

VERANDERT HET PERSPECTIEF VAN DE PSYCHOTHERAPIE?

door Dr. J. A. WEYEL, zenuwarts te Amsterdam

In deze voordracht* wilde ik enige ideeën uiten, die zich in de loop der jaren n.a.v. het werk met Balint-groepen bij mij hebben gevormd. Er zijn een aantal ontwikkelingen aan de gang, die onze aandacht en zelfs onze zorg behoeven. De abundante groei van allerlei technieken onder uiteenlopende namen, met ieder hun eigen claim, te zamen met invloeden vanuit andere disciplines en vanuit de maatschappij zijn zaken die we niet kunnen negeren. Het feit dat onze vereniging (voor Psychotherapie) psychologen-psychotherapeuten wil aantrekken als leden, is het accepteren van een reeds lang bestaande toestand, een inhalen van een ontwikkeling, niet een progressief stimuleren ervan. Kunnen we niet actiever zijn, moeten we de veranderingen passief over ons heen laten gaan? Mij in hoofdzaak beperkend tot het werk met de huisartsen meen ik dat uit onze ervaringen daarmee consequenties vloeien voor onze instelling als psychotherapeut. Ik sluit daarbij aan en maak dankbaar gebruik van de voordracht van prof. Dijkhuis in oktober 1964 **).

De opleiding van huisartsen en specialisten, in de diagnostiek en therapie van de vele neurotische klachten en symptomen die zich somatisch en psychosomatisch presenteren, is een omvangrijke en succesvolle beweging geworden in Nederland. GELLY spreekt zelfs van 'le phénomène hollandais'. Bij dit fenomeen hebben de psychiaters geen leiding- en richtinggevende rol gespeeld, maar zijn vrij passief achter de ontwikkeling aangelopen. Anderzijds zijn wij, doordat wij ons hebben laten betrekken in dit werk, mede-verantwoordelijk, zowel voor het wetenschappelijk niveau, als voor de praktische uitvoering door de door ons opgeleide medici.

Om degenen die dit werk niet hebben gevolgd een indruk te geven van de omvang het volgende: Er zijn in de loop der jaren een 50-tal werkgroepen geweest, rond 500 huisartsen omvattend, die onder deskundige leiding nader kennis hebben gemaakt met psychotherapie. Een huisarts, die een aantal jaren in een medisch-psychologische groep gewerkt heeft, behandelt psychische klachten beter, verwijst beter en kan op veel efficiënter manier gebruik maken van con-

* Gehouden op 25 februari 1967 voor de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie.

** Zie het verslag van de lezing van Prof. Dr. J. H. Dijkhuis over 'De verdere ontwikkeling van de psychotherapie' (gehouden voor de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie op 3 oktober 1964) met discussie, in Ned. T. v. Geneesk. 109 (1965) pp. 911-916.

sultatief advies van de psychiater. Dit betekent dat 1½ miljoen patiënten betere psychisch-hygiënische verzorging krijgen dan voorheen. Waarlijk geen geringe bijdrage tot de geestelijke volksgezondheid!

Zou de psychiater omringd worden door een groep van op deze wijze opgeleide huisartsen, dan zou het psychohygiënisch effect van zijn werk, niet alleen curatief, maar vooral preventief, vele malen groter zijn dan hij nu als psychotherapeut van enkelingen heeft. Wanneer wij 300 werkgroepen zouden formeren voor 3000 artsen, bij 100 zittingen per groep, dan zouden nog voor geen f 2.000.000,— aan honoraria voor de psychiaters of psychologen-adviseurs de palen voor het gebouw van de geestelijke volksgezondheid geheid zijn. Voor de toekomst is van belang dat bij de medische opleiding tegenwoordig wel degelijk aandacht wordt besteed aan de medische psychologie. Nu zijn wij nog te zeer afhankelijk van allerlei particulier initiatief, cursussen hier, conferenties daar, voor het brengen van de meest eenvoudige principes van psychische hygiëne.

