

Groepswerk met patiënten uit huisartspraktijken

DOOR A. H. J. VAN DE RIJDT-VAN DE VEN, MAATSCHAPPELIJK WERKSTER

Bij somatische klachten kan psychisch en sociaal van alles aan de hand zijn. De klacht kan een symptoom zijn, een vlucht, of weliswaar somatisch ontstaan maar met belangrijke psychosociale gevolgen.

Uitgaande van deze gedachte zijn wij, vier huisartsen van de Philips Medische Dienst* en ik als maatschappelijk werkster, nu ongeveer drie jaar geleden begonnen met het opzetten van behandelingsgroepen voor patiënten vanuit die vier huisartspraktijken. Voor nadere gegevens over de opzet en doelstellingen van dit project kan ik verwijzen naar een eerdere rapportage door C. P. Schouwstra — (1974) huisarts en wetenschap 17, 93 — en naar het in dit nummer opgenomen artikel van V. C. L. Tielens.

De eerste groep was een adipositas-groep. Een beschrijving van deze groep is te vinden in de eerder genoemde rapportage door C. P. Schouwstra. Zoals daarin is beschreven was een belangrijke leerervaring uit die groep dat wij een onderscheid zouden moeten maken in twee typen groepen. Wij hebben deze twee typen A- en B-groepen genoemd. De A-groepen zijn gericht op het aan- of afleren van specifiek gedrag, dieet houden, het zich eigen maken van nieuwe leefregels als gevolg van een ziekte en dergelijke. De B-groepen gaan dieper in op de persoon en richten zich op het versterken en ontwikkelen van persoonlijke vermogens om zo vermoedelijk de kans op nieuwe psychosomatische klachten te verminderen.

Wij hebben nu twee jaar ervaring met groepen volgens deze opzet en deze rapportage wil daar een beeld

* M. M. J. van Campen, F. Huibregtsen, C. P. Schouwstra en V. C. L. Tielens.

van geven. Eerst zullen enkele gegevens worden vermeld over de groepen om daarna, voor wat de B-groepen betreft, dieper in te gaan op de ontwikkelingen die hebben plaatsgevonden in doelstellingen, samenstelling en werkwijze van de groepen.

De voorbereiding van een groep en de evaluatie geschiedde steeds in nauw onderling overleg. De groepsbijeenkomsten werden alle door mij geleid. Incidenteel was een van de artsen daarbij aanwezig voor het geven van voorlichting. In de laatste groepen is met co-therapeuten gewerkt en getracht zal worden dit ook in de toekomst te realiseren. Voor de A-groepen denken wij aan non-professionals, voor de B-groepen aan individueel maatschappelijk werkers, psychologiestudenten en dergelijken.

DE A-GROEPEN

1. Adipositas-groep, tien deelnemers, veertien bijeenkomsten, één follow-up na zes maanden. Het doel was leren dieet te houden. De methode was om via groepsgesprekken elkaar te stimuleren en steunen; daarnaast werd voorlichting gegeven over diëten en dieet koken. De resultaten waren gering. Slechts één deelnemer was naar wens afgevallen. Positief was dat de meesten meer inzicht hadden in eigen motivatie en eigen gedragspatronen en verder werd nog een toegenomen zelfvertrouwen gemeld. Vijf deelnemers waren voornemens hun pogingen individueel voort te zetten met behulp van de diëtiste.

Bij de follow-up waren zes groepsleden aanwezig. Degene, die in de groep haar streefgewicht had gehaald, had dat ook nu gehandhaafd. Drie deelnemers waren nog bezig met afslanken van wie één met behulp

Samenvatting. Sinds drie jaren loopt bij een huisartsen-groepspraktijk van de Philips Medische Dienst te Eindhoven een experiment „groepswerk met patiënten”. Uitgangspunt voor het experiment was, dat er in het huisartsenwerk behoefte is aan mogelijkheden om patiënten te helpen gedragsveranderingen tot stand te brengen. De bestaande verwijsmogelijkheden voorzien onvoldoende in die behoefte. Het experiment is uitgevoerd in samenwerking met een maatschappelijk werkster met voortgezette opleiding groepswerk.

