



*Het effect van studiegroepen medische psychologie voor huisartsen; verslag van een veldexperiment**

DOOR R. A. DE BOER** EN J. M. F. JASPERS***

In een voorafgaand evaluatie-onderzoek betreffende medisch-psychologische studiegroepen in Nederland (*De Boer en anderen*) werd aangetoond dat huisartsen die aan dergelijke studiegroepen deelnemen een meer positieve attitude verwerven ten aanzien van patiënten met psychologische problemen. Deze conclusie was gebaseerd op de volgende bevindingen.

De attitudes van deelnemers aan medisch-psychologische studiegroepen ten aanzien van patiënten met psychische of psychosomatische klachten waren gunstiger dan die van niet-deelnemers, van aspirant-deelnemers en dan die van deelnemers aan somatische studiegroepen. Geen verschillen in attitude werden gevonden betreffende patiënten met somatische klachten. Op grond van deze resultaten lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat het verschil in attitude niet is te wijten aan specifieke groepsinvloeden of selectieeffecten.

Een belangrijke vraag die door de resultaten van dit onderzoek wordt opgeroepen is uiteraard in hoeverre veranderingen van attitude gepaard gaan met verandering in de behandeling van de patiënt door de arts. Het huidige onderzoek is een poging

Samenvatting. Als onderdeel van een evaluatie-onderzoek van het werk van studiegroepen medische psychologie werd het gedrag van huisartsen tijdens een zogenaamd long-interview bestudeerd. Een aantal leden van een studiegroep en van een controlegroep die geen nascholing in medische psychologie had gehad, hielden een rolgesprek met een actrice die een patiënte uitbeelde. Er werd gebruik gemaakt van drie verschillende ziektegevallen. De op de band geregistreerde uitspraken van de arts werden bewerkt volgens het systeem van *Bales*; daarnaast werd de 'speech disturbance ratio' van *Mahl* bepaald. Voor één van de drie ziektegevallen werden verschillen gevonden tussen getrainde en ongetrainde artsen. Hieruit werd afgeleid dat effecten van training slechts merkbaar worden in daarvoor kritische situaties. Voorts bleek het gedrag van de artsen, zowel studiegroepleden als controles, te verschillen van ziektegeval tot ziektegeval. De arts stemt zijn gedrag kennelijk in belangrijke mate af op de situatie die hem wordt voorgelegd.

op deze vraag een antwoord te geven en kan worden beschouwd als een tweede onderdeel van dit evaluatieproject.

Onderzoek naar gedragsverandering van de arts in een behandelingssituatie is echter minder eenvoudig dan het evalueren van het effect van training op attitudes. Zo doet zich, afgezien van praktische

* De schrijvers zijn veel dank verschuldigd aan de heren N. Metaal en B. van den Borne voor de scoring en her-scoring van de gesprekken volgens *Bales* en *Mahl*.

** Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO Leiden.

*** Psychologisch Laboratorium der Katholieke Universiteit Nijmegen.

onderzoeksmoeilijkheden, de vraag voor welke veranderingen in het gedrag van de arts met een dergelijke training worden beoogd. Een oplossing van dit probleem zou kunnen worden gevonden door uit de beschouwingen van *Balint* over de verhouding arts-patiënt een aantal wenselijke veranderingen in het gedrag van de arts af te leiden en vervolgens na te gaan welke veranderingen de psychiaters die studiegroepen hebben begeleid, verwachtten bij huisartsen die aan de training deelnemen.

Balint heeft uitvoerig de huidige instelling en werkwijze van huisartsen beschreven en geanalyseerd. Hij heeft daaraan zelfs een futuristische schets van de huisarts in een medisch utopia toegevoegd. Het is echter niet eenvoudig uit de analyse van *Balint* en het door hem geschetste en gewenste toekomstbeeld eenduidig af te leiden in welk opzicht het gedrag van de medisch-psychologisch getrainde huisarts zou moeten verschillen van het gedrag van zijn collega die geen training volgens de ideeën van *Balint* heeft gevolgd. Hoe bepaalt men bijvoorbeeld dat de arts een patiënt al of niet toestaat in zijn ziekte te vluchten? Waaraan kan men observeren dat de arts de „aanbieding” van de patiënt afwijst? Hoe stelt men diepte of niveau van behandeling vast? Waaruit blijkt een diagnose door elimineren? Op welke wijze laat de arts in het gesprek met de patiënt blijken dat hij nerveuze symptomen niet ernstig neemt of dat hij zich wenst te verschuilen achter anonimiteit? Waaruit volgt dat de raad of geruststelling van de arts prematuur is, dat de arts heeft leren luisteren, dat hij niet te apostolisch te werk gaat of voor amateurpsychiater wil doorgaan?

Slechts in een beperkt aantal gevallen lijkt het mogelijk gedragsindices van de door *Balint* gesignaleerde instelling te formuleren. Diepte of niveau van behandeling zou kunnen blijken uit de aandacht voor niet-somatische en „relationele” aspecten in de behandeling. Afwijzen van de aanbidding kan blijken uit de mate waarin de arts de patiënt ervan probeert te overtuigen dat hem niets mankeert. Verwijzen naar een specialist kan een poging tot verschuilen achter anonimiteit zijn. Deze gedragingen van de arts zijn vermoedelijk goed te observeren, maar zij komen in de loop van de gesprekken welke de arts met een patiënt heeft waarschijnlijk slechts in een geringe frequentie voor. Zou men dus voor onderzoekdoeleinden slechts één gesprek van arts en patiënt observeren, dan is de kans op kritische incidenten waarschijnlijk dermate gering, dat een waarneembaar verschil in gedrag moeilijk zal kunnen worden aangetoond.

