

Balint-groepen

Intervisie en reflectie voor hulpverleners onder begeleiding van een psychotherapeut.

Jan van Trier (jvantrier@antoniusziekenhuis.nl) is psychiater en groeps-psychotherapeut en werkt als hoofd polikliniek en deeltijdbehandeling bij het St. Antoniusziekenhuis, locatie Overvecht te Utrecht. Hij is Balint-groepsleider en was tot november 2009 bestuurslid bij de Vereniging Balint Nederland.

Casus

Jeroen is huisarts in een dorp. Hij is al ruim tien jaar lid van de Balint-groep en brengt regelmatig casuïstiek in, waaruit zijn grote betrokkenheid met de praktijk blijkt. Jeroen vertelt over een echtpaar van in de zeventig. De man lijdt aan longemfyseem. Vier jaar geleden kreeg hij een epileptisch insult. Dit bleek veroorzaakt te worden door een hersenmetastase. Deze is operatief verwijderd. De primaire tumor is onbekend en er is voor gekozen daar niet uitgebreid naar te gaan zoeken. De man is een statige heer, voormalig lid van de raad van bestuur van een groot bedrijf. In deze functie genoot hij veel aanzien en reisde hij veel. Patiënt heeft nu geen zin meer in het leven, hij is depressief. Het huwelijk is slecht, er wordt veel gekift. Patiënt stelt het bezoek van Jeroen erg op prijs. Deze bezoeken vinden eens per maand plaats. Longrevalidatie gericht op verbetering van de conditie werkte niet. De longarts heeft therapeutisch niets meer te bieden en heeft gezegd:

‘Als u euthanasie wilt, kunt u contact opnemen met de huisarts’. Jeroen is verbaasd over die bewering en heeft telefonisch contact opgenomen met de longarts: het zou zo niet gezegd en bedoeld zijn. Patiënt heeft wel zijn euthanasiewens uitgesproken tegenover de huisarts, maar heeft niets schriftelijk vastgelegd. Na het gesprek met patiënt, spreekt Jeroen op de gang met diens echtgenote. Zij heeft drie jaar geleden een mammacarcinoom gehad, dat curatief is behandeld. Zij heeft een uitgebreid sociaal netwerk, maar voelt zich gebonden door haar man, die het vervelend vindt als zij weggaat. Zij maakt buiten de kilte in de villa een monotere indruk. Vanwege de depressieve kenmerken van de man regelt Jeroen een particuliere, dure psychotherapeut. Na drie gesprekken breekt de patiënt de behandeling af. De conclusie van de psychotherapeut was: ‘Zielige man, zielig echtpaar’. Hij legt de groep de volgende vraag voor: ‘Waarom voel ik me machteloos in de begeleiding van deze mensen?’

Wat is een Balint-groep?

Balint-groepen zijn intervisiegroepen voor huisartsen die begeleid worden door psychotherapeuten. De laatste jaren neemt de belangstelling voor deze intervisiemethode weer toe. Ook (groeps)-psychotherapeuten tonen belangstelling om huisartsen te begeleiden. Sinds 2005 worden de belangen van de deelnemers en groepsleiders behartigd door de Vereniging Balint Nederland. Zij organiseert regelmatig intervisiebijeenkomsten voor groepsleiders en studiedagen waarin de arts-patiëntrelatie centraal staat. Het doel van Balint-groepswork is:

1. Bevordering van de integratie van somatische en psychologische aspecten bij de behandeling van patiënten.
2. Vergroting van huisartsgeneeskundige vaardigheden in het omgaan met de psychologische en socio-culturele achtergrond van de patiënt.
3. Toename van het inzicht in wat er speelt in het contact tussen arts en patiënten.
4. Eerdere ontwikkeling van een eigen werkstijl, met (h)erkenning van eigen mogelijkheden en beperkingen.
5. Leren omgaan met de problematische kanten – zoals machteloosheid, ergernis en angst – in het contact met bijvoorbeeld angstige, agressieve of eisende patiënten.
6. Meer inzicht verkrijgen in de positie als huisarts ten opzichte van de patiënt en diens leefsysteem: wat hoort wel bij de artsenrol, wat niet?