In de vraag naar hulpverlening via groepen, bleken verschillende probleemstellingen te onderscheiden. In dit experiment is een onderscheid gemaakt in twee typen groepen. Dit zijn in de eerste plaats groepen die als doel hebben ondersteuning en begeleiding bij het naleven van medische voorschriften, zoals dieet houden, stoppen met roken of bepaalde leefregels in acht nemen. Het tweede type groep heeft als doel hulp bij psychische en sociale problemen, verwerking van angst bij ernstige ziekte, versterking en ontwikkeling van persoonlijke vermogens bij psychosomatische klachten.

Dit artikel geeft een overzicht van de verschillende groepen waarmee is gewerkt en aansluitend een beschrijving van de ontwikkeling in denken die er is geweest ten aanzien van doelstellingen, voorbereiding en samenstelling van een groep en werkwijze in de groep.

van de diëtiste. Zij vorderden langzaam. Een groepslid had, na een poging bij de diëtiste, het opgegeven en het dik zijn voor zichzelf gerelativeerd. De laatste tenslotte was veel zwaarder geworden.

Het gebrekkige van de gevolgde methode was dat er geen goede hulpmiddelen voor de problemen van zelfcontrole waren. Daardoor was er ook weinig succes-ervaring, hetgeen de motivatie deed verminderen.

2. Hoge bloeddruk/hartinfarct-groep, tien deelnemers, van wie er drie uitgevallen zijn. Elf bijeenkomsten

sten, geen follow-up. Doel van de groep was de deelnemers een beter inzicht te geven in de aard van hun ziekte en hun te leren wat zij zelf aan hun genezing kunnen doen. De gevolgde werkwijze bestond uit vrije groepsdiscussies over vragen en angsten die men heeft en hoe men die binnen de arts-patiënt-relatie beter aan bod kan laten komen, over dieet houden en over ervaren stress-situaties. Daarnaast omvatte het programma tweemaal voorlichting door een arts en ontspanningsoefeningen, dit laatste echter nog weinig systematisch.

Bereikt is dat alle deelnemers zich beter geïnformeerd en daardoor zekerder voelen. Verder worden als resultaten door de deelnemers nog genoemd een toegenomen zelfvertrouwen, meer zelfinzicht, een verbeterde relatie thuis (meer praten met elkaar, meer begrip) en het meer relativëren van stress-situaties.

3. Rokersgroep. Via werving door de artsen en open inschrijving kwamen er 22 aanmeldingen. Na een uitvoerige introductiebrief over doel en werkwijzen waren op de eerste groepsbijeenkomst 15 deelnemers aanwezig. Twee van hen vielen voortijdig af. Zeven bijeenkomsten (met steeds grotere tussenperioden). Er werd gewerkt met een voorgestructureerd programma, gericht op motivatieversterking, aanleren van zelfcontrole en leren ontspannen. Het doel was volledig stoppen met sigaretten roken. In het program werd in hoofdzaak gebruik gemaakt van gedragstherapeutische technieken.

Bij afsluiting hebben zes deelnemers drie weken of langer totaal niet meer gerookt, een deelnemer heeft geen sigaretten meer gerookt (wel enkele sigaren), één rookt nog ongeveer acht sigaretten per dag, één ongeveer vijf per dag, de overige roken een à twee sigaretten per dag, of enkele dagen niet en dan weer wel. De twee, die voortijdig zijn gestopt, roken weer volledig volgens hun oude patroon. Een jaar na afsluiting zal nog worden onderzocht in hoeverre dit resultaat blijvend is.

Onze ervaringen met deze A-groepen zijn als volgt samen te vatten. De opzet en doelstellingen van dit type groepen lijkt ons nog steeds duidelijk en mee te werken. De moeilijkheid ligt vooral in het vinden van een goede methodiek voor de problemen van zelfcontrole. In de rokersgroep is voor het eerst gebruik gemaakt van zelfcontroletechnieken uit de gedragstherapie.

Wij streven nu naar het voor dit soort groepen ontwikkelen van vaste, voorgestructureerde programma's, gebaseerd op gedragstherapeutische technieken. Zo'n programma omvat motivatie-versterking, aanleren van zelfcontrole en leren ontspannen. Dit geldt vooral voor dieetgroepen, rokersgroepen en dergelijke. Voor de ziekte-begeleidingsgroepen, die ook onder de A-groepen vallen, bestaat het programma uit voorlichting over de ziekte en de gevolgen daarvan voor de leefwijze, ondersteuning bij het vinden van nieuwe leefwijzen, waarbij zonodig gebruik wordt gemaakt van zelfcontrole-technieken en verder ontspanningsoefeningen.