Wil men door observatie tijdens één ontmoeting van arts en patiënt het effect van medisch-psychologische training aantonen, dan gaat het dus erom

gedrag te observeren dat relevant is voor de vraagstelling van het onderzoek en dat bovendien algemeen genoeg is om te kunnen worden geregistreerd. Voor het beoordelen van de gesprekken uit dit onderzoek is een speciaal hierop gericht beoordelingsschema ontworpen. Het was niet mogelijk een voldoende overeenstemming te bereiken tussen onafhankelijk van elkander werkende beoordelaars. Over dit deel van het onderzoek volgt te zijner tijd verslag. Daarnaast werd gebruik gemaakt van twee bestaande beoordelingssystemen.

Voor het observeren en registreren van het gedrag in sociale situaties zijn in de sociale psychologie en psychotherapie een groot aantal categorieën schema's voorgesteld (*Weick; Marsden*). De meeste schema's houden zich uitsluitend bezig met hetgeen mensen tegen elkander zeggen in een sociale situatie. De verschillende opmerkingen (of gedeelten daarvan) worden dan ondergebracht in tevoren omschreven categorieën (bijvoorbeeld „instemming”, „advies” enzovoort). Deze schema's zijn vrijwel alle te beschouwen als varianten van een door *Bales* ontworpen observatiesysteem. De laatste jaren zijn daarnaast observatieschema's ontwikkeld die zich richten op hetgeen zich afspeelt buiten de inhoud van het gesprokene om. Dat kunnen zogenaamde extralinguale elementen zijn, zoals pauzes in een gesprek (*Mahl*), maar ook lichaamsbeweging en -houding en het gebruik van de nabije ruimte (*Weick; Duncan*). Indien men een situatie niet kan filmen is men voor de registratie van niet-verbaal gedrag voornamelijk aangewezen op de extralinguale elementen bij het taalgebruik.

Kan men op grond van de denkbelden van *Balint* komen tot voorspellingen van het gedrag van de arts in termen van deze algemene categorieën? Het lijkt niet onaannemelijk te veronderstellen dat de medisch-psychologische training van de arts zich ook — zij het indirect — zal weerspiegelen in deze formele en algemene beschrijving van het gedrag. In het werk van *Balint* zijn aanwijzingen te vinden die bepaalde verwachtingen in dit opzicht rechtvaardigen. Wanneer de arts uitsluitend aandacht heeft voor somatische aspecten in de behandeling, wanneer hij de aanbidding van de patiënt negeert of te apostolisch te werk gaat etc., dan zou dat onder andere moeten blijken uit een meer directieve instelling van de arts. Hij is dan niet geïnteresseerd in de gevoelens van de patiënt, in diens interpretatie en in diens suggesties voor behandeling. Indien dit een ongewenste houding is — en dat is althans volgens *Balint* het geval — dan moet men verwachten dat de verhouding tussen de patiënt en zijn arts stroef, gespannen en zelfs onaangenaam wordt (*Balint*), waardoor het geneesmiddel „dokter” niet het bedoelde effect heeft. In termen

van de algemene en formele gedragscategorieën is met het bovenstaande de verwachting gegeven van een afnemen van directiviteit en gespannenheid in de behandelingssituatie ten gevolge van medisch-psychologische training.

Aan vier adviseurs van studiegroepen werd verzocht hun verwachtingen over gedragsveranderingen bij getrainde huisartsen te formuleren in termen van het observatieschema van *Bales*. Twee van deze adviseurs werkten zelf met de Balint-methode, twee met de rollenspel/gespreksanalyse-methode. De verwachtingen golden het optreden van de huisarts in een zogenaamd long interview, onder de hierna te beschrijven in het experiment geschapen omstandigheden. Een overzicht van hun veronderstellingen is te vinden in *tabel 1*.

Men blijkt vrijwel unaniem een afnemen van negatieve reacties bij de getrainde arts te verwachten en een toenemen van instemming (casu quo passief accepteren, begrip, meegaandheid). Voorts wordt verwacht dat de arts zowel actief (voorstellen) als passief (vragen) meer de nadruk legt op oriëntatie (informatie, herhalingen, bevestigingen). Ten aanzien van meningen en suggesties is men verdeeld. De uit de beschouwingen van *Balint* afgeleide verwachtingen (afnemen van directiviteit en gespannenheid) lijken hiermede over het geheel genomen te worden ondersteund.

Methode. Ten einde het gedrag van de arts in een behandelingssituatie te bestuderen werd om verschillende redenen een rollenspelsituatie gekozen, waarbij de rol van de patiënt werd gespeeld door een actrice.*

Het voordeel van deze werkwijze is evident. Door eenzelfde persoon de rollen van verschillende patiënten te laten vervullen werd de „natuurlijke” variantie die door verschillen tussen patiënten in de behandeling ontstaat, geminimaliseerd. Door dezelfde persoon meer dan één rol te laten spelen kan men bovendien systematisch nagaan wat de invloed van verschillen in ziektebeeld is op het gedrag van de arts. De meest natuurlijke situatie zou vanzelfsprekend zijn geweest om zonder medeweten van de arts de „patiënte” zich op het spreekuur te laten vervoegen. Om ethische redenen werd hiervan afgezien. Moeilijkheden betreffende de registratie van het gesprek maakten een dergelijke werkwijze ook praktisch niet goed uitvoerbaar. Alle huisartsen die hun medewerking aan het onderzoek verleenden, waren derhalve op de hoogte van het feit dat de patiënte een rol speelde.

