loze theoretische vooronderstelling; het is één van de uitkomsten van de moeilijke psychotherapieresearch. In een aantal - grote - groepen bleek het effect van psychotherapie niet aantoonbaar te zijn omdat positieve en negatieve resultaten elkaar zozeer in evenwicht hielden dat het totaal effect niet groter was dan bij een controlegroep (Bergin, 4).

Macht schept verantwoordelijkheid; maar tevens beperkt verantwoordelijkheid de macht. In feite betekent dit dat iedere strategische beslissing in het hulpverleningsproces begeleid moet worden door de vraag waar het belang van de ander ligt. Het is tenslotte vaardigheid en macht in dienst van. Dit moge beterweterig klinken en algemeen wenselijk is het niet andermans belang eenzijdig vast te stellen, toch blijft het noodzakelijk er rekening mee te houden dat de cliënt door de bomen van zijn conflicten het bos van zijn directe en uiteindelijke belang minder goed ziet dan de hulpverlener, die de conflicten wel kan begrijpen maar zich er niet door in verwarring laat brengen. Dit probleem speelt eigenlijk vanaf het allereerste moment van de intake en het impliceert de wijze waarop het eerste contact wordt gelegd, de uitvoerigheid van de onderzoekprocedure, de verwachtingen die impliciet worden gewekt en bovenal het benaderingsmodel waarvoor wordt geopteerd. Dit alles geschiedt voordat aan de therapie in engere zin wordt begonnen, maar het heeft invloed op het verloop ervan en de macht van de onderzoeker in deze beslissingsprocedures is - zacht gezegd - groot.

Een van de belangrijkste *raison d'être* van het I.M.P. (vroeger Instituut voor medische psychotherapie, thans Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie, desgewenst ook Multimethodisch te noemen, is het feit dat deze instituten multidisciplinair en -methodisch werken. Het is een illusie dat een therapeut alle methoden even goed zou kunnen beheersen. Wel is het mogelijk dat hij één of een familie van verwante methoden beheerst, maar tevens zodanig op de hoogte is van andere modellen en methoden uit de psychotherapeutische wereld dat hij op zinnige wijze van gedachten kan wisselen met collegae van andere methodische huize. Alleen dan kan een voldoende verantwoorde strategiekeuze worden gemaakt. (8)

A fortiori gelden deze overwegingen voor het aangaan van langdurige behandelingen die door hun duur en aard gepaard gaan met een dependente overdrachtsrelatie. Deze behandelingen leggen een enorme verantwoordelijkheid op de schouders van de therapeut. Het impliceert dat hij voldoende gerijpt en geanalyseerd moet zijn om te weten waar hij aan begint, om dit te kunnen dragen en om voldoende technische vaardigheid te bezitten om het te kunnen hanteren. Een soortgelijk probleem geldt voor de moderne trend van groepstherapieën en -trainingen, waar tussen de macht van de therapeut met zijn soms agressief confronterende aanpak en het lot van de individuele deelnemer die wel eens zonder veel vorm van proces toegang krijgt is geschakeld het schaalvergroterend effect van het groepsproces. Ook dat vertegenwoordigt macht en ook voor die macht geldt dat hij heilzaam kan werken, maar ook destructieve effecten kan hebben. In medische kring wordt wel gedacht dat woord en gedachte minder macht hebben dan het mes. In sommige opzichten is dat juist ! Maar het impliceert niet dat men denken kan: 'Baat het niet, het schaadt ook niet'. Want dat is onjuist. Ook het woord kan - zelfs grote - schade doen.

Ik noemde hierboven het woord model. Dat is een min of meer beladen woord, dat een zekere publiciteitswaarde heeft gekregen door de discussie rond en tegen het zg. medisch model (5, 6, 7). De discussie over modellen is nogal eens onhelder omdat niet voldoende wordt geëxpliceerd wat het gebruikte begrip model inhoudt. Aan een model, een schematische, dus ook reducerende visie op menselijk gedrag in gezondheid en 'ziekte' zijn verschillende facetten te onderscheiden:

- a. een visie op het ontstaan van klachten en symptomen, in de praktijk een optiek waarmee het verschijnsel kan worden bekeken
- b. een visie op de wijze waarop klachten en problemen kunnen worden aangepakt: een behandelingsstrategie
- c. aan de basis van dit alles liggend, als meta-model: een visie op de mens in zijn sociale relaties, waaronder de hulpverleningsrelatie, implicerend maatschappij, sociale klasse, status, zeggenschap en macht, openheid etc. Dit zal vaak een ideaalbeeld zijn.

