

# Naar een integrale geneeskunde

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

Het tweede deel van deze voordracht \* betreft de vermelding van enkele gegevens van recente datum over de frequentie van neurotische, psychosomatische en psychosociale stoornissen in de algemene praktijk.

Deze cijfers zijn slechts bedoeld aan te geven in welke orde van grootte het probleem van de probleempatiënten zich volgens een aantal onderzoekers voordoet. Het zou te ver voeren al deze cijfers afzonderlijk te bespreken. Daarvoor wordt verwezen naar de betreffende literatuuropgaven.

Inmiddels is het reeds bij een eerste kennisneming duidelijk hoezeer de meningen over dit onderwerp nog uiteenlopen en hoezeer er behoefte bestaat aan vergelijkbare cijfers en een meer uniforme classificatie.

Hier volgen enkele cijfers over de frequentie van neurotische, psychosomatische en psychosociale stoornissen in de algemene praktijk:

<i>Amerika</i>			
<i>Cecil en Loeb</i>	1951	„psychoneurotic conditions”	60 %
„Textbook of Medicine”			
8ste druk, blz. 1518.			
<i>Johnson, huisarts/internist</i>		„emotionally engendered disorders”	
over 1 jaar praktijk	1935		17 %
idem	1955		17,8%
New Engl. J. Med.			
1956, 254, 648.			
<i>Lewis,</i>	1953	„organic disease only”	
over 163 patiënten van een univ. polikliniek-interne van Johns Hopkins Hospital pat. met overwegend chron. klachten.		„organic disease only”	24 %
		„mixture of psychic and somatic processes”	27 %
		„entirely psychogenic”	49 %
Am. J. Med. 1953, 14, 586.			
<i>Kaufman, e.a.</i>	1957	„organic illness as the only etiological factor”	16,6%
over 1000 pat. van een algemene diagnostische polikliniek in New York.		„psychological factors as the basis for complaints and illnesses”	81,4%
J. Am. Med. Ass. 1957, 163, 108.			
Zie ook het referaat van Gerbrandy, N.T.v.G., 1957.			
<i>Wittson, e.a.</i>	1958	„psychiatric problems, variërend naar de mening van 128 artsen, tussen en naar de mening van 57 artsen, tussen	17 %
enquête bij 338 huisartsen en enkele specialisten			88 %
J. Am. Med. Ass. 1958, 168, 1747.			
<i>Engeland</i>			
<i>Thomas Sydenham, 1624-89</i>		„hysterics”	70 %
„An Appraisal of Anthropology Today”			
1953, blz. 173.			

\* Tweede deel van een voordracht, gehouden op het N.H.G.-congres 1958, naar aanleiding van een studiereis in 1957 langs enkele universitaire centra in Amerika. Het eerste deel is geplaatst in het voorgaande nummer, juni 1959.

<i>Balint</i>	1957	„psychological problems”	± 50 %
Lancet, 1957, II, 1015.			
<i>Shepherd,</i>	1958	„psychological symptoms”	10 %
Voordracht voor de Royal Society of Medicine, Londen.			
<i>Perth,</i>	1957	„psychosomatic disease”	40 %
J. Coll. Gen. Pract. 1958, 21, 415.			
<i>Hopkins, idem</i>	1958	„stress disorders”	42,8%
<i>Davies, 1 jaar</i>	1958	„psychoneurotic”	6,4%
J. Coll. Gen. Pract. 1958, 21, 315.			
<i>Fry, 5 jaar idem</i>	1954	„psychoneurotic”	8,5%
<i>Pemberton, 5 jaar Brit. Med. J. 1958, 5096, 585.</i>	1949	„psychological illness”	6,5%
<i>Paulett, 5 jaar idem</i>	1956	„psychological illness”	70 %
<i>Logan, 5 praktijken J. Coll. Gen. Pract. 1958, 21, 315.</i>	1953	„psychoneurotic”	8 %
<i>Council of the College of General Practitioners, 1958</i>			
in een rapport aan de Engelse Minister van Volksgezondheid over „Psychological Medicine in General Practice”, Brit. Med. J. 1958, 5096, 585.		„psychological illness”	30 %
<i>Nederland</i>		„symptomatische aandoeningen”	32 %
<i>Buma,</i>	1950	„sociale problematiek”	28 %
huisartsenpraktijk		„kleine psychiatrische problemen”	7,7%
De huisarts en zijn patiënt		„grote psychiatrische syndromen”	0,1%
<i>Buma,</i>	1954		
t.b.c.-patiënten		„psychosociale problematiek”	±100 %
Verslag T.B.C. Studie Commissie 1957, nr. 42			
<i>Jansen-Emmer</i>	1957		
Dissertatie, Amsterdam		„psychosociale problematiek”	50 %
normale gezinnen		„psychosociale problematiek”	90 %
probleem-gezinnen			
<i>Zwolse huisartsen</i>	1957	„nervositas”	7,1%
over avond- en nachtvisites,		„psyche”	2,5%
„huisarts en wetenschap”, 1957, 125			
<i>Weyel</i>	1958	„zuiver somatisch”	58 %
Dissertatie, Amsterdam		„somatisch met psychosociale problemen”	32 %
over 315 opnamen, in acht weken, in het Weesperplein ziekenhuis.		„psychosomatische aandoeningen”	7 %
		„zuiver psychiatrisch”	5 %