Er is na de tweede wereldoorlog op vele wijzen geprobeerd, gestimuleerd door de opkomst van de psychosomatiek, artsen inzicht bij te brengen in de psychologische implicaties van hun werkkterrein. Het is echter in de loop der jaren gebleken dat deze opleiding en nascholing van niet-psychiaters en niet-psychologen geen eenvoudige zaak is en zelfs een gespecialiseerde techniek vereist. BALINT's werkwijze ontleent haar betekenis vooral aan de nadruk die gelegd wordt op het feit dat psychotherapie niet zozeer een techniek is maar vooral een persoonlijke vaardigheid, die niet anders verkregen kan worden dan door een 'beperkte, hoewel belangrijke, verandering in de persoonlijkheid' van de arts. Met deze BALINT-methode — of de varianten daarop — als adequate techniek is het alleszins mogelijk gebleken mensen, die voldoende gemotiveerd zijn, basisprincipes van psychotherapeutisch handelen bij te brengen. Deze techniek echter mag niet rigide zijn. Het is geen alleen maar zo en niet anders, het hangt van het publiek af, het hangt van de leider af, van het doel dat men beoogt, van het kader waarin men werkt en de omstandigheden. Studenten moeten anders benaderd worden dan jonge assistenten, deze weer anders dan ervaren huisartsen. Maar er is één conditio sine qua non: de deskundige leider moet psychotherapeutisch ervaren zijn, moet snel de structuur en constellatie van de problematiek van de patiënt, van de dokter en van de groep door hebben en op de juiste wijze gedoseerd overbrengen. Als vuistregel voor juiste dosering zou kunnen gelden dat de leider met zijn interpretatie één fase verder moet zijn dan het publiek of de groepsleden. Te diepe interpretaties wekken duidelijke weerstand en blokkeren, omdat de toehoorders dan machteloos gemaakt worden; te oppervlakkige interpretaties geven het gevoel dat de psychiater zich ervan afmaakt 'want

zoiets konden ze zelf wel'. Wil men bijv. inzicht geven in de kracht van incestueuze relaties tussen de mensen, dan moet men de weerstand die hiertegen bestaat strategisch benaderen, a.h.w. in lagen afbreken. Men hoeft niet over incest te spreken, maar men kan erop wijzen dat er een bepaalde onrust is in het gedrag, die veroorzaakt wordt door de wens onbereikbare ambities te bereiken, het zich niet willen of kunnen aanpassen aan de werkelijkheid, het niet zoeken van andere bevredigingen die ook mogelijk zouden zijn. Het oedipuscomplex manifesteert zich vrijwel nooit direct, altijd in een sociale vorm, waarvan de innerlijke discrepantie wél interpreteerbaar is. Op een goed moment komt één van de toehoorders er zelf wel op. De ervaring met de BALINT-groepen leert vooral dat er voor onderricht in psychotherapie een op psychotherapeutische principes stoelende techniek nodig is.

Ik wil voor Uw gezelschap echter nog een ander facet naar voren schuiven. We zijn nl. zo geneigd, apostolisch als het ware, het heil van de psychotherapie voor anderen uit te dragen, maar er zijn ook retrograde effecten die inwerken a) op de psychotherapeut als persoon, b) op de psychotherapie als wetenschap.

(Ad a) Wat leert de confrontatie met de huisarts-praktijk óns? De patiënt blijkt in meer krachtenvelden te staan dan alleen emotionele, die uit het intra-psychische geboren worden; er is een materieel-sociaal krachtenveld en een materieel-sociale ontwikkeling, die van minstens even grote invloed is op de vorming van de persoonlijkheid als het emotionele milieu, al is dit niet altijd goed van elkaar te onderscheiden. Als psychotherapeuten van enkelingen zien we deze krachtenvelden niet goed, omdat we steeds met één individu geconfronteerd worden dat zijn sociale problemen emotioneel vertaald brengt. Het behoeft echter maar weinig fantasie te zien hoe bijv. ons eigen leven anders zou zijn verlopen als we enkele variabelen van het gezin waaruit wij komen wijzigen; één van de belangrijke variabelen is het materieel sociale gebied. Maar dit gebied verwaarlozen we, we maken er geen gebruik van, noch voor de theorie, noch voor de praktijk. Er is buiten de klassieke psychotherapeutische praktijk met enkelingen een nog onontgonnen areaal van tussenmenselijke relaties, die in de psychotherapeut-patiënt relatie wegvalt, hetzij omdat we er een blinde vlek voor hebben, hetzij omdat de twee-persoon-relatie dit verdoezelt. Dit gebied vraagt beslist om nader onderzoek, afgrenzing, definities en techniek. Het is niet zo dat de huisarts (de maatschappelijk werker, de pastor) korte psychotherapie doet, hij werkt in een gebied, een veld, waar andere krachten heersen, waar dus ook anders gehandeld moet, mag en kan worden. Zo goed als veel case-work van maatschappelijke werkers een vorm van psychotherapie genoemd wordt, lijkt veel in het werk van de medici practici een vorm