Het nadeel van deze procedure is eveneens duidelijke

*Tabel 1. Verwachtingen van vier adviseurs ten aanzien van het effect van medisch-psychologische training op het beroepsgezag van huisartsen.**

Gedrag van de arts beoordeeld volgens <i>Bales</i>	Adviseur				Totaal
	I	II	III	IV	
1 Toont solidariteit	—	+	+	+	+ 2
2 Is ontspannen	+	—	+	+	+ 2
3 Stemt in	+	+	+	+	+ 4
4 Geeft suggesties	0	+	—	+	+ 1
5 Geeft mening	+	+	—	—	0
6 Geeft oriëntatie	+	+	—	+	+ 2
7 Vraagt oriëntatie	+	—	+	+	+ 2
8 Vraagt mening	0	—	+	+	+ 1
9 Vraagt suggesties	0	—	+	0	0
10 Verschilt van mening	0	—	—	—	— 3
12 Is gespannen	—	—	—	—	— 4
12 Is antagonistisch	—	—	—	—	— 4

* Een + in de tabel geeft aan dat de betreffende adviseur een toeneming verwacht in de betreffende gedrags-categorie, ten gevolge van de training. Een 0 geeft aan dat geen verschil tussen getrainde en ongetrainde artsen wordt verwacht. Een — betekent een verwachte afneming van het betreffende gedrag. De gedragsomschrijvingen in de eerste kolom zijn slechts korte aanduidingen van de betreffende categorieën. De meer uitgebreide omschrijving waarvan in het onderzoek werd gebruik gemaakt is te vinden bij *Bales*.

lijk. In de eerste plaats dient men zich te realiseren dat de resultaten betrekking hebben op een enigszins ongewone, experimentele situatie. In het experiment kent de arts de patiënt niet, terwijl hij in zijn dagelijkse praktijk meestal juist goed bekend is met zijn patiënten. Het spelen van een rol zal de ene arts beter liggen dan de andere. Dit zijn bezwaren welke men in het algemeen tegen elk experiment kan aanvoeren. Daarnaast is in dit geval echter sprake van een specifieke methodologische moeilijkheid die voortkomt uit de bekendheid van de arts met de opzet van het experiment. Aangezien de arts ervan op de hoogte was dat hij niet met een echte patiënt te doen had, terwijl hij bovendien wist dat het om een evaluering van het effect van medisch-psychologische training ging, zou hij in deze situatie opzettelijk gedrag kunnen vertonen dat volgens de doelstellingen van de training wenselijk is, ofschoon hij een dergelijk gedrag bij de behandeling van patiënten in normale omstandigheden niet vertoont.

Hoewel het bestaan van genoemde methodologische moeilijkheid niet kan worden ontkend, lijkt het onderzoek in deze vorm om tenminste twee redenen toch zinvol. Het is ten eerste de vraag, in hoeverre de arts formele kenmerken van zijn gedrag opzettelijk kan reguleren. Wellicht is dat nog wel mogelijk wanneer men uitsluitend op verbaal gedrag let, al is het ook daar moeilijk door het ont-

* De onderzoekers zijn veel dank verschuldigd aan mevrouw C. Jacobs-Dura voor de consciëntieuze wijze waarop zij de rol van imaginaire zieke heeft gespeeld.

breken van duidelijke criteria. Bewuste regulering van niet-verbaal gedrag lijkt echter niet goed mogelijk. Een tweede argument is, dat een mogelijk negatief resultaat van het onderzoek zijn betekenis niet verliest door deze methodologische tegenwerping. Wanneer de getrainde arts, zelfs in een rollenspel-situatie waarin hij weet dat hij wordt geëvalueerd, zich niet onderscheidt van een niet-getrainde arts, dan bestaat gegronde twijfel aan een positief effect van de training op het gedrag van de arts.

Procedure. In het totaal speelde de „patiënte” in het onderzoek drie verschillende rollen. Deze rollen werden geschreven naar analogie van werkelijke ziektegevallen die door huisartsen in verschillende medisch-psychologische studiegroepen werden besproken. De rolbeschrijvingen bevatten onder meer een schildering van het actuele beeld (klachten en dergelijke), een biografische anamnese en verder richtlijnen voor houding en gedrag van de patiënte tegenover de arts. In een aantal oefengesprekken werd de actrice getraind zich in een behandelings-situatie zoveel mogelijk volgens deze richtlijnen te gedragen. Daarna werd met de desbetreffende artsen een afspraak gemaakt voor het gesprek met de „patiënte”. Dit werd in de eigen spreekkamer gevoerd en op de band vastgelegd. Hierbij werd uitgegaan van de veronderstelling dat de arts deze patiënte eenmaal tevoren op zijn spreekuur had gezien. Hij had toen een afspraak gemaakt voor een langduriger gesprek, om zich over de achtergronden van het geval te oriënteren. De spreekuurgegevens werden de arts toegestuurd voordat het gesprek met de actrice plaatsvond (*appendix*). Met de overige bijzonderheden, met name wat betreft de achtergronden van het probleem van de patiënte, was de huisarts onbekend. De aan de artsen voorgelegde problemen waren in het kort als volgt.

