

Only a part of these patients however receives psychiatric treatment from the general practitioner or — after referral — from a psychiatrist. Of the patients treated, the greater part is treated by the general practitioner himself, whereas only a small proportion is referred to a specialized psychiatric agency. As a possible explanation it is pointed out, that the general practitioner — as we found in our research — sees the therapeutic possibilities for psychiatric patients as more restricted than for somatic patients.

LITERATUURVERWIJZINGEN

- 1 Philipsen, H. en A. C. de Graaf, 'Berichtgeving over lichamelijke en geestelijke gezondheid in vijf ochtendbladen', in: *Sociologische Gids*. 14e jaargang, no. 2, maart/april 1967.
- 2 Weima, J., *Beeldvorming ten opzichte van de geestelijk gestoorden*, (rapport van de Stichting Gemeenschap en Geestelijke Gezondheid, Leidschendam, 1962).
- 3 Nunnally, J. C., *Popular conceptions of mental health*. New York, Rinehart en Winston, 1961.
- 4 Querido, A., 'Patiënt en zieke', in: *Het Nederlands tijdschrift voor de psychologie*, 1962, blz. 97 t.m. 104.
- 5 Heide, R. M. van der, *Resultaten van een geneeskundig onderzoek van 3091 gezonde mannen en vrouwen, 40—65 jaar oud*. Dissertatie, Amsterdam 1959.

DE ONTWIKKELING VAN DE BALINT-GROEPEN IN NEDERLAND *

door J. J. C. MARLET, psychiater te Venray

Hippocrates stelde omstreeks 400 vóór Christus, dat de geneeskunde drie factoren kent: de ziekte, de patiënt en de geneesheer. De geneesheer is de dienaar van de kunst; de patiënt moet samenwerken met de geneesheer om de ziekte te bestrijden. Niet geheel toevallig worden genoemde factoren teruggevonden in de titel van het boek 'The Doctor, his Patient and the Illness' dat de Londense psychiater Michael Balint in 1955 liet verschijnen en waarin hij de onvergankelijkheid van de hippocratische visie opnieuw bevestigde. Balint vormde met 14 huisartsen een werkgroep en stelde in eerste instantie de vraag welke geneesmiddelen gewoonlijk door de huisarts worden voorgeschreven. Bij de discussie bleek al spoedig dat verreweg het meest gebruikte geneesmiddel in de algemene praktijk... de dokter zelf was. De studiegroep kwam al verder pratend, weldra tot de bevinding dat er van dit belangrijke 'geneesmiddel' nog geen farmacologie bestaat, anders gezegd: in geen enkel leerboek treft men richtlijnen aan voor de dosis waarin de dokter zichzelf moet voorschrijven, in welke vorm, hoe vaak, wat de onderhoudsdosering moet zijn, en nog minder vindt men over de ongewenste nevenwerkingen van dit geneesmiddel. Het voornaamste doel van de werkgroep werd een grondige bestudering van de steeds wisselende relatie tussen dokter en patiënt, m.a.w. van de

* Voordracht gehouden op 12 april 1968 t.g.v. het I.M.A.-Seminar in Mariazell/Austria.

farmacologie van het 'geneesmiddel dokter'. In de loop van 2—3 jaren werden in de werkgroep gedurende 1½ uur per week op openhartige wijze de moeilijkheden bepraat welke zich in de doktersspreekkamer voordeden, vooral bij patiënten met psychogene klachten en verschijnselen. De plaats van samenkomst was steeds de Tavistock Clinic in Londen.

Het boek van Balint omvat een verslag van deze studie, waarin diagnostische en therapeutische problemen aan de orde worden gesteld en speciaal aandacht wordt besteed aan ongewenste processen in de relatie dokter-patiënt. Balint toont o.m. het belang aan van het 'luisteren' naar de patiënt. Dit 'luisteren' verschaft het materiaal dat door de dokter geordend wordt tot 'begrijpen' wat volkomen moet zijn om ten hulpe van de patiënt optimaal te kunnen worden gebruikt. De direct aansprekende wijze waarop Michael Balint voorzichtig zijn weg zoekt in een onontgonnen gebied van medische relaties, heeft vele artsen geïnspireerd en gestimuleerd om vergelijkbare vraagstellingen in de eigen praktijk doeltreffend aan te pakken. Het boek 'The Doctor, his Patient and the Illness' en de door Balint ontwikkelde bijscholingsmethodiek van huisartsen in groepsverband werden ook voor artsen ten onzent uitgangspunt en richtsnoer van werkgroepen voor medische psychologie. Deze activiteit is een der aspecten van de beweging onder de Nederlandse huisartsen om in een bezinning op hun praktijkvoering het therapeutisch heil van hun werk te intensiveren, uiteraard ten voordele van de patiënten.