*Sociaal Geneeskundige cijfers*

<i>Minister Joekes</i>	1951	ziektemeld uitgekeerd op rekening van het neuroseverschijnsel	30 %
Ziekte-verzuim en Arbeidsproductiviteit (dissertatie, De Groot, 1958, Leiden)			
<i>Drogendijk, Plummer en Hinckle</i>	1958	30% van de werknemers aansprakelijk voor 70% van de verzuimdagen	
(dissertatie Bruyel, 1958)			
<i>Hinckle, Wolff e.a.</i>		bij	
Am. J. Psychiatry, 1957, 114, 212 en Psychosomatic Medicine 1958, 20, 278		25% van deze bevolkingsgroepen werden 60% van de geregistreerde ziekten en 75% van de totale ziektedagen gevonden	
(onderzoek van 3500 volwassenen) (1700 mannen, 1500 vrouwen, 300 Chinezen en Hongaren)			
<i>De Groot,</i>	1958	„Psychoneurosen” i.e.z. Philips (Internat. classificatie)	3,4%
Dissertatie, Leiden. Over Verzuim door Neurosen bij industriearbeiders.		Hoogovens	2,8%
<i>Smit</i>	1952	„neurosen i.e.z.” „sociaal geactiveerde neurosen”	4,7% 26,4%
over 20.000 ziektegevallen. Dissertatie De Groot, en T. Soc. Geneesk. 1952, 371.			

Bovenstaande cijfers zijn dus slechts bedoeld om op enkele onderzoekingen en publikaties van de laatste jaren te wijzen, en om een indruk te geven van de orde van grootte van de problemen op medisch-psychologisch en sociaal-geneeskundig terrein.

Nauwkeurige cijfers zijn om velerlei redenen nog niet beschikbaar. Het is dan ook niet de bedoeling om een discussie over getallen uit te lokken.

Wittson zegt hierover: „It would seem rather improbable that the patients who compose the practice of the respondents would vary to this degree. It seems more likely that there is little accord as to what constitutes psychiatric problems or that the criteria for such a diagnosis vary rather widely.”

Het meest betrouwbare is wellicht de publikatie van de College of General Practitioners. Om een antwoord te kunnen geven op een vraag van de Engelse Minister van Volksgezondheid, omtrent de betekenis van medisch-psychologische problemen in de huisartsenpraktijk, heeft de College een speciale commissie benoemd. Deze commissie heeft zich verstaan onder andere met alle universiteiten in Engeland en enkele overzee, met verschillende psychiatrische, medisch-psychologische en psychosomatische verenigingen. Zij heeft inmiddels een rapport aan de minister voorgelegd waarin „the generally accepted figure . . . in the region of 30%” wordt genoemd. De commissie heeft verder op grond van dit rapport zes „Recommendations” opgesteld die aan het einde van deze voordracht ter sprake komen. Over de verschillende percentages schrijft de commissie: „the percentage . . . in any general practice depends not only on the type of practice but also on the assessor, his diagnostic skill and criteria, and

on his attitude towards his patients . . . The true incidence is probably more uniform from one practice to another than these studies suggest. The more we attempt to elucidate this subject the more impressed we are by its purely quantitative aspects.”