Patiënte A: een nog jonge vrouw met een ernstige progressieve hypertensie weigert het advies van de internist om zich voor analyse van de hypertensie te laten opnemen, op te volgen. De huisarts wil proberen haar toch hiertoe te bewegen. De achtergrond van haar weigering blijkt te zijn dat zij kort tevoren een verkeersongeluk heeft veroorzaakt, als gevolg waarvan haar zoonje nu lijdende is aan epileptische equivalenten. Uit schuldgevoel wil zij de zorg voor hem niet aan een ander overlaten.

Patiënte B: de moeder van een pas verhuisd gezin komt met klachten over hongerigheid en lusteloosheid van haar zoonje. De achtergrond hiervoor ligt in haar eigen moeilijkheden met de aanpassing aan de nieuwe omgeving.

Patiënte C: de moeder heeft last gekregen van depressiviteit en slapeloosheid sinds bij haar enkele maanden oude zoonje een cardiaal geruis is ontdekt. De klachten blijven bestaan ondanks de verzekering van huisarts en van cardioloog dat de soufflé naar alle waarschijnlijkheid niet op een lichamelijke afwijking berust. De achtergrond van haar klachten is dat zij verband legt met het feit dat zij zich in het verleden heeft laten aborteren toen zij tijdens een relatie met een vroegere vriend zwanger was geworden.

Als patiënte A bezocht de rollenspelster zes artsen uit een studiegroep en drie artsen uit de controlegroep die geen training hadden gevolgd, maar overigens op een aantal kenmerken zoals leeftijd, grootte van de plaats van vestiging en dergelijke, vergelijkbaar waren met de getrainde artsen. Als patiënte B bezocht zij veertien getrainde en zeven ongetrainde artsen. Als patiënte C werden zeven getrainde en vier ongetrainde artsen bezocht. De rollen van de patiënten A en C correspondeerden met casus die in een medisch-psychologische studiegroep waren besproken, volgens de richtlijnen van *Balint*. In de rol van patiënte B bezocht de actrice artsen die deelnamen aan twee studiegroepen die de rollenspel/gespreksanalyse-methode gebruikten. Deze rol was ontworpen naar aanleiding van een door groep 3 besproken geval. Het ontwerp van het onderzoek is schematisch weergegeven in *tabel 2* *.

Zoals blijkt uit de gegevens vermeld in *tabel 2* zijn niet alle mogelijke combinaties van factoren (wel training, geen training, methode van training, rol van patiënte, groepen) in het onderzoek vertegenwoordigd. Onder bepaalde voorwaarden verschaft dit ontwerp echter een maximum aan informatie bij een minimaal aantal personen.

Indien noch de rol welke de patiënte speelt, noch de specifieke groep waarvan de getrainde arts lid is geweest van belang zijn, kan door vergelijking van de artsen van de eerste vier kolommen van het schema met de artsen in kolom 5 worden aangetoond of een algemeen trainingseffect bestaat. Door vergelijking van de gegevens in kolom 1 en 2 met die van kolom 3 en 4 kan onder dezelfde voorwaarden een verschil in effect tussen *Balint*-training en scholing volgens de rollenspel/gespreksanalyse-methode worden aangetoond. Het is echter mogelijk dat deze trainingseffecten slechts opgaan voor een bepaalde rol of voor een bepaalde groep. In dat geval is het effect van de groep slechts na te gaan voor de twee groepen artsen die volgens de rollenspel/gespreksanalyse-methode zijn getraind. Zij werden immers met dezelfde patiënte geconfronteerd. Verder zijn de leden van trainingsgroepen 1, 2 en 3 in zoverre bevoordeeld dat de hun aangeboden patiënte verwantschap vertoont met een eerder in de groep behandeld geval.

* Een bespreking van de door *Balint* ontworpen methode en van die gevolgd door de rollenspelgespreksanalyse-groepen vindt men bij *Veldhuyzen van Zanten*. Verschillend is onder andere de materie waarvan men uitgaat (respectievelijk een gepresenteerde casus en een bandopname van een al of niet gespeeld arts-patiënt-gesprek). De *Balint*-methode is in zijn gedachtengang verwant aan het psycho-analytisch begrippenkader, de rollenspel-procedure aan de ideeën van Rogers.

De rolpatiënte wist niet welke artsen een training hadden gevolgd en welke artsen tot de controle-groep behoorden. De gesprekken werden op de band opgenomen en de opmerkingen van de arts werden vervolgens uitgetikt en gecodeerd volgens het schema van *Bales*. Elk gesprek werd door twee beoordelaars* in samenwerking gecodeerd aan de hand van de bandopname en de geschreven tekst. Voor het vaststellen van de intersubjectieve betrouwbaarheid, dat wil zeggen de mate waarin onafhankelijk van elkander werkende beoordelaars met het systeem dezelfde resultaten verkrijgen, werden negen gesprekken door twee beoordelingsparen gecodeerd. Als maatstaf voor de betrouwbaarheid van de beoordelingen werd aangehouden het percentage gesprekseenheden dat door beide paren in dezelfde categorie van het systeem van *Bales* werd ondergebracht.**

