

Naar een integrale geneeskunde*

DOOR R. C. VELDHIJZEN VAN ZANTEN, HUISARTS TE ENTER

Het is regel dat iemand, die op een wetenschappelijke bijeenkomst van artsen, zoals dit congres, een voordracht houdt, over het betreffende onderwerp een grote ervaring heeft, of dat hij een bijzondere waarneming heeft gedaan. Thans is dit echter maar ten dele het geval, want ik kan slechts terugzien op enkele jaren huisartspraktijk, laat staan op een grote ervaring in (het beoefenen van) een integrale geneeskunde. Dat ik het verzoek, over dit onderwerp te spreken, desondanks heb aangenomen, vindt zijn oorzaak in twee omstandigheden: enerzijds ben ik in 1957 in de gelegenheid geweest te zien wat op het gebied van een integrale geneeskunde „comprehensive medicine” in een tiental vooraanstaande Amerikaanse Universiteiten is bereikt — de indrukken, opgedaan op deze studiereis leveren voor ons Genootschap veel stof tot overdenking — anderzijds zijn de begrippen integrale geneeskunde en de daaraan verwante termen als antropologische en sociale geneeskunde, medische sociologie, medische psychotherapie en psychosomatiek nog zo relatief nieuw, dat, binnen het kader van het N.H.G., vrijwel geen onzer kan gelden als een expert op dit brede terrein. Het is veeleer zo, dat wij gezamenlijk op weg zijn nieuwe kennis te vergaren en elkaar, dat wil zeggen het Genootschap, nodig hebben om ons beroep van huisarts tot verdere ontwikkeling te brengen. U moet mijn voordracht dan ook beschouwen als een inleiding en voor zover mogelijk als een algemene situatietekening. Daarbij zal ik mij niet beperken tot indrukken uit Amerika maar tevens gebruik maken van recente gegevens uit andere landen.

De reis naar Amerika werd ondernomen uit behoefte aan praktische scholing op het gebied van de medische psychologie en de medische psychotherapie en tevens om een indruk te krijgen van de nascholingsmogelijkheden op dit gebied. Uit de literatuur was bekend, dat men in Amerika sinds de tweede wereldoorlog een aanzienlijke ervaring heeft opgedaan met het „graduate” en „postgraduate” onderwijs in „psychotherapeutische”, psychosomatische en integrale geneeskunde. Het zal bekend zijn, dat een dergelijke systematische training in Nederland nog vrijwel niet bestaat en, voor zover aanwezig, bovendien niet direct op de algemene praktijk is ingesteld.

Na overleg met het Commonwealth Fund in New

* Voordracht, gehouden op het N.H.G.-congres 1958, naar aanleiding van een studiereis in 1957 langs enkele Universitaire Centra in Amerika.

York, dr. Balint in Londen en enkele andere personen, en met een introductie van het N.H.G. en van prof. Querido in Amsterdam, ben ik in de gelegenheid geweest, een aantal Universiteiten in New York en Philadelphia gedurende enkele weken te bezoeken, waarnaast een streekziekenhuis verbonden aan een universiteit, twee huisartspraktijken en een aantal andere universiteiten aan de Oostkust, in het noorden en middenwesten gedurende enkele dagen werden bezocht. Dit bezoek bestond uit het bijwonen van patiëntendemonstraties voor en door studenten en assistenten, het bijwonen van stafbesprekingen, „seminars” en colleges en in vele individuele gesprekken met docenten en assistenten. Verder was er gelegenheid over onderwijs en (na)scholingsmethoden en over oorspronkelijke onderzoekingen voor het N.H.G. is samengesteld, dat op aanvraag beschikbaar is.

Wat is integrale geneeskunde en waarom integrale geneeskunde? De tijd is nog niet rijp voor scherpe definities, maar wel is het mogelijk tot een nadere omschrijving van het begrip te komen. Daartoe is nodig, dat wij ons eerst kort in herinnering roepen waardoor de geneeskunde van vandaag is gekenmerkt. Een belangrijk karakteristicum is dan wel de enorm snelle ontwikkeling, die de geneeskunde doormaakt. In een overzicht hiervan zegt de voorzitter van de American Medical Association in het jubileumnummer van het J. Amer. med. Ass. 1958 ¹, dat de geneeskunde in de laatste honderd jaar meer is vooruit gegaan dan in de voorafgaande drieduizend jaar. Het is noodzakelijk dat wij ons dit realiseren en ook moeten wij beseffen, dat deze ontwikkeling voor een groot deel te danken is aan de enorme vlucht, die de natuurwetenschappen vooral in de laatste vijftig jaar hebben genomen. Het is onmogelijk in enkele woorden deze ontwikkeling van de geneeskunde te schetsen, maar dat is, naar ik meen, ook overbodig: talrijke artikelen en beschouwingen zijn hieraan in onze eigen literatuur gewijd.