Het is de bedoeling dat op den duur deze groepen geheel kunnen worden geleid door — getrainde — non-professionals. De groepssamenstelling geschiedt via open inschrijving, waarna verdere zelfselectie plaats heeft op grond van verstrekte informatie.

DE B-GROEPEN

1. Hoge bloeddruk/hartinfarct-groep, zestien bijeenkomsten, een follow-up bijeenkomst na drie maanden. Op grond van een door de groep geuite wens werd verder geëxperimenteerd met maandelijks bijeenkomsten. Dit verwaterde echter snel en werd na drie keer gestopt. Er werd een jaar na eerste afsluiting een follow-up bijeenkomst afgesproken. Er waren bij de start negen deelnemers van wie er drie voortijdig zijn afgevallen.

Doel van de groep was hulp bij psychische problemen als oorzaak of gevolg van hun ziekte. De methode

was uitsluitend vrije groepsdiscussie. Kernvragen, die daarbij aan de orde kwamen, waren in hoeverre er een verband bestaat tussen psychische gemoedstoestand en lichamelijk niet wel bevinden en in hoeverre men zichzelf veranderen kan. Het accepteren van deze twee uitgangspunten had veel tijd nodig, zodat het actueel werken aan veranderingen maar heel summier van de grond is gekomen.

Resultaten bij afsluiting waren, volgens subjectieve beleving, meer openheid over zichzelf, zich beter kunnen uiten, niet meer zoveel opkroppen en beter opkomen voor zichzelf, meer aan eigen behoeften tegemoet komen. En tenslotte bij de meesten een rustiger, niet meer zo gespannen gevoel. Tijdens de follow-up bijeenkomsten leek veel van de openheid voor verandering weer weg te zakken en de indruk bestond dat de oude patronen weer de bovenhand kregen. Tijdens de voorgenomen follow-up zal dit verder kunnen worden nagegaan.

2. Hartinfarct/hoge bloeddruk-groep, twaalf deelnemers, van wie er twee zijn afgevallen. Twaalf bijeenkomsten en één follow-up na drie maanden. Het doel bij de aanvang was, evenals bij de vorige groep, hulp bij psychische problemen als oorzaak of gevolg van de ziekte. Door een grote verscheidenheid in aard van de problemen, mate van bewustheid en vooraf gewekte verwachtingen werd een beperkter doel gekozen, te weten leren accepteren en leren omgaan met angst en gespannenheid.

In hoofdzaak werd weer volgens vrije groepsdiscussie gewerkt, aangevuld met ontspanningsoefeningen en voorlichting door een arts. Binnen die doelstelling was de groep aardig succesvol. Het zich kunnen uiten in de groep en de daar gevoelde ondersteuning heeft een vermindering van angst en spanningsgevoelens gegeven. Zeven deelnemers kunnen, als zij angstgevoelens hebben, daar zelf gemakkelijker overheen komen. Vijf praten meer met hun man of vrouw over hun klachten en angsten. Zeven

vinden dat zij in het algemeen eerder laten blijken wat zij zien en denken, zes hebben het gevoel meer te durven en te kunnen dan voorheen en zeven melden baat te hebben bij de ontspanningsoefeningen.

Bij de follow-up is bij twee deelnemers door nieuwe klachten de angst weer toegenomen. Voor het overige werden de resultaten overeenkomstig de afsluiting beoordeeld. Drie deelnemers waren bij de follow-up bijeenkomst afwezig.

3. Maagzweren-groep, tien deelnemers van wie er drie voortijdig zijn afgevallen. Achttien bijeenkomsten en een bijeenkomst gedurende een dag voor de follow-up. Doel van de groep was ook hier hulp bij psychische problemen die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van een maagzweer. Bij een aantal deelnemers zijn concrete moeilijkheden bekend; hun houding ten aanzien van die problemen zou moeten veranderen. Anderen ontkennen problemen en zouden moeten worden geholpen daarin zelf eventueel inzicht te krijgen.

