

## „Support systems”-methode

Het gaat bij deze benadering om het organiseren en ondersteunen van natuurlijke "support-systems", die niet geprofessionaliseerd zijn, die gebaseerd zijn op wederzijdse identificatie en waarin voor beide partijen – de steunende en de gesteunde – „wat zit”. De „deal” is dat helper en geholpene elkaar iets te bieden hebben. Opnieuw zijn er cognitieve elementen die een belangrijke rol spelen. Juist de natuurlijke ondersteuning door mensen die allerlei nare dingen zelf al eens hebben meegemaakt, leidt ertoe dat degene die op dat moment de crisis doormaakt zijn gevoelens van te kort te schieten, van schuldig te zijn en van niets waard te zijn kan toetsen aan de realiteit van iemand die ooit in dezelfde situatie verkeerde.

Het organiseren van zogenaamde „mutual-help groups” dient te gebeuren door de mensen in de leefgemeenschap zelf en moet zeker niet gebeuren door professionele hulpverleners. Zij mogen er wel een aanzet toe geven, maar zij moeten niet „trainen” en geen supervisie geven en op geen enkele wijze de autonomie van een dergelijke „mutual help group” bemoeilijken. Wanneer dat gebeurt dan vervallen essentiële elementen van natuurlijke „support”-systemen.

## Discussie

Het seminar overziend is er voor huisartsen duidelijk een nieuwe opening gemaakt naar een meer inhoudelijke samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Tot nu toe bestond deze uiteraard wel, maar de voorwaarden waaronder en de wijze waarop wordt samengewerkt zijn niet zelden slecht geformuleerd en vaak niet bevredigend.

De reorganisatie welke de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland te wachten staat, houdt zeker de mogelijkheid in, dat het er wat de relaties met de eerstelijns betreft, alleen maar slechter op wordt. Het is natuurlijk niet realistisch te denken dat de opvattingen van Caplan, die tijdens het seminar al veel weerstanden ontmoetten, op deze reorganisatie werkelijk enige invloed zullen hebben.

Toch is het niet uitgesloten dat, zowel in de beleidssfeer als in de sfeer van de eerste lijns gezondheidszorg, aan de hand van opvattingen, zoals van Caplan, wat kritischer wordt gekeken naar de manier waarop de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland nu functioneert, hoe zij zou moeten functioneren en op welke wijze een reorganisatie daartoe kan bijdragen of er juist in belangrijke mate afbreuk aan kan doen.

# Balint is er niet meer, leve het „Balintisme”?

**Balint heeft veel invloed gehad op de ontwikkeling en zo men wil op de emancipatie van de huisartsgeneeskunde. Net als Caplan heeft hij zijn gedachten over de hulpverlening voor mensen met leefproblematiek in een groot aantal geschriften neergelegd. Zowel Balint als Caplan kennen een schare mensen die hun gedachten verder hebben uitgewerkt en soms zelfs een beetje als discipelen functioneren. Een belangrijk verschil tussen beiden is echter dat Balint er niet meer is en Caplan wel.**

**Heert Dokter en Henk Lamberts brengen verslag uit over de van 7 tot en met 10 september 1978 te Londen gehouden vierde internationale Balintconferentie.**

De vraag of er met het overlijden van Balint ook een einde aan de betekenis van zijn gedachten is gekomen – hier het Balintisme genoemd – houdt ons natuurlijk bezig. Wanneer men de zeer heftige en emotionele discussies leest, welke de afgelopen jaren in de *Journal of the Royal College of General Practitioners* over de zuiverheid in de leer van Balint zijn verschenen, dan weet men dat een Nederlandse huisarts niet zonder gemengde verwachtingen naar Londen kan gaan. Vooral het artikel van *Sowerby* staat als een baken in de woeste baren van de discussie. *Sowerby* immers benadrukte aan de hand van de idee van Popper, dat slechts dat wetenschappelijk mag worden genoemd dat ook voor falsificatie in aanmerking komt. Zijn opvatting is dat het werk van Balint niet als een wetenschappelijke bijdrage kan worden betiteld. Recent heeft *Freeling* in de „William Pickles Lecture 1978” zich in de discussie gemengd, waarbij hij opmerkt dat geen huisarts in eer en geweten kan zeggen dat

hij nooit de gedragspatronen welke Balint heeft beschreven in de dagelijkse praktijk heeft ontmoet. Het gaat er niet om Michael Balint en zijn werk te verdedigen, het gaat erom de problemen, welke de kloof tussen observatie en interpretatie oplevert, in hanteerbare termen over het voetlicht te krijgen.