Als betrouwbaarheids criterium houdt *Bales* 80 procent overeenstemming tussen beoordelaars aan, hoewel dit percentage niet altijd kan worden bereikt. De overeenstemming in de door twee paren gecodeerde gesprekken bleek in het onderzoek echter slechts gemiddeld 61,3 procent te bedragen. Dit percentage werd als een aanwijzing van te geringe betrouwbaarheid beschouwd. Ten einde de mate van betrouwbaarheid van de beoordelingen te verhogen, werd een niet-metrische meer dimensionale analyse*** gemaakt van de coderingsverschillen. Uit deze analyse bleek dat vijf categorieën of combinaties van categorieën door de verschillende beoordelingsparen op betrouwbare wijze werden gecodeerd. Het zijn de categorieën 3 (instemming betonen), 4 (suggesties geven), 5-6 (opinie en informatie geven), 7-8 (opinie en informatie vragen), 10-11-12 (negatief gedrag). Het percentage overeenkomstig gecodeerde gedragingen bleek na deze hergroepering van de oorspronkelijke *Bales*-categorieën te zijn gestegen tot 78 procent.

Vervolgens werd van iedere arts de 'speech

Tabel 2. Ontwerp rollenspelexperiment huisarts-patiënt. De getallen geven weer het aantal huisartsen in de betreffende conditie van het experiment.

	Training				Geen training
	Volgens Balint		Rollenspel/ gespreks-analyse		
	Groep 1	Groep 2	Groep 3	Groep 4	
Patiënte rol A	6				3
Patiënte rol B			8	6	7
Patiënte rol C		7			4

disturbance rate' van *Mahl* bepaald. *Mahl* gaat uit van de gedachte dat kleine stoornissen en haperingen in het spreken, zoals stotteren, herhalen van woorden en dergelijke een uiting zijn van angst bij de spreker. Men kan deze kleine stoornissen tellen en delen door een maat voor de tijd gedurende welke iemand spreekt; de uitkomst is de genoemde 'speech disturbance rate'. In principe zou dus gelden: hoe hoger dit getal, hoe minder de spreker zich op zijn gemak voelt. De bepaling van deze 'speech disturbance rate' bleek geen betrouwbaarheidsproblemen op te leveren. Dit werd ook niet verwacht, gezien de hoge betrouwbaarheidscoëfficiënten die door *Mahl* worden vermeld. Beoordeling van enkele gespreksfragmenten door twee onafhankelijk werkende beoordelaars leidde tot vrijwel perfecte overeenstemming. De scoring van de gesprekken werd daarna slechts door één beoordelaar uitgevoerd.

Resultaten. De belangrijkste resultaten die werden verkregen met de observatietechniek van *Bales* zijn samengevat in tabel 3 en figuur 1.

Met behulp van een rangnummertoeets (tabel 4) werd voor elk gepresenteerd „probleemgeval” het effect van training in een studiegroep nagegaan. Alleen in het geval van patiënte A blijkt de training het gedrag van de arts te hebben beïnvloed; de deelnemers aan de studiegroepen geven minder suggesties, maken minder negatieve opmerkingen en vragen vaker de mening van de patiënte. De aantallen artsen om wie het hier gaat, zijn uiteraard klein: zes voor de studiegroep en drie voor de controle-groep. Vervolgens werd eveneens met behulp van een rangnummertoeets (tabel 5) nagegaan of, ongeacht de training, de artsen tegenover de verschillende patiëntes een verschillend gedragspatroon vertoonden. Het blijkt dat zij inderdaad hun gedrag afstemden op het probleem dat hun werd gepresenteerd. Patiënte B lokte meer instemmende opmerkingen uit, in het geval van patiënte C werd meer

* Doctoraalstudenten in de sociale psychologie, die als onderdeel van een cursus in observatietechnieken meewerkten aan dit onderzoek. Voorafgaand aan de beoordelingen van de onderzoeksgesprekken werden twee artsengesprekken beoordeeld.

** Het bepalen van de intersubjectieve betrouwbaarheid bij het gebruik van observatiecategorieën kan op verschillende manieren plaatsvinden afhankelijk van de scores welke men wil analyseren. *Bales* (1970) vermeldt verschillende mogelijkheden. In het huidige onderzoek werd gekozen voor het percentage overeenkomstig gecodeerde gesprekseenheden omdat als analyse-eenheid werd gebruikt het percentage gedragingen van de arts in de afzonderlijke categorieën volgens *Bales*.

*** Voor deze analyse werd gebruik gemaakt van het Minnisa computer-programma van de afdeling mathematische psychologie van het Psychologisch Laboratorium der Katholieke Universiteit te Nijmegen.

geïnformeerd naar de mening van de patiënte zelf. In het gesprek met patiënte A poneren de artsen vaker hun eigen mening en maken zij meer negatieve opmerkingen. Wat dit laatste betreft, leert een vergelijking met de percentages voor de vijf gedragscategorieën (tabel 3), dat het speciaal de on-