Alvorens nader in te gaan op de wijze waarop de behoefte van Nederlandse huisartsen aan bijscholing in groepsverband vorm kreeg, geef ik een indruk van de categorie probleempatiënten die juist het ontstaan van studiegroepen voor medische psychologie uitlokte. Dit is dan meteen de plaats om te verklaren dat ik mij voor talloze gegevens en formuleringen in het nu volgende referaat schatplichtig weet aan het 'Historisch chronologisch rapport over de Studiegroepen Medische Psychologie in de periode 1957—1965' van R. C. Veldhuyzen van Zanten.

De huisarts ontmoet dagelijks een groot aantal patiënten die hij met zijn natuurwetenschappelijk en somatisch gerichte kennis en training niet voldoende kan begrijpen noch adequaat behandelen. Zo vond de Nederlander Buma¹ in 1950 op 5019 contacten in zijn huisartsenpraktijk 35,5% sociale en kleine psychiatrische problemen en 0,1% grote psychiatrische problemen, en in 1959 bij observatie telkens gedurende één dag achtereenvolgens in 10 verschillende huisartspraktijken op 707 patiënten-contacten 38% sociale en/of psychische problemen.² Dat deze ervaring niet typisch is voor Nederland, moge blijken uit soortgelijke cijfers in het buitenland. Scott c.s.³ analyseerde 32418 patiëntencontacten gedurende één jaar uit twee aan de universiteit van Edinburgh verbonden huisartsenpraktijken en vond 43,9% psycho-

sociale problemen. Een analyse van 17000 patiëntencontacten in 21 Deense huisartspraktijken leerde Prof. Lunn⁴ dat 20% van de vraagstellingen op psychosociaal gebied lag. Jores (Hamburg)⁵ schatte het aantal lijdens aan psychogene en sociogene klachten in de algemene praktijk op 30—40%. Het zo gevonden gemiddelde percentage ligt in de buurt van 30.

Nederlandse patiënten plegen primair met hun klachten en narigheden naar hun huisarts te gaan. De huisarts accepteert deze patiëntenverwachting als een normaal integrerend deel van zijn functie. Ook de zojuist aangeduide probleempatiënten verwachten uitkomst bij hem, zouden zich met een verwijzing naar de psychiater afgescheept voelen en zijn vaak niet eens bereid naar een psychiater te gaan, ook al heet deze: zenuwarts. Nog afgezien van het feit dat er te weinig psychiaters en psychotherapeuten zijn om ook maar een fractie van dit contingent probleempatiënten te kunnen opvangen.

Van de 100 patiënten die door Nederlandse huisartsen naar specialisten worden verwezen (20—30%) gaan er 5 à 10 naar de zenuwarts (1—2%).

Om de patiënt met klachten en verschijnselen uit hoofde van psychosociale knelpunten adequaat te kunnen helpen in plaats van hem weg te sturen met een verwijskaart, een sedativum of een tranquillizer, behoeft de huisarts een specifieke nascholing. Hij zoekt niet zozeer vermeerdering van zijn kennis alswel een meer effectieve benaderingswijze. Michael Balint was de eerste psychoanalyticus die samen met huisartsen het specifieke van hun eigen situatie — hun eigen huisartsgeneeskunde — is gaan bestuderen zonder zijn specialistische kennis aan hen te willen overdragen. Uit zijn gedachtengang kwam de idee voort dat de huisarts zijn eigen persoonlijkheid, zijn eigen gevoelsleven als diagnostisch en therapeutisch instrument moet leren gebruiken. De huisarts moet de klachten van de patiënt niet alleen beschouwen als uitdrukking van een somatisch lijden maar tevens als een (mogelijk lichamelijke) expressie van een conflictsituatie of aanpassingsstoornis. Balint's research-cum-training methode in kleine discussiegroepen is een praktische methode gebleken voor beroepsmatige persoonlijkheidsvorming en het leren hanteren van de arts-patiënt relatie.

Het werk van Balint, dat aan de medische psychologie een proportie heeft toegevoegd, is ondenkbaar zonder de ontwikkelingen sinds de jongste eeuwwisseling hierbij te betrekken. Te denken is dan aan de psychologisering van de psychiatrie door de baanbrekende studies van Freud, Jung, e.a. Daarop volgde de opkomst van de psychosomatiek: Kretschmer (1922), Cannon (1929), Alexander (1934), en in het decennium aansluitend op de tweede wereldoorlog Dunbar, Selye, Von Weizsäcker, Boss en in Nederland Groen, Van der Horst, Bastiaans. Na 1945 deed vooral in de Verenigde Staten van Amerika de behandeling van lijdens aan lichte psychische stoornissen en psychomatosen opgeld en kwam de psychiatrie in nauwer contact met de overige ge-

neeskunde en met de maatschappij.

