

VOORWOORD.

De groepsgewijze behandeling in de huisartsenpraktijk is nog een vrijwel onontgonnen gebied in de huisartsenpraktijk in Nederland.

Het ontstaan van dit literatuurrapport van Mevrouw Wachters-Kaufmann, socioloog, is voortgekomen uit een eerste bespreking in november 1972 met een aantal huisartsen, maatschappelijk werkers, diëtisten en psychologen, die in de huisartsenpraktijk begonnen waren, patiënten met dezelfde soort klachten in een groep te behandelen. Er was hierbij geen sprake van groepstherapie, maar veeleer van een groepsgebeuren dat als therapeutisch medium werkt; waarbij de gespreksleider als bewaker van het groepsgebeuren optreedt. Bij sommige groepen deed de huisarts zelf de groepsgewijze behandeling, bij andere was hij de selecteur en liet hij deze aan anderen over.

Hoewel men enthousiast was, waren er nog vele vragen, bijv.:

- 1: Welke patiënten dient de huisarts te selecteren, met andere woorden, welke patiënten komen voor groepsgewijze behandeling in aanmerking en welke niet?
- 2: Wie dient een groep te begeleiden; een professional, een non- of semi-professional, of hangt dit af van het type klachten of van het type mensen?
- 3: Welke methodiek kan het beste gehanteerd worden zowel inhoudelijk als formeel?
- 4: Welke evaluatiegegevens zijn er bekend, met name over analoge omstandigheden als bij diëtisten, maatschappelijk werkers, etc.? Welke artikelen over evaluatie zijn het beste?
- 5: Is een klacht-gerichte groep beter - gelijk - minder goed te behandelen dan een probleem-gerichte groep?

De opdracht aan Mevrouw Wachters was om uit de veelomvattende literatuur over groepstherapie, groepsdynamica etc., die gegevens te verzamelen die relevant waren voor bovengenoemde vragen en welke toepasbaar zijn in de huisartsenpraktijk.

De functie van het rapport zou zijn dat het moest dienen zowel voor intern (binnen het N.H.I.), als voor extern gebruik (veldwerkers) ter ondersteuning van verdere ontwikkeling van deze nieuwe wijze van behandelen in de huisartsenpraktijk.

In het hiervolgende verslag is een aanzet hiertoe gegeven.

Voor diegenen van de huisartsen, die met groepsgewijze behandeling van patiënten zelf willen beginnen verdient het aanbeveling zich verder in de literatuur te verdiepen en een gedegen training in groepsrelaties te volgen.

Ik hoop dat er met vrucht gebruik van gemaakt zal worden.

C.P. Bruins.

26
NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT
Mariahoek 4
UTRECHT Tel. 030 319946



NIVEL
bibliotheek

drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

GROEPSGEWIJZE BEHANDELING

door

Mevr. C.S.M. Wachters - Kaufmann

1974

Prijs f 7,-

Uitgave van het Nederlands Huisartsen Instituut
Mariahoek 4 te Utrecht Tel. 030 - 31 99 46

INHOUD:	BLZ.
INLEIDING	1
I. DE RATIONALE, DE REDEN VOOR EEN GROEPSGEWIJZE BEHANDELING	3
1: Algemene beschouwing	3
2: Onderzoeksbevindingen	5
II. DE SELECTIE VAN PATIËNTEN: WIE (1) SELECTEERT WIE (2)?	11
1: Algemene beschouwing	11
2: Onderzoeksbevindingen	12
III. DE BEGELEIDING VAN DE GROEP	16
1: Algemene beschouwing	16
2: Onderzoeksbevindingen	17
IV. DE METHODIEK, ZOWEL INHOUDELIJK ALS FORMEEL BEZIEN	20
1: Algemene beschouwing	20
2: Onderzoeksbevindingen	21
V. HET PROCESVERLOOP EN DE EVALUATIE	25
1: Algemene beschouwing	25
2: Onderzoeksbevindingen	25
NAWOORD GROEPSGEWIJZE BEHANDELING	33
ADDENDUM	34
LITERATUURLIJST	36

INLEIDING.

De opdracht van het Nederlands Huisartsen Instituut luidde een literatuurrapport samen te stellen, waarin huisartsen informatie kunnen vinden over de groepsgewijze behandeling van patiënten in een huisartsenpraktijk. Deze groepsgewijze behandeling (tegenover de individueel gerichte benadering) wordt in de huisartsenpraktijk weinig toegepast. In Nederland zijn enkele gezondheidscentra met deze methode bezig (geweest). Hierover is nauwelijks onderzoek gedaan, evaluatie evenmin.

Er bestaat basis-theoretisch materiaal in de sociale psychologie, met name in de groepsdynamische richting en materiaal in de medisch-psychiatrische sfeer.

(Nog) bij afwezigheid van onderzoek en literatuur specifiek gericht op de huisartsenpraktijk, gaat het om relevante facetten uit beide genoemde invalshoeken te benutten voor de gezondheidszorg in het eerste echelon. In deze literatuur-documentatie staat de huisartsenpraktijk-setting centraal. Een deel van de klachten waarmee patiënten naar de huisarts komen, blijkt niet alleen te liggen op het somatische vlak, maar evenzeer op het vlak van de psycho-sociale hulpverlening.

Het aantal klachten met belangrijke psychologische en sociale componenten is naar onze indruk vrij hoog, hoewel het getal sterk afhankelijk is van de criteria die men aanlegt en ook in hoeverre men bereid is deze componenten te registreren.

De patiënten presenteren zich bij de huisarts vooral met hun somatische kant; de behandeling zal, als we uitgaan van de mens als een psycho-sociale-somatische eenheid, naar alle waarschijnlijkheid meer optimaal zijn wanneer deze geïntegreerd plaatsvindt.

Het terrein van dit literatuur-overzicht wordt op twee manieren afgebakend. Het gaat om:

- A) Somatische aandoeningen, waar psychologische en sociale componenten een niet onbelangrijke rol spelen bij het totale welbevinden van de patiënt. (Presentatie van een louter psychische klacht blijft buiten beschouwing.)
- B1) Patiënten - die zelf ziek zijn.
 - (Groepsgewijze behandeling van ouders met astmatische kinderen bijv. wordt hier niet besproken.)
 - én waarbij in enige mate sprake is van lotsverbondenheid in een groep.
 - (Patiënten met bijv. verkoudheid, traumata komen niet ter sprake, wel bijvoorbeeld crisispatiënten en patiënten met chronische aandoeningen.)
- B2) óf patiënten uit de zogenaamde high-risk-groepen.
 - (Roken, voeding, in-activiteit, stress.)

Elk hoofdstuk bestaat uit twee delen:

- een algemeen inleidend theoretisch gedeelte
- een gedeelte waarin de verschillende auteurs (alfabetisch gerangschikt) melding maken van hun bevindingen.

De auteurs worden zoveel mogelijk letterlijk geciteerd. In de literatuurlijst is nog een extra code toegevoegd voor zover de aandoeningen hetzelfde zijn.

Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- de rationale, de reden voor een groepsgewijze behandeling.
- de selectie van de patiënten: wie selecteert wie?
- de begeleiding van de groep.
- de methodiek, zowel formeel als inhoudelijk bezien.
- het procesverloop en de evaluatie.

Met als slot een nawoord, een addendum en een literatuurlijst.

I. DE RATIONALE, DE REDEN VOOR EEN GROEPSGEWIJZE BEHANDELING.

1. Algemene beschouwing.

Kurt Lewin, één van de grondleggers van de groepsdynamische approach, zegt dat een groep bestaat wanneer een verzameling individuen de volgende kenmerken vertoont:

- 1: gemeenschappelijke doeleinden, motieven, die de richting van de groep bepalen.
- 2: gemeenschappelijke normen, standaarden voor individueel gedrag.
- 3: gestabiliseerde rollen en differentiatie hierin.
- 4: interactie.
- 5: interpersoonlijke aantrekkingskracht.

Ad 1: De doeleinden moeten duidelijk zijn voor de leden en door allen gedeeld worden. De groep moet ook enige mate van overeenstemming bereiken met betrekking tot de volgorde en de synchronisatie van de acties (ter bereiking van de doeleinden).

Ad 2: Groepsnormen oefenen druk uit op de uniformiteit binnen de groep. Een dergelijke uniformiteit heeft vier functies:

- de groep te helpen zijn doeleinden te bereiken.
- de groep te helpen zich als groep te handhaven.
- de leden te helpen geldigheid te ontwikkelen voor hun opinies.
- de leden te helpen hun relaties tot hun sociale omgeving te definiëren.

Ad 3: Veel participanten geloven in het begin niet dat zij ook iemand anders kunnen helpen. De participant zelf kan immers in de groep ook als hulpbron "aangesproken" worden.

Wanneer groepsleden zien, dat zij op hun beurt van nut voor anderen kunnen zijn, ontwikkelt zich een gevoel van vertrouwen, ervaren zij een toename in hun gevoel van eigenwaarde, zullen zij er minder toe geneigd zijn primair afhankelijk te zijn.

Een participant leert dat hij samenwerkt met de groepsleider (het staflid) in plaats van van hem afhankelijk te zijn. De participant moet verantwoordelijkheid voor zijn eigen gedrag leren aanvaarden.

De patiënt wordt in een groep behandeld als een verantwoordelijke volwassene.

Het staflid, de groepsleider, moet geaccepteerd worden door de leden individueel en door de groep als geheel.

Hoe duidelijk de begeleider begrip heeft van het groepsdoel en de wegen, die daarheen leiden, hoe hechter hij bij het groepsdoel betrokken is, hoe meer hij meevoelt met de groepsemoties en hoe meer zijn invloed geaccepteerd wordt.

Ad 4: De groepsinteractie impliceert pogingen van groepsleden elkaar op specifieke manieren te beïnvloeden met betrekking tot veranderingen in gedrag, attitudes, opinies en overtuigingen. De mate waarin pogingen succes hebben is het resultaat van enerzijds machtsbronnen (rijkdom, intelligentie, onderscheidenheid, prestige) en anderzijds basismotieven voor macht (beloning, dwang,

gelegitimeerde, expert en referente macht).

De mate van coöperatie onder de groepsleden is relevant: de communicatie over ideeën, coördinatie van krachtsinspanningen en een vriendelijke sfeer liggen aan de basis van groepsharmonie en effectiviteit, welke verstoord worden, wanneer leden elkaar beconcurreren met betrekking tot wederzijds uitsluitende doeleinden. Bovendien produceert concurrentie een grotere persoonlijke onzekerheid.

De begeleider moet de functionele communicatie bevorderen, de concurrerende strevingen uit de weg ruimen en leren coöperatief te werken.

Ad 5: De spontane formering van groepen is gebaseerd op de verwachting van individuen dat zij voordeel zullen hebben bij het functioneren als groep.

Groepsforming is gebaseerd op vrijwillige interpersoonlijke instemming; er moet verondersteld worden dat het aantrekkelijk is voor de leden.

Angst en onzekerheid zijn factoren die doorgaans een verlangen scheppen om met andere mensen samen te zijn. Het is belangrijk steun en geruststelling te krijgen en gelijke ervaringen te delen.

Iemands aantrekkingskracht tot een groep wordt bepaald door:

- zijn hoofdmotief voor attractie.
- de prikkelende eigenschappen van de groep.
- zijn verwachting dat lidmaatschap ten voordele van hem zal zijn.
- zijn vergelijkingsniveau (de aantrekkingskracht van alternatieve groepen).