van psychotherapie. Omdat het medici zijn, vervallen we gemakkelijk in het begrip therapie, maar DIJKHUIS stelt terecht dat het hanteren van de tussenmenselijke relatie niet het exclusieve eigendom is van psychiaters en psychologen. Daar we in het medische werk, het maatschappelijke werk, vrijwel altijd te maken hebben met klagende of falende enkelingen, wordt de psychotherapeut er graag bijgehaald als reddende engel, die een verlossend woord moet spreken. Dit schept onmiddellijk een teacher-pupil-relation, een deskundige-leek-situatie en de vraag is of deze historisch ontwikkelde situatie wel juist is. Bijvoorbeeld: werkt men in de verschillende gebieden niet met geheel andere schalen, is het wel juist het begrip neurotisch reageren van stal te halen, omdat wij altijd met deze microscoop werken. Maar ik moet toegeven, we missen de woorden, de termen, de definities voor het psychosociale gebeuren in diverse andere referentiekaders en vervallen dan gemakkelijk in de ons bekende termen. De schaalvergroting speelt ons parten en het huisartsenwerk bevestigde dit. Als een huisarts inzicht had in de psychodynamiek van een geval, kon hij het hanteren, oplossen of begeleiden op een manier die door geen andere functionaris, psychiater, p.s.w. mogelijk was geweest, omdat het kader waarin het gebeuren zich afspeelde alleen door hem te bewerken was. Zijn rol in dit gebeuren was beslissend. Dit verschijnsel, dat er gebieden zijn waar de psychodynamicus slechts als adviseur of begeleider kan optreden, terwijl hij het handelen aan de 'autochtonen' moet overlaten, geldt voor meerdere gebieden, zoals de consultatie aan instellingen van maatschappelijk werk, de voogdijndynamiek, pastoraal werk, delinquentenzorg, reclassering, personeelsproblematiek, sociale planning en om één van de belangrijkste te noemen: de revalidatie. Op al deze gebieden hebben psychodynamische mechanismen andere namen. Het is enerzijds onjuist al deze gebieden en technieken te beschouwen als sub-, super- of paraspecialismen van de psychotherapie in klassieke zin, hen a.h.w. gelijk te schakelen; we miskennen daarmee hun specifieke dynamiek. Anderzijds dreigt er een wild voortwoekeren van scholen, stijlen, methodes, overtuigingen die als uitzonderlijk kwalijk beschouwd moeten worden, waarbij voortdurend vergeten wordt dat allen stoelen op gelijke fundamentele psychodynamische principes. Bemoeien we ons niet met deze gebieden, dan mogen we niet klagen dat zij die daar werken oppervlakkig blijven; wenden we ons tot hen, dan moeten we ze als gelijken accepteren en niet verlangen dat onze uitspraken alleen zaligmakend zijn of als zodanig beschouwd worden. Ik pleit hier dus voor een, om met een variant op BALINT's bekende uitspraak te zeggen, 'limited though considerable change of attitude' van ons zelf, van de klassiek psychotherapeutisch geschoolden. Wanneer wij in een of andere functie geconfronteerd worden met andere relaties dan de gebruikelijke two-person-relation,

moeten we het mechanisme bij onszelf, om de bekende relatie toe te passen op de nieuwe, kunnen herkennen, willen we geen fouten maken.

