

Wat voelt de dokter?

De psychotherapeut als begeleider van Balintgroepen

Het belangrijkste is niet aan welke ziekte de patiënt lijdt, maar wie de patiënt is die lijdt

Hippokrates

Quin van Dam

- Een Balintgroep helpt de huisarts te reflecteren op haar¹ emotionele mogelijkheden en beperkingen en de invloed van haar functioneren als arts op het contact met de patiënt. Daardoor verandert haar houding van een ziektegerichte oriëntatie naar een patiëntgerichte houding. De psychotherapeut kan vanuit zijn ervaring met de hantering van de therapeutische relatie en zijn kennis van psychopathologie een bijdrage leveren aan dit leerproces van huisartsen. Na een beschrijving van het doel en de werkwijze van de Balintgroep volgt een bespreking van Balints betekenis voor het huisartsenwerk. Aansluitend schets ik mijn rol als begeleider en bespreek ik de mogelijkheid voor de psychotherapeut de begeleiding van de intervisies van andere beroepsbeoefenaars op zich te nemen.
-

Inleiding

Een Balintgroep heeft als doel de huisarts (meer) inzicht te geven in de wisselwerking tussen arts en patiënt, en in haar persoonlijke mogelijkheden en beperkingen bij het huisartsenwerk. In het groepsgesprek kan de huisarts

DR. Q.D. VAN DAM, klinisch psycholoog en psychoanalyticus, is werkzaam als hoofd afdeling volwassenen bij het NPI en in eigen psychotherapiepraktijk in Leiden. Hij is docent bij de RINO NH in Amsterdam.

Correspondentieadres: quinvandam@zonnet.nl

¹ Voor het gemak ken ik de huisarts voor de duur van dit artikel het vrouwelijk en de psychotherapeut het mannelijk geslacht toe.

haar angsten, frustraties en onzekerheden over haar werkstijl met andere huisartsen delen en daarop reflecteren.

Michael Balint (1896-1970), zoon van een huisarts, studeerde aan de universiteit van Boedapest geneeskunde, wiskunde, scheikunde en biochemie. Tijdens zijn studie raakte hij geïnteresseerd in de psychoanalyse en hij besloot zich daarin te specialiseren. Om artsen te enthousiasmeren voor de psychoanalyse verzorgde hij scholing over het onbewuste, de overdracht en psychosomatiek. Daarnaast trachtte hij hen te helpen als arts beter te functioneren. Balint vluchtte in 1939 voor de nazi's naar Engeland en werkte vanaf 1946 bij de Tavistock-kliniek in Londen. Hij publiceerde ongeveer zestig psychoanalytische artikelen en zeven boeken (zie voor een overzicht: Stewart, 2002). Hij leverde een belangrijke bijdrage aan de psychoanalytische theorievorming en behandeltechniek en is een van de grondleggers van de objectrelatietheorie.

Misverstanden bij het consult

Tijdens het consult kan een patiënt bij de huisarts verwarrende gevoelens oproepen die haar belemmeren om de patiënt te begrijpen en de juiste diagnose te stellen.

Mevrouw A, 55 jaar voelt zich soms duizelig en is daar ongerust over. Huisarts B wil de klacht onderzoeken, maar A wil graag eerst twee andere klachten toelichten. Wanneer A terugkomt op haar duizeligheid onderbreekt B haar met de mededeling dat de tijd van het consult verstreken is. Hij verzoekt A een nieuwe afspraak te maken. A loopt kwaad weg en verwijt B meer aandacht te hebben voor regels dan voor mensen. B blijft met een gevoel van falen achter en vraagt zich af waarom ze zo streng en afgemeten op A reageerde.

Ruim vijftig jaar geleden riepen dergelijke misverstanden bij Michael Balint, psychiater en psychoanalyticus in Londen, de vraag op waarom het contact tussen arts en patiënt ondanks goede bedoelingen van beide kanten soms zo onplezierig en onbevredigend verloopt. Deze vraag heeft aan actualiteit niet ingeboet. Zo blijkt uit een overzicht van empirisch onderzoek dat artsen tot 15% van de ontmoetingen met patiënten als moeilijk ervaren (Hinchey & Jackson, 2011).

Voor Balint vormde deze vraag de aanleiding om in Londen met groepen huisartsen te praten over de emotionele aspecten van hun werk. Enkele jaren later werden deze Balintgroepen ook in Nederland en een groot aantal andere landen opgezet. In Nederland zijn er nu zo'n dertig Balintgroepen actief.