Het congres in Londen heeft deze kloof naar onze mening beslist niet smaller gemaakt en misschien zelfs wel breder en dieper. Wat stelde men zich in Londen tot doel? Het ging om drie punten:

1. Welke vaardigheden moet de training in een Balintgroep de huisarts bijbrengen?
2. Wat kan de huisarts die aan een Balintgroep heeft meegedaan met deze vaardigheden in de dagelijkse praktijk voor zijn patiënten bereiken?
3. Wat is de waarde van de werkwijze volgens Balint?

Het zou niet erg aardig zijn het feit, dat bij de opening van het congres de abominabele geluidsinstallatie het uitsloot de voordrachten van de inleiders woord

De hiervoor genoemde punten vormen elementen die bij een discussie kunnen worden betrokken. Het is zeker niet onze bedoeling er voor te pleiten, dat de Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg zich volgens een uiterst strak model niet slechts met crisisinterventie en met primaire preventie gaat bezighouden, maar ook de rest van de ambulante geestelijke gezondheidszorg gaat uitvoeren. De es-

sentie is, dat iemand van het formaat van Caplan, op grond van een groot aantal inzichten en goed geformuleerde theoretische achtergronden op een voor de eerste lijns werkers uitermate aantrekkelijke manier naar de georganiseerde Geestelijke Gezondheidszorg kijkt.

De mystificatie, de afstandelijkheid, de isolatie van de Geestelijke Gezondheidszorg kunnen erdoor worden vermindert.

voor woord te volgen, in psychoanalytische termen te duiden. De observatie is onweerlegbaar, de interpretatie kan flink uiteenlopen. Wat de organisatoren precies met deze bijeenkomst voor ogen hebben gehad, is niet te achterhalen.

Onder het motto, aan de vruchten kent men de boom, hebben wij vooral onze aandacht gericht op een aantal demonstraties van Balintgroepen. In de eerste plaats ging het om een groep Zwitserse huisartsen onder leiding van de psychiater Trenkel. Bij deze demonstratie viel op dat de benadering van de groepstrainer, nadat de huisarts zijn patiënt had gepresenteerd, erg afstandelijk was. Gevoelens over de besproken patiënt, kwamen eigenlijk nauwelijks ter sprake en de indruk ontstond dat ook de gevoelsbanden tussen de huisarts en zijn patiënt onvoldoende aan bod kwamen. Merkwaardig was dat ook in de onder leiding van mevrouw Balint gehouden nabespreking in een groep begeleiders erg weinig in de diepte werd gegaan. Trouwens deze bespreking bood nauwelijks nieuwe gezichtspunten. Dit is vrij typerend voor de huidige situatie in het „Balintisme”: er verandert – zeer in tegenstelling tot het werk van Caplan – eigenlijk nauwelijks meer iets. Het meest interessant en het meest opwindend was de door een groep Nederlandse huisartsen met hun echtgenotes, gehouden demonstratie, die door twee gezinstherapeuten werd begeleid. In tegenstelling tot de Zwitserse groep werd hier een zee van emoties gepresenteerd. Men kan zich afvragen in hoeverre het verstandig is een tussen een huisarts en zijn vrouw bestaand conflict over het functioneren van de man zo in detail en in het openbaar aan de orde te laten komen. In onze ogen was het niet verkeerd, vooral omdat de kwaliteit van het werk dat de groep verrichtte erg goed was. Tenslotte is ieder groepslid steeds verantwoordelijk voor zijn eigen handelen en dat is in de huisartsgeneeskundige situatie natuurlijk niet anders.