Toen ik boven sprak over model, dacht ik in termen van a) optiek en b) strategie. Het zal duidelijk zijn dat ik nu niet even de complexe problemen van de modellen voor U op kan lossen. Ook zal het duidelijk zijn dat medische psychologie en psy-

chotherapie broedplaatsen zijn voor modellen en dat zij uit dien hoofde het risico lopen exercitieterein te worden voor ideologische strijd. Het probleem zit daar natuurlijk niet in de discussie over de grondslagen en premissen van het werk; die discussie is noodzakelijk. Het risico zit wel in de polariteit van utopische heilsverwachting tegenover verkettering en verdachtnaking welke de discussie onmogelijk kan maken. Dit is een almachtsprobleem dat moeilijk oplosbaar is.

Het is een verheugend verschijnsel en belangrijk voor de toenemende macht van de psychotherapie dat de strijd der modellen in de almachtszin duidelijk afneemt en dat er een situatie ontstaat waarin vertegenwoordigers van verschillende theoretische en praktische richtingen naast en met elkaar kunnen werken in praktijk en opleiding. De psychotherapie is daarmee werkelijk multimethodisch geworden.

Het was een genoegen te bemerken dat de Rotterdamse zgn. psychomedische vakgroep in het algemeen en de onderbevolkte psychiatrie in het bijzonder alle thans in zwang zijnde modellen duidelijk en pregnant zijn vertegenwoordigd en ook duidelijk een werkterrein hebben gevonden.

Het is wel duidelijk dat het denken in modellen voor studenten moeilijk is; het is voor hen moeilijk aanvaardbaar dat een model een reductie is en dat er dus altijd plaats is voor andere reducties of modellen. Het is voor hen moeilijk aanvaardbaar dat vanuit verschillende gezichtshoeken verschillende waarheden over een mens zijn te formuleren en dat er dus ook verschillende toegangswegen tot de problematiek en de behandeling daarvan mogelijk zijn. In hun behoefte aan zekerheden zoeken zij naar dé waarheid. Een en ander wordt nog versterkt door het feit dat zij ten hoogste kennis kunnen maken met de ruwe omtrek van een model en ternauwernood op intiemere voet kunnen komen met de finesses van de betreffende gedachtenwereld, laat staan met de attitudes en zo U wilt de ideologieën welke in de wereld van het model thuis horen.

3. *Macht en respect.* Als een mens zich met zijn psycho-sociale zorgen aan ons toevertrouwt en om hulp vraagt dan doet hij dat vaak na lange aarzeling en vol schaamte. Hij heeft vaak lang gestreden om het hoofd boven water te houden voor hij capituleerde. Hij komt met zijn zorgen en noden, met zijn geheimen, ook de geheimen die hij voor zichzelf niet wil weten. Hij komt met een van de belangrijkste en kostbaarste dingen die hij heeft: zichzelf. En een van de allereerste dingen die hij zal vragen, waar hij behoefte aan heeft is respect, aanvaard worden als gelijkwaardig medemens met een eigen recht op een eigen bestaan door hemzelf naar stijl en inhoud bepaald. Dat blijft gelden door alle stoornissen heen en dat blijft gelden ook als dit bestaan is vastgelopen. Het betekent mede respect voor zijn gecompliceerdheid en tegenstrijdigheid en dit respect legt de plicht op tot zorgvuldig luisteren naar andere - vaak verborgen - signalen dan de vraag waar de cliënt manifest mee komt. Dit betekent ook werkelijke belangstelling. Respect betekent overigens niet een voor-liefnemen zonder meer; tenslotte is er altijd de vraag 'er iets aan te doen'. Respect is een houding tegenover de ander, een houding die niet machteloos hoeft te maken, maar die wel beperkingen oplegt aan

het uitoefenen en de wijze van uitoefenen van macht. Het houdt ook in respect voor het feit dat ieder mens een lange voorgeschiedenis heeft die begonnen is bij zijn geboorte en waarin hij vanaf het allerprilste begin gevormd is en zichzelf gevormd heeft tot een individu, tot een persoon die zo wil of moet zijn. Dit impliceert mede bescheidenheid voor de therapeut en zijn strategische plannen: de ander is niet zomaar om te toveren tot iets anders. Als er iets gedaan kan worden, kan het alleen samen gedaan worden en min of meer geleidelijk.