Een Balintgroep biedt de huisarts de mogelijkheid haar angsten, frustraties en onzekerheden met anderen te delen en daarop te reflecteren. Zij krijgt oog voor haar emotionele mogelijkheden en beperkingen en de in-

vloed daarvan op het contact met de patiënt. Vaak krijgt zij ook interesse in de emotionele belevingswereld van patiënten die zij daarvoor als lastig, vervelend of moeilijk beschouwde. Daardoor verandert haar houding van een ziektegerichte oriëntatie naar een patiëntgerichte houding. De psychotherapeut kan vanuit zijn ervaring met de hantering van de therapeutische relatie en zijn kennis van psychopathologie een bijdrage leveren aan dit leerproces van de huisartsen.

Voordat ik deze bijdrage belicht, wordt het doel en de werkwijze van een Balintgroep beschreven en geïllustreerd met een casus. Dit wordt gevolgd door een bespreking van Balints betekenis voor het huisartsenwerk. Aansluitend schets ik mijn rol als begeleider van Balintgroepen en vermeld ik de resultaten van empirisch onderzoek naar het effectiviteit van Balintgroepen. Tot slot bespreek ik de mogelijkheid voor de psychotherapeut de begeleiding van de intervisies van andere beroepsbeoefenaars op zich te nemen. In de bijlage beschrijf ik de ontwikkeling van de Balintgroepen in Nederland.

Doel en werkwijze van een Balintgroep

Een Balintgroep bestaat uit acht of negen huisartsen. Een psychotherapeut (psycholoog of psychiater) begeleidt alleen of samen met een huisarts deze groep, die een keer per maand bij elkaar komt en meestal per sessie twee casussen behandelt. In de praktijk is gebleken dat de casussen die de huisartsen inbrengen betrekking hebben op problemen met:

- patiënten met medisch onverklaarbare en psychosomatische klachten;
- terminale patiënten met euthanasievragen;
- patiënten met onredelijke verzoeken om somatisch onderzoek, verwijzingen, ziekteverklaringen of medicatie;
- patiënten met persoonlijkheidsstoornissen of ernstige vroegkinderlijke verwaarlozing;
- de samenwerking tussen de huisarts en collegae of praktijkmedewerkers.

De centrale vraag bij elke casus is: wat is het in mij dat ik zo op deze patiënt (of situatie) reageer? De werkwijze is als volgt: een huisarts vertelt uit het hoofd over een casus. Daarna neemt zij buiten de kring plaats en luistert naar de spontane invallen van de groepsleden. Deze proberen zich in te leven in de positie van de huisarts of van de patiënt. Vervolgens reageert de inbrenger op de spontane invallen van de groepsleden. Aansluitend bespreekt zij wat zij daarmee in de praktijk kan doen. Een groepslid maakt een verslag en leest dit de volgende bijeenkomst voor. De inbrenger vertelt dan wat de bespreking voor haar betekent. Mocht zij de patiënt opnieuw gezien hebben dan vermeldt zij ook of de bespreking haar handelwijze heeft beïnvloed.

Ter illustratie een casus:

S, 29 jaar en twee jaar huisarts, heeft in een maand tijd drie terminale patiënten begeleid. Zij vertelt: 'Bij twee patiënten waren er veel medische complicaties, zoals de hik, pijn en misselijkheid. Ik wilde alles goed regelen

en uitleg geven over de medische oorzaak, maar had het gevoel dat ik steeds tegen een muur aanliep. Deze twee patiënten ontkenden de ziekte en wilden extra onderzoek en *second opinions*. Het lukte me zelfs één week voor hun overlijden niet de dood met hen te bespreken. Een van hen raakte steeds in paniek en begreep mijn uitleg over palliatieve sedatie niet. Het ene moment wilde hij sedatie, ook al had hij geen pijn, het andere moment had hij veel pijn maar wilde hij geen sedatie omdat hij helder wilde blijven. Bij de begeleiding van de derde patiënt die de dood wel onder ogen zag, ervoer ik enige rust. 's Avonds en in het weekend voelde ik me onzeker, gespannen en uitgeput.'

De groepsleden vertellen na enkele informerende vragen hun invallen. Deze zijn gericht op erkenning en inzicht. *Erkenning*: 'Drie terminale patiënten tegelijk begeleiden is erg zwaar. Dat hoef je niet van jezelf te vragen. Het gaat om heftige gebeurtenissen die onomkeerbaar zijn'. En: 'Je onzekerheid is begrijpelijk: in de opleiding leer je volgens het boekje handelen bij stervenden, maar in de praktijk mis je de ervaring en is het vallen en opstaan.' *Inzicht*: 'Kan het zijn dat je te snel praktisch hebt willen handelen? En dat je daarbij te veel de nadruk hebt gelegd op de medische aspecten? Mensen begrijpen wel degelijk dat ze dood gaan, maar ze hebben tijd nodig om de boodschap te laten bezinken. Pas dan kan er ruimte ontstaan om over de dood en het stervensproces te praten.'