Het doel van een groepsgewijze behandeling is iedere participant de kans te geven mensen te ontmoeten met gelijke moeilijkheden om over zijn problemen te praten, om beter begrip van zichzelf te krijgen, om te leren zich beter uit te drukken en om te leren zich beter tot anderen te verhouden. De focus is erop gericht de ineffektieve maladaptieve manier van omgaan met problemen te corrigeren, zijn vertrouwen te doen toenemen en zijn bekwaamheid te vergroten om aan die problemen effectief weerstand te bieden.

Het gaat erom verkeerde gedragspatronen af te leren en betere aan te leren: deconditioneren en heropvoeden.

Met andere woorden: vormen van gedrag aanleren, die voor het individu en voor de sleutelfiguren in zijn omgeving zoveel mogelijk (gezondheid en) bevrediging meebrengen en gedragsvormen afleren, die voor het individu en zijn menselijke omgeving (schadelijk en) frustrerend zijn.

Een individu functioneert in zijn dagelijks leven in allerlei groepen. Het belangrijkste doel van een groepsbehandeling is dan ook (gezien vanuit "learning" principes) het individu te helpen een meer effectieve groepsparticipant te worden.

Sub-doelen, die de manieren aangeven waarop dit primaire doel vervuld wordt zijn: •

- het ontwikkelen van meer zelfvertrouwen.

- de gevolgen van iemands gedrag op anderen leren overzien.
- de gevolgen van het gedrag van anderen op iemand leren overzien.
- leren hoe groepen functioneren en de consequenties van bepaalde soorten groepshandelingen leren overzien.
- het aanleren van een effectieve manier van probleem-oplossing.
- leren "hoe te leren".

Het zijn bekwaamheden die de participant gevoelig moeten maken voor processen, die zich afspelen tussen individuen en in groepen. Als neven product van deze sub-doeleinden neemt zijn gevoel van eigenwaarde en van sociale competentie toe, toont hij meer bereidwilligheid en aanvaardt hij meer verantwoordelijkheid voor zijn eigen gedrag in relatie tot anderen.

In de meeste therapeutische groepen heerst het algemeen gevoelen dat een basisvereiste voor het bereiken van alle zinvolle besluiten en gedragswijzigingen ligt in het onderkennen en aanvaarden (door de deelnemers van de groep) van de behoeften en gevoelens die hun daden motiveren.

Het groepsbestaan wordt gezien als een middel om op de meest effectieve wijze de behoefte van de enkeling te onderkennen en te bevredigen.

Conditie voor zo'n groepsbestaan:

- mensen moeten zich in een groep zeker voelen, voordat ze de aan hun daden ten grondslag liggende bases onder ogen durven zien.
- gespreksonderwerpen vormen de basis die de groep verenigt, maar ze zijn meer middel dan doel.
- de groep streeft ernaar de deelnemers het gevoel te geven de persoon blijvend te aanvaarden, ondanks eventuele verwerping van zijn gedrag of idee.
- de groep is de plaats waar een idee naar realiteit getoetst kan worden en het is de plicht van de leider en andere leden om eerlijk te reageren.
- de deelnemers van de groep laten hun gevoelens niet alleen blijken in de woorden die ze gebruiken, maar ook in hun uiterlijk gedrag.
- hoe intensiever een deelnemer meedoet in een groep, hoe meer hij er baat bij vindt.
- de groep wordt meer versterkt door persoonlijke verschillen te erkennen dan door zich te concentreren op de bases van overeenkomst en eenstemmigheid.
- mensen reageren op grond van hun visie op een situatie welke gebaseerd is op vroegere ervaringen.

2. Onderzoeksbevindingen.

Gezondheidscentrum Ommoord - Rotterdam, Bakker.

Bakker geeft een verslag van gespreksgroepen voor vetzuchtigen.

Bij een individuele symptoombenadering (met behulp van een dieet en de relatie diëtiste - patiënt) blijft het probleem achter het symptoom bestaan. De klassieke individuele benadering mislukt of heeft slechts tijdelijk succes.

Overgewicht is een multi-conditioneel probleem, waarbij patiënten on-

der meer geleerd hebben de bevrediging die zij vinden in het eten te aanvaarden voor bepaalde tekorten in het persoonlijk functioneren.

Vandaar dat

a: wijziging van de attitude

b: opheffing van communicatiestoornissen

c: en het veranderen van (eet)gedrag

de hoekstenen zouden kunnen zijn voor een alternatieve benadering.

Ad a: Uit sociaal-psychologisch onderzoek blijkt dat groepsteun, -discussie en -beslissing, geëigende methoden kunnen zijn om attitudewijziging tot stand te brengen.

Ad b: Communicatieproblemen oplossen door het met elkaar communiceren te "oefenen" in een groep.

Ad c: Dikke mensen hebben (morele) steun nodig, die het best kan worden gegeven door een groep lotgenoten.

Anders gezegd, als doelstellingen van de groepen worden bepaald:

- Inzicht verkrijgen in het (eet)gedrag en in de achterliggende problematiek.
- Komen tot alternatief gedrag.
- Afvallen stimuleren, aanleren van andere eetgewoonten.
- Aanleren van sociale vaardigheden.

Battegay en Ladewig.

De auteurs zijn van oordeel dat aan alcohol en aan geneesmiddelen verslaafden, op grond van hun problematiek, effectiever behandeld kunnen worden middels een groeps-psychotherapie dan middels een individuele psychotherapie.

Het ontwikkelen van een behandelingsplan omvat:

a: de samenstelling van een behandelingspopulatie,

b: de differentiëring van de behandelingsmogelijkheden,

c: het opstellen van een behandelingsdoel.

Ad a: Dit onderwerp wordt behandeld in het hoofdstuk selectie.

Ad b: Er bestaan talloze behandelingsmogelijkheden, waarbij de patiënt vanuit een multi-dimensioneel gezichtspunt bekeken behoort te worden, maar waarbij ook het gevaar van poly-pragmatische behandelingsvormen dreigt.

Ad c: Niet alleen onthouding is het behandelingsdoel; alcohol- en geneesmiddelenmisbruik moeten ook gezien worden als symptoom van communicatieve storingen van het desbetreffende individu in en met de wereld om hem heen.

Bilodeau.

De reconvalescentieperiode van hartinfarctpatiënten kenmerkt zich door emotionele moeilijkheden. Deze worden slechts deels opgelost door verklaringen en verduidelijkingen van de dokter.

De patiënten maken zich zorgen over veranderingen in hun fysieke activiteit en hun werkcapaciteit, acceptatie door hun gezin, hun sexuele

adequaatheden, over veranderingen in rook- en drinkgewoonten en de kans op een terugkerend hartinfarct met mogelijk de dood tot gevolg. De patiënten proberen deze gevoelens de baas te worden via repressie, ontkenning en andere defensieve mechanismen.

Het lijkt daar zinnig om een groepstherapie op te zetten om zowel de psychologische problemen nader te onderzoeken, als ook om de waarde van dergelijke groepsbijeenkomsten - met als doelstelling oplossing van deze problemen - te bepalen.

Bouchard.

Zij stelt, dat de voordelen van een groepsbehandeling speciaal voor fysiek gehandicapte patiënten relevant zijn. De drastische verandering in de functionele mobiliteit en in het lichaam-image vereist een rol-herdefiniëring.

Patiënten met een te vergelijken fysieke handicap blijken therapeutisch te zijn voor elkaar, zowel bij de oefeningen (het fysieke aspect) als ook in de discussie (het emotionele aspect). Een dergelijke groepservaring completeert de arts - patiënt - relatie. De groep helpt de patiënt een gezonde aanvaarding van hemzelf als een gehandicapt persoon te ontwikkelen en zijn beperkingen te accepteren. De groep leert hem om als sociaal wezen te reageren.

Een bemoedigende sfeer moet ontstaan om elkaar te helpen. De patiënt moet een gevoel ervaren van eenheid, van erbij horen, van verantwoordelijkheid en van nut te zijn voor een ander.

Cormier.

Het voorschrijven van een dieet, de meest frequent gebruikte methode om af te slanken, leidt vaak tot teleurstellende resultaten.

Gewoonlijk verliest minder dan een derde voldoende gewicht. Dit onderzoek wil nagaan of een groepsbehandeling betere resultaten oplevert dan een individuele benadering.

Harmon c.s.

Heeft met betrekking tot de klacht overgewicht verschillende approaches uitgeprobeerd, met de volgende conclusies:

- individuele hulpverlening is tijdrovend en weinig productief.
- groepsbijeenkomsten met het accent op de fysieke aspecten en groepsbijeenkomsten met het accent op emotionele aspecten zijn weinig bevredigend.

Het gaat erom de meest effectieve groepsbenadering te vinden om gewicht kwijt te raken.

Daartoe worden de volgende sub-doelen geformuleerd:

- de reden van het overgewicht begrijpen.
- de patiënt tot gewichtsvermindering motiveren.
- de patiënt aan te moedigen vol te houden.
- nagaan of verpleegsters deze groepen kunnen leiden.

Vera Heller.

Zij stelt dat, ofschoon gehandicapte patiënten verschillend gediagnostiseerd kunnen worden, zij toch ook - via hun handicap - bepaalde ge-

meenschappelijke problemen kunnen hebben.

De expressies van deze patiënten zijn te verwachten reacties op een moeilijke situatie, voortgekomen uit het verlies van een lichaamsdeel of uit het verlies van de functie van een lichaamsdeel of een orgaan. Deze reacties zijn een deel van het aanpassingsproces.

Elke patiënt doorloopt de fasen van dit proces. De duur en de intensiteit van de verschillende fasen zullen grotendeels bepaald worden, enerzijds door het vanuit het verleden ontwikkelde vermogen van de patiënt weerstand te bieden aan stress-veroorzakende situaties en anderzijds door de ernst van de aandoening.

De auteur, tegelijk groepsleidster, realiseert zich, dat informele groepsdiscussie effectief zou kunnen zijn om iets voor de patiënt te bereiken.

Immers door gezamenlijk over hun moeilijkheden te praten, ontdekken zij dat hun vrees, angsten en zorgen, waarin zij veronderstelden geïsoleerd te staan, in feite gedeeld worden. In een groep worden zij gewaardeerd, gerespecteerd, begrepen en krijgen zij een gevoel van erbij te horen.

Mann c.s.

In hun onderzoek gaat het om de totale rehabilitatie van langdurig ernstig gehandicapte patiënten.

De groepsgewijze benadering is hier gebaseerd op de theorie van het zelf-concept en is bedoeld om het gevoel van persoonlijke waarde te vergroten.

Karakteristiek voor iemand, die met een behandeling begint is het beeld dat hij heeft van zichzelf: dit beeld is ver verwijderd van het beeld van de persoon, die hij graag zou willen zijn. Heeft de behandeling succes, dan komt het concept, dat de patiënt over zichzelf heeft meer overeen met zijn concept over de ideale persoon.

De groep dient als een ondersteunend milieu. Gehandicapte patiënten voelen zich vaak een niet-begrepen minderheid. De groep helpt hen deze gevoelens te delen met anderen, die in dezelfde situatie verkeren. De groep heeft ook dikwijls een informatieve functie.

