

Het viel op, dat de bewustzijnsgraad wisselde; daarom spoot ik hem 100 mg papaverini hydrochloras en 480 mg Euphylline intramusculair in. Ter aanvulling gaf ik patiënt melk met enige lepels suiker te drinken; nadat hij zich enkele malen had verslikt, lukte dit. Ik adviseerde hem te gaan slapen.

Een uur later was hij normaal te wekken. Tot mijn grote verrassing waren er bij oriënterend neurologisch onderzoek geen afwijkingen meer te vinden.

Na enige dagen bedrust heb ik patiënt gemobiliseerd en voor na-onderzoek naar de neuroloog (collega Hemgreen) verwezen. Zijn diagnose luidde: hersenanoxemie na hypoglykemie. De snelle therapie zou patiënt voor blijvende schade hebben behoed.

Dit geval mag aanleiding zijn er op te wijzen, dat iedere diabeticus, die is aangesloten bij de Ne-

derlandse Vereniging van Suikerzieken, een kaartje bij zich draagt, waarop staat vermeld, dat hij bij ieder abnormaal gedrag of bij bewusteloosheid suiker behoeft; mocht het slikken niet gaan, dan moet een arts worden gewaarschuwd.

De arts moet dus altijd ampullen met 40 procent glucose voor intraveneuze injectie in zijn tas bij zich hebben.

Wanneer men twijfelt, of men met een hyper- of een hypoglykemisch coma te doen heeft, mag men glucose als diagnosticum gebruiken. Glucagon heeft men hierbij niet nodig. Het is van groot belang de glucose spoedig toe te dienen. Indien men éerst maatregelen gaat treffen voor opname in een ziekenhuis, verliest men tijd en loopt men onnodig het gevaar, dat de patiënt blijvende schade zal onder- vinden.

AANWINSTEN

De opkomst van de medische psychologie

DOOR DR J. A. WEIJEL, ZENUWARTS TE AMSTERDAM

Tot voor kort was er nauwelijks sprake van een doelbewuste toepassing van psychologische kennis en inzicht in de dagelijkse algemene geneeskundige praktijk. De psychiatrie heeft enige decennia een vrij geïsoleerd bestaan gevoerd. De psychiater was een amper geaccepteerd lid van de geneeskundige organisatie en nog steeds schijnt hij vele collegae zijn medische bestaansrecht te moeten bewijzen. Het was pas de ontwikkeling van de psychosomatische geneeskunde, die de medici duidelijk heeft gemaakt hoe diepgaand de relatie was tussen het psychische en het somatische aspect van het ziek zijn.

Het isolement van de psychiatrie heeft enkele oorzaken. Ten eerste is er de isolatie van de psychiatrische patiënten in aparte inrichtingen en gestichten, welke isolatie enerzijds berust op de afkeer van geestesziekten, anderzijds op het storende gedrag. Ten tweede is er de aanvankelijk weinig spectaculaire ontwikkeling van de leer der geestesziekten. Na de moeizaam bevochten overwinning deze lijdens als zieken te mogen beschouwen, leunde de psychiatrie achtereenvolgens aan bij de cellulaire pathologie, bij de leer der infectieziekten en de neurologie. In het gebied van deze laatste wetenschap waren de hysterische verlammingen nog geheel onverklaard. De ontdekking van Breuer en Freud, dat hysterici aan onverwerkte herinneringen leden, was de ontdekking van een nieuwe ziekteverwekkende factor, de psychogenese. Deze fundamentele ontdekking voerde tot een grote reeks nieuwe inzichten over onder andere de droom, de sexualiteit, het onbewuste, de structuur

van de persoonlijkheid, die tezamen de psychoanalytische theorie vormden.

Buiten de medische kring hebben de psychoanalytische opvattingen veel sneller ingang gevonden dan in het eigen gebied; het verweer tegen de revolutionaire opvattingen was groot. Maar hoe fundamenteel ook voor ons inzicht de nieuwe ontdekkingen mochten zijn, vooralsnog leverde de psychanalyse de medische wereld geen vlot toepasbare therapie op, die gemakkelijk zou kunnen worden getoetst. De psychoanalytische school en de verwante nieuwe richtingen bleven alle ver van de klinische en poliklinische geneeskunde.