Als werkwijze werd in deze groep, naast vrije discussie, ook gebruik gemaakt van elementen uit assertiviteitstrainingen (dit zijn trainingen gericht op het aanleren van meer zelfverzekerd gedrag). Dit laatste werd gedaan omdat de groeps gesprekken erg moeizaam verliepen. De hele groep was erg gesloten over zichzelf en men bleef erg lang hangen bij het niet kunnen onderkennen van problemen en onlustgevoelens bij zichzelf.

De follow-up bij deze groep was gericht op het voortzetten en verder uitwerken wat in de groep al begonnen was. Als resultaten zijn te noemen beter op durven komen voor zichzelf, ongenoegens directer aanpakken, meer openheid en voor enkelen minder snel persoonlijk gekwetst en daardoor minder agressief zijn.

4. Echtparengroep-hartinfarcten, zes echtparen, vier bijeenkomsten. Op grond van de ervaringen met de tweede hartinfarct/hoge bloeddruk

groep was het groepsdoel hier al vooraf omgrensd. Het doel was echtparen, van wie een partner een infarct heeft gehad, te helpen om samen de angst en zorgen na zo'n infarct te verwerken. Tegen de bedoelingen in is deze groep na de vierde bijeenkomst gestopt. Drie echtparen hadden zich toen al teruggetrokken.

De groep was reeds in de beginfase geconfronteerd met een aantal problemen terwijl er nog nauwelijks een gevoel van vertrouwen en veiligheid was. De navolgende oorzaken hebben daarin vermoedelijk een rol gespeeld:

— de voorbereiding was erg minimaal, verwachtingen en vooruitzichten waren nauwelijks uitgewerkt en daardoor was de motivatie erg vaag;

— in een echtparengroep is de groepssituatie voor iedere deelnemer indringender en met directer gevolg; dit stelt hogere eisen aan de motivatie;

— de werkwijze was directer en meer op het hier en nu gericht; ook dat is alleen maar effectief als er een bereidheid is om op het groepsdoel in te gaan;

— bij de meesten was het infarct, in tegenstelling tot vorige groepen, vrij recent; dat maakt het misschien ook moeilijker er over te praten.

5. Migraine-groep, elf deelnemers, van wie er drie zijn afgevallen. De groep was nog niet afgesloten bij het schrijven van dit verslag. Op grond van de ervaringen in voorgaande groepen is ook hier het doel vooraf meer omgrensd en geconcretiseerd. Doel voor deze groep was te leren zich beter te ontspannen en gevoelens en spanningen beter te uiten. In deze groep worden ontspanningsoefeningen zeer systematisch beoefend. Daarnaast worden, meer gestructureerd dan voorheen, groeps gesprekken gehouden. De sfeer en het werkklimaat is in deze groep zeer goed. Het accent ligt vooral op het beter leren kennen van eigen motieven en drijfveren.

Samenvattend kan van de B-groepen worden gezegd dat het moeilijk was voor deze groepen een goede opzet en werkbare doelstellingen te vinden. De groepen richten zich op mensen die met somatische klachten komen en wel die klachten, die langs medische weg moeilijk zijn te genezen omdat het gedrag, de levensgewoonten van de persoon zelf daarin een grote rol spelen. In de groepen ging het erom bij zichzelf de achterliggende problemen te ontdekken en de eigen mogelijkheden te versterken om daarin te veranderen. De meeste deelnemers oordeelden na afloop positief over het effect van de groep.

Verskillende principes van de groepstherapie bleken voor deze cliëntengroep van belang te zijn zoals:

— merken dat men niet alleen staat met zijn problemen, waardoor men gemakkelijker eigen problemen kan accepteren en relativeren;

— steun krijgen maar ook steun kunnen geven;

— met/door/van elkaar leren; veel problemen hebben te maken met relaties; de groep vormt een klein maatschappijtje, een oefenterrein.

Hoewel het resultaat niet onbevredigend was, waren er toch ook veel moeilijkheden. Vooral de beginfase was steeds weer een probleem, waarvan het aantal uitvallers getuigt. Het aanvankelijke doel was vaag en stimuleerde daardoor te weinig. Het was voor de meeste deelnemers erg moeilijk zelf in te vullen om welke problemen het ging. Men hield gemakkelijk vast aan het somatische beeld van ziek zijn en genezen worden. Steeds weer bleken er mensen in de groep te zitten die niet wisten waaraan zij begonnen en van wie een aantal, als men ontdekte waarom het ging, dit niet wilde. Op grond van deze ervaringen is er geleidelijk aan een verschuiving gekomen in doelstellingen, samenstelling en werkwijze.