De focus van de groepsgewijze behandeling is gericht op het situationele aspect van hun handicap en op de beschikbare mechanismen om "to cope with it".

De auteurs formuleren daartoe een aantal doeleinden:

- Iedere patiënt helpen het niveau van zijn zelf-concept te verhogen, teneinde hem bij zijn totale rehabilitatie behulpzaam te zijn.
- Depressieve patiënten over hun depressies heen helpen in een wederzijds ondersteunende sfeer. De patiënt deelt zijn gevoelens met de groep.
- Een sfeer scheppen waarin interpersoonlijke relaties kunnen worden besproken en waarin een actieplan kan worden opgesteld om moeilijkheden op te lossen.
- Het wijzigen van bepaalde perceptie-verstoringen, die patiënten in de relatie patiënt - staf en in de relatie tussen patiënten onderling kunnen hebben.
- Informatie verschaffen over de aandoening; met behulp van deze in-

formatie alternatieven bezien, in de hoop dat deze de motivatie vergroten om een nieuwe gedragslijn te bepalen.

Er worden vijf basis-curatieve factoren in een groepstherapie genoemd:

- altruïsme
- universaliteit
- imitatie
- informatie
- groepscohesie.

Munves.

Gaat na welke methode het meest effectief is om patiënten aan te zetten te vermageren en op het eenmaal bereikte (juiste) gewicht te blijven: een dieet-gesprek of een groepsdiscussie?

Philips Medische Dienst Eindhoven, Schouwstra.

Uitgangspunt van het project is een aantal patiënten met een min of meer gelijksoortige psycho-sociale problematiek op basis van een duidelijk somatische afwijking in een groep bij elkaar te brengen (c.q. adipositas).

Er worden een aantal doelstellingen geformuleerd:

- Nagaan of het mogelijk is groepsgewijs hulp te verlenen aan deze categorie.
- Nagaan of deze behandeling effectiever en/of meer tijdsbesparend is.
- Te komen tot een vruchtbare samenwerking tussen maatschappelijk werk(st)er en huisarts en te komen tot een nadere plaatsbepaling van ieder in deze samenwerking.

Tevens worden enkele sub-doelen geformuleerd betreffende:

- grootte van de groep,
- selectiewijze,
- motivatie,
- rol van de huisarts, de maatschappelijk werk(st)er, de diëtiste en de patiënt,
- functioneren van de patiënt als groepslid,
- bereiking van het doel.

Simmons.

Als doel van onderzoek staat hem voor ogen: de effectiviteit van groepsmethoden te bepalen, in het door hem beschreven geval, als een approach om gewicht kwijt te raken.

Witteman.

Het onderzoek naar het therapeutisch effect van korte progressieve groepsrelaxatie is exploratief van aard. Het wordt opgezet om te kijken of groepsrelaxatie therapeutisch iets te bieden heeft voor H(yper) V(entilatie) S(yndroom)-patiënten.

De situatie is momenteel zo, dat veel HVS-patiënten zich moeten zien te redden met kalmerende middelen. Dit geeft de patiënten weinig of geen verbetering. Een intensieve individuele therapie is erg kostbaar. Wanneer de arts een HVS-patiënt naaraan psychotherapeut verwijst voor individuele therapie is bovendien de kans groot, dat de patiënt daarin een bevestiging ziet van zijn angst abnormaal te zijn of te worden. Voor de behandeling door middel van groepsrelaxatie lijkt de drempel voor de patiënten minder hoog. De behandeling is ook minder kostbaar. De relaxatietraining sluit aan bij de lichamelijke klachten, die patiënten hebben. Tijdens de groepsgesprekken kan duidelijk gemaakt worden hoe angsten, spanningen en problemen, die zij hebben, zich uiteten in lichamelijke klachten. Hoe gezins- of werkproblemen van invloed zijn op hun lichamelijke en psycho-sociaal welbevinden. De mogelijkheid om zijn lichaam te ontspannen kan de patiënt het gevoel geven zichzelf weer onder controle te hebben, waardoor zijn zelfvertrouwen wordt vergroot. Dit biedt hem weer meer mogelijkheden om aan zijn gezins- of werkproblemen te werken.

Het is met andere woorden belangrijk, dat de patiënt ook de psychologische mechanismen achter het HVS leert begrijpen. Door bespreking van de traumatische situatie, die de aanleiding tot HV vormt, krijgt de patiënt gelegenheid zijn eigen angsten en fantasieën te exploreren. Hij vindt dan alternatieve wegen om tot een oplossing te komen. Hij leert beter om te gaan met zijn eigen emoties. Door het overwinnen van zijn fixaties en afhankelijkheid komt de patiënt tot een meer positieve aanpassing.

Wollersheim.

Heeft zich ten doel gesteld een groepstherapie te ontwikkelen voor overgewicht-patiënten, gebaseerd op de "learning" principes. Dit theoretisch uitgangspunt ziet het eetgedrag als wezenlijk gelijk aan andere aangeleerde gedragspatronen in termen van ontwikkeling, handhaving en verandering. Het gaat daar om het ontwikkelen van veranderingstechnieken en om het evalueren van de effectiviteit ervan in een experimenteel design. Er worden vier experimentele condities vergeleken.

Tot nu toe zijn de resultaten meestal bedroevend, rapporteert de auteur: over het algemeen vermagert 25 % slechts aanzienlijk en geeft ongeveer 80 % van de obesitas-patiënten het vermageren voortijdig op.

II. DE SELECTIE VAN PATIËNTEN: WIE (1) SELECTEERT WIE (2)?

1. Algemene beschouwing.

Ad 1: Gezien vanuit een huisartsenpraktijk is de huisarts de meest aangewezen persoon om patiënten te selecteren die voor groepsgewijze behandeling in aanmerking komen. De patiënt komt immers in eerste instantie bij zijn huisarts zijn probleem aanbieden. Bij een gezondheidscentrum zou ook iemand anders (bijv. een psycholoog of een maatschappelijk werker) het team patiënten kunnen selecteren, maar aangezien dit (nog) nergens toepassing vindt, gaan we ervan uit dat de huisarts selecteert. Hiermee stuiten we tegelijk op het probleem van de interdisciplinaire samenwerking. Een interdisciplinair behandelingsteam dat streeft naar een gemeenschappelijke visie op een bepaald probleem wordt geconfronteerd met drie probleem-bronnen:

- a: barrières op grond van verschillen in discipline, de zogenaamde verschillen in taal.
- b: barrières op grond van verschillen in mate van professionalisering.
- c: barrières in interpersoonlijke relaties, die deels veroorzaakt worden door de individuele reactie van de teamleden op elkaars persoonlijke kenmerken en door a) en b).

Er zijn twee modellen te onderscheiden:

- De arts staat centraal, d.w.z. hij "zeeft" patiënten.
 - De maatschappelijk werker (bijv.) staat centraal (patiënt meldt zich hier het eerst aan): d.w.z. hij "zeeft" patiënten.
- Beide benaderingen zijn gebiased.

Mogelijke oplossing zou kunnen zijn: uit te gaan van de alternativiteit van gezichtspunten. Arts en maatschappelijk werker (in dit geval) bekijken samen het intakeverslag. Dit betekent dat iedere keer opnieuw vastgesteld zal moeten worden, welk kanaal (van de arts of van de maatschappelijk werker) de meeste kans op succes biedt. Iedere discipline heeft de neiging de werkelijkheid te structureren naar zijn eigen kennisgebied, zijn instrumenten en zijn mogelijkheden. Ondanks nadruk op integratie is er toch geen integrale theorie. En wel om de volgende redenen:

- de werkelijkheid is niet direkt kenbaar.
- er is geen interdisciplinaire theorie.
- er zijn wel monodisciplinaire brokken getoetste kennis.
- deze brokken kennis zijn nog niet op elkaar te herleiden, de overeenkomst is slechts formeel.
- we kunnen deze verschillende gezichtspunten wel beschouwen als in principe gelijkwaardige alternatieven.

- Ad 2: - Sommige onderzoekers pleiten er voor om met variabelen als sociale klasse en leeftijd rekening te houden bij het indelen in groepen. De normen en de levensstijl zullen meer gebieden omvatten dan alleen die betreffende de gezondheid.
- Andere onderzoekers zeggen dat het niet voorspelbaar is hoe

individuen op grond van persoonlijkheidskenmerken in een groep zullen reageren.

- Weer anderen zijn tot de slotsom gekomen dat verschillen in achtergrond-gegevens verbazingwekkend gelijke resultaten opleveren.

In veel onderzoeken wordt uitgegaan van een zeker verbaal vermogen van de participant. Verbale technieken zijn eigenlijk alleen maar voor een beperkt aantal mensen geschikt.

In de toekomst zou wellicht van deze voorwaarde afgezien kunnen worden als ook non-verbale therapieën meer opgang maken.

Andere vaak voorkomende voorwaarden die in de literatuur genoemd worden zijn:

- een bepaalde mate van motivatie van de participant.
- naar gelijk gerichte oriëntaties (verwachtingen, doeleinden) in groepen indelen.
- een bepaalde conditie met betrekking tot de aandoening: bijv. een minimaal aantal ponden overgewicht.
- geen contra-indicatie.
- op basis van vrijwilligheid.

Ook treffen we meer algemene formuleringen aan:

- patiënten met een probleemveld achter zich, waarvan de inhoud niet geheel duidelijk is, komen voor groepsgewijze behandeling in aanmerking.

Deze patiënten consulteren voor de meest uiteenlopende klachten steeds de huisarts.

Via een groepsgewijze benadering probeert men er wat aan te doen.

- In principe komen alle groepen patiënten die door een somatische behandeling niet alleen of helemaal niet te helpen zijn in aanmerking.
- Patiënten met klachten komen in aanmerking:
 - . wanneer de klacht(en) voldoende frequent voorkomen in een huisartsenpraktijk om een groep uit dit patiënten-bestand samen te stellen.
 - . wanneer de klacht(en) relevant zijn voor de eerstelijnsgezondheidszorg, d.w.z. dat de huisarts de consequenties van zijn handelen kan overzien, met andere woorden verwijzing is niet nodig.
 - . wanneer bij de klacht(en) psycho-sociale aspecten een rol spelen. Bij traumata en verkoudheid bijvoorbeeld kan er nauwelijks sprake zijn van lotsverbondenheid in een groep. Eerder komen chronische aandoeningen en crisis-patiënten in aanmerking.
(Bijv. overlijden van een verwant, verandering van werk, mutilatie.)

2. Onderzoeksbevindingen.

Gezondheidscentrum Ommoord - Rotterdam, Bakker.

De selectiecriteria zijn wat vaag gehouden:

- een of meer mislukte dieetpogingen

- alleen vrouwen (dik zijn is vooral een probleem van vrouwen in genoemd gezondheidscentrum)
- "zelf-selectie" via omschrijving van de doelstelling in een brief (uit het bestand van de diëtiste werden 100 personen, die meerdere mislukte dieetpogingen achter de rug hadden aangeschreven) en een informatie-avond.
- een financiële bijdrage van iedere participant.

Battegay en Ladewig.

Beide auteurs merken ten aanzien van de samenstelling van een behandelingspopulatie het volgende op:

Terwijl sommige de keuze van patiënten met betrekking tot een therapie van geen betekenis vinden, geloven wij dat bepaalde persoonlijkheidscriteria en sociale criteria de behandeling wezenlijk zullen beïnvloeden.