Als begeleider vraag ik me hardop af hoe S zich voelde toen ze ons de casus voorlegde. Ik breng in herinnering dat zij in een eerdere sessie heeft verteld dat haar moeder onverwachts overleed, voordat zij afscheid van haar had kunnen nemen. S was toen 19 jaar oud. Het kan zijn dat S het bij de begeleiding van de patiënten zo goed moet doen om haar verdriet over het gemiste afscheid niet te voelen. Mogelijk wil S de patiënten het afscheid geven dat zij gemist heeft. Maar soms blijft een stervende patiënt de dood ontkennen.

S reageert als volgt op de invallen: 'De onrust en ontkenning van de patiënten gaven me het idee dat ik het niet goed deed. Ik ging toen nog harder werken. Het plotselinge overlijden van mijn moeder speelt een rol. Ik wilde dat de patiënten de tijd namen om afscheid te nemen, omdat ik wist hoe belangrijk dat voor mij was. Maar ik kan mijn eigen ervaringen niet opleggen aan een ander. Ik moet accepteren dat mensen op hun eigen manier met ziekte en dood omgaan. Ik liet de gevoelens van angst en verdriet niet toe, en was zo druk met dingen regelen. Mijn gevoel (verdriet) stond los van mijn werk. Dat is waarschijnlijk een beschermingsmechanisme. Bij de laatste terminale patiënt had ik wel contact met mijn gevoel, en dat was erg fijn.'

De Balintvraag van S ('Wat is het in mij dat ik deze terminale zorg zo goed wil doen?') wordt met de bespreking beantwoord. S wilde dat haar patiënten goed afscheid namen van hun geliefden, het afscheid dat zij zo graag met haar moeder had willen beleven. Ze realiseert zich dat ze haar patiënten geen tijd gunde om hun naderende dood onder ogen te zien en erin te berusten. Daardoor kon ze geen contact met hen krijgen.

Tijdens het consult kan de huisarts volledig in beslag worden genomen door haar reacties op de patiënt en het medisch handelen. Zij zit in de beleving van dat moment en reflecteert daar niet op. Zo regelt S veel voor de terminale patiënten. In eerste instantie gaat zij ervan uit dat haar vermoeidheid en preoccupatie met deze patiënten daaruit voortkomt. In de Balintsessie kan S reflecteren op haar angst voor haar verdriet over de dood van haar moeder en op de wijze waarop zij deze afweerde door een overactieve houding. De reflectie leidt tot een emotioneel inzicht in de manier waarop zij haar terminale patiënten ervoer.

Deze *persoonlijke* reflectie is erop gericht zich bewust te worden van de emotionele ervaringen bij het klinisch handelen en bij de interactie met de patiënten en de collegae. Deze reflectie vormt een aanvulling op de *wetenschappelijke* reflectie van de arts die gericht is op de klinische beoordeling en op een afweging van bevindingen uit de literatuur, en die tot doel heeft een zo goed mogelijke, op wetenschappelijk onderzoek gefundeerde (*evidence-based*) klinische beslissing te nemen (Aukes, 2008).

Een psychotherapeut kan aan de ontwikkeling van de persoonlijke reflectie van de huisarts bijdragen door zijn ervaring met de hantering van de therapeutische relatie. Deze relatie kenmerkt zich door talrijke vaagheden en onduidelijk afgebakende problemen (Binder, 2004). Onzekerheden, instabiele factoren en mogelijke waardeoordelen spelen daarin een rol. De patiënt komt met een mengeling van problemen en probleemgebieden die het de therapeut lastig maken te beslissen op welk gebied hij zijn interventies zal richten. Bovendien zullen de unieke eigenschappen van de therapeut-patiëntrelatie ook van invloed zijn op de betekenis die de patiënt toekent aan de interventies van de therapeut, en dientengevolge aan de invloed van deze interventies. Om in deze complexe situatie met onvoorspelbare eigenschappen te opereren is een aantal cognitieve vaardigheden noodzakelijk: herkenning van interpersoonlijke patronen, gericht gebruik van nieuwsgierigheid, gezond verstand en reflectie op zichzelf en op de ander (Binder, 2004). De huisarts leert deze cognitieve vaardigheden ook door de groepsbesprekingen en de interventies van de psychotherapeut. Zij krijgt oog voor terugkerende valkuilen in haar wijze van denken, voelen en handelen en in haar relationeel functioneren, en zij leert deze hanteren.