Samenvattend mogen wij wel zeggen, dat de geneeskunde aan de medicus van deze tijd een zeer groot arsenaal van diagnostische en therapeutische hulpmiddelen heeft gegeven. Hierdoor zijn vele ziekten, in het bijzonder infectieziekten, vrijwel uitgeroeid of ongevaarlijk geworden. Tevens ziet men een toenemende frequentie van chronische en degeneratieve aandoeningen en een sterke veroudering van de bevolking. Mede als gevolg hiervan worden wij thans geconfronteerd met nieuwe gezondheidspro-

blemen, die niet meer op zuiver medisch-technische wijze tot oplossing kunnen geraken, problemen, waarbij allerlei niet-specifieke factoren een rol spelen, zodat alleen een multicausaal denken, een meer-dimensionale diagnostiek en behandeling de oplossing kunnen brengen².

Maar naast dit veranderende beeld van ons werk en de groter wordende aandacht voor revalidatie en preventieve zowel als positieve gezondheidszorg, is er nog meer. Want ook de maatschappelijke verhoudingen waarin wij werken zijn sterk gewijzigd. Het is geen toeval, dat de voorzitter van onze Maatschappij en haar collega van de American Medical Association¹ en van de Deense Artsen Vereniging³ in het afgelopen jaar alle drie hebben gesproken over de Gemeenschap en de Maatschappij, waarin wij als medicus leven en werken. U zult zich verder herinneren, dat prof. Krul⁴, sprekende over het gezonde woon- en werkmilieu, heeft voorspeld, dat vooral in Nederland een enorme spanning tussen de mens en het milieu te verwachten is. Volledigheids-halve moet ik, behalve op deze veranderingen, nog wijzen op andere ontwikkelingen, die buiten de geneeskunde om gaan. Ik doel hier op de invloed die de psychologie en de sociale wetenschappen hebben op verhoudingen in de industrie, op reclame, opvoeding en onderwijs. Men hoort zelfs zeggen, dat wij medici achter deze ontwikkeling zouden aanlopen. In deze situatie nu, waarbij de geneeskunde groot geworden is, dank zij haar streng natuurwetenschappelijke fundering, wordt van twee zijden een appel gedaan op ons, artsen. Dat is ten eerste het appel, ons bewuster te zijn van de actieve rol die de geneeskunde kan spelen in het kader van de volksgezondheid en van onze menselijke samenleving in het algemeen, nog afgezien van de functie, welke de geneeskunde heeft bij de hulp aan onderontwikkelde gebieden. Dit is, zou men kunnen zeggen, het appel in het sociale, zo men wil, sociologische vlak. Op het eerste internationale congres voor Antropologen in 1953 werd gesteld, dat de medicus een strategische positie inneemt in de evenwichtsverhouding tussen de krachten die werkzaam zijn in onze maatschappij, en dat elke geneeskundige behandeling, in het bijzonder de psychotherapie, niet alleen moet worden beschouwd als hulp, verleend aan individuele patiënten, maar dat deze behandeling in weder verband ook kan worden gezien als een vorm van „social control”⁶.

Hiernaast is er ten tweede het appel van de individuele patiënt en zijn gezin, die meer verlangen dan een exact natuurwetenschappelijk georiënteerde geneeskunde hun bieden. Want, en dat is een ervaring die wij allen bijna dagelijks kunnen opdoen, onze natuurwetenschappelijke en somatisch ingestelde opleiding schiet in de praktijk tekort. Dit appel zou ik willen noemen het appel in het menselijke, psychologische, zo men wil antropologische vlak.

In het hiervoor genoemde jubileumnummer van het J. Amer. med. Ass. staat nog een ander artikel onder de titel: „Wat doet de dokter?” en het antwoord luidt: „Veel”, maar vraagt men: „Wat verlangt de

patiënt?” dan luidt het antwoord: „Meer!” Dit „meer” wordt als volgt gespecificeerd: de patiënt verlangt meer tijd van zijn dokter, de dokter echter heeft het te druk. Wij zouden, aldus de patiënt, meer met hem willen praten, hem meer vertellen en uitleggen en wij zouden willen, dat de arts meer naar ons zou luisteren. Dit zijn opmerkingen die wij niet naast ons kunnen neerleggen, al zijn zij ditmaal toevallig in Amerika uitgesproken. Deze opmerkingen moeten ons tot nadenken stemmen, want blijkbaar zijn de triomfen van de geneeskunde niet voldoende om de patiënt, respectievelijk de maatschappij, datgene te geven, waarnaar zij verlangen. Trouwens, ook de arts zelf voelt zich niet steeds gelukkig met zijn grote arsenaal van technisch kunnen. Wij moeten ons realiseren, dat het hele klimaat waarin wij leven is veranderd: onze maatschappij is vertechniseerd en geurbaniseerd, het algemene levenstempo is sterk verhoogd, en terwijl de innerlijke rust en zekerheid van de individuele mens twijfelachtig dreigen te worden, wordt hem in dag- en weekbladen verteld, dat de geneeskunde bijna alle onvolkomenheden kan repareren. Is het een wonder dat er zoveel, teveel van de arts wordt verwacht? En is het een wonder dat patiënten met hun „specifieke menselijke ziekten”, die uitsluitend somatisch worden benaderd, zich teleurgesteld tot paramedische beroepen en tot kwakzalvers wenden?