Ondanks dit isolement en de weerstand, zijn belangrijke begrippen uit de psychoanalyse algemeen geldend geworden. De fenomenologische school in de psychiatrie, legde de nadruk op de grote betekenis van de relatie tussen de mensen onderling, tussen de mens en zijn omgeving. De duistere vaktal van deze richting heeft het isolement van de psychiatrie beslist vergroot.

De psychosomatische geneeskunde heeft aan de somatische ziekte de psychische dimensie toegevoegd, de ziekte met de zieke verbonden. Het was gebleken dat de patiënt als persoonlijkheid een grote rol speelde bij het proces van het ziek worden en het ziek blijven. Het onderzoek van de actuele aanleiding tot de ziekte noopte tot meer belangstelling voor de wereld waarin de patiënt leefde, terwijl de wijze, waarop de patiënt had gereageerd op de gebeurtenissen in zijn omgeving, de aandacht vestigde op zijn psychologische structuur. Omdat het inzicht van de psychische oorzaak van

ziekte, de psychogenese, buiten de neuroseleer nooit gebruikt was, kan men gerust zeggen dat de psychische factor als element van het pathologische proces opnieuw werd ontdekt.

De doorbraak van dit inzicht van de betekenis van de psychogenese is voornamelijk door de stuwkracht van de psychosomatici gekomen. Voor het eerst werd aangetoond dat psychische factoren een rol speelden bij het lichamelijk ziek worden. Het betrof nu niet „gekke” ziekten als hysterie of schizofrenie, maar veel voorkomende als astma nervosum of ulcus ventriculi. Door de ervaringen van de militaire medici in de tweede wereldoorlog over de labiliteit van de gewone goedgekeurde dienstplichtigen, was de tijd rijp geworden voor de toepassing van psychologische inzichten in de algemene geneeskunde en bij de medische opleiding. De medicus had voor zijn werkterrein een eigen psychologie nodig. Er kon worden aangesloten bij de reeds vóór de oorlog door de psychosomatici gewonnen inzichten. Het feit, dat de enthousiaste psychosomatici mogelijk te ver zijn gegaan in het stellen van specifieke psychosomatische verbanden, doet geen afbreuk aan de juistheid van het psychosomatische principe.

* * *

Schilder formuleerde kort en krachtig dat medische psychologie psychologie is voorzover zij voor de arts betekenis heeft. Dit wees er op, dat hij de medische psychologie tot het psychologische en niet tot het psychiatrische gebied rekende. *Kretschmer* had twee jaren tevoren nog geklaagd, dat de toenmalige psychologie zo weinig praktische betekenis had voor de arts. Ondanks het enorme feitenmateriaal dat *Schilder* in zijn grondige boek verzamelde, werd de medische psychologie niet beter toepasbaar voor de algemene praktijk. *Schilder's* boek geeft de impressie een theoretisch museum te zijn, waarin alles wat terzake doet wel verzameld is, maar niet kan worden aangeraakt.

De psychiatrie en de psychoanalyse zijn niet geslaagd in het ontwerpen van een hanteerbare medische psychologie. Van de zijde van de beoefenaars van deze wetenschappen hoort men daarenboven vaak verklaren, dat psychotherapie toch niet weggelegd is voor de huisarts; deze zou alleen maar brokken maken. In de recente praktijk met de training van huisartsen is, als zo vaak, het omgekeerde gebleken. De geïnteresseerde huisarts betreedt deze nieuwe weg met omzichtigheid en juist met grote angst om fouten te maken. Het eerste wat men gemeenlijk deze huisartsen moet leren is, dat een diepergaand gesprek met de patiënt niet zo'n gevaarlijke bezigheid is.