Overdracht bij het consult

Volgens de objectrelatietheorie heeft elk kind van nature de behoefte om een relatie met de primaire verzorger (moeder, vader) aan te gaan. Als er een ernstige discrepantie bestaat tussen de behoeften van het kind en de zorg en liefde van de verzorger kan er bij het kind een structureel tekort of *basic fault* ontstaan. In de behandelsituatie met de huisarts kan dit structurele tekort tot uiting komen in overdrachtverschijnselen: de patiënt beleeft onvervulde verlangens uit het verleden – aangeduid als regressieve verschijnselen – jegens de huisarts. Hij roept via deze overdracht bij de huisarts een tegenoverdrachtreactie op: de huisarts wordt door de patiënt uitgedaagd een *rol* te spelen in de fantasie van de patiënt. De regressieve verschijnselen kunnen twee

vormen aannemen: gezonde en kwaadaardige regressie. *Gezonde regressie*, die vaak later in de behandeling optreedt, brengt een kalm en vertrouwd tegenoverdrachtgevoel teweeg. De arts leert de onvervulde vroegkinderlijke verlangens van de patiënt die op haar worden overgedragen te herkennen. Zij bevredigt die doorgaans niet.

Patiënte C voelde zich door haar moeder miskend. Na enkele consulten ervaart huisarts D vanuit haar tegenoverdracht de neiging om als een liefdevolle moeder C te laten merken dat zij op haar gesteld is. Het contact tussen D en C blijft rustig en ontspannen.

Kwaadaardige regressie dient zich onmiddellijk aan in het contact en roept een heftig en intens tegenoverdrachtgevoel op: de patiënt eist van de huisarts dat zij als een alom aanwezige moeder beschikbaar is en zijn eisen inwilligt. Anders gezegd: de patiënt tracht met zijn eisende houding (overdracht) de huisarts in een positie van totale beschikbaarheid te dwingen. De huisarts beleeft zichzelf vanuit haar tegenoverdrachtgevoel als (te) belangrijk voor het bestaan van de patiënt. Een gevoel van machteloosheid en falen kan daaruit voortkomen.

F heeft een groot deel van haar jeugd in kindertehuizen doorgebracht. Na verbreking van een relatie eist zij via de telefoon een huisbezoek van huisarts E: hij moet met medicatie zorgen dat zij rustig kan slapen. Als E haar verzoekt naar de praktijk te komen reageert zij woedend en verbreekt zij het contact. E voelt dat hij tekortschiet en is bang dat F zelfmoord zal plegen.

Balint stelt dat de vorm van de regressie niet alleen van de patiënt afhangt, maar ook van de reactie van de behandelaar (Stewart, 2002).

H, een 73-jarige weduwe, komt wekelijks op het spreekuur van huisarts G. Zij gebruikt slaap- en kalmeringsmiddelen. G heeft net als H een hond, praat soms met F daarover en laat het consult regelmatig uitlopen. Recente vertelt H dat zij ook van de tabletten van haar dochter en haar zus snoept. Nu is haar hond ziek en wil zij extra kalmeringstabletten. G realiseert zich dat door haar toegeeflijke opstelling H's afhankelijkheid kwaadaardige vormen aanneemt. Het leert G dat een goede dokter niet altijd een aardige dokter hoeft te zijn.

De eerste Balintgroepen

Balint organiseerde vanaf 1949 in de Tavistock-kliniek seminars voor huisartsen waarin de psychologische implicaties van het huisartsenwerk werden besproken en onderzocht. Dit onderzoeksproject, beschreven in Balint (1957), leverde vier bevindingen op:

- 1 De dokter is zelf medicijn: als de huisarts beter begrijpt wat er bij haar patiënten leeft, heeft dit een positieve uitwerking op het genezingsproces.
- 2 De dokter heeft een ‘apostolische’ rol of functie: zij stelt zich normerend op en denkt te weten wat goed is voor haar patiënt.

De apostolische functie komt tot uiting in de casus van huisarts S, die van oordeel is dat haar terminale patiënten goed afscheid moeten nemen. S krijgt bij de Balintbespreking inzicht in de emotionele achtergrond van haar normatieve houding.