Historie

Michael Balint (1896-1970) was een Hongaars-Joodse zoon van een huisarts in Boedapest. Voor de Tweede Wereldoorlog vluchtte hij naar Engeland en vestigde zich daar als psychiater-psychoanalyticus. Hij leidde groepen huisartsen, aanvankelijk met het doel hen te scholen in psychotherapie om beter om te kunnen gaan met de vele psychosomatische klachten van patiënten in de eerste lijn. Hij vond het nodig dat de huisartsen zich bewust werden van hun tegenoverdacht. Hij wilde dat dokters sensitiever werden voor wat er in de patiënt omging als arts en patiënt bij elkaar zijn (Balint, 1957). De groep van Balint kwam elke week anderhalf tot twee uur bij elkaar. Gaandeweg de jaren zestig kwam hij tot het inzicht dat het werk van huisartsen met de vele korte consulten een andere benadering verlangde dan die van de klassieke psychoanalyse. Hij richtte zich meer op het hier-en-nu en op de relatie tussen arts en patiënt. Later hebben zijn opvolgers, onder wie zijn tweede vrouw Enid, meer nadruk gelegd op verbetering van de communicatie tussen arts en patiënt.

In Nederland waren er onder invloed van Groen en Bastiaans al tussen 1946 en 1956 studiegroepen voor psychosomatische en psychosociale problemen in de huisartspraktijk. Vanaf 1959 kwamen er ook Balint-groepen in Nederland met een bloeiperiode rond 1970, toen vijftien procent van de huisartsen aangesloten was bij een Balint-groep. In 1980 richtten Dokter en Verhage een groep op in Rotterdam. Zij legden de

basis voor de huidige visie op het werken in een Balint-groep. Zij hebben dit weergegeven in een boek (Dokter en Verhage, 1991). Ook in het *Handboek Groepspsychotherapie* zit een hoofdstuk over Balint-groepen (Dokter en Trijsburg, 1997).

Huidige situatie

Er is een bloeiende internationale federatie van Balint-verenigingen die eenmaal per twee jaar een congres organiseert, waar alle groepbegeleiders hun problemen met hun groepen en hun meningen over de intervisiemethode bespreken. Het is inspirerend en verwarmend om ondanks de grote nationale en culturele verschillen te merken hoe je als professionals elkaars taal kunt begrijpen.

Duitsland heeft veruit de grootste vereniging, waarbij Balint-werk ook een onderdeel uitmaakt van de opleiding tot psychiater en arts voor psychosomatiek, een specialisme dat wij in Nederland niet kennen. Andere landen zijn: Verenigde Staten, Engeland, Frankrijk, België, Zwitserland, Zweden, Finland, Denemarken, Roemenië, Rusland, Portugal, Italië, Israël, Australië en Zuid-Afrika. Er is ook een Franstalige *Association Internationale du Psychodrame et Balint*, waarin de casus van de huisarts met psychodramatechnieken wordt uitgespeeld.

In Nederland hebben de groepbegeleiders en de deelnemende huisartsen zich sinds 2005 verenigd in Vereniging Balint Nederland. Er zijn nu meer dan 25 erkende groepen. Voor meer informatie zie www.balint.nl. De vereniging organiseert

studiedagen en intervisiedagen, soms in samenwerking met de Society of Psychosomatic Medicine en soms met de NHG-supervisoren. Inmiddels zijn er ook groepen gestart met eerstejaars medisch specialisten in opleiding van verschillende specialismen en in een ander centrum een groep voor psychiaters in opleiding. In andere landen zijn er ook groepen voor pastoraal werkers, docenten en studenten die volgens de Balint-methode geleid worden.