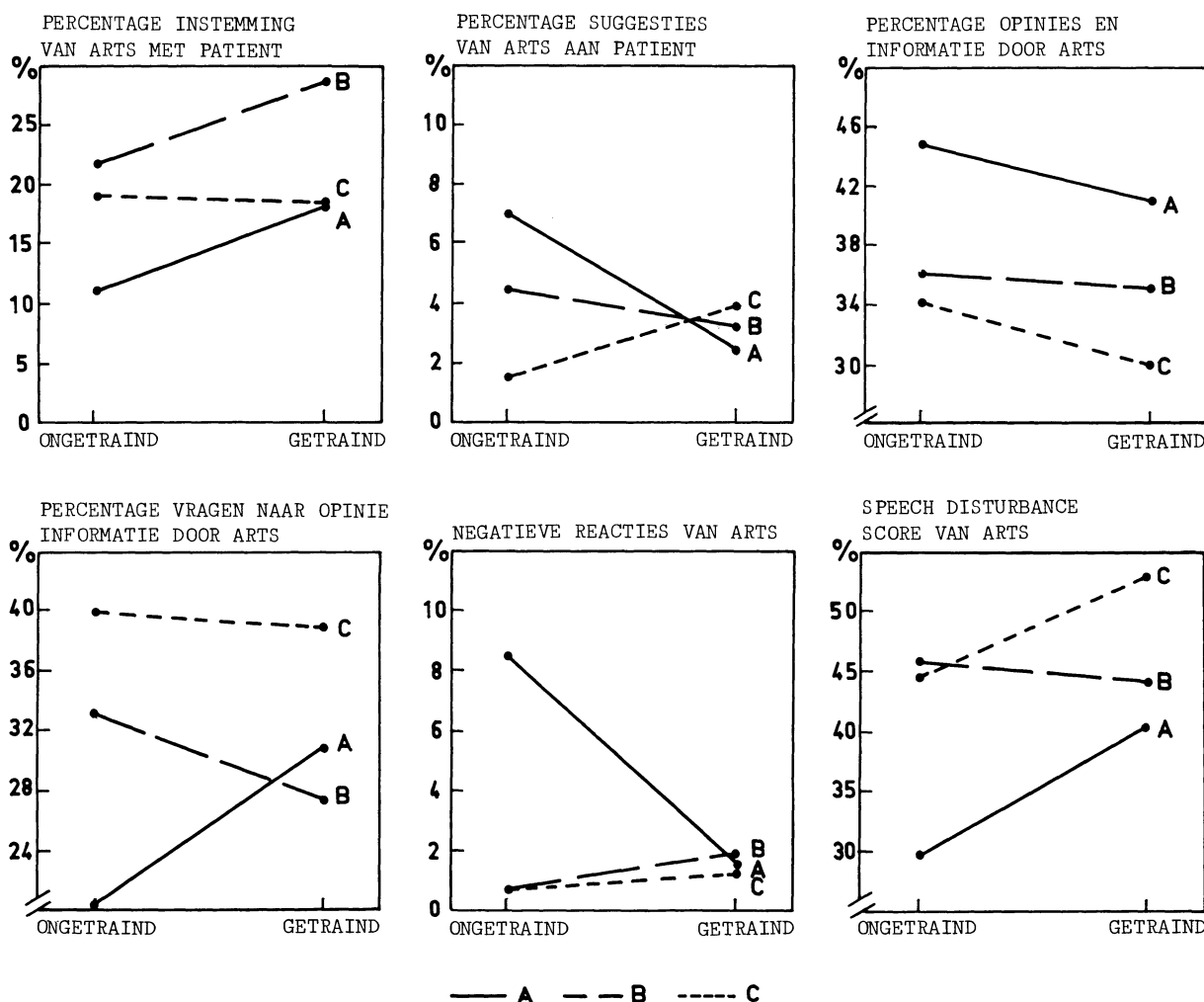
getrainde artsen waren die een relatief groot aantal negatieve reacties vertoonden.

De resultaten verkregen met de 'speech disturbance scale' van *Mabl* (figuur 1) bevestigen het beeld dat in het voorafgaande werd geschetst.

Tabel 3. Gemiddelde percentages voor vijf gedragscategorieën van getrainde en ongetrainde huisartsen.

		Omschrijving gedrag				
		Instemming	Suggesties door arts	Opinie en informatie geven	Vragen	Negatieve reacties van arts
Rol A	Studiegroep	18,0	2,4	41,2	30,8	1,7
	Controle	11,1	7,0	44,9	20,5	8,5
Rol B	Studiegroep 1	28,3	2,8	32,7	28,7	3,2
	Studiegroep 2	28,8	3,5	37,9	26,7	0,5
	Controle	21,8	4,4	36,2	33,0	0,8
Rol C	Studiegroep	18,0	4,0	30,6	39,0	1,2
	Controle	19,0	1,6	34,2	40,0	0,8

Figuur 1. Gemiddelde percentages voor zes gedragscategorieën van getrainde en ongetrainde huisartsen voor patiënte(rol) A, B en C



Analyse daarvan toont een significant verschil aan in het gedrag van de artsen met betrekking tot de verschillende patiëntenrollen. Bij patiënte A ver- toont het gedrag minder 'speech disturbances' dan bij patiënte B of C. Het is niet duidelijk hoe men dit resultaat precies moet interpreteren; wellicht is de arts in het eerste geval minder onzeker in zijn op- treden. Hij is actief, geeft zijn mening enzovoort. Dit laatste lijkt duidelijker het geval te zijn bij de con- trolegroepen die met de *Balint*-groepen vergelijk- baar zijn. Hoewel het verschil tussen artsen die vol- gens de *Balint*-methode zijn getraind en niet-ge- trainde artsen niet significant is, bestaat een tendens tot een grotere 'speech disturbance' bij de getrainde artsen. Ook hier is wellicht een aarzelender gedrag van de arts de verklaring van deze hogere score.