Te lang is de medische psychologie blijven hangen aan haar psychiatrische afkomst. In 1942 schreef *van der Hoop* reeds hoezeer de medische psychologie ontsproot uit de ervaring van de arts, die zich door de noden van zijn patiënten gedrongen zag op hun psychische problemen in te gaan. De kortsluiting, dat psychische problemen psychia-

trische stoornissen zouden zijn, wordt echter nog steeds gemaakt. Het verdient alleszins aanbeveling duidelijk onderscheid te maken tussen psychiatrische noden en psychiatrische stoornissen. Wanneer huisarts of psychiater zich met de psychische noden bezig houdt, doen beiden aan medische psychologie. Wanneer het een psychiatrische stoornis wordt in de gebruikelijke zin van het woord, komt de problematiek echter geheel anders te liggen. Gemeenlijk pleegt de poliklinisch werkende psychiater veel meer te maken te hebben met psychische noden dan met uitgesproken psychiatrische ziektebeelden. De huisarts gaat er ten onrechte van uit, dat hij moeilijkere psychische noden maar moet verwijzen naar de psychiater, tot wiens gebied zij zouden behoren. Alexander, die de grote stoot tot de ontwikkeling van de psychosomatische geneeskunde heeft gegeven, wees er op hoeveel reeds bekend was van de „logic of emotions” en beklemtoonde dat het tijd werd deze kennis toe te passen. In de Verenigde Staten is in verscheidene centra duidelijk gepoogd en ook met gunstig resultaat, de psychologische dynamiek onder de aandacht van studenten te brengen en ook reeds gevestigde artsen hierin te trainen (*Romano, Bibring* en andere). Nog kort geleden is in dit tijdschrift het Brooklyn Project gerefereerd.

In Europa is na de oorlog de psychosomatische geneeskunde op gang gekomen. In Nederland hebben *Groen c.s.* de vaak zeer levendige discussie ontzettend en de literatuur met een groot aantal bijdragen verrijkt. Reeds door hun werk bleek, dat er grote behoefte bestond aan psychotherapeutisch geschoolde artsen, die niet expliciet psychiaters behoeften te zijn. In 1953 zegt *van de Loo* dat de medische psychologie de funderende wetenschap moet zijn van de psychologisch georiënteerde uitoefening van de geneeskunde. Omstreeks dit tijdstip was er voldoende evidentie en theorie aanwezig, maar het sluitstuk voor elke ontwikkeling van een geneeskundig gebied, de praktische toepasbaarheid in de therapie, was, behoudens in enkele Amerikaanse centra, nog niet gevonden. In 1957 publiceerde *Balint* zijn bekende „The doctor, his patient and the illness” waarin ervaringen met de training van huisartsen werden medegedeeld. De klassieke psychiatrie had zich voornamelijk bezig gehouden met de ziekte, de psychosomatische geneeskunde had aandacht gevraagd voor de persoonlijkheidsstructuur van de zieke en *Balint* completeerde dit met nu ook aandacht te vragen voor de rol van de huisarts in het geheel. Duidelijk toonde hij aan hoe groot de rol is die de dokter vervult in het ziekteproces. De enorme opgang die *Balint's* werk maakte, bewees wel in welk een behoefte hij voorzag. Zijn grootste verdienste is ongetwijfeld dat hij nog eens onderstreepte hoezeer psychische aspecten een rol spelen bij het ziek zijn en nog meer, hoe goed het mogelijk is een ervaren arts te oefenen in het hanteren van deze psychische noden. Door groepsbesprekingen trainde hij huisartsen en specialisten in het onderkennen van de psychische problemen

bij hun patiënten en van de vele factoren bij de patiënt zowel als bij de dokter, die een rol speelden bij de therapeutische beïnvloeding van deze problemen. Hij deed evenals de Amerikanen de ervaring op, dat de geïnteresseerde arts alleszins capabel is om een zekere vaardigheid te bereiken in wat wij psychotherapie plegen te noemen.

Pas deze ontwikkeling heeft de medische psychologie volwassen gemaakt. Er zijn in de algemene praktijk van zowel huisartsen als somatische specialisten, zowel in klinieken als poliklinieken aspecten van het geneeskundig gebeuren, die tot voor kort geheel werden verwaarloosd, alhoewel ervaren oudere artsen er in feite altijd rekening mee hebben gehouden. De geneeskunde moest de geneeskunde aanvullen, maar nergens kon men de kunst leren. De psychiatrie als leer van de ziels- en geestesziekten, voldeed niet voor de beantwoording van de vele problemen van de dagelijkse praktijk. De psychiater is er alleen op getraind te kijken naar de afwijkingen en denkt vanuit de pathologie; de veelvuldige variaties van het dagelijks leven echter mogen niet als pathologische structuren worden beschouwd. De psychologie van al dat, waarmee de medicus te maken heeft in zijn werk, is een apart gebied geworden, omdat om velerlei redenen de huisarts tegenwoordig veel meer te maken krijgt met geestelijke noden, die allerminst psychiatrische ziekten zijn.