Volgens Battégay en Ladewig laat een patiëntenpopulatie zich op grond van psychiatrische, sociologische en klinische criteria bepalen.

Bouchard.

Stelt in haar artikel de vraag: Hoe komen patiënten in een groep terecht?

In haar onderzoek worden de fysiek gehandicapte patiënten verwezen door de arts, de fysiotherapeut, de arbeidstherapeut, de logopediste of door groepsleden zelf.

Harmon c.s.

Hanteert als selectiecriteria bij de groepsgewijze behandeling van overgewicht:

- minimaal vijftien pond overgewicht,
- op basis van vrijwilligheid.

Vera Heller.

Zij (auteur, verpleegster, groepsbegeleidster in één persoon verenigd) selecteert, bijgestaan door de hoofdzuster, die tegelijk achtergrondinformatie over de patiënten verschaft, de patiënten met behulp van de volgende criteria:

- fysiek ongemak,
- niet-bedlegerig,
- tot verbale communicatie in staat.

Mann c.s.

Zij hanteren de volgende selectiemethode:

In het begin worden de groepsleden door drie therapeuten beoordeeld naar:

- gepercipiëerde noodzaak voor psychische hulp,
- verbaal vermogen,
- ideeën en hulp, die de patiënt de groep zou kunnen bieden.

Later brengen groepsleden nieuwe patiënten aan, die hulp behoeven of geïnteresseerd zijn, een informele wijze van recrutering, waarin het gevaar schuilt, dat er door deze onsystematische werkwijze patiënten gemist worden.

Philips Medische Dienst Eindhoven, Schouwstra.

Selectiecriteria gehanteerd in het adipositas-onderzoek:

- vrouwen,
- in de leeftijd van 25 - 50 jaar,
- qua intelligentie en milieu geen te grote verschillen vertonend (alleen ziekenfondspatiënten),
- met een medisch ongecompliceerde vorm van adipositas (met een minimum van 20% overgewicht t.o.v. het ideale gewicht),
- de patiënten komen uit eigen beweging hulp vragen na minstens één vermageringspoging,
- zonder belangrijke psychische stoornissen.

Schouwstra overweegt verder:

Het lijkt alsof verschillende doelstellingen (ofwel het accent op het meer technische niveau ofwel het accent op het meer emotionele niveau) en daarmee ook verwachtingen, onzekerheid veroorzaken in het groepsgebeuren en dus ook voor een deel van de deelnemers of teleurstellend of belemmerend werken.

Het lijkt op grond van deze ervaring redelijk dit verschil in doelstelling (en daarmee verwachting) in de selectie in te voeren.

Vervolgens geeft hij enige punten ter discussie aan:

- wanneer men bij een aantal mensen groepsvorming initiëert heeft men uit dien hoofde al een doelstelling voor ogen.
- vanuit die doelstelling zal men trachten een aantal mensen bijeen te brengen, waarvan men bewust of onbewust verwacht, dat ze binnen het kader van die doelstelling het groepsgebeuren min of meer succesvol zullen ondergaan. Dit betekent dus, dat men toch een zekere selectie toepast.
- wanneer men patiënten van huisartsen kiest, betekent dit ook reeds een selectie, want deze mensen moeten zich al min of meer hulpbehoevend aan hun huisarts kenbaar gemaakt hebben.
- het definiëren en hanteren van duidelijk omschreven selectieprincipes en doelstellingen zou kunnen leiden tot een sneller en beter "effect" van groepsgewijze benadering.
- het lijkt nuttig onderscheid te maken tussen:
 - a: het tot stand brengen van een "geslaagd" groepsgebeuren, voornamelijk een sociale doelstelling,
 - b: en het middels het groepsgebeuren tot stand brengen van een bijvoorbeeld therapeutisch doel.
- op grond van geringe ervaring lijkt het zinvol bij de selectie rekening te houden met de doelstellingen, waarmee patiënten aan het groepsgebeuren gaan deelnemen.

Simmons.

Onderscheidt een viertal selectie-elementen:

- recrutering, op basis van a: vrijwilligheid
b: fysieke gezondheid
c: geen contra-indicatie m.b.t. gewichtsvermindering
- oriëntatie, iedere patiënt wordt
gewezen op: a: de idee en de procedures van de groepsbenadering
b: het belang van het regelmatig bijwonen van de bijeenkomsten
c: het beschikbaar moeten zijn voor follow-up
- beoordelingsprocedures,
nl.: a: lichamelijk onderzoek en laboratoriumtesten ondergaan
b: interview met een diëtiste wordt afgenomen
c: een serie psychologische tests wordt afgenomen
- groep, de participanten worden
in groepen ingedeeld
naar: a: leeftijd (boven of beneden de 40 jaar)
b: geslacht
c: beroep

Verder suggereert de auteur, dat het inbouwen van de variabele mate van overgewicht (d.w.z. weinig of veel afslanken) misschien ook bepaalde voordelen biedt.

Witteman.

De proefpersonen zijn patiënten van één huisarts en zijn door deze arts als HV-patiënten gediagnostiseerd. Omdat uit de over het H.V.S. gepubliceerde literatuur niet duidelijk is op grond van welke criteria een mogelijk verdere selectie zou moeten plaatsvinden, is hiervan afgezien.

Wollersheim.

De selectiecriteria zijn:

- motivatie
- het percentage overgewicht moet minimaal 10% boven het wenselijke gewicht liggen.

In haar onderzoek zijn het allemaal vrouwelijke studenten in de leeftijd van 18 - 36 jaar, die tevoren geprobeerd hebben af te slanken, echter zonder succes, waardoor zij erg ontmoedigd zijn.

III. DE BEGELEIDING VAN DE GROEP.

1. Algemene beschouwing.

Bestaat er verschil in groepsfunctionering tussen enerzijds een groep waar participanten zonder een vastomlijnd plan, zonder procedures en zonder begeleiding, met elkaar gedachten, gevoelens en ervaringen uitwisselen, en anderzijds een groep die strak gepland, gecoördineerd en begeleid wordt?

Uit onderzoek is naar voren gekomen dat een niet-gestructureerde groep een doel van hoge kwaliteit niet kan bereiken vanwege hiaten in:

- het vormen van goede alternatieven
- het selecteren van de beste alternatieven
- het benutten van relevante feiten
- het stellen van goede diagnoses
- het onderscheiden van feiten, meningen, hindernissen, oplossingen en doeleinden.

Hier is een taak voor de leider weggelegd: hij kan de producten van groeps-problem-solving en -besluitvorming bevorderen.

In alle hier vermelde onderzoeken wordt de groep begeleid. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen:

- een groepsleider - professional: iemand die getraind is
- een groepsleider - non-profes- : afhankelijk van de doelstelling (de
sional klacht) bijvoorbeeld iemand uit de
groep zelf of een ex-patiënt.
- een groepsleider - semi-profes-: iemand bij wie de klacht het eerst te-
sional recht komt, afhankelijk van de doel-
stelling (de klacht)

In de literatuur komt de keuze van een bepaald type groepsleider in relatie tot de doelstelling (de klacht) nauwelijks ter sprake. In enkele onderzoeken wordt geëxperimenteerd met verschillende typen begeleiding naast elkaar. Duidelijke conclusies zijn niet te trekken.

De taak van de groepsleider kan als volgt omschreven worden:

- hulp bieden bij het in kader brengen van de groepsdoelen
- de groep helpen het doel te bereiken
- de kwaliteit van de interacties tussen de leden verbeteren
- bouwen aan de samenhang van de groep
- hulpmiddelen beschikbaar stellen voor de groep

Van de groepsleider kan verwacht worden dat hij meer positieve kwaliteiten bezit als intelligentie, enthousiasme, dominantie, zelfvertrouwen, maar hij zal niet radicaal mogen afwijken van zijn achterban. Hij heeft waarschijnlijk minder persoonlijke problemen en kan daardoor meer bij het groepsgebeuren betrokken zijn.

De groepsleider weet dat hij vanwege zijn staf-positie nooit geaccepteerd zal worden als gelijk lid in een groep: hij wordt geaccepteerd tot het punt dat hij niet als een bedreigende outsider wordt beschouwd. Hij kan discussie aanmoedigen, aan alle leden gelijke aandacht schenken, begrip tonen, hen bijstaan dezelfde bevrediging te verkrijgen. Hij kan de groep zodanig richten dat de leden een toenemend gevoel van

eigenwaarde en gratificatie ervaren.

De attitude van de leider ten opzichte van het doel zal het projectresultaat in belangrijke mate bepalen. Het initiatief van de begeleider bij het stimuleren van veranderingen is afhankelijk van twee basis-condities:

- hij moet de noodzaak van zijn taak begrijpen
- hij moet voelen dat hij voor die rolvervulling capabel is.

De begeleider moet de leden van de groep leren hun aandacht eerder op elkaar te richten dan op de leider.

De groep moet langzamerhand de verantwoordelijkheid voor de enkeling en voor het groepsproces van hem overnemen. Als de groep aan rijpheid wint, worden de leidende functies regelmatig door leden van de groep vervuld. Dit wordt zichtbaar in het patroon en in de richting van de communicatie.

Een vraag die opdoemt bij groepsbegeleiding binnen de eerstelijnsgezondheidszorg luidt: wie zijn er groepsgericht opgeleid? In feite weinig personen. Misschien enkele maatschappelijke werksters, wijkverpleegsters die in de groeps-richting afgestudeerd zijn.

Tot slot: er zal ook in de toekomst aandacht geschonken moeten worden aan de coaching van groepsleiders.

2. Onderzoeksbevindingen.

Gezondheidscentrum Ommoord - Rotterdam, Bakker.

De gespreksgroepen voor vetzuchtigen - een experiment van bovengenoemd centrum - staan onder leiding van een agoog en een geïnteresseerde leek.

Bilodeau.

Haar artikel beschrijft een psychiatrisch verpleegster, die een groep van herstellende hartpatiënten leidt.

Functionele kenmerken van haar leiderschapsrol:

- informatief
- non-directief
- weinig interpretatief

De onderwerpen, die ter sprake komen tijdens de groepsbijeenkomsten worden dan ook door de groepsleden geïnitieerd en reflecteren op die manier de groepsbetrokkenheid.

Bouchard.

Groepsbijeenkomsten met gehandicapte kinderen, in haar onderzoek, worden geleid door twee arbeidstherapeuten.

Zij kunnen hun bekwaamheden combineren, observeren accurater, geven betere feedback en bepalen samen de richting van de groep.

Over het algemeen moeten groepsleiders zich ten doel stellen de groep zoveel mogelijk in handen van de patiënten te laten.

Zij kunnen ieder verschillende invloed uitoefenen op de groep, in overeenstemming met hun persoonlijkheid, hun manier van relaties onderhouden, hun persoonlijke voorkeur voor fysieke of psychische aspecten.

Het is naar het oordeel van de auteur niet noodzakelijk, dat de therapeuten ervaring hebben in een groepssituatie. Deze ervaring kan men leren.

Harmon c.s.

Bij de groepsgewijze behandeling van overgewicht in het onderzoek van Harmon c.s. fungeert een verpleegster, die zelf ook te dik is, als groepsleidster. De patiënten accepteren haar heel gemakkelijk, zo in de sfeer van "we zitten dan allemaal in hetzelfde schuitje".