Nog een enkele opmerking over deze cijfers. Veel hangt dus blijkbaar af van de belangstelling van de onderzoeker en van de gebruikte classificering. Dit laatste wordt heel duidelijk weergegeven in de publikaties van De Groot en Smit. Bij gebruik van een scherp omschreven begrip psychoneurose volgens de internationale codering komt De Groot tot een cijfer over arbeidsverzuim door neurosen, dat vergelijkbaar is met dat van Smit. Zodra laatstgenoemde zijn begrip neurose echter een wijdere strekking geeft (sociose, ref.) komt hij tot circa 30%, een getal dat in dit verband vaker genoemd wordt.

Ook het percentage 100, genoemd door Buma — op grond van zijn onderzoek in 1954 bij 884 nieuwe gevallen van tuberculose, aangemeld bij het C.B. in Amsterdam — vraagt misschien om een toelichting. Kort gezegd bleek volgens dit onderzoek geen enkele van deze t.b.c.-patiënten in een gezonde psychosociale aanpassing te leven. Voor verdere gegevens moet naar de betreffende studie verwezen worden.

Hoewel de percentages door de verschillende schrijvers genoemd ver uit elkaar liggen en de getallen onderling nauwelijks te vergelijken zijn, menen wij dat er toch aanleiding is tot de volgende voorlopige conclusies:

1 psychologische problemen, zich al of niet uitend in lichamelijke klachten, spelen een grote rol in de algemene praktijk. Meestal wordt een percentage van 30% der patiënten op het huisartsensprekuur als zodanig geconstateerd. Nog afgezien van die patiënten, die lijden aan psychosomatische ziekten in engere zin, zoals colitis ulcerosa.

Aan de universiteit is ons niet of onvoldoende geleerd hoe wij deze groep mensen moeten behandelen, terwijl ons ook niet de vraag is voorgelegd waarom deze mensen eigenlijk ziek zijn en wat zij van de arts verwachten.

2 ook sociale problemen en milieuverhoudingen spelen een grotere rol dan wij ons tot dusver bewust waren <sup>27</sup>.

Er zijn aanwijzingen, dat zowel de patiënten die op het spreekuur van de huisarts komen, als de patiënten die hun werk verzuimen ingevolge de bepalingen van de ziektewet en de patiënten die opgenomen worden in de ziekenhuizen een bepaalde categorie uit de bevolking vertegenwoordigen <sup>25</sup>.

Het zou mij te ver voeren en het zou ook stellig buiten mijn competentie liggen, hier uit te weiden over wat de sociale wetenschappen als culturele antropologie, sociale psychologie en sociologie, in verschillende landen de geneeskunde hebben geboden <sup>6</sup>. Toch kan ik niet nalaten hier van dit nieuwe interessante perspectief een indruk te geven aan de hand van een overzichtartikel uit 1956 <sup>28</sup>.

Volgens dit overzicht waren er in dat jaar alleen in Noord-Amerika 110 sociologen werkzaam in het nieuwe sub-specialisme „medische sociologie”; 75 van hen waren betrokken bij het onderwijs, 108 namen deel aan medische research-projecten. Van deze projecten hielden 42 zich bezig met een analyse van de algemene reactiepatronen van de mens op ziekte, men trachtte hierbij richtlijnen op te stellen voor de klinische toepassing van sociale gegevens; 42 andere projecten betroffen het gebied van de geestelijke volksgezondheid en de epidemiologie van psychiatrische aandoeningen; 62 andere onderzoeken hadden als doel de bestudering van de functie der verschillende medische beroepen en van de rol die de arts en de verpleegster in een ziekenhuis spelen. Mede in verband met dit soort onderzoeken zijn in de laatste jaren de eerste boeken over medische sociologie verschenen <sup>27</sup>.

Volgens een memorandum over „Sociale geneeskunde en de huisarts” dat onlangs door het bestuur van het N.H.G. is besproken — zie (1958) „huisarts en wetenschap”, 1, 38 — bestaat er grote behoefte aan een wetenschappelijk verantwoorde bestudering van de zieke en gezonde mens als lid van het gezin, in de relatie met zijn arts, zijn medemens en zijn omgeving in het algemeen. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen een micro- en een macrosociologie, dat wil zeggen een sociologie van de geneeskunde en de samenleving in grote verbanden, en een sociologie van het individu in zijn dagelijkse sociale contacten. Het is vooral deze micro-sociologie die voor de huisarts van belang is. Het is in dit verband interessant, dat in de afgelopen jaren in Nederland de eerste publicaties zijn verschenen over de sociologie van het gezin <sup>28</sup>.