Van deze situatie, van ons huidige cultuurpatroon en de grote behoefte aan sociale zekerheid, is de opkomst van de psychosomatiek niet los te denken²⁴; waarschijnlijk zal de toenemende belangstelling voor de psychosomatiek hier en daar zelfs leiden tot een overdreven aandacht voor de psychologische en sociale aspecten van de geneeskunde⁷, maar zover zijn wij nog niet⁸. Wij medici leven nog in de tijd van de β -wetenschappen en wij zullen nog veel moeten leren om met de α -wetenschappen werkelijk in evenwicht te komen. Men kan de universiteit niet te zeer verwijten, dat zij in het verleden bij onze opleiding niet meer aandacht aan die α -wetenschappen heeft besteed, maar wij zullen het haar wel verwijten als zij dit in de naaste toekomst niet gaat doen.

Wat houden nu de begrippen integrale geneeskunde, medische psychologie en psychosomatiek in?

Over het begrip *integrale geneeskunde* en het daaraan verwante begrip antropologische geneeskunde vinden wij in de boeken van prof. Querido en van Buma⁹ een uiteenzetting, die uitgaat van de gedachte, dat er ter aanvulling op de ontwikkeling van de analytisch natuurwetenschappelijk ingestelde geneeskunde en ter aanvulling op de bloei van de verschillende orgaan-specialismen, behoefte is ontstaan aan een synthese of integratie van onze kennis. Er is behoefte aan een bredere visie op de mens, die ons in staat stelt, hem, behalve als biologisch wezen, in zijn mens-zijn weer als een ondeelbare eenheid te zien. Om aan deze integratie-gedachte een wetenschappelijke vorm te geven heeft prof. Querido

do het volgende schema opgesteld: de relaties die het individu met zijn omgeving — in de ruimste zin van het woord — heeft, spelen zich af in drie „krachtvelden”. Het eerste veld ligt op somatisch of biologisch terrein, het tweede op psychisch of individueel-psychologisch, het derde op sociaal c.q. sociaal-psychologisch terrein. In alle drie krachtvelden is er sprake van een voortdurende wisselwerking tussen de mens en zijn omgeving, maar ook tussen de velden onderling bestaat een dynamisch evenwicht.

Wanneer er van integrale geneeskunde sprake is, gaat het steeds om een wetenschappelijke bestudering van deze drie aspecten, van deze drie dimensies in ziekte en gezondheid: want niet alleen de kwaliteit en de grenzen van de evenwichtstoestanden, ook de objecten en methoden van onderzoek in de drie velden verschillen, terwijl evenzeer de evenwichtsstoornissen — de pathologie van het veld — als de methode tot herstel — de therapie — in elk veld hun eigen kenmerken en wetmatigheden vertonen (Querido, blz. 10 en 238) ⁹.

Het zal duidelijk zijn, dat hier steeds drie takken van wetenschap samenkomen: de somatisch-klinische geneeskunde, de psychologie en psychiatrie en de sociale wetenschappen (maatschappelijk werk in al haar vormen en sociologie). Integrale geneeskun-

de betekent derhalve in de praktijk veelal teambesprekingen van deze drie of meer specialismen. Het blijft de taak van de huisarts, deze drie specialisten voor zover mogelijk in zichzelf te verenigen. Ongeacht de omstandigheid, dat de ene arts zich meer tot het somatische, een ander meer tot het sociale of psychologische aspect aangetrokken zal voelen, moeten toch allen een basiskennis hebben over deze integrale visie op de mens. De tijd lijkt voorbij, dat men de huisarts kon zien als een verwijzingsinstantie naar specialisten; zelfs gaan er stemmen op van docenten, die in de toekomst het medisch onderwijs uit de ziekenhuizen gedeeltelijk naar de algemene praktijk zien verhuizen ¹⁰, omdat juist daar de behoefte aan integrale geneeskunst zo duidelijk kan worden gedemonstreerd.

Men denke aan de stages bij huisartsen, die in Edinburg reeds binnen de universitaire opleiding vallen. Ook de tegenovergestelde mogelijkheid wordt hier en daar beproefd, namelijk door huisartsen aan een Health-Centre of aan een algemeen ziekenhuis te verbinden, zoals bij het Montefiore Hospital in New York en het veelbezochte streekziekenhuis in Flemington N.Y. het geval is.