Vera Heller.

Zelf groepsleidster van gehandicapte patiënten formuleert van uit haar functie als groepsleidster enkele doeleinden:

- een geselecteerd aantal patiënten begeleiden.
- een sfeer scheppen, die leidt tot individuele bezinning en een toenemend zelfvertrouwen.
- gelegenheid geven tot emotionele ontspanning.
- patiënten helpen - via hun handicap als lotsverbondenheid - emotionele steun aan en begrip bij elkaar te vinden en hen helpen bij het verkrijgen van een gevoel van erbij te horen.
- haar bekwaamheden als groepsleidster vergroten.

De eerste bijeenkomsten staan onder leiding van de auteur (zij is verpleegster), naderhand wordt haar leiderschap overgenomen door een arbeidstherapeute.

Mann c.s.

Hun artikel bespreekt de groepsgewijze behandeling van patiënten, herstellende van een ruggemergaandoening.

Gedurende de eerste bijeenkomsten snijdt de leider de onderwerpen aan, stelt vragen, houdt de discussie gaande.

Naarmate de groep vooruit gaat neigt de leider ertoe minder openlijk leiding te geven en laat hij meer over aan het initiatief van de patiënten. De leiderschapsfuncties worden dan grotendeels overgelaten aan de meer bewuste patiënten met een groter verbaal vermogen. (De groep wordt namelijk zo gestructureerd, dat oudere patiënten nieuw aangekomen patiënten helpen.)

De drie leiders van de verschillende groepen, twee arbeidstherapeuten en een psycholoog, bespreken eens per week de bijeenkomsten en stippen de te volgen strategie uit. De eventuele consequenties van de verschillende "soorten" groepsleiders worden niet nader aangegeven. Wel wijst de auteur erop dat het idee van het trainen van leken begeleiders positieve instemming heeft gevonden; dit leidt tot vergroting van het gevoel van eigenwaarde van de patiënt en zijn autonomie.

Philips Medische Dienst Eindhoven, Schouwstra.

Dit experiment betreft groepswork onder leiding van een maatschappelijk werkster met adipositas patiënten doorgestuurd door huisartsen.

Simmons.

In zijn obesitas-onderzoek worden verschillende soorten leiders toegevoegd aan de verschillende groepen op grond van interesse en ervaring in leiderschap:

- In het eerste jaar van het onderzoek zijn de groepsbegeleiders een diëtiste, psycholoog, arts, groepswerker, health educator en een andragoog.
- In het tweede jaar worden groepen, die de "directe" approach vertegenwoordigen geleid door een diëtiste en een health educator, terwijl groepen, die de "indirecte" approach vertegenwoordigen, geleid worden door een sociaal-groepswerker en een psychiatrisch sociaal werker.
- In het derde onderzoeksjaar worden leiders uitgekozen zonder enige ervaring uit het verleden van dit project.

De functie van begeleider wordt beschreven als catalysator: de groep helpen het doel te bereiken.

Belangrijke kwalificaties voor de groepsleiders zijn:

- interesse,
- sympathie,
- bereid tot luisteren,
- het hebben van contactuele eigenschappen,
- over enige voedingskennis beschikken (in dit geval).

Gaat het namelijk om specifieke dieet- of medische informatie, dan behoort er toch een deskundige geraadpleegd te worden.

Stafbijeenkomsten met de verschillende groepsleiders wordt nuttig geacht om de problemen die zich voordoen te bespreken en om de verschillende leiderschapsrollen te vergelijken, zodat het de effectiviteit van alle groepen ten goede komt.

De leiders zijn verantwoordelijk voor de inhoud en de structurering van de door hen geleide bijeenkomsten en voor hun roldefiniëring binnen de groep.

Simmons komt in zijn onderzoek tot de conclusie, dat individuen met een verschillende opleiding en ervaring allen even effectief zijn als groepsleider.

IV. DE METHODIEK, ZOWEL INHOUDELIJK ALS FORMEEL BEZIEN.

1. Algemene beschouwing.

Enkele aspecten van de formele methodiek.

- de aard van het deelnemerschap : vrijwillig of onvrijwillig.
In dit literatuurrapport is steeds van vrijwillige deelname sprake.
- de samenstelling van de groep : primaire basis voor het deelnemen is een gemeenschappelijke belangstelling.
- de grootte van de groep : de door de meeste onderzoekers aanvaarde grenzen liggen tussen 8 - 15 personen.
- de duur van het groepsbestaan : vaste of continue groep. In dit literatuurrapport gaat het bijna steeds om een groep die uit een vast aantal leden bestaat en voor een bepaald doel in het leven groepen is. Wanneer het doel bereikt is, valt de groep uiteen (of ontwikkelt zich een nieuw doel waaromheen de deelnemers zich weer kunnen verenigen).

De tijdsperiode van een groepsgewijze behandeling wordt in de literatuur doorgaans op 2 à 4 maanden gesteld.

De tijdsduur per bijeenkomst varieert meestal van 1 tot 2 uur.

- De frequentie van de bijeenkomst: in doorsnee 1 x per week.
- De omgeving : moet comfortabel zijn.
- De opstelling : vaak gaat de voorkeur uit naar een kring-formatie.
- Het afwezige lid : op het regelmatig aanwezig zijn op de bijeenkomsten wordt sterk nadruk gelegd.
Ieder lid is voor de groep belangrijk. Niet alleen de groepsleider maar alle leden hebben groepsfuncties.
- De afwezige begeleider : het meer agressieve, doelbewuste lid (met een sterker ontwikkeld verbaal vermogen) zal trachten de functie van de leider over te nemen.

Enkele aspecten van de inhoudelijke methodiek gericht op het bepalen van het doel en het bereik ervan komen nu aan de orde.

In het begin zullen groepsleden zich ten opzichte van elkaar en ten opzichte van de groepservaring waarschijnlijk wantrouwend opstellen. Voordat er een gevoel van cohesie en acceptatie is ontstaan, is de groep niet bij machte op een diepergaand niveau in het groepsproces

te functioneren.

Na enkele bijeenkomsten zal wellicht tevens de groepssamenstelling gestabiliseerd zijn. Dan is er geen ernstig beletsel meer voor voortgang van de groep; integendeel: de groepsleden zijn dan in staat hun gevoelens te uiten, een basisklimaat van vertrouwen ontstaat. In een vertrouwensfeer kunnen fouten en vergissingen geaccepteerd worden.

De groepsleden richten niet langer hun vragen op de therapeut, maar op de leden. Zowel begeleider als ook groepsleden schijnen vertrouwen te hebben gekregen in het vermogen van de groep om met nieuwe situaties om te gaan.

Er komt spontaniteit in de groep: de groepsleden zijn vrijer in het uitdrukken van hun gevoelens, meningen en problemen en zij zijn meer in staat gevoelens, meningen en problemen van anderen te accepteren, ook al stemmen die niet overeen met hun eigen emoties, opvattingen en moeilijkheden.

Slechts door middel van een vertrouwensklimaat kan een groep een hoger niveau in het groepsproces bereiken.

Groepen kunnen zeer doelmatig zijn voor het scheppen van een atmosfeer van zekerheid en vertrouwen, waarin het mogelijk is nieuwe ideeën te overwegen; groepsbesluiten vormen een sterke macht, die een motief tot verandering oplevert.

Kortom:

- elk goed groepsprogramma moet rekening houden met de belangen van de groepsdeelnemers.
- om er zeker van te zijn dat alle deelnemers van een groep dezelfde interesses hebben, is het nuttig de deelnemers in te schakelen bij het bepalen van het gebied waarin de problemen liggen en bij het uitzetten van de grenzen van het gebied.
- de atmosfeer in de groep moet gekenmerkt worden door zekerheid, vrijheid en vertrouwen om ideeën te onderzoeken, wat samen moet gaan met verantwoordelijkheid van de groep ten opzichte van zijn deelnemers.
- de begeleider moet zich in zijn rol op zijn gemak voelen.

2. Onderzoeksbevindingen.

Gezondheidscentrum Ommoord - Rotterdam, Bakker.

Formele methodiek.

Er zijn in totaal zestien bijeenkomsten met een duur van twee à tweeënehalf uur, eenmaal per week geweest.

Bilodeau.

Inhoudelijke methodiek.

De auteur geeft een analyse van de twaalf bijeenkomsten (van herstellende hartpatiënten) ten aanzien van:

- het aantal keren dat een bepaald onderwerp wordt aangeroerd.
- de hoeveelheid tijd die het onderwerp in beslag neemt.
- het aantal verschillende soorten aangeroerde onderwerpen.

Dit zijn de onderwerpen, die herhaaldelijk op tafel komen:

- de huidige en toekomstige gezondheidstoestand.
- het groepsproces.
- de gevolgen van ziekte op iemands leven (werk, andere activiteiten, seksualiteit).
- de behandeling van ziekte (medicijnen, voeding, roken).
- de rol van patiënt en het gevolg ervan voor het gezin.
- de aard van de ziekte, de ziektegeschiedenis, de ziekte en dood van anderen.
- de medische zorg na ontslag uit het ziekenhuis.

Bouchard.

Formele methodiek.

Dagelijks komen zeven à negen fysiek gehandicapte patiënten een uur bij elkaar, gezeten in een kring; ze doen een half uur oefeningen en discussiëren een half uur.

Harmon c.s.

Formele methodiek.

Wekelijkse bijeenkomsten met adipositas patiënten van ongeveer een uur.

Inhoudelijke methodiek.

De eerste bijeenkomst dient als introductie, kennismaking. Weldra wordt echter de structuur van de bijeenkomsten bijna geheel aan de groep overgelaten.

Vera Heller.

Formele methodiek.

Twee maal per week komen zes gehandicapte patiënten, drie mannen en drie vrouwen in de leeftijd van 51 tot 69 jaar, één uur lang bij elkaar. Ze zitten in een kring.

Mann c.s.

Inhoudelijke methodiek.

Het is een "open" groep: een voortdurend komen en gaan, de groepsleden (patiënten, herstellende van een ruggemergziekte), hebben m.a.w. niet de verplichting een bepaald aantal bijeenkomsten bij te wonen. Dat blijkt namelijk in de praktijk in deze setting (ziekenhuissituatie) nauwelijks realiseerbaar. Op de consequenties van dit vrij komen en gaan wordt in dit artikel niet nader ingegaan.

Simmons.

Formele methodiek.

Zestien bijeenkomsten, een maal per week, gedurende één à anderhalf uur, met ongeveer vijftien (obesitas) groepsleden, worden adequaat geacht.

Inhoudelijke methodiek.

- De omgeving moet comfortabel zijn.
- De structuur varieert van groep tot groep en van tijd tot tijd. Sommige bijeenkomsten worden gewijd aan het geven van informatie, andere aan ventilatie, persoonlijke onthullingen en gepraat over koetjes en kalfjes. De competitie-elementen, die zich in het begin manifesteren, worden na enige tijd vervangen door bezorgdheid voor en geruststelling van elkaar.
- De inhoud van de bijeenkomsten:
 - a. dieet
 - b. dieetervaring
 - c. voedselgewoonten
 - d. redenen om te veel te eten
 - e. redenen om te willen vermageren
 - f. maaltijdbereiding
 - g. calorie-arme maaltijden
- Het dieet: alle patiënten krijgen een 1000 calorieën-dieet.