- 3 Als derde conclusie, gebaseerd op de beide voorgaande conclusies, zouden wij kunnen stellen: het begrip ziekte moet veel meer worden gezien als een aanpassingsverschijnsel, een aanpassingsstoornis tussen de mens en zijn omgeving, waarbij psychische, sociale (culturele) en somatische factoren om beurten de voornaamste rol spelen, maar steeds alle aanwezig zijn.

Wij kunnen hier niet uitvoerig ingaan op de theoretische fundering van deze zienswijze, maar zullen moeten volstaan met te constateren dat de gebruikelijke opvattingen in de geneeskunde ontoereikend zijn voor deze bredere visie op de mens en zijn ziekte. Stellig bestaat er behoefte — ook voor het medisch onderwijs — aan een „pathology of the whole person” of „een allesomvattende leer in de menselijke persoonlijkheid” (Rümke) <sup>29</sup>. In dit verband kan ook worden gewezen op het begrip homeostasis dat prof. Querido onlangs nader heeft uitgewerkt, in verband met zijn driedimensionale opvatting van een integrale geneeskunde <sup>30</sup>.

Volgens meerdere schrijvers geven de begrippen adaptatie, homeostasis en integrale geneeskunde ons de gelegenheid onze huidige kennis — zowel op fysiologisch-biochemisch als op sociaal en psychologisch gebied — in één beeld samen te vatten 31, 13 en 29. Bovendien is deze zienswijze niet in strijd met de opvatting, dat er tenslotte ook een vierde meta-sociale of religieuze dimensie is die het leven in ziekte en gezondheid Ter afsluiting van dit deel van mijn betoog, en om weer tot de praktijk terug te keren, volgt nu een samenvattend citaat uit het reeds genoemde werk van prof. Querido. Hij schrijft op blz. 239: bij een willekeurige groep patiënten, die in het ziekenhuis waren opgenomen, bleken bijna zonder uitzondering naast de stoornissen in het somatische veld, stoornissen in andere velden te bestaan, die mede dienen te worden betrokken in de diagnostische en therapeutische doelstellingen en dit niet alleen omdat in deze velden problemen aanwezig bleken, die op zichzelf om een oplossing vragen, maar vooral ook omdat bleek dat zonder deze integrale beschouwing de somatische behandeling niet volledig tot zijn recht kan komen. Vooral bij die gevallen, die reeds lang onder medische aandacht waren, kon worden aangetoond, dat een groot deel der bemoeiingen als verspild moet worden beschouwd, hetzij omdat zij het eigenlijke vraagstuk niet raken, hetzij omdat een

deel van het vraagstuk als het gehele vraagstuk werd opgevat.

Wanneer wij deze algemene conclusies aanvaarden, zullen de consequenties voor de huidige werkwijze in de geneeskunde en voor het ziekenfondswezen van verstrekkende gevolgen zijn. In dit verband kunnen nog enkele feiten van recente datum worden medegedeeld, die een duidelijke taal spreken. In september 1958 heeft het Amerikaanse congres 1,3 miljoen dollar beschikbaar gesteld, via het National Institute of Mental Health, voor nascholing van huisartsen in de psychiatrie. Volgens de tot dusver beschikbare gegevens denkt men hierbij speciaal aan huisartsen die vier jaar of langer in de praktijk staan <sup>34</sup>. Als reden voor dit besluit werd opgegeven, dat de regering van mening is, dat minstens dertig procent van de patiënten, die opgenomen zijn in psychiatrische inrichtingen, door de huisartsen zou kunnen worden behandeld. Onafhankelijk hiervan is enkele jaren geleden door het initiatief van een aantal Amerikaanse huisartsen een gezamenlijke commissie gevormd van de American Academy of General Practitioners en de American Psychiatric Association. Dit heeft onder meer geleid tot een nascholingsproject „to develop practical methods... to make psychiatric principles available to the general practitioners”. Over de belangstelling dienaangaande bij de leden van de Academy in het algemeen, kan ik geen oordeel geven, omdat rechtstreeks contact met deze organisatie destijds mislukt is. Wel was er gelegenheid als observerer het begin van een nascholingscursus voor huisartsen over psychosomatiek bij te wonen, maar deze stond onder leiding van English en Weiss, los van de Academy en werd gefinancierd door de industrie.