Tegenover de maatschappij blijven wij gemeenlijk afwerend staan, wat bouverend over het weinige begrip dat wij met ons inzicht en ervaring ontmoeten bij medische, universitaire, juridische, religieuze en zelfs politieke instanties. De vraag rijst of onze benadering van deze 'bierkaaien' wel juist is: de frustratie schijnt ons eerder in de regressie van de grootheidsideeën van het eigen gelijk te dringen, dan in een aan de realiteit aangepaste agressie in de vorm van een taktische strategie. Hebben we ons daarmee niet in een isolatie gebracht, die steeds groter wordt naarmate het terrein dat 'psychotherapeutisch' advies behoeft zich uitbreidt? Zelfs in medische kringen —gunstige uitzonderingen daargelaten — hebben psychotherapeutische principes, ondanks de psychosomatische of de integrale geneeskunde, nauwelijks gehoor, vrijwel geen toepassing gevonden. Dit geldt niet alleen hier, maar zoals MENNINGER berustend constateerde ook in de Verenigde Staten. De psychiater-consulent blijft een perifere figuur, zijn taal wordt niet begrepen, want zijn taal wordt pas begrepen als zijn toehoorders daarin opgeleid zijn. BALINT wees ons er terecht op dat dit een attitudeverandering van de andere partij vereist en dat dit een proces is dat tijd behoeft. Ik wil dit aanvullen met de eis dat wij, eveneens partij in deze, ook onze attitude moeten kunnen wijzigen, waardoor wij vrijwel zeker de weerstand kunnen verminderen. Ik meen hiermee geformuleerd te hebben wat bij velen van ons een bijzondere ervaring is geworden door de confrontatie met het werk van de huisarts, het inzicht dat ons specialisme weliswaar een grote verdieping heeft gebracht, maar ook een beperking inhoudt; de huisarts is inderdaad niet onze leerling.

BALINT legt de nadruk op de kunst der psychotherapie en verwerpt de theorie die hij als afweer ziet. Begeleiding en coaching voeren tot zelfontdekking van de dynamiek, leren eigen betrokkenheid, vooroordeel, overdracht en tegenoverdracht, verdringing, regressie en agressie herkennen. De huisarts leert daardoor ook de psychiater beter gebruiken. Zijn consulterende functie kan de psychiater zijnerzijds niet uitoefenen als hij geen ervaring heeft opgedaan met dergelijke groepen buiten zijn individuele therapieën. Hij zal niet geïntegreerd worden als hij hun wereld, hun realiteit niet kent; hij zal geen effect sorteren als de consulterenden hem niet kunnen integreren. Dit wat de ervaring met de huisartsenwerkgroepen betreft. Ik wil nog een eigen ervaring toevoegen.

Reeksen voordrachten en cursussen in gesprekstechniek blijven steriel wanneer ze de emotionele achtergrond ontberen; weigert de cursusleider de emotionaliteit in de relatie met zijn toehoorders, zijn leerlingen, dan faalt het overbrengen van kennis en ervaring.

Mijn ervaring met assistenten aan de kinderkliniek in Leiden, heeft mij wel voorzichtig gemaakt met de eventuele overwaardering van de alleen-maar-BALINT-en-niets-anders-methode. Het heeft de waarde van cursussen, juist voor zo een groep die eigenlijk gedwongen wordt een psychologische bijscholing te volgen, bij mij hersteld. Aangezien medici biologisch zijn opgeleid, leek het mij juist, in dit anders gemotiveerde kader, de aansluiting aan de biologische denkrant te zoeken. Naast de somatische embryologie werd een psychische embryologie ontwikkeld en geleidelijk aan het beeld van de volwassen psyche opgebouwd. Dit gecombineerd met het steeds weer laten brengen van gevallen en problemen uit de praktijk van hun werk, combineerde de klassieke BALINT-methode met onderricht. Theorie kan afweer van de leerling zijn, maar ook van de docent. Theorie kan zeker als gangmaker worden gebruikt.