In het medische onderwijs ontstond behoefte aan integratie van de kennis omtrent somatische, psychische en sociale factoren in ziekte en gezondheid. Een boeiend voorbeeld is de integrale geneeskunde zoals voorgestaan door de Amsterdamse hoogleraar dr. A. Querido (1955). De belangstelling ten onzent voor medische psychologie bleek o.m. uit de in 1956 door dr. Poslavyky gepubliceerde voordrachten over dit onderwerp. In 1961 verscheen de 'Medische Psychologie' van dr. J. A. Weyel (Amsterdam) waarin deze auteur stelt dat de medische psychologie zich bezighoudt met het gedrag in de medische situatie, en twee gebieden bestrijkt: het onderzoek van het gedrag van de deelnemers in de medische situatie en het onderzoek van de gestoorde functie die tot het ontstaan van de medische situatie voert, met insluiting van alle wisselwerkingen.

Nu ben ik echter reeds het jaar 1955, waarin Balint zijn boek 'The Doctor, his Patient and the Illness' het licht deed zien, voorbijgestreefd. Want Weyel beroept zich in zijn geschrift op ervaringen die hij als psychiater-adviseur opdeed met Amsterdamse Balintgroepen en is zeer goed bekend met het werk van Balint. Toch is het zinvol hier nog één opvatting van Weyel te vermelden, temeer daar deze bij vele Nederlandse medici weerklank gevonden heeft. Dat is de gedachte, dat de distantie nodig om de rol van huisarts naar behoren te kunnen blijven spelen eigenlijk niet toelaat dat hij zich in een moeizaam afdekkende therapeutische relatie begeeft. Weyel is dan ook van mening dat de identieke psychotherapie, bijvoorbeeld van lijders aan neurosen in engere zin het terrein is en blijft van psychiaters. De niet-identieke psychotherapie, de behandeling van psychische stoornissen langs wegen die niet in hetzelfde gebied liggen als de storingsbron, is de psychotherapie van de huisarts bij uitstek.

Gaan we ons nu bezighouden met de oprichting van studiegroepen voor medische psychologie in Nederland, waarvan de eersten zijn gestart in 1957. Het merendeel van deze groepen is ontstaan op initiatief van een of meer huisartsen. Slechts enkele zijn geëntameerd vanuit een stedelijke artsencursus, een psychiatrisch ziekenhuis of een instituut voor medische psychotherapie.

De reden tot oprichting van dergelijke studiegroepen of tot deelneming daaraan blijkt bij huisartsen nogal uiteenlopend: de verwachting dat hij beter leert diagnostiseren, beter leert selecteren voor verwijzing naar specialisten, de verwachting dat zijn therapeutische kennis en vaardigheid groeit, dat de psychiater hem vertelt wat er nu eigenlijk scheelt aan zijn probleemgevallen bij wie hij door andere specialisten teleurgesteld is of wat er eventueel aan hemzelf scheelt (te veel of te weinig emotioneel betrokken bij zijn patiënten) en verder dat zijn gevoel van eenzaamheid verdwijnt alsmede zijn onbehagen t.a.v. probleemgevallen en de technische geneeskunde in het algemeen.

Bij een psychiater die zich aan een studiegroep voor medische psychologie verbindt, speelt nogal eens de verwachting mee met zijn kennis huisartsenproblemen te kunnen oplossen, zijn isolement op te heffen door in de huisartsen gesprekspartners en hulptroepen te krijgen (in de behandeling van de talloze mensen met moeilijkheden), zijn invloed via de huisartsen uit te breiden over een veel grotere groep patiënten, en ook iets te leren van de huisartsgeneeskunde en van de discussie in medisch groepsverband.

Hoewel de Engelse studiegroepen van Balint model hebben gestaan voor de Nederlandse studiegroepen, ontwikkelde zich in Nederland een grotere variëteit.

De deelnemers aan de Engelse groepen zijn allen van dezelfde discipline en staan onder leiding van psychiaters die allen dezelfde theoretische en praktische opleiding hebben gehad. De groepen komen altijd samen in de Tavistock Clinic of in het Cassel Hospital en worden vandaaruit ook geworven.

De Nederlandse groepen zijn minder homogeen; in sommige groepen zitten behalve huisartsen ook wel specialisten. Enkele groepen hebben inplaats van de psychiater een psycholoog of een psychosomaticus tot adviseur. De plaats van samenkomst is zeer verschillend. De oprichting gaat — zoals reeds gezegd — vrijwel zonder uitzondering uit van de huisartsen zelf; de groep kiest zich een adviseur.

Er zijn in Nederland 4 soorten studiegroepen voor medische psychologie ontstaan. Het Balint-type is veruit het rijkst vertegenwoordigd. I Biografische anamnese-type: heeft slechts één vertegenwoordiger in Nederland. Deze groep concentreert zich op ziekte- en levensgeschiedenis van de patiënt. Bespreking van het groepsgebeuren geschiedt aan de hand van een getypt verslag. In afwisseling van de casuïstische besprekingen wordt om de andere week een instructiebijeenkomst gehouden waarbij onderwerpen uit de medische psychologie, ontwikkelingspsychologie en psychosomatiek aan de orde worden gesteld.