Over soortgelijke ontwikkelingen in Engeland werden hiervoor reeds enkele mededelingen gedaan. Daaraan kan nu nog worden toegevoegd dat de College of General Practitioners de volgende Recommendations aan de minister van Volksgezondheid heeft voorgelegd <sup>40</sup>:

zowel op de universiteit als bij de nascholing moet in alle delen van het land meer gelegenheid gegeven worden voor training in normale en medische psychologie;

bij de behandeling van psychologische problemen moet de huisarts meer gebruik (kunnen) maken van sociale instanties (social services and ancillary services). De minister wordt verzocht deze hulp en samenwerking te bevorderen;

de minister wordt verzocht de mogelijkheid te onderzoeken „of giving more opportunities, and recognition, to general practitioners with a special interest ... training and experience ... in psychological medicine”.

In de toekomstige ontwikkeling van de National Health Service moet de fundamentele betekenis van de huisarts ten aanzien van de medische psychologie worden erkend, zoals in andere onderdelen van de geneeskunde. Het is tenslotte wellicht bekend, dat er behalve onder huisartsen in Nederland ook in de kringen van het ziekenhuiswezen belangstelling bestaat voor een opleiding van niet-psychiaters in eenvoudige of medische psychotherapie. Prof. Kretschmer uit Tübingen heeft in oktober 1958 op uitnodiging van de Nederlandse Vereniging van het Ziekenhuiswezen over dit onderwerp in Nederland een lezing gehouden.

## Vraagstellingen

Aan de hand van het voorgaande kom ik thans tot bespreking van enkele voor de hand liggende vragen.

1 Daar is allereerst de vraag: **Is dit nu alles wel zo nieuw?** Sommigen zullen wellicht menen, dat wel veel drukte wordt gemaakt over deze zogenaamde eenvoudige psychotherapie. Zij zullen de neiging hebben te zeggen: „Zo heb ik altijd gewerkt; als het nodig was, heb ik steeds met mijn patiënten over hun moeilijkheden gepraat.” Voor hen geldt slechts, dat zij nu de steun krijgen van de wetenschappelijke onderzoeken, over gesprekstechniek, arts-patiënt relatie etc., welke onderzoeken tot voor kort nog ontbraken. Voor hen zal er in wezen misschien niets, in de praktijk echter wel iets te le-

ren zijn. Want het gaat toch wel om meerdere, om een „commensame” psychologie of gewone mensenkennis.

Maar er zijn vele anderen, onder wie ik ook mijzelf reken, die eigenlijk niet goed raad wisten met die persoonlijke, psychologische en sociale kant van het dagelijks werk en die het gevoel hebben vele preventieve mogelijkheden ongebruikt te laten voorbijgaan. Voor hen is er zeer veel te leren, er zijn langzamerhand enkele beproefde nascholingsmethoden en praktische richtlijnen ontstaan<sup>33</sup>, die in de dagelijkse praktijk kunnen worden toegepast.

2 Een tweede vraag betreft **het tijdprobleem**, een onderwerp van grote betekenis onder andere voor research in de huisartsenpraktijk, maar ook in economische zin belangrijk. Het antwoord op deze vraag is vierledig.

Ten eerste kan het de ervaring van iedere arts zijn, dat hij een patiënt met bijvoorbeeld chronische buikklachten, die reeds vele specialisten geconsulteerd heeft, door een of meer gesprekken over zijn werk, zijn gezin of over zijn eigen gevoelens ten opzichte van zijn klachten, daarna lange tijd niet meer op zijn spreekuur terugziet; of wel dat deze patiënt na verloop van tijd terugkomt, niet om een nieuwe verwijskaart, maar om een nieuw gesprek over zijn moeilijkheden. Het extra halfuur of drie kwartier in het begin wordt soms met interest terugbetaald. Dat is het tweede, het preventieve aspect van het tijdprobleem, zowel in economisch opzicht als met het oog op het voorkomen van irreversibele ziektegevoelens.

Een derde antwoord op de tijdvraag is dit, dat de biografische anamnese niet altijd drie kwartier vergt. Het is soms mogelijk in tien tot vijftien minuten een indruk te krijgen over de actuele problematiek die verband houdt met de klachten van de patiënt. Wij behoeven immers ook niet altijd een volledig lichamelijk onderzoek te doen voor het stellen van een somatische diagnose. Een duidelijk voorbeeld hiervan is de waarneming in de Londense studiegroep van dr. Balint, over de moeders „with the child on the presentig symptom”<sup>29</sup>.