Discussie. De resultaten van de uitgevoerde analyses bevestigen ten dele de verwachtingen die in het begin zijn uitgesproken. De waarde van deze bevindingen is vanwege methodologische moeilij- heden betrekkelijk. De suggestie voor verder on- derzoek die uit het huidige onderzoek naar voren komt is echter niet onbelangrijk. Volgens *Balint* is de thans nog gebruikelijke behandelingswijze van patiënten door de huisarts noodzakelijk aan verandering toe wil het geneesmiddel „dokter” 'effect hebben bij die patiënten bij wie niet uitslui- tend somatische aspecten in het spel zijn. De huis- arts in utopia zal zich minder moeten laten impo- neren door de ervaring en bekwaamheid van specia- listen. Hij zal de voor de kliniek uitgewerkte en daar geldige methoden niet automatisch zelf gaan toepassen. Hij vermijdt zodoende een diagnose door elimineren die een rangorde van ziektebeel- den en patiënten met zich meebrengt en ertoe leidt dat de patiënt zijn ziekte rond een onbelangrijk lichamelijk symptoom organiseert. Het gaat om het antwoord op de aanbieding van de patiënt. Het spook van het over het hoofd zien van een organisch proces en de „verdunning” van de verantwoordelijkheid die daarvan het ge-

volg is zal dan tot het verleden behoren. De specialist wordt de medewerker van de huisarts die uitsluitend de zorg voor de patiënt heeft. Er ont- staat als het ware een maatschappij van huisarts en patiënt, waarin de huisarts tijd kan vrijmaken om naar de patiënt te luisteren zodat hij tot een dieper- gaande diagnose kan komen van karakterologische en psychologische problemen zonder een amateur- psychiater te worden.

Balint gaat niet uitvoerig in op de vorm en mate waarin de nieuwe instelling van de huisarts zich in verschillende situaties zal manifesteren. Het meest opvallende en zeer voor de hand liggende re- sultaat van ons onderzoek is dat de huisarts zijn ge- drag afstemt op de problematiek van de patiënt. Bij patiënte A heeft de huisarts met een „verwijs- probleem” te maken. De meeste huisartsen in het experiment zien het als taak haar te overreden zich te laten opnemen. Wanneer de patiënte dit weigert, trachten sommige artsen haar van de noodzaak van een opname te overtuigen door zich te beroe- pen op hun medische kennis. Wanneer de patiënte blijft weigeren verandert hun overredingsstrategie en doen zij een poging de oorzaak van de weige-

Tabel 5. Verschillen tussen de drie gevallen in het voorkomen van gedragscategorieën*.

Verwachting van $\bar{R}$	Geval A 21,0 $\bar{R}_I$	Geval B 21,0 $\bar{R}_{II}$	Geval C 21,0 $\bar{R}_{III}$	P
Gedragscategorieën:				
Instemming	14,0	26,0	17,3	< 5%
Suggesties	24,3	20,4	19,5	n.s.
Opinie geven	28,0	20,4	16,5	< 10%
Opinie vragen	17,1	17,4	31,0	< 1%
Negatieve reacties	28,8	19,2	18,0	< 10%

* $\bar{R}$ = gemiddeld rangnummer; n.s. = niet significant; toe- gepast werd de toets van Kruskal en Wallis.

Tabel 4. Toetsing van verschillen tussen getrainde en ongetrainde huisartsen per geval over vijf gedrags- categorieën*.

Verwachting van $\bar{R}$	Geval A 5,0			Geval B 11,0			Geval C 6,0		
	$\bar{R}_p$	$\bar{R}_c$	P	$\bar{R}_p$	$\bar{R}_c$	P	$\bar{R}_p$	$\bar{R}_c$	P
Gedragscategorieën:									
Instemming	5,8	3,3	ns.	12,2	8,6	n.s.	5,9	6,3	n.s.
Suggesties	3,5	8,0	< 5%	9,9	13,2	n.s.	7,1	4,1	n.s.
Opinie geven	4,6	5,8	n.s.	10,4	12,1	n.s.	5,6	6,6	n.s.
Opinie vragen	6,2	2,7	< 10%	9,6	13,8	n.s.	5,1	5,8	n.s.
Negatieve reacties	3,7	7,7	< 5%	11,7	9,6	n.s.	6,0	6,0	n.s.

* $\bar{R}$ = gemiddeld rangnummer; n.s. = niet significant; toegepast werd de toets van Wilcoxon.

ring op te sporen. Slechts in beperkte mate lijkt de arts voor het moment de onmiddellijke aanleiding tot het gesprek te kunnen vergeten en de patiënte zelf aan het woord te laten. De getrainde arts is kennelijk iets beter daartoe in staat; hij schept daardoor een minder gespannen verhouding.