II Counselgroepen en cursusgroepen gespreksanalyse: in totaal 4. Deze huisartsengroepen wijden zich speciaal aan de behoeften en problemen van de patiënt door middel van het non-directiv interview (volgens Rogers). Gesprekstechniek en rollenspel vormen de hoofdschotel in deze groepen. De deelnemers kritiseren en analyseren het counselfgesprek huisarts-patiënt dat via een bandrecorder wordt gereproduceerd.

III Balint-type: Er zijn in Nederland ongeveer 30 actieve Balintgroepen. Deze verschillen in menig opzicht van de Engelse Balintgroepen (waarvan er steeds ongeveer 10 actief zijn).

Afgezien van de eerder genoemde verschillpunten zijn nog enkele onderscheidingen vermeldenswaard. De Nederlandse Balint-groepen hebben een huisarts-discussieleider die tevens contactpersoon is naar binnen en naar buiten. In de Engelse groepen wordt deze functie vervuld door de

psychiater die initiatiefnemer is en leider van de groep zowel in organisatorisch als in dynamisch opzicht. De psychiater functioneert in de Nederlandse groepen alleen als dynamisch groepsleider, zonder enige organisatorische verantwoordelijkheid.

De frequentie en duur van de groepsbijeenkomsten in Nederland variëren van 1 maal per week gedurende 1 à 1½ uur tot 1 maal per 4—6 weken gedurende 2 à 2½ uur. In Engeland wordt een strakke regel aangehouden: 1 maal per week gedurende 2 uur. Sommige Nederlandse groepen vallen na een half jaar uiteen, andere handhaven zich 5 à 6 jaren, afhankelijk van mutatie in de groep. De Engelse groepen blijven doorgaans drie jaar bijeen. De door de Nederlandse psychiaters-adviseur gehanteerde methoden variëren overeenkomstig de opleiding, ambitie en ervaring van deze specialisten; ongeveer de helft van deze psychiaters is psychoanalytisch gevormd terwijl zij als groepsleider veelal geen speciale training hebben gehad; wel bespreken zij hun werk-met-de-huisartsengroepen 1 à 2 maal per jaar onderling. De Engelse psychiaters-groepsleider hebben allen dezelfde psychoanalytische vorming en specifieke groepstechnische training achter de rug en benaderen de groepsproblematiek op nagenoeg uniforme wijze.

De Balint-groepen in Engeland en Nederland hebben echter gemeen dat ze zich concentreren op het hele interactieproces tussen arts en patiënt, met andere woorden: het gebruiken van de gevoelens van de arts als mogelijk symptoom van de ziekte van de patiënt.

IV. Het gemengde type: in de 4—5 groepen die tot deze categorie gerekend worden, is de teacher-pupil relationship min of meer gehandhaafd in de combinatie van theorie en gevalbespreking; er worden meerdere theorieën en denkrichtingen gebruikt zonder de arts-patiënt-relatie centraal te stellen; naast de toepassing van de klassieke psychiatrie op de huisartsgeneeskunde wordt ruimte geboden aan exploratie van de eigen mogelijkheden van de huisarts.

Laat ik nu in korte trekken medelen hoe het mijn groepen is vergaan. In het najaar van het jaar 1962 startte ik men een groep huisartsen nadat ik sinds 1961 al enige ervaring had opgedaan met een andere groep uit een naburige grote stad. Ik kwam met groep 62 — zo zal ik hem voortaan aanduiden — in contact via een huisarts die ik nog uit zijn studietijd kende. Ik maakte mijn entree met een voordracht over de relatie arts-patiënt. Daarna werd het besluit genomen mij als psychiater-adviseur uit te nodigen. Tijdens de eerste groepszittingen — de bijeenkomsten werden één's per maand gehouden in de zakelijke sfeer van een restaurantzaaltje — werden probleemgevallen opgediend waarbij de refererende huisarts als een soort held in een realistische roman verscheen. Het kostte moeite de collega's ervan te overtuigen dat het niet ging om een heroïsche casuïstiek uit de meest ruige sectoren van de sociale psychiatrie maar wel om typisch huisartselijke probleempatiënten. Allengs leerde de groep begrijpen dat er ook in deze laatste cate-