DE DOELSTELLINGEN: VAN EEN OPEN HULPAANBOD NAAR EEN CONCREET OMSCHREVEN DOEL

In de eerste groepen werd begonnen met te trachten een verband te leggen tussen de somatische en sociaal-psychische klachten, waarna het aan de groep zelf was in te vullen welke de sociaal-psychische klachten waren en waarover men wilde praten. Dit nu bleek voor deze deelnemers, zoals gezegd, erg moeilijk te zijn. Men was zich van geen probleem bewust en bleek zeer geremd om over zichzelf te gaan praten.

Er waren in die eerste periode heel wat bijeenkomsten nodig om een groep een beetje op gang te krijgen. Geleidelijk aan werd het de groepsleden zelf en ons wat duidelijk om wat voor soort problemen en wat voor mensen het ging. Er kwam een beeld naar voren van mensen, die angstig en gespannen leven, zonder precies te weten waardoor dat gevoel nu wordt veroorzaakt. Naast de klacht waarvoor men in de groep zat (maagzweer, hoge bloeddruk, enzovoort) kwamen ook veel andere klachten voor, zoals hoofdpijn, slapeloosheid, moeheid, lusteloosheid, voortdurende gejaagdheid en soortgelijke klachten.

Het bleken vaak mensen die innerlijk erg onzeker zijn, bang zijn om fouten te maken, veroordeeld te worden. Zij stellen zichzelf daardoor erg hoge eisen en zijn dientengevolge ook zeer gevoelig voor en afhankelijk van de kritiek van anderen. Zij durven nauwelijks voor zichzelf op te komen of doen dit zeer agressief. Zij zijn geneigd zich alles aan te trekken, vervelende ervaringen en teleurstellingen kunnen zij heel moeilijk van zich afzetten. Als er ergens moeilijkheden zijn, zullen zij er waarschijnlijk het eerst onder lijden. Als er bijvoorbeeld op het werk reorganisaties komen, voelen zij zich snel onzeker en miskend. De meesten zijn geneigd conflicten te vermijden, zij zullen daardoor moeilijk hun eigen wensen en ergernissen uiten. Zij durven moeilijk nee te zeggen, waardoor zij steeds weer dingen doen die zij

eigenlijk liever niet zouden willen doen.

Met het duidelijker worden van dit beeld zijn wij ons in het hulpaanbod steeds concreter op deze aspecten gaan richten. Degenen, die wij nu voor de groep uitnodigen, bieden wij hulp aan in het zich beter leren ontspannen, een beter inzicht te krijgen in eigen gevoelens en drijfveren, leren zich beter te uiten en beter voor zichzelf op te komen. Deze uitgangspunten zijn zowel voor de groepsleden als voor de werker veel duidelijker en concreter en zijn veel inspirerender om aan het werk te gaan.

DE SAMENSTELLING VAN DE GROEP: VAN SOMATISCH HOMOGENE GROEPEN NAAR SOMATISCH HETEROGENE GROEPEN

Er waren twee motieven om van somatische homogeniteit (alleen maagzweer of alleen migraine in een groep) uit te gaan. Het eerste motief was dat het de „intake” via de huisarts vergemakkelijkt; het tweede motief dat mensen met gelijke somatische aandoeningen misschien ook gelijke psychische problemen hebben. Wat dat laatste betreft leren de ervaringen tot nu toe dat in alle groepen dezelfde klachten, problemen en patronen naar voren komen. Een uitzondering vormen de hartinfarctgroepen; bij wie een extra probleem komt, namelijk de angst en onzekerheid voor de toekomst.