Op geen enkel moment is door onze landgenoten de suggestie gewekt als zou de groep werken volgens de grondlijnen van het „Balintisme”. Des te opmerkelijker was de enorme agressie van vooral de Engelse en Franse congresgangers tijdens de discussie. Het feit, dat men niet meer zuiver in het geloof was en dat men afstand nam van oude en volgens sommigen verouderde technieken, leverde zeer emotionele reacties op. Een goed bearbeitte discussie bleef achterwege; er was slechts gedemonstreerd hoe groot de afstand is tussen het in Nederland ontwikkelde groepswerk en de zuivere leer volgens Balint.

Max Clyne liet als begeleider van een groep Duitse huisartsen uit Hamburg zien hoe volgens deze richtlijnen op een zuivere manier een Balintgroep kan werken. Een vrouwelijke huisarts bracht de geschiedenis naar voren van een man die een sarcoom van een van zijn benen had. Er vond een amputatie plaats waarna er een conflict tussen de huisarts en de patiënt ontstond over de vraag in hoeverre haar twijfel over de aanwezigheid van bekkenmetastasen aan de patiënt direct had moeten worden meegedeeld.

Tijdens de groepszitting bleek duidelijk dat er sprake was van een driehoeksrelatie, waarin de vrouw van de patiënt een belangrijke rol speelde. Zij was namelijk vroeger verpleegkundige geweest en trouwde de patiënt, wetende dat hij een sarcoom had. Zij belde op gezette tijden de vrouwelijke huisarts op om haar mening over de toestand van haar echtgenoot als het ware door te geven. Hierover ontstond bij de huisarts grote irritatie. Het werd tijdens de zitting van de groep niet duidelijk welke band zijzelf met de patiënt had. De bespreking door Max Clyne was verhelderend. In een later stadium konden ook de toeschouwers aan de discussie deelnemen.

Om nog een andere reden was deze laatste demonstratie belangwekkend. Het blijkt dat het „Balintisme” in zoverre in een tweede fase is gekomen, dat uit de groep huisartsen die aanvankelijk door Balint zelf is getraind een aantal huisartsen is voortgekomen dat zelf eveneens groepen leidt. Het gaat derhalve niet meer om psychiaters, maar om huisarts-groepsbegeleiders die door mevrouw Enid Balint worden gesuperviseerd.

Met de genoemde groepsdemonstraties is naar onze mening het conflict waarin de internationale Balint Society is gewikkeld, benadrukt. Als deelnemers hadden wij het gevoel ons in een tempel te bevinden, waarin de sfeer van piëteit en van eerbied jegens de gestorven meester, wiens woord heilig is, duidelijk voelbaar is.

Eigenlijk was zijn aanwezigheid voor de oplossing van het conflict dringend noodzakelijk. Aan de ene kant zijn er immers de discipelen van Balint, die inderdaad met verering en weinig neiging tot verandering over het werk van Balint spreken; aan de andere kant staan de vooral uit Nederland afkomstige ketters, die groepswerk demonstren dat duidelijk van de oorspronkelijke gedachte van Balint afstand heeft genomen.

Het groepswerk, zoals dat zich in Nederland heeft ontwikkeld, is mogelijk wel degelijk uit elementen van de vroegere Balintgroepen ontstaan. Het verschil tussen Nederland en Engeland is, dat in Neder-

land de huisartsen zich er sterk mee hebben bezig gehouden, terwijl in Engeland het groepswerk nog steeds in belangrijke mate door psycho-analytisch geschoolde psychiaters wordt geleid.

Het komt ons voor, dat wanneer er sprake is van groepswerk op basis van de gedachte van Balint, dat men dan ook de consequentie moet trekken om een Balintconferentie niet meer open te stellen voor groepswerk, zoals dat door de Nederlandse groep is gedemonstreerd. Weliswaar sprak mevrouw Enid Balint vele vergoelijkende woorden met de strekking, dat ook nieuwe ontwikkelingen tijdens de Balintconferenties welkom zijn, maar de kloof tussen wat er bij ons gebeurt en de veel meer psycho-analytisch gerichte benadering is zo groot, dat het niet redelijk is een uiteindelijke overeenstemming van inzichten uit de discussie te verwachten. Dit in beginsel niet oplosbare conflict is het duidelijkst naar voren gekomen door de voordracht van Chris van Weel over het werken met patiëntengroepen in het gezondheidscentrum Ommoord. In de reactie hierop kwam opnieuw bijzonder veel agressiviteit van de Balintadepten versus degenen, die ontwikkelingen in Nederland op gang brengen naar voren.