- 3 ‘Loven en bieden’: tijdens het consult onderhandelen dokter en patiënt over de ‘diagnose van de patiënt’ zodat deze voor beiden acceptabel is. ‘De dokter als medicijn’ en het ‘loven en bieden’ worden geïllustreerd in de volgende casus:

Mevrouw K heeft pijn in haar borst en bezoekt huisarts J, die in het ziekenhuis een echo aanvraagt. Op grond daarvan vermoedt de radioloog borstkanker en adviseert hij een röntgenonderzoek. J geeft haar het advies, maar mevrouw K weigert en zegt intuïtief te weten dat het geen kanker is. Bovendien heeft haar therapeut haar ontraden röntgenfoto’s te laten maken omdat dit onderzoek juist kanker kan veroorzaken. J probeert mevrouw K te overtuigen van het nut van een röntgenonderzoek, maar zij blijft weigeren. Plotseling flapt J eruit dat het borstkanker kan zijn en dat röntgenonderzoek noodzakelijk is. Het echtpaar reageert verontwaardigd.

Deze casus illustreert het loven en bieden: K komt met een ‘bod’ – de pijn in de borst – en J doet een uitspraak over kanker, die mevrouw K op dat moment niet verdraagt. Met andere woorden: J *overbiedt* haar. In de Balintbespreking brengt J zijn onmacht naar voren: hij vermoedt dat K kanker heeft, en toch kan hij ‘niets’. Hij realiseert zich dat hij de mogelijke diagnose minder voorzichtig heeft gebracht dan hij gebruikelijk doet. De groep moedigt J aan aandacht te besteden aan het contact met K. Ik merk op dat K vermoedelijk veel angstiger is dan ze kan voelen. Haar angst voor kanker gaat mogelijk schuil achter haar ontkennende, intuïtieve houding. Deze ontkenning brengt bij J gevoelens van angst en machteloosheid teweeg. Deze (tegenoverdracht)gevoelens komen tot uiting in de dwingende en geforceerde wijze waarop hij de diagnose kanker ter sprake brengt. Misschien helpt het om als reactie op haar vragen naar technische details te informeren naar haar angstige ideeën bij de ziekte. De bespreking helpt J zijn eigen tempo te volgen en beter af te stemmen op de angst en onzekerheid van de patiënte. J’s be-

grip werkt als ‘medicijn’: Mevrouw K voelt zich nu begrepen, onderkent de ernst van de symptomen en geeft zich over aan het diagnostisch onderzoek en de behandeling.

- 4 **Verantwoordelijkheid afschuiven:** wanneer de patiënt meerdere specialisten bezoekt, is vaak moeilijk vast te stellen wie de verantwoordelijkheid draagt.

P is een suïcidale patiënt, die met zijn partner in relatietherapie is. Na een zelfmoordpoging volgt crisisopname. Twee dagen later wordt hij door de psychiater gezien en ontslagen. Daarna komt hij op het spreekuur van huisarts L. L weet niet goed raad met P, die zich nog steeds suïcidaal uit, en L is geneigd hem dubbele consulten te bieden.

Bij de Balintbespreking wordt de vraag gesteld wie nu het beleid bepaalt bij deze suïcidale patiënt: de huisarts, de relatietherapeut of de psychiater? L besluit daarover een afspraak te maken met de twee andere behandelaars.

Mijn rol als begeleider

In 2002 en 2003 zijn twee door mij begeleide Balintgroepen opgezet op initiatief van een aantal huisartsen die gezamenlijk de huisartsenopleiding volgden en daarna enkele jaren als huisarts praktiseerden. Ongeveer de helft van de deelnemers van het eerste uur participeert nog in de groepen. In de eerste twee jaren stond in beide groepen op de voorgrond hoezeer de beginnende huisartsen zich verantwoordelijk voelden voor de behandeling (en impliciet de genezing) van de patiënt. Als patiënten door een chronische of terminale ziekte niet herstelden, resulteerde dit bij de huisarts vaak in gevoelens van onmacht, van schuld en van falen: zij voldeden niet in de ogen van hun collega's, van hun patiënten en hun familie of van zichzelf. Reflectie op de hoge eisen en overmatige verantwoordelijkheden die zij zich toedichtten en die zij projecteerden op anderen, hielp hen oog te krijgen voor hun mogelijkheden en hun beperkingen als arts en deze te accepteren. Volgens Myers en Gabbard (2008) zijn perfectionisme, onzekerheid en overmatige verantwoordelijkheid gevoelens veel voorkomende verschijnselen bij studenten en afgestudeerden in de geneeskunde. In de opleiding tot arts worden perfectionisme en de verantwoordelijkheid voor de genezing van de patiënt sterk aangevoerd.