Wanneer wij bij het begrip *medische psychologie* afzien van een definitie van het woord psychologie en rekening houden met het algemene onderscheid tussen individuele en sociale psychologie, dan kan het begrip het beste worden benaderd door het af te grenzen van de psychiatrie. Houdt de psychiatrie zich in het algemeen bezig met de geestelijk zwaar gestoorde mens, de medische psychologie bemoeit zich met de geestelijk normale of slechts licht gestoorde mens, met de arts-patiënt relatie, met emotionele en psychologische verschijnselen, die lichamelijke ziekten begeleiden. Het gaat hier zowel om een „Psychologie des Alltagslebens” toegepast op de geneeskunde, als om een fysiologische-psychologie. Prof. J. H. Schultz maakt in dit verband, evenals Weijel ²³, in een recent artikel ³⁹, onderscheid tussen een „speciële of grote” en een „algemene of kleine psychotherapie” en meent, dat er thans sprake is van een „psychologisering des Arztes”.

Meer dan een benadering van het begrip kan deze omschrijving niet zijn, aangezien er nog teveel uiteenlopende meningen zijn over het bestaansrecht en de inhoud van de medische psychologie. Het is van belang er op te wijzen dat de verklaring hiervan onder meer ligt in het feit dat met de medische psychologie een nieuw terrein van onderzoek is gegeven. Weijel schrijft met zoveel woorden (blz. 40): „Integrative medicine shows that there is a blank area on the psychiatric map: the investigation of normal people with psychological problems”.

Een definitie van het begrip *psychosomatiek* is in het verband van deze voordracht slechts van belang voor zover er in de literatuur onderscheid gemaakt wordt tussen een algemene psychosomatiek (of psychosomatiek in brede zin), en een speciële psychosomatiek (of psychosomatiek in engere zin). De speciële psychosomatiek kan men opvatten als een

De CIBA zoekt voor haar

WETENSCHAPPELIJKE
PHARMACEUTISCHE
INFORMATIE AFDELING

een

ARTS

met Ned. Diploma.

Leeftijd bij voorkeur 30-35 jaar.

Verlangd wordt:

- ★ Goede Klinische opleiding, indien mogelijk praktische ervaring.
- ★ Gegadigden moeten in staat zijn een staf wetenschappelijke medewerkers vaktechnisch te leiden.
- ★ Gevoel voor redactionele werkzaamheden en belangstelling voor commerciële kwesties.
- ★ Capaciteit om behalve in de Nederlandse ook in de Duitse taal te corresponderen.
- ★ Kennis van de Engelse en Franse taal gewenst.

Offerten met levensloop, foto, opgave van verlangd salaris en referenties te richten aan de Directie van de CIBA N.V., Van der Duijn van Maasdamlaan 2, Arnhem.

nieuw sub-specialisme; deze is een zaak van research voor fysiologen, klinici, psychologen etc. Op dit gebied worden ontelbaar vele onderzoeken verricht die een nader inzicht verschaffen in de menselijke fysiologie en in de relatie tussen emoties en lichamelijke functies. Maar afgezien van deze specifieke betekenis van het begrip, wordt met psychosomatiek in het algemeen, volgens Alexander, bedoeld: een benaderingswijze voor onderzoek en behandeling aan te geven, een methode die op het gehele terrein van de geneeskunde kan worden toegepast.¹¹ (Deze formulering wordt onderschreven door onder andere prof. Groen en prof. Rümke.) Ook hier gaat het dus om een benadering van de zieke mens in zijn totaliteit. Wij sluiten ons bij deze opvatting aan, dat in wezen iedere patiënt psychosomatisch of somatopsychisch ziek is.

Bij de bespreking van de indrukken uit Amerika zal het accent liggen op de medische psychologie en psychotherapie omdat hieromtrent in het graduate en postgraduate onderwijs het meest bekend is en bovendien omdat de lacunes op dit gebied mijns inziens het eerst om een oplossing vragen. Het zal echter duidelijk zijn dat sociale en psychologische factoren nauw met elkaar samenhangen en soms moeilijk te scheiden zijn. De eerste indruk was, dat het in eigen opleiding en praktijkvoering gevoelde tekortschieten van de somatische geneeskunde, in overwachte mate bleek aan te sluiten bij Amerikaanse opvattingen. Hier is namelijk sprake van een wezenlijke heroriëntering in de geneeskunde. Het bleek dat aan de bezochte universiteiten, en trouwens bij het medisch onderwijs in het algemeen, het gehele gebied van de medische psychologie, sociologie of sociale geneeskunde een daadwerkelijke belangstelling geniet^{12, 15}. Men krijgt verder de indruk dat leidende medische centra, zoals Johns Hopkins University, Harvard, Cornell en Columbia Medical School beginnen te ontgroeien aan de periode waarin de psychosomatiek en de medische psychologie een kwestie was van belangstelling, waarin men kan geloven of niet geloven, zoals in ons land toch nog vaak het geval is. De tijd lijkt rijp om de vruchteloze en onwetenschappelijke strijd tussen de zogenaamde somatici en psychiaters of psychosomatici te staken. Wij werken immers allen in het laboratorium of aan het ziekbed aan een wetenschap omtrent een en dezelfde mens; en ook zuiver wetenschappelijk gezien lijkt de tijd aangebroken, dat de clinicus, de psycholoog, de anatoom en de biochemicus elkaar via de hypothalamus de hand kunnen gaan reiken¹³. Het is misschien nodig bij voorbaat mede te delen, dat ik als een typische Europeaan met een kritische houding naar Amerika ging; dat ik de verhalen over „fee-splitting” bij operaties kende, evenals de voorstelling van moderne ziekenhuizen waar de anamnese in de wachtkamer door de patiënt zelf of door een secretaresse wordt ingevuld met behulp van