In aansluiting aan de opvattingen van van der Hoop en van de Loo ben ik van mening dat de medische psychologie moet worden gefundeerd vanuit de psychologie. Op grond van *Duyker's* kritische uiteenzetting over de systematiek van de psychologie definieer ik de medische psychologie als de psychologie van de medische situatie. Deze medische situatie wordt geschapen op het moment dat de patiënt zich met zijn klachten tot de medicus wendt. In deze situatie zijn drie objecten van onderzoek:

- 1 de ziekte, ofwel dat wat in de klacht naar voren gebracht wordt;
- 2 de zieke als lijdende totaliteit;
- 3 de medicus als sturende en zorgende maar in het geheel zeer betrokken functionaris.

Voor de huisarts zal de voornaamste beoefenaar zijn van de medische psychologie, zowel in theoretische als praktische zin.

In tegenstelling tot het voorwerp van onderzoek van de psychiatrie, de geestesziekten, zijn de psychische noden van de gewone patiënt nog niet geïnterpreteerd. Om slechts een enkele onderwerp te noemen: de opvoedkundige problemen, die in allerlei vormen aan de huisarts worden gepresenteerd, lastigheid van het kind, overspanning van de moeder, reacties van de vader of klachten van de zijde van de school, worden slechts gedeeltelijk opgevangen door de Medische Opvoedkundige Bureaus. Er

ligt hier een grote taak, ook van preventieve aard, voor de huisarts, die nog vrijwel onontgonnen is. De huisarts is daarenboven niet opgeleid om deze problemen het hoofd te kunnen bieden. De problematiek van de lage rugpijn wordt slechts gedeeltelijk in de orthopedie opgevangen. Vele gynaecologische klachten hangen samen met de psychische problematiek in een huwelijk, waarbij slechts terzijde wordt opgemerkt dat de sociologische kant van al deze problemen nog minder ontwikkeld is dan de psychologische. Heeft het zin alle patiënten die klagen over pijnen in de hartstreek of hartkloppingen klakkeloos naar de cardioloog te sturen? Hoe moet men de problematiek benaderen rond slechte behuizing, conflicten in het werk, die in somatische conversie worden aangediend? Als gid- sen voor het nog weinig bekende gebied kunnen dienen de biografische anamnese (*Groen*) de psychosociale status (*Weyel*) en de sociaal geneeskundige status zoals *Mertens* deze (met een voortreffelijke toelichting) voor de studenten bezigt.

In Nederland is voor de verdere psychotherapeutische scholing van de huisartsen reeds goed succes behaald met de training volgens Balint in groepsdiscussies. Deze hebben het voordeel dat de arts leert zien hoe hij betrokken is in het geval, waar zijn invloed ten gunste of ten ongunste heeft gewerkt. Aangezien hij dit betrokken-zijn tevens van alle andere groepsleden bemerkt, ontstaat een duidelijke ontspanning. Men krijgt de indruk, dat welke de opzet van dergelijke groepen ook moge zijn en met welk probleem zij starten, de uiteindelijke ervaring steeds dezelfde is. De drie objecten van de medische psychologie, de ziekte, de zieke en de dokter, spelen in elk ziektegeval een duidelijke en niet te miskennen rol. Van geheel andere zijde heeft in 1955 Querido het probleem gesteld en het begrip van de integrale geneeskunde geformuleerd.

Voor de huisarts is deze ontwikkeling van het grootste belang. Voor hem moet een medische psychologie klaar staan, die in de zin van van de Loo een psychologisch georiënteerde geneeskundige uitoefening mogelijk maakt. Hiervoor is kennis nodig, die zich niet beperken mag tot het lichamelijke alleen, maar tevens een bepaalde ontwikkeling van de persoonlijkheid van de arts.