Een vierde aspect van het tijdprobleem is, dat wij als huisartsen waarschijnlijk niet verder behoeven te gaan dan vijf à tien gesprekken die in korte tijd op elkaar volgen, temeer omdat bij een meer intensieve gesprekstherapie een overdrachtssituatie kan ontstaan, die wij als niet-psychiaters zonder speciale training of supervisie moeilijk kunnen hanteren.

Intussen, het tijdprobleem is met deze enkele opmerkingen uiteraard niet volledig behandeld. En er zijn ook nog geheel andere redenen waarom de toekomstige praktijken bij intensieve bewerking waarschijnlijk kleiner moeten worden.

3 Een volgende vraag welke zich voordoet, geldt **de gevaren van de psychosomatiek**. a. Allereerst is daar het gevaar van het veronachtzamen van de biologisch-somatische basis van de medische wetenschap, een gevaar dat iedere beoefenaar van de

psychosomatiek duidelijk voor ogen dient te staan. Wie psychosomatiek wil bedrijven, moet de somatiek goed beheersen. b. Aan de andere kant is er het gevaar van de tovenaarsleerling, die met de „eenvoudige” psychotherapie krachten oproept die hij niet weet te beheersen. Er zal daarom in de toekomst bij huisartsen wellicht een toenemende behoefte ontstaan aan supervisie van therapie door psychiaters. c. Als derde punt moet genoemd worden het gevaar dat de biografische anamnese of de psychosociale status beschouwd gaan worden als „weer een nieuwe techniek”. Het gevaar dreigt hier dat wij nodeloos, of zonder dat de patiënt dit wenst, een gedeelte van zijn innerlijke structuur en gevoelens blootleggen. Maar de keerzijde van dit gevaar is mijns inziens juist vanwege dit gevaar dat de psychosomatiek ons artsen de kans geeft de geneeskunde, en onszelf voor zover dat nodig is, steeds opnieuw te humaniseren. Want met een biografische anamnese scheppen wij een heel andere relatie dan met het voorschrijven van een recept.

4 Tenslotte de vraag: **welke resultaten levert dit alles nu op?** Hierover is nog weinig bekend. Dit verwondert ons niet: ook over de resultaten van de zuiver psychoanalytische behandeling zijn de acten nog niet gesloten. Toch kan er wel iets over gezegd worden. Ziskind schrijft in zijn boek over medische psychotherapie voor de huisarts<sup>35</sup>, dat naar zijn ervaring de wachtlijst van een algemeen ziekenhuis in Californië in de loop van ruim een jaar verdween na het inschakelen van huisartsen die poliklinisch werden getraind in gesprekstherapie en integrale geneeskunde. Een integraal onderzoek van patiënten van een interne polikliniek aan een Universiteit in Philadelphia, wier ziektegeschiedenissen meer wogen dan een Engels pond, heeft uitgewezen, dat psychotherapie in deze gevallen tijd en geld bespaard zou hebben<sup>36</sup>. In elk geval wordt ons van verschillende zijden de vraag gesteld of wij met de gangbare werkwijze in de geneeskunde wel bereiken wat wij menen te bereiken. Zie het onderzoek van prof. Querido. Of wij met de hier besproken bredere opzet van de geneeskunde de goede weg inslaan, zal pas over een vijftigtal jaren beoordeeld kunnen worden. Wij kunnen op dit ogenblik slechts deze nieuwe mogelijkheden in de praktijk gaan toetsen en tot verdere ontwikkeling helpen brengen.

Enkele praktische mogelijkheden voor de huisarts zou ik tenslotte — korthedshalve puntsgewijze — ter discussie willen stellen.

- Het vormen van kleine studiegroepen van 6-10 artsen onder leiding van een psychiater;
- Het vormen van integrale studiegroepen waarin behalve een psychiater ook een internist en wellicht andere specialisten plaats nemen, eventueel aangevuld met een sociaal werkster, socioloog en psycholoog;

Wij moeten ons realiseren dat het hier om meer gaat dan alleen een integratie met de psychiatrie. En wanneer wij

werkelijk in staat willen zijn het hele veld van een integrale geneeskunde te exploreren zullen ook andere specialisten ingeschakeld moeten worden.