Philips Medische Dienst Eindhoven, Schouwstra.

De gevolgde methodiek (formeel en inhoudelijk) omvat hier achtereenvolgens voor de adipositas patiënten:

- selectie en motivatie door de huisarts
- verwijzing naar de diëtiste; daarna overleg tussen huisarts, diëtiste en maatschappelijk werkster.
- onder leiding van de maatschappelijk werkster worden tien wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf à twee uur gehouden.
- na afloop worden alle patiënten door de diëtiste en de huisarts gezien.
- bespreking en evaluatie door de huisarts, diëtiste en maatschappelijk werkster.

Witteman.

Inhoudelijke methodiek.

De proefpersonen (hyperventilatie-patiënten) zijn onderverdeeld in drie groepen van zeven personen:

- een groep fungeert als contrôle-groep en neemt deel aan de voor- en nameting.
- de experimentele groep krijgt van de huisarts bij het begin van de behandeling het advies te stoppen met de medicijnen, die zij tot op dat moment tegen hun HVS-klachten hebben ingenomen.
- de andere groep krijgt dit advies niet.

Formele methodiek.

De behandeling bestaat uit acht bijeenkomsten van één uur. De eigenlijke relaxatie-training duurt telkens een half uur. In het resterende half uur wordt een groepsgesprek gehouden, waarin problemen rond de relaxatie, het HV-mechanisme, bronnen van angst en spanning enz. worden besproken.

Wollersheim.

Inhoudelijke methodiek.

Er wordt sterk de nadruk gelegd om regelmatig de bijeenkomsten bij te wonen, enerzijds in het belang van de (overgewicht)-patiënten zelf, anderzijds in het belang van de groepsleden.

Ook wordt er op gewezen dat een psychologisch georiënteerde behandeling meer perspectief biedt dan methoden waar slechts van een dieet of van een endocriene therapie sprake is.

V. HET PROCESVERLOOP EN DE EVALUATIE.

1. Algemene beschouwing.

Aan de ene kant wordt in de artikelen expliciet verhaald hoe het proces van de groepsgewijze behandeling verloopt, aan de andere kant treffen we deze procesbeschrijving ook al deels aan in de hoofdstukken selectie, begeleiding en methodiek.

Ten aanzien van de evaluatie dient opgemerkt te worden dat hierover weinig studies zijn verricht. Een voor de hand liggend verklaring kan wellicht gevonden worden in het feit dat de groepsgerichte aanpak nog in een ontwikkelingsstadium verkeert.

Welke eigenschappen zijn nu - in het kader van de evaluatie - typerend voor meer gerijpte groepen?

- Een steeds toenemend vermogen tot zelfbestuur (niet afhankelijk van de begeleider).
- Een toenemende berusting door het feit te aanvaarden dat vooruitgang tijd kost.
- Een toenemende gevoeligheid voor eigen en andermans gevoelens.
- Duidelijke verbetering in het vermogen om spanning, onbevredigdheid en verschil van mening te weerstaan.
- Besef van de gemeenschappelijke noemers die de groep samenbinden maar tevens van de persoonlijke verschillen.
- Beter in staat om op realistische wijze de gevolgen van een bepaald gedrag te voorzien en om emoties in banen te leiden, die de uiting van deze emoties maatschappelijk beter aanvaardbaar maken.
- Beter in staat om plannen en methoden te wijzigen als er zich nieuwe situaties voordoen.
- Minder tijd nodig om dreigende groepssituaties te boven te komen. Toppen en dalen van emotionele groepscrises worden minder scherp.
- Meer vaardigheid in het definiëren van problemen, het aanpakken van problemen en waar nodig het helpen van de enkeling.
- Prestige in de groep komt thans voort uit de bereidheid de eigen verantwoordelijkheid te aanvaarden en anderen te helpen als er hulp nodig is.
- Aanvaarding van het recht van de ander om anders te zijn.
- Aanvaarding van de gedachte dat mensen onderling verschillen.

2. Onderzoeksbevindingen.

Gezondheidscentrum Ommoord - Rotterdam, Bakker.

Op de volgende manieren tracht men de eerdergenoemde doeleinden te realiseren:

- Groepsgesprekken over: . de achterliggende problematiek (de oorzaken van het dik worden en het vele eten) en andere problematiek.
 - . eetgewoonten.
 - . "alternatief" gedrag (bijvoorbeeld wat kan men doen om de leegte op te heffen.)
- Evaluaties : . wat heeft men aan de groep.
 - . welke stimulus gaat ervan uit.

- . in hoeverre heeft men inzicht.
- . valt men af
- . voldoet de groep aan de verwachting enz.

- Informaties over : 1. voeding (geeft diëtiste)
2. medisch-psychologische achtergrond
(groepsdiscussie onder leiding van huis-
arts)
3. lichaamshouding en -beweging
(door fysiotherapeut)
4. huidverzorging (door schoonheidsspecia-
liste)
5. yoga
6. hobby's, hobbyclubs en andere activiteiten
in Ommoord (door opbouwwerker)
7. gespreksgroepen in Ommoord (door vormings-
leider).

Ad 3, 4 en 5 : deze informaties hebben mede tot doel te pro-
beren bewustwording van het eigen lichaam te
stimuleren.

Ad 6 en 7 : deze informaties hebben onder meer tot doel
het stimuleren van alternatief gedrag.

Er moet nog geëvalueerd worden, de groepen zijn pas in mei 1973 geëin-
digd.

Battegay en Ladewig.

komen tot de conclusie dat:

- de groepsgewijze behandeling de afweer-mechanismen effectiever kan
doorbreken dan een individuele behandeling.
- de sociale realiteit in dit kader aan de patiënt voorgeschoteld kan
worden op een manier dat hun niet aan de werkelijkheid aangepaste
houdingen ter sprake gebracht kunnen worden.
- lang verborgen gehouden wrok-gevoelens te voorschijn kunnen komen.
- de groep de deelnemers in staat stelt zich in de spiegel van de
groepsreacties te herkennen.
- een kleine therapeutische groep interne aanpassing vereist en daar-
mee anticipeert op aanpassing aan de sociale werkelijkheid.
- de deelname aan het groepsgebeuren van gelijken een halt toeroept
aan hun verslaving. Tot deze kring kunnen zij altijd weer terugkeren,
hier vinden zij begrip en steun.

Bilodeau.

Het blijkt dat het aantal verschillende onderwerpen (die besproken wor-
den) afneemt, naarmate er meer bijeenkomsten geweest zijn. Met andere
woorden bepaalde kwesties zijn dan opgelost.

Ook de volgende ontwikkeling wordt zichtbaar: om aan dominante gevoelens
als vrees, angst, overdrijving, afhankelijkheid, droefheid, inadequaat-
heid en schaamte het hoofd te kunnen bieden, worden in het begin bepaal-
de technieken gehanteerd: grapjes maken, van onderwerp veranderen, het

- . in hoeverre heeft men inzicht.
- . valt men af
- . voldoet de groep aan de verwachting enz.

- Informaties over : 1. voeding (geeft diëtiste)
2. medisch-psychologische achtergrond
(groepsdiscussie onder leiding van huis-
arts)
3. lichaamshouding en -beweging
(door fysiotherapeut)
4. huidverzorging (door schoonheidsspecia-
liste)
5. yoga
6. hobby's, hobbyclubs en andere activiteiten
in Ommoord (door opbouwwerker)
7. gespreksgroepen in Ommoord (door vormings-
leider).

Ad 3, 4 en 5 : deze informaties hebben mede tot doel te pro-
beren bewustwording van het eigen lichaam te
stimuleren.

Ad 6 en 7 : deze informaties hebben onder meer tot doel
het stimuleren van alternatief gedrag.

Er moet nog geëvalueerd worden, de groepen zijn pas in mei 1973 geëin-
digd.

Battegay en Ladewig.

komen tot de conclusie dat:

- de groepsgewijze behandeling de afweer-mechanismen effectiever kan
doorbreken dan een individuele behandeling.
- de sociale realiteit in dit kader aan de patiënt voorgeschoteld kan
worden op een manier dat hun niet aan de werkelijkheid aangepaste
houdingen ter sprake gebracht kunnen worden.
- lang verborgen gehouden wrok-gevoelens te voorschijn kunnen komen.
- de groep de deelnemers in staat stelt zich in de spiegel van de
groepsreacties te herkennen.
- een kleine therapeutische groep interne aanpassing vereist en daar-
mee anticipeert op aanpassing aan de sociale werkelijkheid.
- de deelname aan het groepsgebeuren van gelijken een halt toeroept
aan hun verslaving. Tot deze kring kunnen zij altijd weer terugkeren,
hier vinden zij begrip en steun.

Bilodeau.

Het blijkt dat het aantal verschillende onderwerpen (die besproken wor-
den) afneemt, naarmate er meer bijeenkomsten geweest zijn. Met andere
woorden bepaalde kwesties zijn dan opgelost.

Ook de volgende ontwikkeling wordt zichtbaar: om aan dominante gevoelens
als vrees, angst, overdrijving, afhankelijkheid, droefheid, inadequat-
heid en schaamte het hoofd te kunnen bieden, worden in het begin bepaal-
de technieken gehanteerd: grapjes maken, van onderwerp veranderen, het

onderwerp uit de weg te gaan, projectie, ontkenning, rationalisatie, identificatie.

Naarmate de tijd verstrijkt neemt het gebruik van deze mechanismen af en kunnen de groepsleden meer direkt hun gevoelens uiten.

De auteur constateert:

- aanpassing is een proces. Het aan elkaar vertellen dat men gevoelens van angst en depressie heeft, maakt deze emoties meer dragelijk.
- anticiperen op angst en vrees, reduceert deze gevoelens.
- duidelijk geschreven instructies over medicijnen, dieet, sexualiteit, activiteiten, hervatting van het werk zijn noodzakelijk. Discussie hierover met de patiënt samen met de echtgeno(o)t(e) minimaliseert conflicten.
- men voelt zich beroofd van vele plezierige bezigheden, vandaar wijzen op vervangingsmogelijkheden.

Bilodeau wijst er op dat haar studie de deur opent naar een gebied wat urgent nader onderzoek behoeft. Hierbij zal op de volgende vragen antwoord gegeven moeten worden:

- . beïnvloedt het toepassen van groepsmethoden (in dit geval geleid door een verpleegster) significant het herstellingsproces van hartpatiënten, na een periode van drie maanden reconvalescentie.
- . zo ja, welk type groep is het meest geschikt hiervoor.
- . wat is de optimale grootte van de groep.
- . maakt geslacht en beroep van de leider verschil uit.
- . hoe lang moet de groepsactiviteit doorgaan.
- . hebben patiënten behoefte aan zo'n groep.

Cormier.

De auteur vindt geen significant verschil in gewichtsvermindering tussen enerzijds patiënten die een groepsgewijze behandeling ondergaan hebben en anderzijds patiënten die een dieet-instructie gehad hebben.

Harmon c.s.

Evaluatie van de effectiviteit van de groepsgewijze benadering van obesitas-patiënten is gebaseerd op:

- het aantal terugtrekkingen
- in hoeverre de patiënt regelmatig aanwezig is bij de bijeenkomsten
- het gemiddelde gewichtsverlies

De combinatie-groep waar enerzijds fysieke en anderzijds emotionele facetten aan de orde komen blijkt in alle drie de opzichten het meest effectief te zijn in vergelijking met de groep waar de nadruk ligt op fysieke aspecten en in vergelijking met de groep, waar het accent ligt op emotionele factoren. Het is onmogelijk de fysieke en emotionele aspecten te scheiden.