De opkomst van de specialismen en superspecialismen hebben de geneeskunde tot een technisch overontwikkeld gebied gemaakt, waar de menselijke factor geen rol meer schijnt te spelen. In zekere zin is de opkomst van de organisaties van huisartsen zowel elders als in Nederland een protest tegen de devaluatie van het huisartsenberoep. Alhoewel de medische psychologie natuurlijk van even grote betekenis is voor praktiserende specialisten, zal toch vooral de huisarts het meest deze wetenschap moeten be- en uitoefenen. Het is dan ook alleszins gerechtvaardigd van de huisartsen te vragen ook de theoretische arbeid te verrichten om een moderne medische psychologie te vestigen. De periode, dat

men door vallen en opstaan, door intuïtie, door levenservaring tot een goede huisarts werd, is voorbij. Intuïtie moet worden vervangen door opleiding en inzicht in de voortdurend moeilijker problemen, die een steeds dieper borende wetenschap naar voren brengt. De huisarts kan hierbij niet achter blijven. De geneeskunde kan men als technische vaardigheid leren, doch de geneeskunst, het hanteren van de medische situatie, moet eveneens op wetenschappelijke basis worden gevestigd.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELEN DOCUMENTATIE

61-070. Childhood obesity a longterm study of height and weight. *Lloyd, J. K., O. H. Wolff en W. S. Whelen. Brit. med. J. II, 145.*

Bij dit onderzoek werd het gewichtsverloop bestudeerd van 98 kinderen, die bij het eerste onderzoek te zwaar waren gebleken aan de hand van tabellen, die de laatste jaren als het meest juist golden. Hierbij moet worden opgemerkt, dat men de standaardwaarden na de oorlog nogal wat heeft moeten herzien, omdat het is gebleken, dat kinderen, die na de laatste oorlog zijn geboren, gemiddeld duidelijk langer zijn dan de generatie van voor de oorlog. Uiteraard wordt in deze gewichtstabellen de lengte van de kinderen en hun geslacht in aanmerking genomen.

De eerste keer werden de kinderen onderzocht in 1951, daarna in 1956 en tenslotte in 1959. De gemiddelde leeftijd was van de jongens bij het eerste onderzoek negen jaar en vier maanden (variërend van een jaar en vier maanden tot veertien jaar) en van de meisjes negen jaar (variërend van één jaar en tien maanden tot dertien jaar). Bij elke controle waren er ongeveer anderhalf maal zoveel meisjes als jongens.

Bij het onderzoek waren alleen de kinderen betrokken bij wie geen bepaalde ziekelijke oorzaak voor het overgewicht was te vinden, dus primaire obesitas.

Als eerste resultaat kon worden vastgesteld, dat kinderen, die bij het eerste onderzoek ver boven de normale lengte waren, bij het einde van de puberteit, dus wanneer zij praktisch volledig waren uitgegroeid, een lengte hadden die zeer dicht bij de standaardwaarde lag. De kinderen, die bij het eerste onderzoek aan obesitas leden en een normale lengte hadden voor hun leeftijd, bleken daarentegen uiteindelijk bij het volwassen worden, tot een lengte te neigen, die minder was dan het normale gemiddelde. Dit wat betreft de prognose van de lengtegroei.

Nu de prognose van het gewicht. Deze is niet gunstig; mischien voor jongens een beetje beter dan voor meisjes, maar over het algemeen was de uitkomst van dit follow-up onderzoek, dat kinderen, die bij het begin van het onderzoek belangrijk te dik waren, het nog waren bij de laatste nacontrole, negen jaar later, toen de meesten van hen al volledig waren uitgegroeid. Weliswaar was bij het merendeel der patiëntjes gebleken, dat met intensieve therapie in de vorm van strenge gewichtscontrole, streng dieet (meestal een dieet van ongeveer 1.000 calorieën) en sulfas amfetamine, het bijna altijd lukte het gewicht te verminderen tot de normale of bijna normale waarde (overgewicht tussen tien en twintig procent). Deze therapie had het meeste succes als zij klinisch werd ingesteld, doch het bleek, dat na enige tijd bij het overgrote merendeel der patiënten het gewicht weer ging stijgen, waarbij moet worden opgemerkt, dat vele patiënten de neiging hadden zich aan het voortdurende toezicht te onttrekken. Het resultaat was tenslotte vaak een nog groter overgewicht dan tevoren bestond. Slechts een patiëntje, dat bij het begin van het on-