Tot zover over machtsproblemen in de hulpverleningssituatie. Deze uiteenzetting pretendeert geen volledigheid. De bespreking zou goed kunnen worden voortgezet over andere polariteiten zoals macht en vertrouwen, macht en groei, macht en creativiteit. Ik zal dat echter niet doen, mede gedachtig het feit dat macht ook is gerelateerd aan de beperking van doelstellen.

Het is niet wel mogelijk over macht te spreken zonder de maatschappelijke positie van de psychotherapie te bespreken. Welnu, deze is niet machtig; deze kan zonder meer marginaal worden genoemd, marginaal in de geneeskunde, marginaal - zij het afnemend - in de psychiatrie, in de sociale wetenschappen en in de g.g.z.-voorzieningen. Deze marginale plaats heeft ongetwijfeld te maken met de relatieve jeugd van de psychotherapie.

Van groot belang voor deze positie ten opzichte van de maatschappij in het algemeen en ten opzichte van de geneeskunde in het bijzonder zijn de twee rapporten die recentelijk zijn verschenen: het eerste is dat van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening (9) - kortweg Commissie de Vreeze -, het tweede is van de Commissie Psychotherapie (Psychosociale Revalidatie) uitgebracht op verzoek van het Bestuur van de Gemeenschappelijke Medische dienst, kortweg de Commissie Baan (10).

Het rapport de Vreeze behandelt de psychotherapie zeer in de marge van een bijlage. Het richt zich op de activiteit van psychologen op (psycho)therapeutisch - en dus volgens de huidige wet op geneeskundig - terrein: in principe een vorm van onbevoegd uitoefenen van geneeskunst. Het rapport beveelt - mede op wens der psychotherapeuten - geen wettelijke regeling van de psychotherapie in niet-medische handen aan, mede om dit zich snel ontwikkelde gebied niet te veel aan wettelijke banden te leggen. Een en ander wordt voorlopig toevertrouwd aan maatschappelijke regelingen. Het klinkt allemaal wat wereldvreemd en lijkt mijlenver achter een ontwikkeling aan te lopen waarin al zeer lang - tientallen jaren - min of meer zelfstandig beoefenen van psychotherapie door niet-medici gewoonterecht heeft gekregen, maar het heeft de geweldige deugd de psychotherapie ook niets in de weg te leggen (onder meer door aan te sluiten bij het rapport van de Com-

missie Peters: aanbeveling tot afschaffing van het integrale verbod; psychotherapie niet verklaard tot zgn. 'voorbehouden terrein'). Waar de Commissie de Vreeze openlaat - in de goede zin van het woord - daar vult de Commissie Baan in. Dat komt neer op het volgende:

1. De Commissie erkent dat ook van buiten de geneeskunde zeer belangrijke bijdragen zijn gegeven tot de ontwikkeling van de psychotherapie. Geen der medische, psychologische e.a. studies leiden echter zonder meer op tot psychotherapie. Psychologen en andere gedragswetenschappers, maar ook artsen kunnen psychotherapeut worden, als ze de moeite nemen zich daartoe te laten opleiden. Het rapport beveelt aan dat ook niet-medici zelfstandig psychotherapeutische hulp verlenen, zij het onder garantie van kwaliteit.
2. De Commissie formuleert opleidingseisen, los van het feit of de vooropleiding al dan niet medisch is geweest. Daarbij sluit de Commissie - althans voorzover het personen betreft - zich aan bij de criteria van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, die stammen uit het creatieve brein van onze Nijmeegse collega, de psycholoog Blankstein.
3. Ten slotte is er de aanbeveling psychotherapeutisch werk door een niet-medicus even hoog te honoreren als hetzelfde werk dat door een arts wordt verricht.