grote vragenlijsten. Dit soort geneeskunde ben ik niet tegengekomen, waarschijnlijk omdat juist die centra werden bezocht waar het medisch denken en handelen op een hoog peil stonden en waar belangstelling was voor integrale geneeskunde.

Wat mijn ervaringen betreft, moet ik nog een restrictie maken: ik heb mij moeten beperken tot universitaire ziekenhuizen; men kan aannemen, dat de brede instelling van een integrale diagnostiek daar het meest is gerealiseerd. * Toch gaat de ontwikkeling velen ook hier nog niet snel genoeg, „omdat wij vijftig jaar achter zijn in de geneeskunde!” Dit is een opmerking van een „liaison-psychiater” die al sinds drie jaar met vijf assistenten een vaste plaats had op de interne afdeling van het Columbia Medical Centre in New York, waar prof. Loeb, de internist en mederedacteur van het bekende Textbook of Medicine, de nodige ruimte voor hem had vrijgemaakt. Deze psychiater werkt dus uitsluitend voor consult op de niet-psychiatrische afdelingen. Het stemt tot nadenken, dat deze opmerking afkomstig is van iemand, die zelf toch midden in de integratie staat.

De liaison-psychiater is een verschijning van na de tweede wereldoorlog; ook in enkele ziekenhuizen in Nederland heeft hij een plaats gekregen. Hij is toegevoegd aan de staf van een niet-psychiatrische afdeling, meestal de afdeling voor interne geneeskunde en hij werkt dus samen met de klinici om de diagnostiek en therapie met psychologische middelen aan te vullen. Voordat de liaisondienst in dit grote ziekenhuis te New York in werking trad, waren er per jaar gemiddeld 20-40 verzoeken om het klassieke consult van een psychiater uit de psychiatrische kliniek voor een gestoorde patiënt op de niet-psychiatrische afdelingen. De behoefte aan samenwerking tussen de liaison-psychiater en de andere specialisten is inmiddels zozeer toegenomen, dat het aantal consulten in 1957 tot en met augustus was gestegen tot 800. Hoewel deze cijfers nog niet nader bewerkt zijn en een vergelijking op het totale patiëntenmateriaal — het ziekenhuis heeft 1600 bedden — nog niet mogelijk was, is de tendens toch duidelijk genoeg. **

Het is interessant te vernemen, dat veel van deze consulten tot stand kwamen via toevallige ontmoetingen in de gang of aan de koffietafel en dat men elkaar door het regelmatige contact (de kamer van de psychiater was immers op de interne afdeling) steeds beter is gaan verstaan. Soortgelijke observaties hoorde ik in het Johns Hopkins Hospital in Baltimore en van een universitair ziekenhuis van Har-

* Voor hen die speciaal geïntereiseerd zijn in de integratie met de preklinische vakken zij verwezen naar de heldere uiteenzetting hierover van Doelman in het T. v. Soc. Geneeskunde, na diens studiereis in 1956¹².

** Persoonlijke mededeling van prof. Kolb, hoogleraar in de psychiatrie aan deze Universiteit.

vard University in Boston. Een lector, internist-psychiater uit Oklahoma, gaf dit duidelijk aan met de woorden: „where I hang my hat there is the Department of Medicine”. Overigens weerspiegelen bovengenoemde getallen (in de loop van drie jaar een stijging van 40-800 consulten), mijns inziens alleen maar een behoefte in een overgangsfase. De ideale samenwerking tussen de psychiatrie en de andere specialismen is nog niet gevonden. Stellig zal de ontwikkeling van deze samenwerking gaan in de richting die onlangs beschreven is voor een Amerikaans symposium over Graduate Education for General Practice in 1957¹⁴ door prof. Kaufman van het Mount Sinai Hospital in New York.