Als begeleidend psychotherapeut richt ik mij op het functioneren als huisarts en niet op diens privéfunctioneren. Ik probeer hen een andere wijze van kijken en luisteren te leren, naar zichzelf en hun patiënten en attendeer hen op persoonlijke valkuilen door casussen die zij in eerdere sessies bespraken aan te halen en de parallellen in hun reacties te laten zien. Zo kan blijken dat een huisarts een apostolische rol inneemt tegenover de patiënt en zich normatief opstelt of dat een huisarts door haar angst geen aardige dokter te zijn

te meegaand is in het contact met de patiënt. Bovendien reik ik hun een aantal psychologische begrippen aan die de ervaringen die zij opdoen in het contact met de patiënt begrijpelijk kunnen maken. Ik wijs hen op overdracht- en tegenoverdrachtverschijnselen of op het mechanisme van de projectieve identificatie. Patiënten die niet in staat zijn angstwekkende (traumatische) gevoelens te hanteren gebruiken dit laatste, onbewuste mechanisme. De patiënt splitst die gevoelens af en brengt ze onder bij de huisarts. Vervolgens dwingt hij de huisarts zich naar deze belevingen te gedragen.

Huisarts Q ontvangt op zijn spreekuur mevrouw Z, een prostituee die komt voor een SOA-controle. Bij binnenkomst knippert zij verleidelijk met haar ogen, wiegt haar heupen en spreekt hem aan met 'liefje'. Bij het lichamelijke onderzoek gaat zij uitdagend liggen. Q voelt zich overrompeld, erotisch geprikkeld en gedwongen het lichamelijke onderzoek te doen. Hij wordt angstig en voelt zich een sul: mevrouw Z is de baas en hij haar klant. Achteraf ervaart Q walging en voelt hij zich aangetast in zijn beroepseer.

Ik opper dat Q een rol krijgt opgedrongen waaraan op dat moment geen ontsnappen mogelijk is. Mogelijk is mevrouw Z seksueel getraumatiseerd en herhaalt zij met Q het trauma door hem te overweldigen en het seksueel misbruikte gevoel af te splitsen en bij Q onder te brengen. Bij deze casus blijkt dat het gedrag van de patiënt en de wijze waarop zij -middels het afweermechanisme van de projectieve identificatie- haar gevoelens afweert in belangrijke mate de interactie met de huisarts bepaalt.

Het contact kan ook beïnvloed worden door de wijze waarop een patiënt (onbewuste) angst-, schuld- en schaamtegevoelens afweert. In dat verband werp ik, als tegenhanger van de Balintvraag ('Wat is het in mij dat...'), de vraag op: 'Waarom heeft de patiënt het nodig zo te doen?' Een voorbeeld:

Huisarts R verrichtte een rectaal toucher bij een de heer A, 32 jaar oud. Na het onderzoek vroeg A haar of zij het onderzoek als emotioneel belastend had ervaren. R vond dit een irritante en ongepaste vraag.

Waarom stelde A deze vraag? Mogelijk ervoer hij het onderzoek als vernederend en schaamde hij zich. Om de vernedering niet te voelen, draaide hij de rollen om, en onderwierp hij R aan een onderzoek.

De vraag 'Waarom heeft de patiënt het nodig zo te doen?' helpt de huisarts om oog te krijgen voor de beleving van de patiënt, en los te komen van de beoordelende positie. De vraag sluit aan bij het uitgangspunt van de object-relatietheorie dat het kind de behoefte heeft een relatie aan te gaan met de primaire verzorger (ouder). Tijdens de ontwikkeling daarvan vormen ouder en kind een innerlijk beeld van de gedachten en gevoelswereld (*theory of*

mind) van elkaar. Zo kan de ouder begrijpen waarom zijn kind zo angstig is of kan het kind aanvoelen waarom de ouder het nodig heeft opeens zo ongeduldig te reageren.

Als de ingewikkelde interactie tussen de huisarts en de patiënt mede veroorzaakt lijkt door een psychische stoornis bij de patiënt geef ik uitleg over de aard van de problematiek en de tegenoverdrachtgevoelens die daarmee gepaard kunnen gaan. Zo voelt een huisarts zich persoonlijk afgewezen na confrontatie met een patiënt met narcistische trekken en verdraagt zij het niet als een ding behandeld te worden.

Als begeleider ervaar ik ook zelf regelmatig tegenoverdrachtgevoelens bij de bespreking van casus.

Mevrouw X, moeder van een 17 jarige jongen, vroeg haar huisarts om euthanasie. Zij was als gevolg van een neurologische aandoening volkomen vlak geworden in haar gevoelsleven en wilde verdere aftakeling voor zijn. De zoon was zeer verdrietig, kon niet meer tot haar doordringen en haar van haar keuze afhouden.