Uit het oogpunt van werken in de groep zijn er geen motieven om aan somatische homogene groepen vast te houden (met uitzondering van patiënten met een hartinfarct of andere het directe voortbestaan bedreigende ziekten). Integendeel, er zitten enkele negatieve kanten aan. Er gaat bijvoorbeeld een zekere stigmatiserende werking van uit. Bovendien is de ervaring dat het voor het groepsproces belemmerend werkt als men lang blijft vasthouden aan lichamelijke ziekteklachten. In de weliswaar gemakkelijker samen te

stellen somatisch homogene groep is de kans daarop groter. Blijft het motief van een gemakkelijker „intake”. Het vraagt van de mensen grote inspanning om los te komen van een somatisch ziektebeeld en in te zien dat men, lijdend aan een maagzweer, met iemand met migraine over gezamenlijke zaken kan praten. Dat proces vond eerst in de groep plaats maar moet zich bij somatisch heterogene groepen tijdens de „intake” al voltrekken.

Anderzijds is ook gebleken dat een introductie in de zin van „over achtergronden van je maagzweer in een groep gaan praten” gemakkelijk weerstand en verdediging oproept. De problemen worden ontkend.

Na evaluatie van deze gegevens is besloten van de somatisch homogene groepen af te stappen. De introductie geschiedt nu in de zin van „leren wat gemakkelijker met je spanningen, die tenslotte ieder mens heeft, om te gaan”. Als dat doel wordt geaccepteerd is het ook niet zo moeilijk in te zien dat ook andere mensen, met andere somatische klachten, in dezelfde groep zitten.

Het afstappen van somatisch homogene groepen heeft bovendien nog het voordeel dat de groepen ook openkomen voor mensen met vage somatische klachten, zonder dat er lichamelijke afwijkingen worden gevonden. Ook kan de signalering voor de groepen nu gemakkelijker vanuit het spreekuur plaatsvinden en krijgen andere selectiecriteria, zoals geschiktheid en gemotiveerdheid, meer kracht. De noemer is nu: mensen die somatiseren, dat wil dus zeggen, mensen, die hun emotionele problemen uiten in lichamelijke klachten.

Los van de vraag somatisch homogeen of heterogeen zijn wij ook bezig geweest met de vraag echtparengroepen of groepen individuen. Wij hebben een poging gedaan een echtparengroep te formeren. Zoals al gebleken is, is die poging niet erg geslaagd geweest. Motief voor een echtparengroep was dat het voor de meeste mensen erg moeilijk is nieuw

gedrag, dat men in de groep heeft geleerd, ook thuis te effectueren. De echtparengroep bleek hogere eisen te stellen aan de voorbereiding voor de groep en het werken in de groep. Dit eist eerst meer training voordat wij een nieuwe poging wagen. Tot dan toe zullen partners, indien gewenst, aan gescheiden groepen deelnemen.

DE WERKWIJZEN

Van selectie en voorbereiding door de arts naar gezamenlijke voorbereiding. Selectie is een kernzaak; met slecht gemotiveerde mensen is het kwaad groepen doen. Bij de selectie gaat het er om dat men die mensen in de groep krijgt, die er ook wat aan kunnen hebben. Deelnemen aan een groep vraagt een zeker verbaal en introspectief vermogen, terwijl grote psychische en/of sociale problemen afwezig moeten zijn. Dit heeft tot nu toe wel eens vraagtekens, echter nog geen onoverkomelijke problemen opgeleverd. De norm moet namelijk ook niet te hoog zijn en daardoor te exclusief. Zinvol deelnemen aan een groep vraagt ook een zekere motivatie, men moet enigszins weten wat de groep te bieden heeft en men moet daarin willen meegaan.

De gehele voorbereiding en selectie werd tot nu toe door de huisarts gedaan, weliswaar in overleg met de groepswerkster. Deze werkwijze was bewust gekozen om de mogelijkheden hierin na te gaan. Het bleek echter nog al eens problemen op te leveren. De beelden, die de aspirant deelnemers van de groep hadden, waren soms erg vaag of foutief. De verschillende artsen wekten verschillende verwachtingen. Bij nadere confrontatie werd de motivatie dan wel erg op de proef gesteld.

Deze gebrekkige voorbereiding zal deels te wijten zijn aan de in het begin ook vage doelstellingen. Maar ook bij het duidelijker worden van de doelstelling bleef dit probleem een rol spelen. Daarvoor is wel een aantal oorzaken aan te geven. De arts heeft maar een beperkt zicht op wat een cliënt in een groep kan ver-

wachten. In de bestaande arts-patiënt relatie is het voor de patiënt moeilijk om vragen te stellen en nee te zeggen. Als een groep van start moet gaan, kan de arts onder een zekere druk komen te staan om een bepaald aantal patiënten te leveren. Selectiecriteria raken dan gemakkelijk op de achtergrond.