- Het deelnemen aan de stafbesprekingen over eigen patiënten op een Medisch Opvoedkundig Bureau;
- Het voeren van geregelde besprekingen met sociaal werkster en wijkverpleegster;
- Het bestuderen van recente literatuur;
- Het volgen van nascholingscursussen (waarbij gebruik zou kunnen worden gemaakt van het one-way-vision screen);
- Het organiseren van researchprogramma's in de eigen praktijk;
- Het vormen van een integraal team van drie of meer specialisten, die als „Reizende Academie” in verschillende delen van het land lokale studiegroepen bijstaan;
- Het organiseren van klinisch-psychosociale conferenties, analoog aan de gebruikelijke klinisch-pathologische conferenties en het helpen oprichten van integrale diagnostische en therapeutische centra.

Maar uiteindelijk zullen wij ons, evenals in de somatische geneeskunde, steeds verder kunnen bekwaamen door het dagelijks contact met patiënten en collegae. Integrale geneeskunde behoeft niet altijd afhankelijk te zijn van een zwaar georganiseerd team. Wij leven in een fascinerende tijd, een tijd

## Nieuwe Leden N.H.G.

### AANVULLENDE LIJST NR. 18

J. C. Hesp, Heidebloomstraat 22, Nijmegen  
 P. J. Blaauw, Het Voorburg 10, Culemborg  
 W. A. Roessingh, Leeuweriklaan 12, Eindhoven  
 Meij. G. A. van Deen, Emmakade N.Z. 19, Leeuwarden  
 J. Riemer, Apeldoornseweg 33, Arnhem  
 Merv. W. J. Riemer-Bertram, Apeldoornseweg 33, Arnhem  
 J. H. Binnerts, P. Krugerstraat 28, Arnhem  
 J. Koene, Steynstraat 17, Arnhem  
 E. v. Ruller, Laan van Presikhaaf 601, Arnhem  
 H. C. Jasperse, Witte Singel 72, Leiden  
 H. W. Stuit, Nic. Maesstraat 132, Amsterdam  
 A. W. C. v. Brekel, Akerstraat 145, Brunssum  
 F. N. M. Bierens, Keppelseweg A 13411, Wehl

#### Buitengewone leden:

I. Ekker, Vrouwenkliniek, Wilhelmina Gasthuis, Amsterdam  
 Mevr. M. van Limburg Stirum-Kampman, Postbus 1047, Amsterdam (voorl.)  
 F. E. van Dam, Traay 287, Driebergen (afd. Utrecht)  
 Prof. Dr. K. J. van Deen te Kollum

### MUTATIES

C. Maschhaupt, De Rijp, naar: Rechtstraat 67, De Rijp; M. van Wenum, Rotterdam, naar: Lepelaarsingel 50, Rotterdam;  
 J. N. Oldenboom, Amsterdam, naar: Leidsegracht 46 b, Amsterdam;  
 D. C. H. Nootboom, Rijswijk, naar: Enschedelaan 22, Den Haag;  
 H. v. d. Made, Hees, naar: Schependomlaan 75, Nijmegen;  
 N. A. J. Voorhoeve, Amsterdam, adres moet luiden: Korte Prinsengracht 101, Amsterdam;  
 G. G. F. Pareau Dumont, Hekelingen, naar: Toer Malijnlaan 77, Utrecht;  
 N. P. Tromp, Ede, naar: Doornlaan 27, Ede;  
 M. C. J. Anderregg, Nuenen, adres moet luiden: Weverstraat 13, Nuenen;  
 P. H. M. v. Gasselt, Boxmeer, naar: Bakelgeerstraat 26, Boxmeer;  
 J. H. Pleiter, Leiden, naar: Fruinlaan 11, Leiden;  
 L. Kole, Harderwijk, adres moet luiden: Beukenlaan 5, Harderwijk;  
 S. Wartena, naar: „Groot Graffel”, Warnsveld;  
 H. Terwey, Emmeloord, naar: Fernhoutstraat 17, Kampen.

waarin gehele nieuwe velden van onderzoek worden opengelegd, zowel op somatisch-klinisch als op psychisch en sociaal terrein. Het is duidelijk, dat bij de ontwikkeling die zich thans voltrekt, op de huisarts, als onmisbare, zo niet centrale figuur een beroep zal worden gedaan.