(Ad b) Ik kom nu aan het tweede punt: de invloeden op de psychotherapie als wetenschap. Bij deze psychische embryologie, ontwikkelingspsychologie, bleek hoezeer een samenhangend theoretisch model van de psyche* ontbreekt, een synthese van opvattingen over de ontwikkeling, de structuur, het functioneren in de verschillende fasen, de ontplooiing van de intelligentie, de beheersing van de leefruimte en de samenhang met de neurosemechanismen. Hierop heeft ook DIJKHUIS reeds in 1964 nadrukkelijk gewezen, maar de latere ontwikkelingen maken het ontbreken van een consistent model van de psyche in toenemende mate pijnlijk voor de psychotherapie. We weten allen hoe nuttig we zijn, maar we kunnen het niet bewijzen; het model dat we hebben, kan de toets van de wetenschappelijke verificatie niet goed aan. Daarenboven bedreigt ons uit nog een geheel andere hoek de concurrentie. De begrippen drift en lust, remming en activering, verschuiving, conflict, repetitie zijn niet meer ons monopolie; de ethologen, de neurofysiologen, de experimentele combinaties van deze wetenschappen, de psychofarmacologie bouwen aan een psychisch model, geheel in de natuurwetenschappelijke traditie, dat te zijner tijd de huidige empirische kennis terzijde kan gaan schuiven. Ook elders wordt gebouwd aan een psychisch model dat de basis legt voor een therapie, want elke kennis van een functie dwingt tot beïnvloeding ervan. Of omgekeerd, onze dwangmatige behoefte om functies te beheersen, in de zin van meester zijn, ze te kunnen activeren of te remmen naar believen, noopt tot onderzoek. Het vanuit die hoek in aanbouw zijnde model zal uiteindelijk in overeenstemming gebracht moeten worden met het uit de empirie der psychotherapie opgebouwde model. Wanneer DIJKHUIS zich bezighoudt met het wetenschappe-

* Er zijn vele modellen van de psyche, maar de kritiek richt zich vooral op het afwezig blijven van enige poging om er samenhang in te brengen.

lijk onderzoek van de psychotherapie lijkt het of hij de psychotherapie als een in de natuur voorkomend verschijnsel bespeurt dat nader moet worden onderzocht op haar structuur. Hij zegt het niet expliciet, maar hij behandelt het wel zo. Maar men zou toch mogen veronderstellen dat psychotherapie therapie is gebouwd op een model van de psyche, dat men weet wat men doet, waar het therapeuticum aangrijpt, wat de bijverschijnselen zijn. Ik meen dat we dit wel beogen, dit werken vanuit een model, maar dit model kan niet langer alleen gevoed worden vanuit psychotherapeutische empirie. We moeten openstaan voor dat wat de natuurwetenschappen momenteel in de richting van het psychische model doen. Zoals fysica en chemie naar elkaar toegegroeid zijn door het model van de materie, kunnen de natuurwetenschappelijke en de sociaalwetenschappelijke benadering elkaar ook gaan ontmoeten. Van die ontmoeting zijn we nog verwijderd, maar de contouren tekenen zich af. Nogmaals: drift en lust, remming en activering, begrippen als repetitie en verschuiving, driftconflicten en remmingsconflicten zijn niet meer ons monopolie. Maar toch wil ik anderzijds niet helemaal verwerpen wat ik meen dat DIJKHUIS als gegeven heeft aanvaard, nl. er bestaat 'psychotherapie'. Maar dan moeten we psychotherapie tussen aanhalingstekens zetten en het zien als een specifiek sociaal verschijnsel. DIJKHUIS aanvaardt dat er momenteel psychotherapeuten werken op allerlei niveaus, in allerlei kaders, op alle mogelijke manieren. Zij voorzien daarbij kennelijk in een grote en steeds stijgende behoefte, zodat men inderdaad van psychotherapie als iets dat in onze maatschappij is gaan groeien kan spreken. Het argument dat DIJKHUIS te berde brengt is dat we altijd in relatie staan. De mens is nooit niet in relatie. POSLAVSKY zegt: de psychotherapeutische situatie wordt in vrijheid aangegaan, maar dit geldt eigenlijk alleen voor de patiënten die bewust eeri psychotherapeut willen consulteren. Er wordt echter veel meer psychotherapie gedaan en aangegaan dan in deze vrije situatie. Om me tot de huisarts te beperken, hij doet psychotherapie zonder dat hem dat expliciet gevraagd wordt; hij moet het zelfs doen, de praktijk dwingt hem en dat was de nood waarin de huisartsen destijds verkeerden en de reden waarom zij ons in hun werk betrokken.