Balint, M. (1957) *The doctor, his patient and the illness.* Pitman, London.
Duijker, H. C. J. (1959) *Ned. T. Psychol.* 14, 176.
Groen, J. (1947) *De psychopathogenese van het ulcus ventriculi et duodeni.* Scheltema en Holkema, Amsterdam.
Hoop, J. H. van der (1942) *Ned. T. Psychol.* 9, 323.
Kretschmer, E. (1922) *Medizinische Psychologie.* Georg Thieme Verlag, Leipzig.
Loo, K. J. M. van de (1953) *Ned. T. Psychol.* 8, 1.
Schilder, P. (1924) *Medizinische Psychologie.* Verlag Julius Springer, Berlijn.
Weijel, J. A. (1961) *Medische psychologie.* Erven J. Bijleveld, Utrecht.

derzoek vier jaar oud was en 98 procent boven het normale gewicht, had het dieet goed volgehouden en was op 12½-jarige leeftijd slechts tien procent te zwaar.

De snelheid waarmee de patiënten tussen de eerste en de tweede controle gedurende de periode van intensieve therapie hun overgewicht kwijtraakten, stond in geen enkele verhouding tot de graad van overgewicht bij de laatste controle. Het gemiddelde overgewicht bij de eindcontrole van die patiënten, die tussen de eerste en de tweede controle na intensieve behandeling tot een normaal of bijna normaal gewicht waren gedaald, scheelde praktisch niets van dat van de kinderen, die niet zo goed op de therapie hadden gereageerd.

De leeftijd bij het eerste onderzoek maakte geen verschil wat betreft de prognose van de obesitas.

Omdat overgewicht op volwassen leeftijd met het oog op de levensduur van de mensen van zoveel belang is, is het goed om te onderzoeken wat de oorzaak van dat te zwaar zijn is. Als men dan merkt, dat vele van die te zware patiënten als kind ook al te zwaar waren is het zaak het te zwaar zijn op de kinderleeftijd niet te verwaarlozen doch grondig aan te pakken.

Uit het bovenstaande blijkt echter, dat men deze therapie het beste onder strenge controle kan toepassen. Men doet het beste het instellen op dieet klinisch te verrichten, waarbij men meestal aanvankelijk succes boekt. Hiermee mag men echter in het geheel niet tevreden zijn en maar verder afwachten. Uit het voorgaande blijkt immers, dat dit eerste succes bij de meeste patiënten weer teloor gaat. Jarenlange strenge poliklinische controle blijft noodzakelijk.

L. J. Bastiaans

62-03. Über Erfahrungen mit Massenimpfungen zur Bekämpfung der Poliomyelitis in der Sowjetunion 1960. *Seiffert, G. (1961) Münch. med. Wschr.* 103, 1632.

De schrijver, hoogleraar te München, is in het bezit gekomen van de verslagen van een massa-ienting in de Sovjet Unie met levend vaccin volgens Sabin, en onder leiding van M. P. Tschumakov.

In 1960 werden in de Sovjet Unie 77½ miljoen mensen met Sabin vaccin ingeënt; hiervan behoorden 72 miljoen tot de leeftijdsklassen van twee maanden tot twintig jaar hetgeen 92 procent van het totaal van deze leeftijdsklassen betekent.

Het is gebleken, dat na deze entcampagne, het voorkomen van poliomyelitis aanzienlijk is gedaald in vergelijking met voorgaande jaren en dat de beruchte top in september-oktober voor het eerst niet is opgetreden. In dezelfde periode zijn ook nog anderhalf miljoen kinderen met Salk-vaccin behandeld. Onder deze groep was procentsgewijs de morbiditeit groter, terwijl er ook een duidelijke najaarstop viel te constateren. Na juni 1961 zou in de Sovjet Unie geen geval van poliomyelitis meer zijn gemeld.

Er werden weinig nadelige gevolgen gezien van deze inen-