### Literatuur

- 1 Gundersen, G., (1958) J. Amer. med. Ass. 167, 1318.
- 2 Buma, J. T., Voordracht te Leiden, 4 juli 1958.
- 3 van den Blink-Rolder, J. W., (1958) Medisch Contact 13, 619.
- 4 Jacobsen, Ch. (1958) Brit. med. J. supplement, 133.
- 5 Krul, W. F. J. M., Nieuwe Rotterdamse Courant, 25 november 1958.
- 6 Williams, C. (1958) Lancet, I, 919.
- 7 Kroeber, A. L., „Anthropology Today”, 1953, blz. 779.
- 8 Sprague, H. B. (1958) Circulation 17, 1.
- 9 Friedman, M. c.s. (1957) Circulation, 16, 339, (1958). Idem 17, 852.
- 10 Querido, A., „Inleiding tot een Integrale Geneeskunde” (1953).
- 11 Buma, J. T., „De huisarts en zijn patiënt” (1950).
- 12 Scott, R., (1958), Brit. med. J. 5096, 577.
- 13 Poslavsky, A. (1952) Geneesk. Bl. 45, 7.
- 14 Symposium on Extramural Facilities (1953), J. Med. Educ. 28, 7.
- 15 Symposium on Graduate Education for General Practice, (1957), J. Am. med. Ass. 163, 1600.
- 16 Doeleman, F., (1957), T. Soc. Geneesk. 35, 303.
- 17 „Psychiatry and Medical Education”, 1952, Am. Psychiatric Ass. „Teaching Psychotherapeutic Medicine”, 1947, Commonwealth Fund.
- 18 Wolf, S. (1957), Annual Review of Medicine, 8, 289.
- 19 Kaufman, M. R., (1957), J. Amer. med. Ass. 163, 1600.
- 20 Engel, G. L. c.s., (1957) J. med. Educ., 32, 859.
- 21 Wilson, K. M. c.s., (1953), J. Obstet Gyn., 66, 654.
- 22 Wolf, S., Bird, R. M., Colmore, J. P., (1954), J. Am. med. Ass. 156, 830 en 154, 408.
- 23 Huygen, F. J. A., (1958), „huisarts en wetenschap”, 1, 214.
- 24 O'Neill, D. c.s., (1958), Lancet, II, 34.
- 25 Ross, W. D., (1951), Vancouver med. Bull, augustus.
- 26 Querido, A., (1958), Psychiatr. Neurol. Bl. 2.
- 27 Reader, G. G., (1953), J. med. Educ. 28, 34.
- 28 Weijel, J. A., „Psychiatry in General Practice” (1958).
- 29 Groen, J., (1957) J. Psychosomatic Research, 2, 85.
- 30 Hinckle, E. H. c.s., (1957), Amer. J. Psychiatry, 114, 212.
- 31 Hinckle, E. H. en H. G. Wolff (1958) Psychosomatic Medicine, 20, 278.
- 32 Strauss, R., (1957), Amer. Sociological Review, 22, 200.
- 33 Simmonds, L. W. en Wolff, H. G., „Social Science in Medicine” (1954).
- 34 Hawkins, N. G., „Medical Sociology” (1958).
- 35 Eysenk, „Gezinsociologie” (1957).
- 36 Ponsioen, „Changing Family life in the Netherlands” (1957).
- 37 Kooy, „Het veranderend gezin in Nederland” (1957).
- 38 Balint, M., (1957), Lancet, II, 1015.
- 39 Rümke, H. C., „Psychiatry”, Deel I (1954).
- 40 Querido, A., (1957), Mndbl. Geest. Volksgez., juni.
- 41 Romano, J. c.s. (1947), Amer. J. Orthopsychiatry, 17, 602.
- 42 Gunker, R., „Midcentury Psychiatry” (1953). bladz. 33.
- 43 Menninger, W. C., (1953), Bull. Menninger Clinic, 170.
- 44 Jores, A., (1951), Mediz. Welt, 1, 1.
- 45 Stokvis, B. en A. J. Welman, (1955), Ned. T. Psychologie, 10, 246.
- 46 Rosenbaum, M. c.s. (1958), Med. Clinics of N. Amer.
- 47 New York Times, 1958, 10 oktober.
- 48 Goshen, Ch. E., Med. District of Columbia (1957). 24, 367.
- 49 Ziskind, E., „Psychophysiological Medicine” (1954).
- 50 Steiger, W. c.s., (1957) J. med. Educ. 32, 8.
- 51 Schulz, J. H., (1957), Psychotherapie, II, Hfd. 4, 195.
- 52 Watts, C. A. H., (1958) Brit. Med. J., 5096, 585.