Er zijn dus twee methodes die de psychotherapie, die op drift lijkt te geraken, wetenschappelijk kunnen gaan funderen: het wetenschappelijk onderzoek van de psychotherapeutische activiteiten die nu eenmaal gebeuren, als eerste, het onderzoek naar het model als tweede. Bij de eerste methode — DIJKHUIS heeft dit uitvoerig gadstrueerd — stelt men dat men elke wederzijdse gedragsbeïnvloeding onderzoekbaar kan maken en uit de bevindingen conclusies kan trekken over de verbetering van deze methode tot gedragsbe-

invloeding. Een voorbeeld is BASTIAANS' onderzoek over het effect van psychoanalyse; momenteel pogen DE BOER en VAN SCHAIK het effect van het huisartsenwerk te evalueren. Dit zijn voorbeelden uit onze eigen kring. Ik denk verder aan de steeds opduikende voor psychotherapeuten altijd wat zure publikaties die de resultaten van behandelde en op de wachtlijst staande patiënten vergelijken. Wij hebben bij het wetenschappelijk onderzoek van de psychotherapeutische activiteiten dus het onderzoek van de relatiestructuur, we kennen het onderzoek naar het effect, er is ook de tendens tot conceptualisering, die vooral zijn impuls ontvangt uit de kinderver psychotherapie. Ook dit is veelbelovend, men toetst de concepten zeer rigoureu s. De psychotherapie die door huisartsen bedreven wordt, zou in dit kader gedefinieerd kunnen worden als relatiehantering, als hanteren van de tussenmenselijke relaties in de situatie waarin de huisarts staat. Het begrip psychotherapie moet hier dan tussen haakjes geplaatst worden als we er geen betere term voor hebben. Dezelfde redenering geldt voor de relatiehantering in het maatschappelijk werk, in de pastorale sfeer, in om een voorbeeld te noemen het Leger des Heils. Het Leger des Heils hanteert de gedachte: you can't save a man with an empty stomach. Doet het Leger des Heils psychotherapie als het deze primaire regel van het tot stand brengen van een relatie door middel van voeden hanteert? In deze research-benadering van alles wat zich psychotherapie noemt, moet men onbevooroordeeld open staan voor wat er gebeurt, wat terecht of ten onrechte pretendeert relaties en gedrag te kunnen beïnvloeden, ook al is het soms een modeverschijnsel. Er ontstaan gauw tegenstellingen, die het werk bemoeilijken en geheel onnodig zijn. Onbevooroordeeld zijn kost moeite omdat we deze benadering van de psychotherapie als verschijnsel toch pl egen te vermengen met de tweede vorm waarin psychotherapie wetenschappelijk gefundeerd kan worden, nl. therapie op basis van een voor toetsing toegankelijk model van de psyche. Hier herstelt men het begrip therapie, geneeswijze, doordat men zegt: op grond van mijn inzicht hoe de psyche werkt weet ik dat ik deze dysfunctie op die wijze kan opheffen. De consequentie van deze opvatting is dat al datgene wat niet klopt met het model mij dwingt mijn model te herzien: er is een continue wisselwerking tussen theorie en praktijk, een bekende medische gang van zaken, die wel eens emotioneel kan zijn, maar nooit zo emotioneel als de tegenstellingen tussen de scholen in de psychotherapie. Willen wij wetenschappelijk blijven, dan zullen wij open moeten staan voor de modellen, waarmee en waaraan in de biologische disciplines momenteel wordt gewerkt. Wij zullen in permanente discussie moeten blijven en steeds ernaar moeten streven punten van overeenstemming te vinden. Dit betekent ook dat wij anderzijds de andere relatiehanteringsmethoden niet onmiddellijk als psychotherapie moe-

ten interpreteren. Het begrip psychotherapie behoeft exactere beschrijving.

In de titel van deze voordracht vraag ik of het perspectief van de psychotherapie verandert. Ik heb betoogd dat de bloei, uitbreiding, woekering soms, een verandering is en dat wij met deze groei ook veranderen, althans veranderen moeten. We worden steeds meer gedwongen exact te antwoorden op de vragen: vanuit welk model werken we? Is dit model adequaat aan het kader waarin we werken, is alle moeite die we ons geven wel effectief? Op geen van deze vragen zijn vooralsnog eenvoudige antwoorden te geven. De maatschappij, die uiterst koel oordeelt, heeft de psychotherapeut nog geen status waardig gekeurd, omdat er geen wetenschappelijk gebouw is. Er zijn hoogstens wat fundamenten, er staat een muurtje hier, daar is al een contour van een kamer te zien, elders op het terrein zijn barakken gebouwd als voorlopig onderdak, maar het gebouw zelf schiet niet op omdat we ons te weinig bekommeren om er samenhang in te brengen. We hebben het excuus dat we zo druk met de cliënten en patiënten bezig zijn dat we de voorlopige optrekjes niet kunnen missen. Het is de doem van voorlopige gebouwen dat ze decennia blijven staan.