De auteurs willen bij een volgend project de combinatie-methode gebruiken. Zij suggereren echter wel de bijeenkomsten hechter te structureren, meer leiderschapsfuncties en meer inter- en intra-groepscompetitie in te bouwen.

Uit het onderzoek blijkt voorts dat met betrekking tot het verschil in achtergrond van de patiënten en met betrekking tot het verschil in persoonlijkheid van de verpleegsters de resultaten verbazingwekkend gelijkend zijn.

Vera Heller.

Zij geeft het verloop weer van de eerste zes bijeenkomsten die onder haar leiding plaats vonden.

Tijdens de eerste bijeenkomst wordt het doel, de duur en de frequentie van de bijeenkomsten besproken. De patiënten stellen zich aan elkaar voor. Tijdens de eerste drie bijeenkomsten is er een ontwikkeling waarneembaar dat de groep van het bespreken van algemene onderwerpen overgaat tot het uiten van individuele gevoelens.

Gedurende de laatste drie bijeenkomsten heeft de groep zich tot een samenhangend geheel ontwikkeld. De patiënten gaan zich identificeren als leden van de groep. Zij beginnen zich te realiseren dat hun problemen niet geïsoleerd zijn, maar gedeeld worden door andere leden. De aanvankelijke vooringenomenheid met individuele problemen schijnt enigszins vervangen te zijn door wederzijds begrip en steun. Ook is er sprake van toenemend zelfvertrouwen. De bekwaamheden van de groepsleider zijn toegenomen. Met andere woorden de tevoren opgestelde doelstellingen werden verwezenlijkt.

Mann c.s.

De algemene doelstelling luidt: de patiënten gelegenheid geven over hun problemen te praten.

Iedere nieuwe patiënt vertelt in het kort iets over zichzelf. Tijdens de eerste bijeenkomsten initieert de leider de onderwerpen, stelt vragen, houdt de discussie gaande. Naarmate echter de groep vorderingen maakt, gaat de leider er toe over minder openlijk leiding te geven en laat hij meer over aan het initiatief van de patiënten. Niet-persoonlijke aangelegenheden vormen het onderwerp van gesprek gedurende de eerste bijeenkomsten, maar allengs wordt de focus in toenemende mate verschoven naar interpersoonlijke relaties.

Patiënten voelen dat zij geholpen worden door de groep. Continuering wordt voorgesteld. Sommige meer bewuste patiënten met een groter verbaal vermogen hebben een groot deel van de functies van de leider overgenomen. Het idee van het trainen van leken-groepsbegeleiders heeft positieve instemming gevonden; dit leidt tot vergroting van het gevoel van eigenwaarde en van de autonomie van de patiënt.

Doeleinden en werkwijze van de groep moeten aan de patiënt verduidelijkt worden. De participatie behoort strikt vrijwillig te zijn. Het zou wenselijk zijn enkele specifieke informatieve bijeenkomsten te beleggen, teneinde alle patiënten eenzelfde gemeenschappelijke informatieve basis te verschaffen.

Munves.

Komt tot de conclusie dat gedurende de eerste onderzoeksfase (de instructieperiode) de groepsmethode even effectief blijkt te zijn als het dieetgesprek, om patiënten te motiveren tot vermageren.

Tijdens de tweede onderzoeksfase (de handhavingsperiode) blijkt het dieetgesprek van de twee methoden het meest effectief om patiënten te beïnvloeden het gewicht, op het eenmaal bereikte peil, te houden.

Over de gehele lijn genomen blijkt dus het dieet-gesprek effectiever dan de groepsgewijze behandeling. Daartegenover staat dat de groepsmethode practischer is, als we de tijdsfactor in aanmerking nemen. Vandaar dat de auteur pleit voor het verder ontwikkelen van de groepsmethode.

Philips Medische Dienst Eindhoven, Schouwstra.

De auteur beschrijft het verloop als volgt:

Selectie door de huisarts met behulp van een aantal eerder genoemde criteria. Vervolgens houdt de huisarts een inleidend gesprek, waarin de bedoeling uiteengezet wordt en gaat de huisarts de motivatie van de participanten na voor zinvolle deelname aan de groep. Daarna wordt de patiënt naar de diëtiste verwezen. Huisarts en diëtiste geven informatie aan de maatschappelijk werkster. De twee eerstgenoemden zijn niet aanwezig bij de groepsbijeenkomsten, die door de maatschappelijk werkster geleid worden.

Het eigenlijke groepsproces: acht patiënten komen elf keer bijeen met als algemene doelstelling: hulpverlening bij het volgen van een vermaageringsdieet, gericht op ieders individuele optimale mogelijkheden. De deelnemers blijken in het begin goed gemotiveerd te zijn, maar gaandeweg komt er een zeker absentisme, waarmee mogelijk toch enige teleurstelling in de aanvankelijk hooggespannen verwachtingen tot uitdrukking komt. Aan het eind van het experiment is er weer een vrijwel algemeen enthousiasme.

Het blijkt dat het uitgaan van een hoge norm (c.q. de voorschriften exact volgen) bij falen gemakkelijk aanleiding wordt tot gevoelens van schuld en schaamte, die dan blokkerend werken ten aanzien van verdere pogingen. Ook de ervaring opgedaan met eerdere behandeling (door huisarts en diëtiste) waarbij een streng genormeerd model van voorschrijven aangeboden wordt, bemoeilijkt het zelf nemen van verantwoordelijkheid en het zelf zoeken naar oplossingen.

In het licht van deze ervaringen wordt het doel van de groep opnieuw geformuleerd: niet streven naar een maximaal vermageren, maar proberen het dieet in te passen in het eigen behoefte-patroon.

Alle deelnemers zijn na afloop van mening dat het een geslaagd project is geweest. Men heeft de groep als een grote stimulans ervaren:

- men vindt het daarbij vooral belangrijk dat de groep de patiënt over het dode punt heen geholpen heeft.

- de ervaring niet alléén met dergelijke problemen te zitten.
- ook de informatie aan elkaar en van de diëtiste vindt men belangrijk.
- in vergelijking met vroegere dieetpogingen voelt men zich nu vrijer: wordt wel eens van de voorschriften afgeweken, dan kan er gemakkelijker zelf weer bijgestuurd worden, terwijl men voorheen vaak geneigd is het dan maar op te geven.

In hoeverre worden de algemene doelstellingen verwezenlijkt?

- . Wat de eerste algemene doelstelling betreft, vinden allen dat er een duidelijk zinvolle hulpverlening heeft plaatsgevonden.
- . De tweede algemene doelstelling wordt niet verwezenlijkt: het element tijdsbesparing komt niet aan de orde, vooral omdat het experimentele karakter van het project zoveel extra tijd vergt. De effectiviteit komt ook niet uit de verf; ten eerste omdat er geen controle-groep is die volgens de klassieke methode behandeld wordt; ten tweede omdat de klassieke behandeling niet erg vergelijkbaar is met de groepsgewijze benadering.
- . De derde algemene doelstelling (vruchtbare samenwerking) wordt duidelijk verwezenlijkt.

Ten aanzien van de sub-doelen wordt het volgende vermeld:

- de grootte van de groep (acht personen) blijkt adequaat
- wat betreft de verschillende rollen wordt enige duidelijkheid verkregen:
 - . de huisarts blijkt een taak te hebben bij de selectie, bij het motiveren van de patiënt en het geven van informatie
 - . de maatschappelijk werkster is de centrale figuur in het hele experiment
 - . de diëtiste blijkt door de patiënten vooral beleefd te worden als een verlengstuk van de autoriteit van de huisarts en als bron van medisch-technische voorlichting.
- ten aanzien van de selectie-procedure wordt het evident dat een meer verfijnde methodiek zou moeten plaatsvinden.

Een deel van de deelnemers zoekt hulp op een meer technisch vlak.

Bij een ander deel der patiënten ligt het groepsdoel in een meer emotioneel vlak.

De derde groep behoeft begeleiding enerzijds van uit het medisch-technische, anderzijds van uit het psycho-sociale veld.

Dit leidt tot het inzicht dat de gevolgde selectie-procedure mensen tesamen brengt, die in werkelijkheid een erg uiteenlopende probleembeleving hebben en op verschillende wijze hulpverlening zoeken. Vandaar dat motivatie zwaarder zal moeten gaan tellen als de wat (tot nu toe gebruikte) arbitraire classificatie. Het selecteren naar het niveau, waarin het groepsdoel gelegd zal worden: ofwel de technische zogenaamde A-groep ofwel de emotionele zogenaamde B-groep.

Simmons' constatering.

- geen significant verschil in gewichtsvermindering onder verschillend geleide groepen.

- de groepservaring moet gestructureerd worden, d.w.z. de participanten moeten het gevoel hebben dat zij:
 - . op een aan hen vertrouwde manier geleid worden.
 - . onder medische supervisie staan.
 - . zich kunnen richten op een uitgestippeld verma-geringsplan.
 - . in de groep geaccepteerd worden.
- aan de ene kant hulpverlening door middel van informatieverschaffing, groepsbegeleiding en groepsreïncement, met als direct doel af te slanken; aan de andere kant groepsleden helpen begrip voor elkaar op te brengen en hen bij te staan met hun dagelijkse problemen klaar te komen, als een middel om indirect hun motivatie om te veel te eten te lijf te gaan.
- groepsbenadering is efficiënt zowel vanuit het oogpunt van een economisch benutte staf-tijd, als ook van uit het zicht op de interpersoonlijke sociale situatie.

Objectieve onderzoeksbevindingen:

- . De toepassing van de groepsmethoden bij adipositaspatiënten blijkt effectief te zijn: het merendeel van de participanten komt tot een bevredigende gewichtsvermindering.
- . Follow-up op lange termijn is noodzakelijk om aan te tonen of het ideale gewicht bereikt en gehandhaafd wordt.
- . Individuen met een verschillende disciplinaire opleiding en ervaring schijnen allen even effectief te zijn als groepsleiders.

Subjectieve onderzoeksbevindingen:

- . de respons op een groepssituatie is beter wanneer deze gestructureerd is in termen van doeleinden, oriëntatie op procedures, begrip van de leiderschapsrol en de functies van de groep.
- . het opstellen van plannen, ter continue ondersteuning van de participanten, moet van het begin af aan gestimuleerd worden.

De auteur pleit ervoor om in het begin zorgvuldig de oriëntatie van iedere groepsdeelnemer na te gaan, teneinde een gemotiveerde groep te krijgen. Verder dringt Simmons aan op een relatief homogene groep en op een zorgvuldig gestructureerd programma.

Witteman.

Om het therapeutisch effect te kunnen evalueren van een korte progressieve groepsrelaxatie bij HVS-patiënten, wordt gebruik gemaakt van vier vragenlijsten die door alle proefpersonen bij het vooronderzoek en ook bij het na-onderzoek worden ingevuld.

De verwachting is, dat therapeutische effecten van de behandeling tot uiting komen in lagere scores bij het na-onderzoek.

De veranderingen op de vier schalen zijn wel in de verwachte richting, maar zijn (op één na) niet voldoende groot om significant te zijn.