Er ontspon zich een heftige discussie over de vraag of de huisartsgeneeskunde een belangrijke culturele functie heeft en zich dus bezig moet houden met veranderingsstrategieën en dat juist het feit dat de zich zo ingrijpend wijzigende maatschappelijke situatie, waarin onze patiënten verkeren, ons dwingt steeds opnieuw de hulpverleningsstrategie aan te passen en dus doelgericht te wijzigen.

Het is opnieuw de sterke kant van Caplan dat de flexibiliteit van zijn ideeën continue gestalte krijgt in nieuwe hulpverleningsstrategieën en andere benaderingswijzen. Het „Balintisme”, zoals het zich nu aan ons voordoet, is daarentegen zeer statisch en sluit op een dergelijke gedachtengang eenvoudigweg niet aan.

Onze conclusie is dat Balintgroepen in de strikte zin van het woord dienen te bestaan uit huisartsen, die door een psycho-analytisch geschoolde psychiater of psycholoog worden begeleid. De uitvoerig en in detail vastgelegde gang van zaken dient daarbij zoveel mogelijk te worden bewaakt. Dergelijke groepen kunnen wel degelijk van betekenis zijn voor het functioneren van huisartsen. Dit geldt zowel voor huisartsen die een specifieke affiniteit tot deze benadering hebben als voor de opleiding tot huisarts.

Evenzeer is er internationaal gezien sprake van een zo grote spreiding in opvattingen, dat er voor het werken volgens de regels van Balint bepaald enige plaats is.

Het is naar onze mening echter niet meer dan een beperkte stap in de ontwikkeling tot huisarts of in de ontwikkeling tot een volwaardige huisartsgeneeskunde. De historische betekenis van het werk van Balint kan moeilijk onderschat worden, de praktische betekenis van de training in een Balintgroep is beperkt en het is tevens allerminst een eindpunt. Een verdere groei van huisartsen is hierna bepaald gewenst. Dit betekent dat naast het functioneren van Balintgroepen, ruimte moet zijn voor groepen huisartsen, zoals door de Nederlanders gedemonstreerd.

Daarnaast dienen er mogelijkheden te zijn voor het werken met groepen studenten. Bij het beoordelen van het functioneren van hulpverleners kan het analytische uitgangspunt in vele gevallen op de achtergrond worden geschoven. Dit geldt eigenlijk ook voor het werken met medische studenten waarover, door een aantal franse huisartsen, interessante bijdragen vanuit de universiteit te Bobigny naar voren werden gebracht. Overigens is het opmerkelijk dat een aantal van deze franse huisartsen een analyse heeft ondergaan en zodoende het werk van Balint in een pure vorm in Frankrijk uitvoert.

Ook al bleken aan het einde van de conferentie de bijdragen over de evaluatie van het groepswork, zoals gepresenteerd door psychiaters uit Nederland, Canada en België, een hoog peil te hebben, het is nog steeds niet mogelijk vast te stellen in hoeverre het werk in de Balintgroep van direct voordeel is voor de patiënt. Maar dit is natuurlijk niet beperkt tot het functioneren van de Balintgroepen. Effectmetingen op het gehele terrein van de hulpverlening zijn uitermate moeilijk en daarom ook bijzonder zeldzaam.

In zijn slotwoord gaf de psychiater Tom Main een uitstekend overzicht van wat er zich tijdens de conferentie had afgespeeld, waarbij het conflict dat vooral na de lezing van Chris van Weel aan de oppervlakte kwam nog eens extra werd belicht.

Het is na het voorgaande duidelijk dat wij ons afvragen in hoeverre het juist is dat de Commissie Medische Psychologie officieel tot de Balint Society is toegetreten. Wanneer men als huisartsenorganisatie formeel medeverantwoordelijkheid draagt voor een ontwikkeling, zoals het „Balintisme”, dient er een grotere mate van tolerantie en flexibiliteit in de Balint Society te ontstaan. De toekomst zal leren of dit mogelijk is.

Freeling, R. (1978) J. roy. Coll. Gen. Practit. 28, 329 – 340.