In de beide andere gevallen (patiënte B en C) is een dergelijk onderscheid niet te vinden. Zoals bij de bespreking van de opzet van het experiment reeds werd vermeld, kan men het ontbreken van een resultaat op minstens twee manieren verklaren. Het kan zijn, zoals wij vermoeden, dat de geheel andere aard van de klacht bij deze patiënten geen onderscheid toelaat tussen getrainde en niet-getrainde artsen. De stemming in het gesprek met patiënte C is over het geheel genomen positief en niet-directief. De arts geeft zelf minder zijn mening en vraagt meer de opinie van de patiënte. Het is echter ook mogelijk dat men hier heeft te maken met verschillen tussen de trainingsgroepen onderling. De training welke de artsen die met patiënte A spraken hebben gehad zou dan effectiever zijn geweest dan die welke in de andere groepen werd gegeven. Dit lijkt echter niet aannemelijk. Patiënte B werd immers gepresenteerd aan artsen uit twee groepen die een training hadden ontvangen volgens dezelfde methode, maar van zeer verschillende intensiteit en van twee verschillende adviseurs. Zo ergens, dan had men tussen deze twee groepen artsen een verschil als zojuist bedoeld, moeten verwachten. Dit werd echter niet gevonden.

Het lijkt daarom van belang in de toekomst de vraag naar het effect van medisch-psychologische training voor huisartsen nauwkeuriger en meer specifiek te formuleren. Het lijkt niet reëel te veronderstellen dat de getrainde arts onder alle omstandigheden minder directief en gespannen zijn werk zal doen, ongeacht de aard en de klacht van de patiënt. Alleen wanneer de situatie daartoe aanleiding geeft, kan het nut van training blijken.

Appendix. Spreekuurgegevens patiënte B.

Naam : Anna Theodora de Vries-Segaar
Adres :
Geboren : 21-7-1935
Gehuwd : 3-11-1957
Kinderen : zoon Pieter Willem, 8 jaar (geboren 22-4-1959)
dochter Marijke Christina, 4 jaar (geboren 6-10-1963).
Echtgenoot : Johan Anton de Vries, geboren 15-1-1934.
Beroep : onderwijzer lagere school
Godsdienst : Nederlands-Hervormd.

Patiënte heeft zich kortgeleden met haar zoontje bij u op het spreekuur vervoegd. De jongen zou lusteloos en hangerig zijn, en gauw huilen. Bij verder navragen blijven de klachten vaag. Bij onderzoek ziet u een wat verlegen kind, dat zegt

niet veel vriendjes te hebben op school. Anamnesticus geen bijzonderheden. De eetlust is normaal.

De moeder heeft de laatste tijd meermalen temperatuur opgenomen; deze was nooit hoger dan 37,3° Celsius rectaal. Er zijn geen recente respiratoire of andere infecties in de anamnese. Er is geen tuberculose in de familie; de Pirquet, twee maanden geleden op school gezet, was negatief. Er zijn geen allergische symptomen. Onderzoek: lengte 128 cm, gewicht 25 kg, goed onderhouden gebit, algemeen lichamenlijk onderzoek geen bijzonderheden, geen tekenen van focale infecties. Hemoglobinegehalte 90 procent; bezinkingssnelheid der erythrocyten 3/6 mm; urine-onderzoek: albumen en reductie negatief, sediment geen bijzonderheden.

De moeder is kennelijk met het mededelen van deze bevindingen niet tevreden; u bestelt haar terug voor een gesprek om wat verder te kunnen ingaan op de klachten welke zij over haar zoontje heeft. Het spreekuurcontact was de eerste kennismaking met het gezin, dat begin augustus jongstleden in uw gemeente is komen wonen.

The effect of longterm g.p. seminars in psychological problems

As part of an evaluation study of the work of longterm seminars on psychological problems in medical practice, an analysis was made of the behaviour of general practitioners during a so-called 'long-interview'. To this end, members of seminar and control groups (with and without postgraduate training in medical psychology, respectively) were asked to conduct a role-play interview with an actress who played the part of three different patients. The tape-recorded remarks were processed according to Bales' Interaction process analysis system. In addition, the speech disturbance ratio according to Mahl was determined. For one of the three cases, the results obtained among the trained and untrained general practitioners turned out to be different. On the basis of these results the conclusion was drawn, that the effects of training only become apparent in situations triggering off special kinds of behaviour. Furthermore, the behaviour of both types of practitioners proved to be different from case to case, which implies that the general practitioner adjusts his approach to a considerable extent to the situation with which he is confronted.

Bales, R. F. Interaction process analysis. Addison-Wesley Press, Cambridge, Mass., 1950.

Bales, R. F. Personality and interpersonal behaviour. Holt, Rinehart and Winston, New York, 1970.

Balint, M. De dokter, de patiënt, de ziekte. Aula-boeken, Utrecht, 1965.

Boer, R. A. de., J. M. F. Jaspars, P. van Leeuwen, F. van der Meer, J. J. Radder en C. Th. van Schaik (1969) Huisarts en wetenschap 12, 433-439.

Duncan, Jr., S. (1969) Psychol. Bull. 72, 118-137.

Mahl, G. F. (1956) J. abnorm. soc. Psychol. 53, 1-15.

Marsden, G. Content-analysis studies of psychotherapy: 1954 through 1968. In: A. E. Bergin and S. L. Garfield (eds), Handbook of Psychotherapy and behaviour change. Wiley, New York, 1971.

Veldhuyzen van Zanten, R. C. Historisch chronologisch rapport over de studiegroepen medische psychologie van, of in contact met, het Nederlands Huisartsen-Instituut in de periode 1957 tot eind 1965. N.H.I., Utrecht, 1966.

Weick, K. E. Systematic observational methods. In: G. Lindzey and E. Aronson (eds). The handbook of social psychology. Reading, Mass., Addison-Wesley Publ. Co., 1968.