Het is de confrontatie met de veel ruimere werkelijkheid die de huisartsen bezitten, die mij tot bovenstaande opmerkingen voerde. We zijn specialisten omdat we ons beperken, men sleurt ons nu in de ruimte en we moeten leren deze ruimte te hanteren. Ik wil het nog niet eens moreel stellen, maar er slechts op wijzen dat we onszelf verarmen, onze wetenschap informatie onthouden als we ons niet intensief gaan bemoeien met de 'unhappy many' in plaats van de 'unhappy few'. Het is m.i. voor elke psychotherapeut noodzakelijk niet alleen met de eigen patiënten te werken, maar ook met lieden die verantwoordelijk zijn voor het welzijn van andere en vaak grote groepen. De dynamiek van de psychische mechanismen krijgt er daardoor een sociale dimensie bij, men ervaart dat een niet-psychotherapeut bij een verdiept inzicht effecten kan bereiken die ons niet gelukken. Hoe komt dit, wat is de structuur waarin dit gebeurt, welke krachten spelen hier?

De huidige instituten voor psychotherapie zouden de centra kunnen zijn voor gestaffelde vormen van relatiehantering. Naast individuele therapie, waarvoor men de term natuurlijk behouden moet, kan een instituut het informatiecentrum zijn voor allerlei andere vormen van relatiehantering. Het initiatief van het Amsterdamse Instituut voor Medische Psychotherapie om huisartsenwerkgroepen aan zich te verbinden, lijkt mij een stap in de richting. Een dergelijk instituut zou ook de consultatie van psychiaters aan artsen of andere sleutelfiguren kunnen uitvoeren, waarbij door wetenschappelijke begeleiding en doorlichting van wat zich afspeelt in de diverse

activiteitsgebieden de output ervan, het effect en de conceptualisatie van het model gediend kan worden. De status van opleidingsinstituut zou de maatschappij, m.n. de ziekenfondsen, de waarborg kunnen geven die zij geheel terecht vragen.

Ik meen in het voorgaande de lijn van DIJKHUIS' betoog doorgetrokken te hebben. We zijn nu enige jaren verder, het perspectief is veranderd, de door DIJKHUIS gestelde ontwikkeling verscherpt zich, woekert verder, maar wij stellen er nog te weinig tegenover. Ik heb gepoogd aan de hand van het huisartsenwerk en ervaring elders aan te tonen dat wij voor ons vak, voor onze wetenschap en voor onszelf, alleen maar kunnen winnen als we de deuren wijd open zetten, als we door verandering niet alleen van onze statuten, maar tevens van onze instituten ook de status verkrijgen, die wij terecht mogen ambiëren, de bescherming van het beroep van psychotherapeut.

SUMMARY

CHANGES IN THE PSYCHOTHERAPEUTIC FIELD

Experience from groups on medical psychology with general practitioners taught that it is possible to introduce psychotherapeutic methods in general practice. It taught also that there is more psychotherapy done in other fields, with other human relations by other functionaries than psychotherapists. The latter meets only the 'unhappy few' in a two-way relation and does not perceive the other force fields in which the patients live. He is only confronted with the emotional translation of e.g. social problems into individual problems for which he cares in a personal way. However, in social work, pastoral mental care, the probation officer's work, social planning and revalidation psychodynamic mechanisms play an important rôle in a very specific way. It is necessary to make scientific research in these fields in order to make clear descriptions and indications and to build up a common denominator. It is a pity to note that there is more interest in psychotherapy outside than inside the medical world.

Beside this change in the field of psychotherapy there is a growing interest in a model of the psyche in other disciplines. Ethology, neurophysiology and psychopharmacology also use the conceptions of drive, pleasure, repression, shifting, inhibition, repetition. They don't belong any longer to the exclusive vocabulary of the psychotherapist. The models of these disciplines cannot be ignored.

The field of psychotherapy widens, the basic model of the psyche changes. If psychotherapy will remain a scientific therapeutic method it must accept these challenges and the discussion.