De psychiatrie, zo schrijft hij, heeft voor de algemene praktijk twee functies: onderwijs over psychosen en neurosen, maar daarnaast het doceren van medische psychologie. Op de duur zal naar zijn mening niet de psychiater dit onderwijs moeten geven, maar dat zal de taak zijn van de docenten in de interne geneeskunde, de chirurgie of de gynecologie zelf: de medische psychologie immers is, zo goed als de fysiologie, een basis-wetenschap en moet als vanzelfsprekend door de studenten in het dagelijks contact met zijn klinische leermeester worden overgenomen. Kaufman en anderen wijzen in dit verband op het belang van de mogelijkheid tot identificatie met de clinic, die zich deze kennis bewust hebben eigen gemaakt.

Het is begrijpelijk, dat elke universiteit de hier geschetste denkbeelden op haar eigen wijze tracht te verwezenlijken en ook, dat het ene centrum hierin meer heeft bereikt dan een ander. Ik zal hieronder nog enkele voorbeelden geven, in een volgorde van ingewikkeld naar eenvoudig.

In zijn meest extreme vorm vindt men het principe toegepast in de Universiteit van Rochester, N.Y., een universiteit die in Amerika een zeer goede naam heeft. Maar ook de „Medical Liaison Group”¹⁵ trekt aldaar de aandacht. Afgezien van een hoogleraar in de psychiatrie die een gedeeltelijke opleiding tot internist heeft gehad en een hoogleraar in de interne geneeskunde die een gedeeltelijke opleiding tot psychiater heeft genoten, werkt hier een groep van vijf artsen, die zowel internist zijn als psychoanalyticus, ofwel daarvoor worden opgeleid. Prof. Engel, het hoofd van deze groep, die reeds jaren bekend stond als de meest vooraanstaande klinische diagnosticus van de interne afdeling, heeft sinds enkele jaren ook officieel de status van psychiater en psychoanalyticus. Het bijzondere van de situatie, waarover ook buiten Rochester veel gesproken wordt, is dat alle vijf leden van de liaison-groep een aanstelling hebben op de interne afdeling en daar de volle verantwoordelijkheid dragen voor de behandeling van de patiënten en voor het onderwijs, terwijl zij tevens hun aanstelling hebben in de afdeling voor psychiatrie en psychosomatiek. Prof. Engel houdt bij toerbeurt grote visite op beide afdelingen en neemt evenzeer deel aan de klinisch-pathologische conferenties als aan de zuiver psychiatrische stafbesprekingen. Het is waarschijnlijk niet veel mensen gegeven, een dergelijk zware taak te vervullen, maar in het kader van het gehele integratieproces is dit misschien een noodzakelijke uitzondering en overgangsfase. In elk geval is uit deze groep van tussenpersonen reeds belangrijk werk naar voren gekomen. Ook zijn er steeds enkele internisten in opleiding als „fellows”

aan de groep toegevoegd: over een medisch psychologische en psychotherapeutische training van gynaecologen, zonder dat daardoor hun opleidingstijd verlengd werd, is enkele jaren geleden een bijzonder instructief verslag geschreven¹⁶. Alle assistenten van de interne afdeling maken in principe een stage van 6 maanden bij de Medical Liaison Group door. De groepsleden hebben gezamenlijk reeds tien jaar de verantwoordelijkheid voor het onderwijs in de fysische diagnostiek en de leer van de anamnese. Zo is er ruim gelegenheid de studenten te laten delen in de ervaringen, opgedaan in de grensgebieden tussen psychiatrie en interne geneeskunde en eveneens is er gelegenheid tot onderwijs over de arts-patiëntrelatie en in gesprekstechniek.

Zoals gezegd: elke universiteit zoekt haar eigen antwoord op de vraag naar inter-specialistische samenwerking en integrale geneeskunde. De kern van deze integrale samenwerking komt eigenlijk steeds neer op de gemeenschappelijke besprekingen van somaticus met sociaal werker en psychiater. Aan de interne polikliniek van de Cornell University in New York noemt men dit „comprehensive care and teaching clinic”, een polikliniek dus voor integrale behandeling en integraal onderwijs. Hier is het poliklinische onderwijs in interne geneeskunde en pediatrie gecombineerd in voortdurend contact met de psychiatrie, preventieve geneeskunde en revalidatie. Aan deze polikliniek is verder een „Home care program” en een „Family care program” verbonden, terwijl tenslotte ook consulents in chirurgie, verloskunde, gynaecologie en een sociaal werkster beschikbaar zijn. Aan de universiteit van Oklahoma is dit systeem door de hoogleraren in de interne geneeskunde nog verder uitgewerkt in combinatie met de poliklinieken voor kindergeneeskunde, gynaecologie, chirurgie en „mental hygiene”. Hier werken de co-assistenten niet „bloksgewijs” drie maanden achter elkaar elk onderdeel afzonderlijk, maar „longitudinaal”, elke week een of meer dagen in de betreffende afdeling, gedurende een geheel jaar. Dit heeft onder meer het grote voordeel van continuïteit in de student-patiëntrelatie, zodat de student zijn patiënten zelf kan vervolgen en ook, voor zover nodig, onder supervisie gesprekstherapie kan toepassen. Deze continuïteit benadert ook meer het contact, dat de huisarts met zijn patiënten heeft¹⁷.