Lettend op deze ervaringen is voor een nieuwe werkwijze gekozen. De huisarts zorgt voor een eerste signalering van potentiële deelnemers en bespreekt met hen of er een primaire bereidheid is. Daarna vindt er een gezamenlijk gesprek plaats tussen patiënt, arts en groepswerkster. In dat gesprek verduidelijkt de huisarts waarom deze patiënt mogelijk met deze vorm van groepstherapie zou zijn gebaat, waarna de groepswerkster informatie geeft over de groep. Er wordt dan verder gepraat over wat de patiënt er zelf van verwacht. De beslissing neemt hij thuis, waarvoor hij eerst nog van verdere schriftelijke informatie over de groep is voorzien. Onze eerste ervaringen met deze werkwijze zijn erg hoopgevend.

De groepsmethodiek - van niet directief naar meer directief. Met het duidelijker worden van de problemen is niet alleen de doelstelling duidelijker geworden maar ook de gewenste methodiek. In het open hulp-aanbod zat ook de niet-directieve aanpak. Geprobeerd werd de mensen hun eigen wensen te laten ontdekken en hun eigen programma te maken. De rol van de groepswerkster was erop gericht de communicatie open en verruimend te houden. Maar het probleem was hoe de communicatie op gang te brengen. De mensen wisten zich in het begin geen raad, snaptten niet waarover zij moesten praten. Het kostte erg veel tijd om op gang te komen en zeker in dit soort kortdurende groepen is dat funest.

Gaandeweg bleek ook dat het juist eigen was aan de meeste groepsleden dat zij eigen problemen en emoties nauwelijks kenden, en zo zij die al kenden, zich daarover erg moeilijk konden uiten.

Beide factoren eisten een meer directieve aanpak, waarbij aan het begin reeds handvaten worden aangereikt, interventies het gesprek meer structureren dan spiegelen, waarbij informatie en adviezen worden gegeven. Dit is veel minder moeizaam voor de deelnemers. Zij geraken er eerder door geïnvolveerd.

Er wordt naar gestreefd dat elke zitting zoveel mogelijk een concreet en afgerond geheel is, zodat het groepslid weet waar hij aan bezig is en hij er zelf conclusies uit kan trekken.

De aard van de groep is te kenschetsen als een mengeling van een ontmoetingsgroep en een korte assertiviteitstraining. Aan de ontmoetingsgroep wordt het ontdekken van zichzelf in contact met de ander ontleend. Aan de assertiviteitstraining het zich leren uiten en leren opkomen voor zichzelf. Technieken uit beide werkvormen worden gebruikt. Ontspanningsoefeningen blijken in dit soort groepen erg belangrijk. Tot nu toe is uitsluitend de methode van Jacobson gebruikt. Deze methode is gekozen omdat de deelnemers deze gemakkelijker thuis kunnen oefenen.

In de groepen en in deze rapportage wordt nogal de nadruk gelegd op de persoonlijke kant van probleemsituaties. Het ontgaat ons uiteraard niet dat ook de omgeving in het ontstaan en instandhouden van deze problemen een belangrijke rol speelt. Veel van de gedragspatronen, waardoor deze mensen onder spanning leven, zoals conflicten vermijden, perfectionistisch zijn, en dergelijke worden sociaal en maatschappelijk hoog gewaardeerd en misbruikt. Het is erg moeilijk als individu in zijn gedragspatroon verandering te brengen.

De aandacht op de persoon in de groep is vooral een praktische keuze. De mensen die de lasten van een situatie ondervinden, die er bijvoorbeeld een maagzweer van krijgen, zullen eerder bereid zijn te veranderen dan de mensen uit hun omgeving. Die zijn erg moeilijk bereikbaar.

Door de groepsdeelnemers meer weerbaar te maken, hen te helpen beter voor zichzelf en hun eigen wensen op te komen, hopen wij dat zij ook de nodige veranderingen in hun omgeving tot stand kunnen brengen. De sterke aandacht op de persoon wordt zo ook tegenover de groepsleden gemotiveerd.

Over signalering van algemene structurele problemen wordt wel gedacht; dit wordt door V. C. L. Tielens in zijn artikel in dit tijdschrift beschreven.