Vanuit mijn tegenoverdracht ervoer ik, naast machteloosheid, ook woede op de moeder, die haar zoon in de steek liet. De groepsleden ervoeren soortgelijke tegenoverdrachtgevoelens. Dit leidde tot vragen als: hoeveel is er gesproken met de zoon, met de vader, en welke rol had de moeder in het gezin voor haar ziekte. Het groepsgesprek hielp de huisarts bij de afweging en bespreking van het euthanasieverzoek.

Wetenschappelijk onderzoek

Bij de Balintorganisaties bestaat meer dan voorheen aandacht voor wetenschappelijk onderzoek naar het effect van deelname aan een Balintgroep. Een positieve aanzet die aan methodologische eisen voldoet, vormt de studie van Kjeldman (2006). In dit onderzoek zijn 20 deelnemers aan Balintgroepen (Balinters) vergeleken met 21 huisartsen die onder ongeveer gelijke omstandigheden (omvang van de praktijk, in de stad of op het platteland, soort dienstverband) in Zweden werkzaam zijn (niet-Balinters). Bij de Balinters is daarnaast onderscheid gemaakt tussen hen die op dat moment minder of meer dan 1,5 jaar aan de groep deelnamen (de keuze van deze periode licht de auteur niet toe). De meting werd uitgevoerd met een vragenlijst met 49 items, onderverdeeld in de categorieën: werkdruk, gevoel van controle, mate waarin het werk als bevredigend en als stimulerend werd beleefd, inschatting van de geleverde kwaliteit van het werk, samenwerking en ondersteuning, gevolgde training en opleiding, en omgang met psychosomatische patiënten. De ervaren Balinters (> 1,5 jaar; N = 12) scoorden met uitzondering van de categorie werkdruk bij alle categorieën significant hoger dan de niet-Balinters. Bovendien bleek dat de ervaren Balinters in vergelijking met niet-

Balinters de vraag: 'Geeft u patiënten soms onnodig een verwijzing of neemt u onnodige tests af om het consult te kunnen beëindigen?' significant vaker met 'Nee' beantwoordden. Verder kwamen de gemiddelde scores van de minder ervaren Balinters en de niet-Balinters overeen, terwijl die van de ervaren Balinters significant van beide groepen verschilden. Hieruit kan worden geconcludeerd dat een leereffect van deelname aan de Balintgroep pas na anderhalf jaar zichtbaar wordt.

Kjeldman (2006) onderzocht tevens of de Balinters in vergelijking met de niet-Balinters een meer patiëntgerichte attitude hadden. Dat bleek het geval te zijn: de Balinters vonden het belangrijk om samen met de patiënt tot overeenstemming over de diagnose en het beleid te komen, en streefden er bovendien naar dat de patiënt zich begrepen voelde en beter geïnformeerd raakte over zijn probleem. De niet-Balinters waren tevreden als zij de juiste diagnose stelden en het medische probleem konden oplossen. Patiënten met vage klachten of patiënten die het beleid zelf al hadden bepaald, ervoeren zij als lastig.

Bij deze onderzoeken zijn Balinters en niet-Balinters niet *at random* toegewezen. Deelnemers die kiezen voor een Balintgroep kunnen voor aanvang van de groep al op bovenstaande eigenschappen (reflectief, patiëntgericht) verschillen van niet-Balinters. Voor zover bekend is geen wetenschappelijk onderzoek verricht naar het effect van deelname aan de Balintgroep op de kwaliteit van het artsenvak en op de tevredenheid en kwaliteit van leven van hun patiënten.

Uit een evaluatieonderzoek (zonder controlegroep) van Vinokur in 2003 bij acht Balintgroepen voor huisartsen, psychiaters, psychologen en leraren in Rusland bleek dat de huisartsen na maximaal drie jaar deelname minder last hadden van *burn-out*klachten, meer werkplezier vermeldden, beter in staat waren gebruik te maken van ondersteuning en een verhoogd gevoel van eigenwaarde hadden. Bovendien vermeldden zij op een vragenlijst voor conflictmanagement een significante afname van wedijver en toename van samenwerking (geciteerd in Van Trier, 2010).

Andere toepassingen

Voor de psychotherapeut kan de begeleiding van Balintgroepen een nuttig werkveld vormen naast zijn behandeltaak. Hij kan zijn kennis en kunde ook in dienst stellen van groepen die bestaan uit andere beroepsbeoefenaars, zoals medisch specialisten, organisatieadviseurs, rechters, advocaten, verpleegkundigen en leraren. Ook zij worden geconfronteerd met talrijke vaagheden en onduidelijk afgebakende problemen in de samenwerking (Binder, 2004). De therapeut kan de deelnemers leren (meer) te reflecteren op zichzelf, op de ander en op de onderlinge wisselwerking. Dit helpt de deelnemer minder angstig en onzeker te worden en beter zijn positie te bepalen. Problemen in het contact maken plaats voor begrip, interesse en een betere samenwerking.