Over een soortgelijk programma van samenwerking tussen verschillende afdelingen in Boston werd in „huisarts en wetenschap” reeds een artikel gerefereerd¹⁸. Ook in Philadelphia maakte ik een dergelijke werkwijze mee; co-assistenten van de interne polikliniek moeten daar elke week zelf een patiënt demonstreren voor een vaste staf met een sociaal werkster, een hoofdassistent psychiatrie en een chef de clinique van de interne afdeling. In zulk een situatie is er uiteraard gelegenheid te over om alle aspecten van een ziekte te bespreken en zo is het de student mogelijk, de patiënt niet alleen als geval, maar ook als mens in zijn totaliteit te zien.

Om nu terug te komen tot de huisartsen-geneeskunde, geef ik tenslotte nog een voorbeeld waaruit blijkt, dat integrale geneeskunde ook met eenvoudiger middelen en zonder een team van drie of meer specialisten is te verwezenlijken. Dit laatste voorbeeld is afkomstig van een universiteit te Cleveland, de stad waar onze landgenoot Kolff werkt, maar men treft de onderstaande werkwijze ook bij andere universiteiten aan. In plaats van een „comprehensive program” heeft men hier een zogenaamd „family-care program”. Hierbij wordt aan de student gedurende een of meer jaren een heel gezin ter observatie en eventueel ter behandeling toegewezen. In Cleveland woonde ik een bespreking bij door een co-assistente, die een routineverslag uitbracht aan de hoogleraar in de kindergeneeskunde, de bekende Benjamin Spock; bij dit gesprek was verder niemand aanwezig. Zonder de hulp van een psychiater of een maatschappelijk werkster werd door deze studente een levend beeld gegeven van de ziekten en spanningen die zich in het gezin voordeden. Via een diarree van het oudste kind en de enuresis van het tweede, kwam ook de hoofdpijn van de moeder ter sprake. Na verscheidene gesprekken, op de polikliniek en thuis, was de moeder in staat de relatie te gaan zien tussen haar hoofdpijn en de moeilijkheden bij de opvoeding van de kinderen. En de studente was, onder leiding van prof. Spock niet alleen in de gelegenheid de huidige medische en

psychologische problemen te leren behandelen, maar ook werd haar door prof. Spock duidelijk gemaakt, hoe zij met de moeder de plaats van het derde en jongste kind, 1½ jaar oud, psychisch in het gezin kon helpen voorbereiden, iets waartoe deze vrouw zonder steun blijkbaar niet in staat was. Kortom, hier werd goede, integrale — zo men wil ouderwetse — huisarts-geneeskunde bedreven. Het enige verschil is, dat de problemen hier niet slechts met een intuïtieve mensenkennis werden benaderd, maar dat bovendien werd getracht, aan deze mensenkennis een wetenschappelijke vorm te geven.

In een gesprek na afloop zei prof. Spock, dat het zo belangrijk is, met het introduceren van de sociale en psychologische factoren in het onderwijs zo vroeg mogelijk te beginnen „to prevent the hardening of the heart and of the skin of the medical student”, want, zo vervolgde hij: „he is encouraged to a depersonalisation of the patient by the basic sciences”. Hij betoogde, dat een tweedejaars student reeds in staat is om een goed beeld te geven van wat er eigenlijk in een gezin omgaat. In het traditionele onderwijs wordt de belangstelling echter steeds beperkter en meer gesomatiseerd. In de Amerikaanse verhoudingen zou, wat dit betreft, een duidelijk verschil waarneembaar zijn tussen een tweede- en een vierdejaars student. Een soortgelijke observatie werd onlangs gemeld uit een universiteit te Londen¹⁹. Wij kunnen deze waarneming dus niet zonder meer als typisch Amerikaans naast ons neerleggen. Het is in dit verband interessant te vermelden, dat volgens een experiment aan de Harvard University, studenten in de beeldende kunsten beter in staat waren een indruk te krijgen omtrent de emotionele problemen die bijdroegen tot de ziekten van ziekenhuispatiënten, dan medische studenten die geschoold waren in de pathologie en het opnemen van een ziektegeschiedenis²⁰. Geheel in overeenstemming hiermede is een opmerking van een internist-hoogleraar aan een universiteit in Oklahoma, Stewurt Wolf: „Wij proberen niet om het onderwijs in de psychologische en sociale factoren als iets extra's (hij zei „als een appendix”) in te voeren, maar als een integrerend deel van de geneeskunde, en dit moet gebeuren door de clinicus zelf”. Of, om het in de woorden van een student te zeggen: I must first be able to feel the liver and then the ego.” Het is trouwens veler ervaring, dat studenten deze dingen gemakkelijker accepteren, wanneer zij gedoceerd worden door iemand, die niet alleen op de hoogte is van „emotionele factoren”, maar die het volgende ogenblik in staat is een beenmergpunctaat met hen te bespreken.