Verklaringen voor dit feit kunnen gezocht worden in het geringe aantal proefpersonen tijdens de korte behandelingsduur en onvoldoende voorselectie van de deelnemers.

De geëvalueerde behandeling lijkt voor een aantal patiënten voldoende. Voor anderen vormt het een eerste aanzet.

Voor enkelen schijnt de behandeling niet bij te dragen aan de oplossing van hun problemen.

De effectiviteit van de behandeling kan wellicht verbeterd worden door bij de samenstelling van de groepen ook rekening te houden met de leef-tijd en bronnen van angst en spanning van de deelnemers. Wanneer de bronnen van angst in een groep voldoende overeenstemmen behoeft de be-handeling niet beperkt te blijven tot relaxatie en het groepsgesprek daaromheen.

Wollersheim.

De behandeling gebaseerd op de "learning principles" springt er van de vier experimentele condities het beste uit: het grootste gewichts-verlies, zowel na afloop van de behandelingsperiode als ook bij de follow-up.

Ook blijkt dat bijzonder weinig patiënten (slechts 4%) - in vergelij-king met vroegere onderzoeken - de moed voortijdig opgeven.

De belangrijkste beperking aan dit onderzoek is het feit dat de behan-delingsperiode (van 18 weken) relatief te kort is. Immers gewicht kwijtraken vereist tijd, gaat het te snel dan gaat het ook ten koste van de fysieke toestand.

Als de 18 weken voorbij zijn, valt ook de prikkel, die van de groep uitgaat, weg. De meesten zijn dan nog niet genoeg afgevallen om vol-doende steun te krijgen van hun omgeving om nog een tijdje vol te houden.

NAWOORD GROEPSGEWIJZE BEHANDELING.

Aangezien de groepsgewijze behandeling van patiënten in de huisartsenpraktijk in ons land nog maar sporadisch wordt toegepast en er weinig literatuur betreffende dit onderwerp voorhanden is, zijn voor mij bij het samenstellen van dit literatuurrapport van grote waarde geweest de bevindingen van:

- het gezondheidscentrum Ommoord in Rotterdam, waar, onder leiding van de agoog mevr. J.G. van Bockel-van Amerongen, door de arts F.R. Bakker gespreksgroepen met vetzuchtigen zijn opgezet.
- de Philips Medische Dienst in Eindhoven, waar de arts C.P. Schouwstra tesamen met drie andere huisartsen, een maatschappelijk werkster en een diëtiste, zich bezig gehouden heeft met groepswerk met patiënten, bij wie eveneens adipositas centraal stond. (Ik wil er met nadruk op wijzen dat ik wat dit onderzoek betreft geciteerd heb uit een intern rapport).
Van beide experimenten zal binnen een kort tijdsbestek een publicatie volgen in "Huisarts & Wetenschap".
- de psycholoog H.C.M. Witteman die zijn doctoraal-scriptie heeft geschreven over een onderzoek naar het therapeutisch effect van korte progressieve groepsrelaxatie bij hyperventilatie-patiënten, gedaan in de praktijk van de arts J.A. Sommers in de Amsterdamse Postjesbuurt.

Voorts wil ik graag in mijn dank betrekken K. van der Meer, die als huisarts verbonden aan de groepspraktijk van de Groningse Universiteit, afdeling Huisartsgeneeskunde, mij steeds enthousiast van advies heeft gediend en het manuscript kritisch heeft doorgelezen.
B. Ris, die als psycholoog verbonden aan het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde T.N.O. in Leiden mij waardevolle suggesties aan de hand heeft gedaan en waar nodig kanttekeningen heeft geplaatst, en tenslotte de medewerkers van het Nederlands Huisartsen Instituut voor hun gewaardeerd kritisch commentaar.

ADDENDUM.

In dit hoofdstuk wordt aangegeven waar dit literatuurrapport nog verder theoretisch aangevuld kan worden.

Ad-hoofdstuk de rationale.

Elke groep moet zijn doel vaststellen. Het doel behoort in verband te staan met de selectie, de begeleiding, de methodiek en de evaluatie. Anders gezegd: in elk onderzoek moet een structuur teruggevonden kunnen worden, er moet van een te controleren opzet sprake zijn:

- wordt er in de groep een doelstelling ontwikkeld, geëxpliciteerd?
- wat zijn de selectie-criteria?
- wat is het effect van de begeleiding?
- wordt er een procedure, methode aangegeven?
- is evaluatie mogelijk?

Het is misschien nuttig de auteurs H.I. Abelson, K.J. Nijkerk en W.F. van Stegeren te raadplegen voor nadere uitwerking van:

- de bovengenoemde structuur-elementen van het groepsgebeuren,
- de mate van groepsverandering (pluspunten boven een individueel gerichte aanpak),
- de "learning principles".

Ad-hoofdstuk de selectie.

- Vrijwillige deelname is eigenlijk paradoxaal: de huisarts beslist of de patiënt voor groepsbehandeling in aanmerking komt, terwijl hij tegelijkertijd rekening zal houden met het feit dat de patiënt goed overweg zal moeten kunnen met de overige groepsleden.
- Mensen uit een lager sociaal milieu komen zich waarschijnlijk minder gemakkelijk aanmelden voor een groepsgewijze behandeling. De huisarts zou nog eens kunnen "bevestigen": "dat is ook niets voor hen". Gesteld dat het lagere sociale milieu wel vertegenwoordigd zou zijn, de vraag luidt dan: zou het anders zijn? Komen zij in een setting die niet aansluit bij hun levensomstandigheden? Een mogelijke oplossing zou kunnen zijn: aanpassing aan hún taal, symbolen, normen, denken, handelen e.d.
- Naar aanleiding van de meestal gehanteerde verbale therapie zou de elite-theorie verduidelijkt kunnen worden.
- Naar aanleiding van de meer algemene formuleringen betreffende de groepssamenstelling zou opgemerkt kunnen worden dat over de consequenties van de homogeniteit ofwel heterogeniteit van de groep nog weinig gegevens bekend zijn.

Ad-hoofdstuk de begeleiding.

Nadere toelichting op:

- In feite wordt in dit rapport gekozen voor de gestructureerde groep, met meestal als begeleider een non-professional. Het leiderschap is bij een niet-gestructureerde groep veel moeilijker (bijvoorbeeld bij sensitivity - training).
- De coaching van de groepsleiders.

Ad-hoofdstuk de methodiek.

Doel en tevens middel: vertrouwen in elkaar hebben en voor elkaar openstaan. Hoe werkt dit mechanisme? Doorgaans stelt de groepsleider zich (als voorbeeld) kwetsbaar op, de groepsleden leveren kritiek, de groepsleider laat zien dat hij dat niet erg vindt.

Ad-hoofdstuk het procesverloop, de evaluatie.

Wat gebeurt er tijdens zo'n groepsproces?

Tussentijds evalueren lijkt raadzaam.

Evaluatie-methoden noemen.

De doelstelling moet duidelijk gespecificeerd zijn, wil evaluatie mogelijk zijn. Registreren is bij een vage doelstelling uiterst moeilijk.

De huisarts kan de hulp van een deskundige (een gedragswetenschapper) invoeren voor het opzetten van een dergelijk experiment!

Tot slot is het wellicht de moeite waard de in dit rapport behandelde onderzoeken nog eens te bespreken naar de werkwijze van E. Dekker (Psycho-hygiënisch onderzoek in Nederland. Medische Faculteit Rotterdam, 1970, afdeling Preventieve en Sociale Psychiatrie).

De auteur bespreekt een grote hoeveelheid onderzoeken naar tien items:

1. auteur
2. titel
3. uitgave
4. onderwerp: de probleemstelling
5. type onderzoek
6. populatie
7. methode: de verschillende technieken van materiaalverzameling.
: de wijze waarop het probleem wordt onderzocht, respectievelijk de hypothesen worden getoetst.
8. resultaten
9. evaluatie naar de criteria: theoretische, methodische en maatschappelijke relevantie.
10. relevantie: verband tussen de definitie (in dit geval) psycho-hygiëne en het betrokken onderzoek.

LITERATUURLIJST.

- (a) * Bakker, F.R. : Gespreksgroepen voor vetzuchtigen, experiment gezondheidscentrum Ommoord Rotterdam 1973.
- Battegay, R. von : Gruppentheorie und Gruppenarbeit mit Ladewig, D. suchtigen Frauen.
The British Journal of Addiction 1970, vol. 65, 89-98.
- Bilodeau, C.B. : Issues raised in a group setting by Hackett, T.P. patients recovering from myocardial infarction.
The American Journal of Psychiatry July 1971, vol. 128, no.1, 105-110.
- Bouchard, V.C. : Hemiplegic exercise and discussion group.
The American Journal of Occupational Therapy, 1972, vol.26, no.7, 330-331. X
- (a) Cormier, A. : Group versus individual dietary instruction in the treatment of obesity.
Canadian Journal of Public Health, July August 1972, vol. 63, no.4, 327-332.
- (a) Groen, J.J. : Voeding en opvoeding.
Voeding, 1972, 33e jrg. no. 5, 222-239. O
- (a) Harmon, A.R. : Slender, safe and secure. Obesity: a Purhonen, R.A. physical and emotional problem.
Rasmussen, L.P.S. Nursing Outlook, August 1958, vol. 6, no. 8, 452-456.
- Heller, V. : Handicapped patients talk together.
American Journal of Nursing, February 1970, vol. 70, no.2, 332-335. X
- Lifton, W.M. : Werken in groepsverband.
Het Spectrum Utrecht/Antwerpen 1965. O
- Maier, N.R.F. : Limitations of procedures for improving group problem solving.
Thurber, J.A. Psychological reports, 1969, vol.25, 639-656.
- Mann, W., Godfrey, M.E., : The use of group counseling procedures Dowd, E.T. in the rehabilitation of spinal cord injured patients. The American Journal of Occupational Therapy, 1973, vol. 27, no. 2, 73-77. X

- (a) Munves, E.D. : Dietetic interview or group discussion. Decision in reducing? Journal of the American dietetic association, December 1953, vol.29, 1197-1203.
- Ris, B.G.M. : Een kritische analyse van interdisciplinaire samenwerking in de hulpverlening. Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde T.N.O. Leiden, sept. 1973.
- Diederiks, J.P.M.
- (a) Schouwstra, C.P. : Groepswerk met patiënten van huisartsen. Een experiment door 4 huisartsen, een maatschappelijk werkster en een diëtiste. Philips Medische Dienst Eindhoven, juni 1973.
- (a) Simmons, W.D. : The group approach to weight reduction. Journal of the American dietetic association, May 1954, vol. 30, 437-441.
- Stewart, R.F. : Group theory implication for changing health patterns. American Journal of Public Health and the Nations Health, July 1969, vol.59, no. 7, 1894-1897.
- Irving, J.A.
- Witteman, H.C.M. : Een exploratief onderzoek naar het therapeutisch effect van korte progressieve groepsrelaxatie bij hyperventilatiepatiënten. Doctoraal-scriptie, 1973, Rijksuniversiteit Leiden, afdeling Klinische Psychologie.
- (a) Wollersheim, J.P. : Effectiveness of group therapy based upon learning principles in the treatment of overweight women. Journal of Abnormal Psychology, 1970, vol. 76, no. 3, 462-474.

* De auteurs voorzien van code (a) bespreken de aandoening adipositas in hun artikel.