Literatuur

- Aukes, L.C. (2008). *Personal reflection in medical education*. Dissertatie universiteit Groningen. l.c.aukes@med.umcg.nl
- Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*. Londen: Pitman Medical Publishing.
- Dokter, H.J. & Trijsburg, R.W. (1997). Balint-groepen. In T.J.C. Berk, M. El Boushy, E. Gans, T.A.E. Hoijtink, T.G.H. te Lintelo, C. Missian & M. van Noort. *Handboek groeps-psychotherapie*, 5, 3-5, 28. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dokter, H.J. & Verhage, F. (1991). *De dokter als medicijn*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Hinchey, S.A. & Jackson, J.L. (2011). A cohort study assessing difficult patient encounters in a walk-in primary care clinic. *Journal of General Internal Medicine*, DOI: 10.1007/s11606-010-1620-6.
- Kjeldman, D. (2006). *The doctor, the task and the group. Balint groups as a means of developing new understanding in the physician-patient relationship*. www.publications.uu.se, urn:nbn:se:uu:diva-6937 (Samenvatting van dissertaties, faculteit Geneeskunde van de universiteit van Uppsala).
- Myers, M.F. & Gabbard, G.O. (2008). *The physician as patient. A clinical handbook for mental health professionals*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Stewart, H. (2002). Michael Balint: an overview. *The American Journal of Psychoanalysis*, 62, 37-52.
- Trier, J. van (2010). Balint-groepen. Intervisie en reflectie voor hulpverleners onder begeleiding van een psychotherapeut. *Groepen*, 5, 23-29.

Bijlage

Balintgroepen in Nederland

In Nederland werden vanaf 1959 Balintgroepen opgezet, vaak op initiatief van een aantal huisartsen. In 1966 waren er 49 en in 1972 naar schatting tachtig Balintgroepen. In de jaren zeventig nam de belangstelling voor Balintgroepen af. Huisartsen kregen meer interesse in *sensitivity*trainingen en richtten eigen groepen op (Dokter & Trijsburg, 1997). Dokter en Verhage gaven in 1980 een nieuwe impuls aan het Balintwerk. Zij zetten twee Balintgroepen op in de regio Rotterdam en lieten zien dat het werk van Balint ook voor de moderne huisarts van betekenis kan zijn. In Dokter en Verhage (1991) doen zij verslag van hun werkwijze.

De begeleiders en deelnemers van de naar schatting dertig Balintgroepen zijn lid van de in 2005 opgerichte Vereniging Balint Nederland. De Balintvereniging toetst het opleidingsniveau van de Balintgroepbegeleider, organiseert (internationale) conferenties en intervisies, en speelt een ondersteunende rol bij de opzet van nieuwe groepen (www.Balint.nl).

De Vereniging Balint Nederland is aangesloten bij de *International Balint Federation* (www.balintinternational.com). De Federatie, waarvan in 2008 Balintverenigingen uit 22 landen lid zijn, adviseert de verenigingen bij onder meer de opleiding van groepsleiders en hoe een wettelijke status te verwerven. Daarnaast organiseert de Federatie jaarlijks congressen in verschillende landen en verzorgt de uitgave van het *Balint journal*.

Een Balintgroep wordt begeleid door een psychotherapeut, eventueel samen met een huisarts als cobegeleider. Voor een overzicht van de eisen die gesteld worden aan de psychotherapeut-begeleider en de huisarts, zie: www.Balint.nl.

Huisartsen die willen deelnemen aan een Balintgroep dienen enigermate open, zelfkritisch, nieuwsgierig en empathisch te zijn tegenover andere collega's. Als psychotherapeut voer ik samen met een van de huisartsen uit de Balintgroep een kennismakingsgesprek met de huisartsen die belangstelling tonen om lid te worden van de groep. Daarin wordt getoetst of samenwerking in de Balintgroep mogelijk is. De groep is niet geschikt voor huisartsen die zeer kwetsbaar zijn en kampen met ernstige persoonlijke problematiek. Zij kunnen baat hebben bij individuele begeleiding of psychotherapie. Gemiddeld blijven huisartsen 4 jaar in de groep. Een open plek in de groep wordt opgevuld door een nieuwe huisarts. De groep telt maximaal 9 deelnemers. Deelname aan de Balintgroep levert de huisartsen accreditatiepunten op.