Tot zover deze Amerikaanse indrukken. Ik wil hier nog enkele beschouwingen aan toevoegen. Immers, wanneer wij in staat zijn, een lever te voelen en zelfs in staat zijn, een portografie te doen, is het dan niet evenzeer van belang, de grondregels te leren van het beoordelen van de gehele persoonlijkheid van de patiënt en van de relaties die hij als mens met zijn omgeving heeft? Die grondregels hebben wij op de universiteit niet geleerd en zij kunnen slechts zeer ten dele worden geput uit wat men noemt het gezond verstand, uit levenservaring en mensenkennis. Deze is namelijk veel te individueel gekleurd en behoeft vaak correctie waar wij dat zelf(s) niet kunnen zien. Het gaat namelijk enerzijds wel om grondregels die gedoceerd kunnen worden, maar anderzijds om een persoonlijk geëngageerd zijn in de arts-patiënt verhouding en — daaraan aansluitend — om het leren gebruiken van deze merkwaardige tussenmenselijke verhouding, of, om het met Balint te zeggen: „Wij moeten — evenals de chirurg het mes — leren onszelf, ons emotionele zelf te hanteren en desnoods in de linkerhand te nemen”. Dit laatste vraagt, behalve om theoretisch onderwijs, vooral om een vorming, die niet aan goed geluk kan worden overgelaten. Prof. Querido heeft

dit verschil tussen onderwijs en vorming in de medische faculteit duidelijk omschreven²¹.

Het is niet de bedoeling hier verder in te gaan op de kenmerken van deze centrale arts-patiënt relatie, met uitzondering van één punt, dat zo treffend door Balint is beschreven als hij zegt: „Als men vragen stelt, krijgt men alleen maar antwoorden en niets meer.” Er blijkt behalve de gangbare techniek van de anamnese, die toch grotendeels bestaat uit het stellen van vragen, om tot een omgrenzing van de verschijnselen en klachten binnen ons nosologisch systeem te komen, nog een andere methode mogelijk te zijn om de patiënt te benaderen. Men noemt dit tegenwoordig wel de biografische anamnese, maar zij berust toch op een „luisteren” naar de patiënt; hem de gelegenheid geven vrijuit te spreken, ook over zaken die niet direct medisch schijnen te zijn. Deze kunst is niet uit boeken te leren, maar slechts uit de actuele situatie van de arts-patiënt verhouding waar men zelf in is betrokken. Ik ben mij ervan bewust, dat deze relatie, zo lang de geneeskunde bestaat, een centrale plaats heeft ingenomen en dat de goede ouderwetse huisarts in een vanzelfsprekende rust en vrijheid met zijn patiënten omging; maar het is eerst in onze tijd, dat men zich is gaan realiseren, hoe belangrijk deze relatie is en ook, hoe zij wetenschappelijk geanalyseerd en onderwezen kan worden.

De reeds eerder genoemde prof. Steward Wolf vertelde, dat het onderwijs in de fysische diagnostiek en de anamnese aan zijn universiteit geheel van karakter is veranderd door het centraal stellen van de kunst „of talking with the patient” en door het waarnemingsvermogen van de studenten te scherpen voor de niet-verbale informatie die de patiënt in zijn contact met de arts communiceert. Het is bij deze kunst als bij het luisteren naar hartgeruisen. De eerste keer toen wij als student onze stethoscoop op de apex plaatsten hoorden wij, eerlijke gezegd, niets of we wisten niet precies wat wij hoorden.

In zijn zojuist verschenen dissertatie over psychiatrie in de huispraktijk²³ spreekt Weijel van een „psycho-sociale stethoscoop” die wij moeten leren gebruiken ter aanvulling op het somatisch onderzoek. In de meeste studiegroepen voor psychotherapie of psychosomatiek, zoals die in Engeland en Amerika werken en zoals ook het N.H.G. er enkele heeft, nemen de theoretische uiteenzettingen over psychoanalyse, neuroseleer etc. niet meer de belangrijkste plaats in. Men besteedt, na een korte inleiding, thans de meeste tijd aan het bespreken van eigen probleem-patiënten met behulp van een psychiater en eventueel een internist en een maatschappelijk werkster. Steeds opnieuw is het de ervaring van de deelnemers, dat op deze wijze een onvervangbare, persoonlijke praktijkervaring wordt opgedaan.

(Slot volgt)

Literatuur — De bij dit artikel behorende literatuurlijst zal bij het tweede en laatste deel worden geplaatst.