Werkwijze

In de groepen wordt gewerkt volgens de principes van Balint, maar wordt nadrukkelijk niet meer gestreefd naar het veranderen van de persoonlijkheid van de dokter. De casus die wordt ingebracht, wordt niet van tevoren rondgestuurd, maar soms wel aan de hand van schriftelijke gegevens ingebracht. Een huisarts presenteert een probleem over een casus waarin hij vastloopt in de communicatie of als er sprake is van andere moeilijkheden in de arts-patiëntrelatie. De Balint-vraag wordt zo geformuleerd dat het eigen aandeel in het probleem en de persoon van de huisarts centraal staat. Bij het formuleren van deze vraag schieten de groep en de begeleider vaak te hulp. In de verhelderende fase stellen de overige leden vragen, uitsluitend om zich de casus zo goed mogelijk te kunnen voorstellen. Daarna schuift de inbrengende huisarts een meter naar achter en volgt de associatie- of roddelfase, waarin de andere huisartsen vrijuit hun gedachten over de casus, de

dokter, de patiënt en hun relatie bespreken. Ze spreken dan over de huisarts in de derde persoon. De huisarts heeft dan de gelegenheid te observeren hoe anderen tegen zijn probleem aankijken en hoeft niet onmiddellijk te reageren. De andere huisartsen komen vaak ook met herkenning uit eigen praktijk. De begeleider stuurt de inbreng richting verdieping van de communicatieve processen. De fase daarna komt de huisarts weer terug in de kring en vertelt wat het meest aansprak en hoe hij deze feedback ervaart. De maand later starten we met een korte terugblik hoe het verder verlopen is.

De groep bestaat meestal uit acht tot twaalf huisartsen die tien maal per jaar samenkomen op een vaste plek. Op een avond bespreekt de groep twee casus, de bespreking per casus duurt ongeveer een uur. De groepen bestaan uit huisartsen die niet al te nauw samenwerken, te directe collegae kunnen moeilijk op een veilige manier casuïstiek inbrengen. Soms blijkt namelijk een arts-patiëntprobleem terug te voeren op de praktijkorganisatie of op samenwerkingsproblemen met collegae. De huisartsen zitten minstens een jaar in de groep. In de meeste groepen blijven huisartsen jarenlang lid. Een opgevallen plek kan dan worden ingenomen door een nieuwe huisarts. In veel groepen treedt een huisarts op als voorzitter die de praktische zaken van de groep regelt. Ervaren huisarts-voorzitters fungeren soms als co-therapeut. Eenmaal per jaar vindt evaluatie plaats. De groepsleden kunnen dan aangeven of ze door willen gaan of stoppen.

In de loop der jaren zijn er binnen de groepen ook varianten ontstaan: sommigen maken een video-opname van een consult, anderen werken met psychodrama of elementen van familieopstellingen. Ook een variant is werken met beeldend materiaal, waarbij de huisarts een schets maakt van de situatie. Sommige groepen starten de eerste casus op afspraak (bij toerbeurt) en laten de tweede casus vrij. De achtergronden van de groepbegeleiders spelen natuurlijk mee in hun feedback: de methodieken zijn psychoanalytisch, groepsdynamisch, experiëntieel, cognitief-gedragstherapeutisch, transactioneel analytisch, systeemtheoretisch, en ook technieken uit de coaching en trainingswereld komen aan bod.

Vervolg casus

In de verhelderende fase stellen de groepsleden een aantal vragen aan Jeroen. Patiënt heeft een half jaar paroxetine (een antidepressivum) gebruikt zonder effect. Ook heeft hij tijdelijk methylfenidaat gekregen om hem op te peppen zonder resultaat. De longklachten zijn geïdentificeerd als ernstig (Gold3). Dit houdt in dat hij nog wel een zin kan afmaken en nog geen zuurstof nodig heeft. Volgens Jeroen lijdt patiënt niet zozeer aan longklachten, als wel aan teleurstelling over zijn leven. Het echtpaar heeft vier dochters, van wie er drie gescheiden zijn. De enige die nog gehuwd is, is een aardige vrouw, die ook in het dorp woont. Voor de dochters was vader afwezig en indien aanwezig erg dominant. Het echtpaar is van huis uit katholiek, niet

praktiserend. Na de operatie is patiënt hulpbehoevend geworden: door zijn epilepsie kan hij niet meer autorijden. Hij heeft zijn levensstijl op moeten geven, is daarover in rouw. Patiënt heeft ook een buitenechtelijk kind in Spanje, hetgeen zijn vrouw hem regelmatig onder de neus wrijft: 'Jij met je prins Bernhard fratsen!'.