gorie onbehandelbare, althans ongeneeslijke patiënten voorkomen. Na ongeveer een half jaar bracht één der groepsleden een tape mee waarop een gesprek met een zieke wijkverpleegster was vastgelegd. Naar aanleiding hiervan ontstond een discussie waarin ik mij al te dрист kritisch uitsprak over het naar mijn mening ongeoorloofde gebruik van de taperecorder in dit speciale geval. Kort daarop trok de betreffende huisarts zich uit de groep terug onder het motto dat hij meer behoefte had aan een cursus gesprekstechniek. Deze gebeurtenis bracht een stagnatie in de ontwikkeling van de groep teweeg, welke bij nader inzien onherstelbaar bleek. Toen na ruim een jaar de huisarts-discussieleider — de zeer ervaren nestor van de groep — terugtrad en nog enkele deelnemers hun plaatsen ruimden voor een paar nieuwe leden, rekte de groep zijn leven nog tot begin 1964. Op de dag dat dit leven werd afgebroken kwam tot uiting dat enkele deelnemers meer oog hadden gekregen voor de emotionele aspecten van de arts-patiëntverhouding en zelfs tot grotere tolerantie t.o.v. bepaalde moeilijke patiënten waren gekomen. Ik zelf concludeerde dat de frequentie der samenkomsten te gering was geweest om dit gezelschap tot een echte groep te laten uitgroeien, en dat de moeizame ontwikkeling ernstig was gefnuikt door een ontactische manoeuvre mijnerzijds op een moment dat de groep zoiets (nog) niet kon hebben.

Mijn eerste groep, groep 61 functioneerde al enkele maanden met als adviseur een internist-psychosomaticus toen mij werd verzocht als psychiater toe te treden. De wisseling van adviseur verliep wrijvingloos doordat de internist con amore aan de groep bleef deelnemen. De huisarts-discussieleider ontpopte zich als een voortreffelijke 'gangmaker' die zich met zorg had verdiept in de publikaties van Balint. Groep 61 kwam aanvankelijk tweemaal per maand bijeen, aan huis bij de deelnemers op toerbeurt, en rijpte voorspoedig. Ook hier werden in het begin enkele hopeloos ingewikkelde gevallen naar voren gebracht aan de hand van vele specialistische verslagen. Verschillende deelnemers verschansten zich achter de somatiek en testten tegelijkertijd hun psychiater-adviseur. Allengs kwam er meer tekening in de casuïstiek, werden de huisartsen vrijer en openhartiger in de weergave van hun gesprekken met patiënten en openden zij zich voor commentaar op hun beleid. Toen de behoefte werd gevoeld om de willekeurige selectie van verse en oude gevallen af te wisselen met omliggende probleemcategoriën, werden achtereenvolgens gefocuseerd: patiënten die door hun wijze van optreden wrevels bij de dokter oproepen, patiënten die maand in maand uit met tranquillizers werden weggestuurd, lijdens met potentiële stoornissen en frigiditeit, mensen met psychogene maag-darmklachten, met echtelijke relatiestoornissen, met slapeloosheid, etc. Zo werd o.m. ook speciale aandacht besteed aan inhoud en vorm van de wijze waarop elke afzonderlijke patiënt het gesprek opende, aan de indicatiestelling en het verloop van een verwijzing naar een specialist, aan de momenten waarop de arts de gelegenheid liet voorbijgaan om nader

in te gaan op een sleutelconflict, aan de non-directieve benaderingswijze maar ook aan de gedoseerde directieve openhartigheid. Naarmate het oog voor de dynamiek van de relatie wijder werd, bleek overduidelijk hoe dit inzicht nieuwe diagnostische mogelijkheden bood en tevens praktische aanwijzingen opleverde voor de therapeutische opvang van moeilijke patiënten. Het ene na het andere groepslid constateerde een verandering in het eigen gedrag, een grotere tolerantie t.o.v. de patiënt en het ontstaan van een nieuwe benaderingswijze. Grappig was dat de echtgenoten van meerdere huisartsen deze verandering eveneens opmerkten.

Dat de studiegroep ook een sociale functie had werd duidelijk wanneer een deelnemer zich wegens ziekte of om een andere reden terugtrok, of als een groepslid tijdens een bijeenkomst blijf gaf van een stuk persoonlijke misère.

De geschiedenis van groep 61 gedurende de eerste 3 jaren is een weerspiegeling van de ontwikkelingsfasen die ettelijke Nederlandse Balintgroepen hebben doorlopen. Het verdere leven van de groep werd bepaald door de wisseling der deelnemers. De nieuwelingen werden veelal meegenomen door het enthousiasme van de groeps kern en schoten makkelijk wortel ondanks het feit dat de frequentie der samenkomsten werd verminderd tot een keer per maand. In de huidige groep van acht zitten nog twee deelnemers uit de oorspronkelijke groep. Vermeldenswaard is tenslotte dat we ruim een jaar geleden begonnen zijn met het vertellen van onze eigen levensverhalen, wat de groepsdynamiek zeer ten goede kwam. Grote crises hebben zich in het leven van groep 61 niet voorgedaan. Wel ontstonden soms kortdurende onplezierige spanningen als deelnemers hun eigen beperkingen en feilen ontdekten. De vaststelling van Michael Balint dat juist door de aanvaarding van deze spanningen de groep zich verder ontwikkelt, lijkt in groep 61 te zijn bewaarheid. De schoksgewijze zelfontdekking bewerkt nu juist de door Balint bedoelde 'beperkte, hoewel belangrijke verandering in de persoonlijkheid' van de arts welke nodig is om te komen tot de persoonlijke vaardigheid in het hanteren van relaties. De coaching in de Balint-groep voert tot deze zelfontwikkeling en leert eigen betrokkenheid, vooroordeel, overdracht en tegenoverdracht, verdringing, regressie en agressie herkennen. Bovendien leert de huisarts de psychiater beter gebruiken, aldus Weyel.⁷