Storby, P. (1977) J. roy. Coll. Gen. Practit. 27, 583 – 589.

# Is de huisarts in staat preventieve taken op zich te nemen?

PROF. DR. H. J. VAN AALDEREN EN J. A. KNOTTNERUS \*

**In artikelen en rapporten wordt de laatste tijd veelvuldig gesteld dat de huisarts meer aan preventie moet doen. Op zichzelf is dit niet nieuw. Ook voorheen werden van de huisarts bepaalde preventieve taken verwacht. Nieuw is echter dat de aandacht voor preventie de laatste tien jaren sterk is toegenomen en zich anders dan voorheen op geheel andere gebieden is gaan richten. Van de huisarts wordt verwacht dat hij in deze nieuwe ontwikkelingen zijn aandeel op zich zal nemen.**

Bij de hernieuwde aandacht voor preventie spelen enige factoren een rol:

– De verschuivingen in het ziektepatroon: de infectieziekten zijn in ons land geen belangrijk gezondheidsprobleem meer. Andere „volksziekten” hebben hun plaats ingenomen. Met het traditionele – op de infectieziekten geënte – preventiemodel zijn deze „volksziekten” niet goed te benaderen.

– De successen van de curatieve geneeskunde stagneren. De stijging van de gemiddelde levensverwachting is tot staan gekomen en voor mannen is zelfs sprake van een lichte teruggang. Ondanks zeer grote inspanningen en verfijning van de technologie is er nog weinig daadwerkelijke winst geboekt op de volksziekten van deze tijd, met name hart- en vaatziekten, kwaadaardige nieuwvormingen en de groep van de zogenaamde functionele klachten. De behoefte deze aandoeningen te voorkomen of in de kiem te smoren groeit.

– Industrie en wetenschap zijn druk bezig met de ontwikkeling van diagnostische technieken, die op grote schaal toepasbaar zijn. Er bestaat aandrang hiervoor op preventief gebied een markt te scheppen. In deze situatie ligt het voor de hand dat ook huisartsen zich afvragen wat hun aandeel in preventieve activiteiten kan en moet zijn. Immers, dagelijks worden zij met „curatieve machteloosheid” geconfronteerd. Bovendien wordt ook van buiten de beroepsgroep druk op hen uitgeoefend om met betrekking tot preventie een belangrijke rol te gaan spelen.

Met de concrete invulling van het preventieve takenpakket van de huisarts zijn wij

echter nauwelijks gevorderd. Er worden vele conclusies getrokken, die voorbarig zijn of onvoldoende onderbouwd. Pleidooien voor de huisarts als preventief werker blijven holle frasen, wanneer – zoals nu – de theoretische en praktische voorwaarden hiervoor volstrekt niet zijn vervuld. Er is behoefte aan een brede, beleidsmatige aanpak, omdat wij anders – ook in de toekomst – niet veel verder komen.

## Rapport Commissie Takenpakket voorbarig

Het rapport „De taken van de huisarts” (Landelijke Huisartsen Vereniging Commissie Takenpakket) acht preventie volgens de zogenaamde anticiperende geneeskunde (v. d. Dool, '77) een hoofdtaak van de huisarts, waarbij de volgende definities worden gehanteerd: „Anticiperende diagnostiek: onderzoek naar bepaalde aandoeningen waarvan door epidemiologisch-statistisch onderzoek is gebleken, dat een bepaalde patiënt/cliënt een grotere kans heeft die aandoening te hebben of te krijgen. Anticiperende therapie: het nemen van maatregelen opdat (meer) waarschijnlijke ontwikkelingen niet zullen plaatsvinden. Anticiperende diagnostiek en anticiperende therapie vormen samen de anticiperende geneeskunde. Deze komt de primaire preventie het meest nabij en is optimale secundaire preventie.”

Zo men wil, kan men het geheel van preventief onderzoek en maatregelen naar aanleiding daarvan anticiperende geneeskunde noemen. De specifieke kenmerken daarvan zijn, dat de huisarts voor het preventieve werk primair verantwoordelijk is en dat hij daarbij werkt vanuit zijn dagelijkse spreekuurcontacten.

\* Huisartseninstituut Vrije Universiteit Amsterdam.