De begeleider vraagt Jeroen wat hij zou doen als hij in de schoenen van patiënt stond. Jeroen zou zich intensief bezighouden met kinderen en kleinkinderen. Jeroen kent patiënt tien jaar, maar zag hem voor zijn hersentumor nauwelijks. Patiënt heeft vroeger gerookt en rookt nu af en toe een sigaartje. Jeroen heeft behoefte deze casus te delen, hij voelt medelijden met de man: gevoelsmatige kilte en eenzaamheid. Patiënt vertelt hem ook dat hij afhankelijk is van Jeroen. Patiënt zegt te slap te zijn om suïcide te plegen. Hij wil niet vast laten leggen dat hij bij luchtweginfectie niet behandeld wil worden. Hij heeft ook een griep prik gekregen. Daarnaast heeft hij wel twee bestuursleden van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie bij zich langs laten komen, wat past bij zijn status ('board conference').

Dan schuift Jeroen uit de kring en luistert naar de reflecties uit de groep. De dorpsdokter wordt gezien als gelijke van patiënt. Een collega zegt dat patiënt Jeroen als zijn lijfarts ziet. Een collega merkt op dat Jeroen vaak een casus inbrengt waaruit zijn grote betrokkenheid blijkt. Patiënt roept ook irritatie op bij Jeroen, die zelf ook vier dochters heeft en wel veel voor hen wil doen en met hen optrekt. Het is voor deze

patiënt, die altijd de lakens heeft uitgedeeld, moeilijk om nu de bakens te verzetten. Een ander noemt het beleid 'pappen en nathouden', zij vindt de euthanasiewens nu niet aan de orde. Jeroen maakt onvoldoende duidelijk waar de grenzen liggen voor hem als huisarts. Patiënt is ongelukkig, heeft geen gevoel geïnvesteerd in vrouw en kinderen, maar wat moet en kun je daarmee als huisarts? Een collega zegt dat Jeroen voor die vrouw meer kan doen dan voor die man. Hij kan een buddy voor de man regelen, zodat de echtgenote ontlast wordt en meer bewegingsvrijheid krijgt. Een collega merkt op dat patiënt altijd voor de buitenkant heeft geleefd.

De begeleider stelt dat deze man niet alleen een last voor Jeroen is, maar dat het ook iets oplevert. De begeleider nodigt de groep uit hierover van gedachten te wisselen. Deze patiënt roept bij Jeroen groot gevoel van zorg op. Lijkt hij op iemand uit eigen familiekring? Jeroen is ook vader van vier dochters, hij wil het anders doen dan patiënt, maar ook bij hem bestaat een spanningsveld: willen voldoen aan zijn hoge idealen als huisarts en de zorg voor zijn gezin. Bij patiënt stopte zijn leven toen zijn werk stopte. Er lijkt sprake van een narcistische persoonlijkheid. Patiënt zal vermoedelijk sterven zoals hij geleefd heeft: eenzaam.

Jeroen keert weer terug in de kring en zegt dat het commentaar erg leerzaam is geweest. Hij realiseert zich nu dat patiënt lijkt op zijn vader, die ook 'met de zaak is doodgegaan'. Het is Jeroen niet gelukt om zijn vader in de laatste fase van zijn leven

bij te sturen. Hij poogt dit bij zijn patiënt alsnog te doen. Ook herkent hij het continue gevecht tussen aandacht voor zijn praktijk en zijn gezin.

Afbakening ten opzichte van groepstherapie en casuïstiekbespreking

Balint-werk is geen therapie. Het is intervisie en coaching van de professionele attitude. Persoonlijke problemen kunnen natuurlijk wel duidelijk worden aan de hand van de ingebrachte casus. Begrip en steun van collegae kan helend werken, maar de begeleider bewaakt het proces en verwijst waar nodig door naar psychotherapie als de huisarts met persoonlijke problemen tobt. Als huisartsen langere tijd met elkaar in een groep zitten, dan herkent men bepaalde reactiepatronen en zullen de andere leden vaak feedback geven over gelijkenissen met eerder ingebrachte casuïstiek, bijvoorbeeld: 'Jij verwacht een goede dokter zijn weer met een goede dochter zijn'. Aan de begeleider worden echter wel eisen gesteld, die vergelijkbaar zijn met eisen voor groepstherapeuten. Een goede begeleider schept een klimaat van veiligheid, acceptatie en vertrouwen. De begeleider kan soms verhelderen door te wijzen op parallelle processen, bijvoorbeeld als de woede van de huisarts op de patiënt overgaat op de verontwaardiging van de groep op de huisarts. Als er weerstand is in de groep om een heikel punt te bespreken, is het de taak van de begeleider om dit bespreekbaar te maken. Verder is de begeleider verantwoordelijk voor afspraken over