Er zijn een aantal factoren die de gang van een studiegroep voor medische psychologie stimuleren, te weten: opnemen van nieuwe leden, wisseling van de groepsleider, introductie van een observator, terhand nemen van een nieuwe techniek (bijvoorbeeld het bespreken van bandopnamen), demonstratie van de groep, bestudering van een bepaalde klacht of ziekte, praktische gesprekstraining en gebruikmaking van rollenspel. Met uitzondering van het rollenspel zijn al deze stimulantia door groep 61 te baat genomen.

Over de *evaluatie van dit groepswork* kan ik kort zijn. In 1966, bij gelegenheid van het 3e Internationale Congres over bijscholing van huisartsen (Amsterdam) presenteerde Van Bork de resultaten van een enquête onder de Nederlandse studiegroepen voor medische psychologie welke was uitgevoerd aan de hand van een Tavistock rating scale.⁶ Vergelijking van de scores bij Nederlandse en Engelse studiegroepen gaf volgens hem — ondanks de eerder genoemde verschillen — een vrijwel gelijke uitslag te zien. Zijn conclusie luidde dat de rating scale niet deugdelijk was omdat deze te subjectieve interpretaties toeliet. Inmiddels werd ten onzent door R. A. de Boer een meer exacte en gerichte rating scale uitgewerkt. De uitkomsten van deze nieuwe evaluatiemethode worden binnenkort gepubliceerd.

De tevredenheid van de deelnemers aan Nederlandse studiegroepen wordt uitgedrukt in de volgende uitspraken: meer plezier in het werk door het ontdekken van nieuwe mogelijkheden in het contact met de patiënt en het verminderen van de frustraties in dit contact; groter inzicht in vele niet-natuurwetenschappelijke problemen van de patiënten; toegenomen zelfvertrouwen door verkregen ervaring in het luisteren en interpreteren en in eenvoudige psychotherapie; verbetering van de collegiale verhoudingen; ter beschikking komen van een kader van psychiaters-psychotherapeuten die met vrucht geconsulteerd kunnen worden bij specifieke problemen in de huisartsenpraktijk.

Het werk van Balint kreeg ook navolging in de Verenigde Staten van Amerika, Canada, Duitsland, Frankrijk, Zwitserland, Oostenrijk, Israël en sinds kort in België, maar kwantitatief zeer weinig in vergelijking met de grote opmars in Engeland en Nederland. Sinds 1956 hebben in Nederland ruim 50 Balint-groepen gefunctioneerd waarbij meer dan 500 huisartsen waren betrokken (circa 10% van alle huisartsen). In Engeland nam ongeveer 1% van de huisartsen aan deze activiteit deel. De vraag mag worden gesteld, waarom juist in Nederland het Balint-groepswork zo een grote vlucht nam. Er wordt zelfs gesproken van 'le phénomène hollandais' (Gelly).

Cijfermatige vergelijking van het aantal huisartsen, van het percentage huisartsen op het totaal aantal artsen en van het aantal patiënten per huisarts in verschillende landen⁸ biedt geen aanknopingspunten ter verklaring van dit 'phénomène hollandais'. De verklaring moet waarschijnlijk gezocht worden in de typische structurering van de gezondheidszorg in samenhang met de sociale verzekeringen tegen ziekte en ziektekosten en in de centrale plaats die de huisarts in deze organisatie inneemt. Nederland garandeert de overgrote meerderheid van zijn inwoners de vrije toegang tot een eigen huisarts en via deze tot een eigen specialist, zonder enig eigen financieel risico. De huisarts is de eerste aangewezen hulppost als de patiënt in een medische nood verkeert maar veelal ook als er psychologische narigheden zijn. Hij wordt in zijn spreekkamer geconsulteerd maar evenzeer bij de hulpzoekende thuis

ontboden. De huisarts kent doorgaans alle huisgenoten en functioneert als gezinsarts. De differentiatie en specialisatie in de geneeskunde hebben zich echter vooral in de na-oorlogse periode zó snel ontwikkeld dat géén huisarts nog in staat is het geheel te overzien. Door de relatieve en absolute toename van het aantal specialisten — in Nederland vigeren ongeveer 14.000 artsen waarvan 1/3 huisartsen, 1/3 specialisten en 1/3 sociaal werkzame artsen in enig dienstverband — zag de huisarts zich steeds meer degraderen tot een verwijzer. Zijn centrale functie in de gezondheidszorg maar met name zijn vertrouwensrelatie t.o.v. enkeling en gezin boette aan waarde in. Ruim 10 jaar geleden — de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap in 1956 markeert dit moment — werd hij er zich van bewust te moeten streven naar een betere fundering van zijn positie, of zoals Bastiaans⁹ het uitdrukt, naar de functie van integrator:

integrator van geneeskundige onderzoeken van verschillende specialistische disciplines maar ook bij het tot oplossing brengen van menselijke problematiek welke in onopgeloste vorm niet zelden aanleiding is tot het ontstaan of verergeren van ziekten. Om het tweede aspect van deze functie te kunnen waar maken had hij behoefte aan algemene kennis omtrent menselijk beleven en menselijke verhoudingen, aan training in het medisch gesprek en in eenvoudige psychotherapeutische technieken. Dat de studiegroepen voor medische psychologie, in het bijzonder de Balint-groepen aan deze behoefte op succesvolle wijze tegemoet zijn gekomen, hoop ik in het voorgaande te hebben duidelijk gemaakt.

RESUME

La séparation de la psychiatrie d'avec la médecine a été empêchée à la fois par la psychologisation de la psychiatrie réalisée dans l'oeuvre de Freud et celle d'autres psycho-analystes, et par l'apparition d'une médecine psychosomatique. Les praticiens de médecine générale, qui rencontrent dans l'exercice de leur profession des symptômes psychogéniques et sociogéniques chez 30% de leurs malades, s'avéraient gravement handicapés à l'égard de ces problèmes: les possibilités de renvoi à des centres étaient restreintes ou insuffisantes, et les consultants spécialisés impossibles à atteindre. Le psychiatre londonien Michael Balint se heurta lui-même à ces problèmes de la profession générale. Avec son premier groupe de médecins de famille, il arriva à la conclusion que le médecin est lui-même le remède auquel on fait le plus large appel. Il présenta une esquisse préliminaire de la 'pharmacologie' relative à ce remède dans un livre intitulé 'Le médecin, son malade et la maladie' (1955). Cette étude des problèmes que posent les relations médecin-malade en médecine générale est devenu le manuel classique du groupe Balint et, en général, des groupes d'étude de psychologie médicale. L'intention de Balint n'était pas de communiquer ses connaissances spécialisées, mais simplement de rendre le praticien de médecine générale capables de prendre avec ses malades un contact plus efficace. Le médecin de famille doit apprendre à utiliser sa propre personnalité et sa vie émotionnelle comme des instruments de diagnostic et de traitement. La méthode de Balint, qui réalise un entraînement collectif par le moyen de petits groupes

de discussion, s'est avérée comme un procédé pratique de formation de la personnalité professionnelle.

Les premiers groupes pour l'étude de la psychologie médicale ont été créés aux Pays-Bas en 1956; quatre types de groupes se sont développés, parmi lesquels le type Balint est de loin le plus largement accepté. Les quatre types sont:

- I. Groupes d'anamnèse biographique, où l'accent est mis sur l'histoire de la vie et de la maladie du patient.
- II. Groupes d'entraînement à l'analyse de l'entretien où l'accent est mis spécialement sur les besoins et les problèmes du malade par le moyen de l'entretien non-directive (d'après Rogers).
- III. Groupes Balint, qui diffèrent considérablement des groupes Balint anglais, du fait que les groupes hollandais: sont organisés par les médecins de famille; sont moins homogènes; tiennent des réunions variant en fréquence et en durée; n'ont recours au psychiatre consultant qu'à titre de leader dynamique du groupe, n'ayant pas la responsabilité de l'organisation; font appel à toutes sortes de techniques, selon la formation, les ambitions et l'expérience du consultant. Les groupes anglais et hollandais ont en commun de se concentrer sur l'ensemble des interactions existant entre médecin et malade.
- IV. Groupes mixtes, qui maintiennent dans une plus ou moins large mesure les rapports professeur-élève en associant enseignement théorique et discussion des cas.

En pratique, le groupe Balint ordinaire apparaît comme présentant les phases suivantes de développement.