FOLLOW-UP

De groepen werken slechts kort. Dit kan tot gevolg hebben dat er te veel overhoop wordt gehaald zonder dat er al een nieuwe integratie heeft plaats gevonden of dat het bereikte nog zo minimaal is, dat het snel weer wegzakt. Er worden wel follow-up-bijeenkomsten gehouden, maar voor een blijvend effect is het belangrijk dat, wat in de groep wordt bereikt, wordt opgepakt en doorgezet in de verdere arts-patiënt-contacten. Tot dat doel zullen voortaan, na afsluiting van de groep, overdrachtsbesprekingen worden gehouden. Daarin komt aan bod: hoe de cliënt in de groep heeft gefunctioneerd; de wijze van benadering die volgens de groepswerkster de huisarts verder ten opzichte van deze cliënt zou moeten hanteren; aanbevelingen voor eventuele verdere hulp, bijvoorbeeld verwijzing naar het individueel maatschappelijk werk (een en ander nadat de cliënt op de hoogte is van het gerapporteerde).

Dit alles overziende, blijken er in deze twee jaar nogal wat ontwikkelingen en verschuivingen te zijn geweest. Het gehele project is een steeds opnieuw onderzoeken en proberen. De bagage, welke men uit opleidingen voor maatschappelijk werk meekrijgt voor het behandelen van

psychosomatische klanten, is minimaal. In de psychiatrie is er een ruimere ervaring met dit soort klachten, maar die ervaring is erg analytisch en stelt daardoor hoge eisen aan persoonlijke vermogens en tijdsinvestering. Wij willen ons vooral richten op kortdurende groepen met een zo groot mogelijk bereik.

Wij hebben de afgelopen jaren zelf veel geleerd over de mogelijkheden en moeilijkheden bij dit soort groepen. Ook de deelnemers aan de groepen vinden het bijna alle een verrijkende ervaring. Voor de meesten van hen was het de eerste keer dat zij zo openlijk met anderen over zichzelf en hun problemen spraken.

De resultaten voor de deelnemers zijn als volgt samen te vatten:

— verbetering van inzicht en acceptatie wat betreft het verband tussen emotionele spanningen en somatische klachten. Dit uit zich in het niet langer alleen genezing verwachten van medisch-medicamenteuze behandeling, maar weten dat men zichzelf wat zal moeten veranderen en daar ook aan willen werken;

Summary. Group work with patients from general practices. In a general group practice operated by the Philips Medical Service, Eindhoven, an experiment „group work with patients” has been in progress these past three years. The basic motivation of this experiment was that, in general practice, there is a need for facilities to help patients achieve behavioural changes. Existing referral facilities cannot adequately cope with this need. The experiment has been carried out in collaboration with a female social worker with advanced training in group work. In the demand for assistance through groups, several problem definitions proved to be distinguishable. In this experiment, two

— mondiger worden als patiënt. Gestimuleerd door de groep durft men zich directer tot de arts te wenden met vragen en klachten;

— mensen gaan in de groep anders tegen hun problemen aankijken, zij durven deze eerder te onderkennen, worden er minder nerveus van zodat zij die problemen ook gemakkelijker kunnen aanpakken;

— wat vooral opvalt is dat het zelfvertrouwen toeneemt, men leert zichzelf beter accepteren, men leert zich beter uiten en durft beter voor zichzelf op te komen.

Door verbetering in onze werkwijzen hopen wij deze resultaten nog te kunnen verdiepen en vooral behulpzaam te kunnen zijn bij daadwerkelijke gedragsverandering.

In de loop van dit jaar zal een onderzoek worden gedaan naar de effecten op lange termijn van de hulpverlening via deze groepen. Op de betekenis van dit project voor de samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker wordt in het artikel van V.C. L. Tielens ingegaan.

types of groups have been used. Groups of the first type focus on support and guidance in the observance of medical advice (e.g. dieting, abstaining from tobacco, or observing a given regimen). Groups of the second type focus on assistance in psychosocial problems, assimilation of fear in the case of serious illness, and reinforcement and development of personal capacities in the case of psychosomatic complaints.

This paper presents a survey of the various groups operative in this experiment, and describes the evolution of ideas with regard to objectives, preparation and composition of a group, and the procedure in the group.