tijd, absentie en geheimhouding. Een opleiding tot groepspsychotherapeut is geen vereiste, maar wel gewenst. Verschil met groepstherapie is vanwege het trainingskarakter dat de sfeer anders is: men zit meestal aan een tafel, koffie en thee erbij. De begeleider is opener over persoonlijke zaken in de pauzes en deelt gemakkelijker eigen ervaringen. Tijdens de associatiefase is het wel de taak van de begeleider om de groep met elkaar in gesprek te laten komen en ervoor te waken dat slechts enkelen de boventoon vormen. Na de associatiefase stellen veel groepen het op prijs dat de begeleider ook nog toelichting op de casus geeft vanuit een eigen referentiekader. Een verschil met supervisie zoals door huisartsen met een aanvullende opleiding vanuit het Nederlands Huisartsengenootschap, is dat supervisie meestal individueel of in kleinere gesloten groepen geschiedt, meestal rondom een bepaald focus in een beperkt aantal sessies. Verschil met casuïstiekbespreking tussen huisartsen onderling is dat hier meer probleemgericht wordt gewerkt en niet de dokter als persoon centraal staat.

Onderzoeksresultaten

In Nederland hielden Dokter en Trijsburg (1997) een enquête in 1993 onder zestien Balint-groepen, waarvan er twaalf antwoorden. De groepen hadden een open karakter, huisartsen bleven gemiddeld vijf jaar lid. Zweeds onderzoek toonde aan dat huisartsen in Balint-groepen een groter werkplezier hadden en zich zelfverzekerder

voelden in de omgang met patiënten met psychosomatische klachten (Kjeldmand 2004). Effectonderzoek in Rusland onder acht Balint-groepen voor huisartsen, psychiaters, psychologen en leraren gaf na maximaal drie jaar een aantal verbeteringen. Huisartsen hadden minder last van burn-outklachten, meer werkplezier, waren beter in staat gebruik te maken van steun en hadden een verhoogd gevoel van eigenwaarde (Vinokur, 2003). Er was op een vragenlijst over conflictmanagementstijlen ook een significante afname van competitie en toename van coöperatie.

Tot slot

Intervisie volgens de Balint-methode is een geschikte manier om huisartsen met elkaar te laten reflecteren over communicatieve problemen tussen arts en patiënt. Het leidt tot meer begrip voor de patiënt en tot meer kennis over de eigen valkuilen. De taak van de begeleider lijkt voor een groot deel op die van een goede groepstherapeut. De Balint-groep komt tegemoet aan de eis van alle medische opleidingen om aandacht te besteden aan de competenties communicatie, professionaliteit en samenwerking. Om te besluiten met de waardering van een huisarts: 'Het voelt als een biecht: ik kom met bezwaard gemoed, en ik ga met een verlichte geest'.

Literatuur

- Dokter, H.J. en F. Verhage. (1991). *De dokter als medicijn*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Dokter, H.J. en Trijsburg, R.W. (1997). Balint-groepen. In: *Handboek Groepspsychotherapie* P5.3-P5.28.
- Kjeldmand, D., I. Holmström, en U. Rosenqvist. (2004). Balint training makes GPs thrive better in their job. In: *Patient Education and Counseling*, 55, 230-235.
- Balint, M. (1957). *The Doctor, his Patient and the Illness*. London: Tavistock.
- Vinokur, V. (2003). Evaluation of the effectiveness of Balintgroups in different social professionals. In: Salinsky, J. & H. Otten (ed.), *The Doctor, the Patient and their well-being – world wide. Proceedings of the thirteenth international Balint congress, Berlin*. (pp. 147-151). Celle: Ruckzuckdruck.