Pendant la période, très difficile, où il s'agit de briser la glace, on présente, en règle, des cas compliqués, dans l'espoir que le groupe, guidé par l'expert, en fournira la solution. Les membres du groupe s'aperçoivent que leurs collègues sont eux aussi aux prises avec des cas intraitables. Le sentiment d'insuffisance personnelle s'atténue. Une conversation plus libre devient possible et il en résulte une sélection plus convenable des cas. Le groupe passe ainsi à la deuxième phase, où les membres acquièrent une vue plus pénétrante des aspects affectifs des relations médecin-malade, et aussi du fait que les membres du groupe s'expriment en fonction de leur propre personnalité et de leur manière d'agir. C'est au cours de cette phase que se présentent les plus nombreuses difficultés. Tel membre du groupe accepte les critiques de ses collègues mieux que tel autre, et tous ne sont pas désireux de connaître leurs propres sentiments ou d'admettre leurs limites. Une fois ce combat surmonté, une phase commence où de nouveaux progrès deviennent possibles: le changement d'attitude devient apparent et se traduit par une plus grande tolérance envers le malade et une détection plus rapide des causes du trouble. Lorsqu'il est assez exercé dans ce nouveau mode de contact avec son malade, le médecin de famille s'aperçoit qu'il n'éprouve plus le besoin de soumettre ses cas à la discussion du groupe; l'aide de celui-ci ne lui est plus nécessaire désormais pour résoudre les problèmes de ses malades. Dans cette quatrième phase, le groupe pourrait s'abolir lui-même si tous ses membres pouvaient atteindre ce niveau simultanément.

Aux Pays-Bas, une analyse des efforts des groupes qui se consacrent à l'étude de la psychologie médicale a été faite en se basant sur l'échelle d'appréciation de Tavistock. Malgré les différences mentionnées plus haut, la comparaison des groupes anglais et hollandais a révélé des résultats virtuellement équivalents. Le chercheur hollandais Dr. J. J. van Bork a présenté des arguments plausibles en faveur de son affirmation que l'échelle d'appréciation de Balint du manque d'objectivité. Une technique plus exacte d'appréciation est en cours d'élaboration en Hollande.

De nombreuses observations indiquent, néanmoins, que le perfectionnement des médecins de famille entamé par Balint en groupes de discussion dirigée a donné des résultats très profitables.

La raison pour laquelle la méthode de Balint est devenue plus populaire que toute autre aux Pays-Bas tient probablement à: a. la structure caractéristique du système hollandais de Santé Publique, en relation avec les lois de sécurité sociale; b. la position centrale des praticiens de médecine générale dans cette organisation. Depuis 1956, le praticien hollandais de médecine générale a fait un effort plus conscient que jamais d'intégrer les soins divers donnés au même malade. En outre il s'efforce non seulement de s'assimiler les recherches faites par les diverses disciplines médicales spécialisées, mais aussi en vue de résoudre les problèmes humains qui, s'ils ne sont pas résolus, conduisent trop souvent à la maladie ou provoquent l'aggravation d'une maladie existante.

LITERATUUR

- 1 Buma, J. T.: *De huisarts en zijn patiënt*, Amsterdam, 1950.
- 2 Buma, J. T.: *Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg*, N.I.P.G. 1959.
- 3 Scott, R.: 'A combined job, analysis and morbidity study', *Brit. Med. J.*, 1960, I, 293.
- 4 Lunn, V.: *The Preparation of the Physician for general practice*, W. H. O., No. 20, 1963.
- 5 Jores, A.: *Die Medizin in der Krise unserer Zeit*, Bern/Stuttgart, 1961.
- 6 Balint, Michael and Enid, R. Gossling, P. Hildebrand: *Selection and Evaluation in a General Practitioners Training Scheme*, London, 1966.
- 7 Weyel, J. A.: 'Verandert het perspectief van de psychotherapie?' *Voordrachtenreeks*, 10e jaargang (1968) No. 37, pp. 4—14.
- 8 In *World Health Statistics Annual Vol. III*. 'Health Personnel and Hospital Establishments', W. H. O. Geneva 1966.
- 9 Bastiaans, J.: 'De betekenis van de medische psychologie voor de arts van vandaag.' *Medisch Contact* 22e jaargang (1967) pp. 1011—1013.

MEDEDELINGEN

Het Interdisciplinair Genootschap voor Biologische Psychiatrie houdt een symposium over:

Depression. Biochemical point of view and problems of registration

in het RAI congresgebouw te Amsterdam op vrijdag 27 september 1968, aanvang 10.15 uur.

Ochtendzitting

- 1 A. J. Coppen (Epsom, Medical Research Council): Defects in monoamine metabolism and their possible importance in the pathogenesis of depressive syndromes.
 - 2 H. M. van Praag, J. Korf, F. van Woudenberg and T. P. Kits (Univ. of Groningen): An attempt at clinical evaluation of the moradrenaline hypothesis with regard to the mechanism of action of antidepressants.
 - 3 A. J. Coppen (Epsom, Medical Research Council): Disorders of the mineral metabolism in depressive patients.
 - 4 J. Gibbons (Univ. of Newcastle): Disorders of the corticosteroid metabolism in depressive patients.
- Deelnemers aan de discussie:
 Prof. J. de Graeff, internist (Leiden); H. van der Helm, biochemicus (Amsterdam); H. E. Pelser, endocrinoloog (Amsterdam); Prof. J. van Rossum, pharmacoloog (Nijmegen); F. H. L. Beyaert, psychiater (Utrecht).

Middagzitting

- 1 Prof. M. Hamilton (Univ. of Leeds): Standardised assessment and recording of