Dit rapport volgt duidelijk de ontwikkelingstrend van de psychotherapeutische wereld vanuit een medisch monopolie naar een multidisciplinair samenwerkingsveld op voet van gelijkwaardigheid. Het gevaar is zelfs niet denkbeeldig dat deze verschuiving doorgaat en dat de psychotherapie de geneeskunde verlaat. Het lijkt mij zeer betreurenswaardig indien dit zou gebeuren; het zou een grote verarming voor beide disciplines betekenen. Dit uittreden kan echter alleen voorkómen worden als de arts-psychiater blijft meedenken over de psychotherapie, d.w.z. ook intensief kennis neemt van de gedragswetenschappelijke verworvenheden, als hij bereid is tot werkelijk samenwerken met psycholoog en sociaal werker, implicerend mede een bereidheid een aantal medische gewoontes ter discussie te stellen aan niet-medici en iets van hen te leren op het terrein van observatie, interpretatie, methodisch werken, strategie- en besluitvorming. Het is per se niet voldoende dat ergens in een medisch huis in een afgescheiden hoekje een niet-medisch gedrags-therapeut of gezinstherapeut werkt, die zo nu en dan een geval verwezen krijgt; dat leidt ertoe dat de afstand in kennis en vaardigheid tussen de 'gewone' psychiater en de psychotherapeut steeds groter wordt. De scheiding van tafel zou ten slotte kunnen leiden tot disciplinescheiding.

U, Collegae van de vakgroep wilt dat kennelijk niet, gezien het feit dat u onze benoemingen heeft voorgestaan. U, bestuurders van de Universiteit en de Faculteit en de leden van de Faculteitsraad wilt dat kennelijk evenmin,

gezien het feit dat u onze benoemingen heeft gerealiseerd. Het verheugt ons dat u deze beslissingen heeft genomen en wij zijn zeer vereerd met het feit dat u ons deze taken heeft toevertrouwd. Wij hopen het in ons gestelde vertrouwen waar te maken.

Als ik mede voor collega Verhage spreek, dan zien wij een aantal taken voor ons:

1. Wellicht de moeilijkste taak: het toegankelijk maken en expliciteren van elementaire onderzoeks- en hanteringsmogelijkheden voor de algemene arts op ons gemeenschappelijk terrein, zodat deze psychische noden in de ruimste zin kan herkennen, deze kan onderzoeken en bovendien de mogelijkheid heeft iets te doen, weet wanneer en hoe hij dat kan doen binnen de grenzen van zijn mogelijkheden.
2. Wij hopen dat hierdoor een aantal artsen belangstelling krijgt in en zich gaat toeleggen op psychotherapeutische activiteit in engere zin.
3. Het organiseren van regionale opleidingsfaciliteiten waardoor artsen en niet-medici de mogelijkheid krijgen hun belangstelling om te zetten in kennis, vaardigheid en activiteit.
4. Het tot stand brengen van een werkelijk interdisciplinair samenwerkingsverband op het terrein van onderwijs, research en patiëntenzorg. Onze gezamenlijke benadering schept een uitstekend oefenterrein voor een dergelijke samenwerking. Wij hebben gemerkt dat op vele plaatsen in de faculteit behoefte bestaat aan samenwerking om te komen tot een betere oplossing van moeilijke therapeutische problemen. Wij hopen dat deze samenwerking gerealiseerd zal worden op vele fronten en dat wij mee kunnen helpen aan het opheffen van een gedeelte van de medische onmacht.

LITERATUUR PSYCHOTHERAPIE

1. R. R. GREENSON,
The technique and practice of psychoanalysis. vol I (1967), Hogarth Press,
London.
2. A. BANDURA,
Psychotherapy based upon modeling principles. In. Handbook of Psychotherapy
and behavior change. (1971). Ed A. E. Bergin en S. L. Garfield. John Wiley &
Sons, New York.
3. Ch. B. TRUAX en R. B. CARKHUFF,
Towards effective counseling and psychotherapy (1967). Aldine Publ. Cy,
Chicago.
4. A. E. BERGIN,
The evaluation of therapeutic outcomes (1971) in: Handbook of psychotherapy
and behavior change Ed A. E. Bergin en S. L. Garfield. John Wiley & Sons,
New York.
5. C. J. B. J. TRIMBOS,
Nogmaals het 'medisch model' in de psychiatrie (1971). Mbl. geest.
volksgezondheid, 26,311.
6. H. G. M. ROOYMANS,
Alternatieve psychiatrie (1972). T.v. Psychiatrie, 14, 389.
7. H. J. J. LEENEN en E. W. ROSCAM ABBING,
Modellenstrijd in de gezondheidszorg. 1974. T. soc. Geneesk. 52,2.
8. J. H. THIEL,
Nota realisering I.M.P. Rotterdam 1973.
9. Rapport Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening. 1973.
10. Rapport Commissie Psychotherapie (psychosociale revalidatie)
Gemeenschappelijke Medische Dienst, 1973.