

tellen over de mens: wat hij is, hoe hij leeft in zijn situatie, wat hij wil en verwacht, hoe hij in de wereld leeft met zichzelf, de ander en de maatschappij en wat ziek-zijn en gezond-zijn voor hem betekent. Het ware te wensen dat de universiteit of T.N.O. de mogelijkheden zou scheppen de basisprincipes, waarop dit alles moet berusten, te mogen onderzoeken. Het is onze overtuiging, dat dit de enige weg is om de reactieve depressie, waaraan wij allen

onderhevig zijn, te overwinnen en ons geloof in de realiteit van de arts en zijn taak te behouden. Niet als een soort vermoderniseerde magiër, maar als een arts, die door opleiding en persoonlijke vorming in staat is de verantwoordelijkheid te aanvaarden en te dragen voor diegene, die tot hem komt om hulp en zo mogelijk genezing.

Oktober 1960

*Mogelijkheden en grenzen van de toepassing van psychotherapie bij psychosomatische patiënten door de huisarts**

DOOR BERTHOLD STOKVIS, LEIDEN

Wie als internist of psychotherapeut met psychosomatische patiënten in aanraking komt, zal zich meer dan eens hebben afgevraagd, of door tijdig psychotherapeutisch ingrijpen niet te voorkomen ware geweest, dat de stoornis in de lichamelijke zo ver voortgang vond. Hier raken wij onmiddellijk ons onderwerp: kan de huisarts, wiens optreden medisch-hygiënisch en psycho-hygiënisch van het grootste belang is, hier nuttige preventieve arbeid verrichten?

Laat ons, om misverstanden te voorkomen, met enige begripskritische opmerkingen beginnen. In feite is elke ziekte psychosomatisch; maar met deze constatering zou het begrip „psychosomatische ziekte” een inflatie ondergaan. Onder psychosomatische aandoeningen zullen wij hier verstaan meer bepaald die ziekten, die zich in de lichamelijke uiten en bij het optreden waarvan emotionele invloeden uit het heden of uit het verleden voorname determinanten zijn. Dit betekent, dat wij niet alleen de algemeen bekende psychosomatische ziekten in engere zin, de „psychosocial diseases” in de zin van Halliday, hieronder rekenen, maar ook de zogenaamde orgaanneurosen en de conversiehysterische verschijnselen. Een differentiële diagnose is mogelijk. Bij elke psychosomatische aandoening zijn conflict-situaties werkzaam. Het begrip „conflict” zouden wij in analytische zin willen reserveren voor botsingen tussen of met onbewuste infantiele tendenties, die met het volwassen Ik onverenigbaar zijn; bij een conflict is op zijn minst één van de strevingen onbewust. Bij psychosomatische patiënten zijn de kernconflicten uit de prille jeugd als determinant de voornaamsten; het lopende conflict kan men beter levensmoeilijkheid noemen. Dikwijls wordt het kernconflict door de moeilijke levenssituatie gereactiveerd. Het gevolg is, dat de schadelijke werking van het affect zich tweeledig en gelijktijdig uit: als beleving en als uiting in de lichamelijke. De be-

leving, bijvoorbeeld angst, wordt dikwijls verdrongen en dan blijft het lichamelijke verschijnsel: de psychosomatische ziekte.

Wanneer het kernconflict tijdig tot oplossing zou zijn gebracht, of wel wanneer de levensmoeilijkheden bijtijds zouden zijn geëlimineerd, zou het affect-gebeuren zijn schadelijke werking niet hebben kunnen uitoefenen. Het zou dan niet tot astma of tot een ulcus zijn gekomen.

Voor goed begrip zij opgemerkt, dat wij ons niet tot die psychosomatisch georiënteerde onderzoekers rekenen, die van mening zijn, dat elk geval van astma bronchiale of ulcus pepticum psychisch gedetermineerd behoeft te zijn. Wel zijn wij er diep van overtuigd, dat het op de weg van de huisarts ligt, schadelijk inwerkende psychische determinanten in de belevingsgeschiedenis van de patiënt niet alleen tijdig te herkennen, maar ook te behandelen. En hier bevinden wij ons midden in ons onderwerp.

Moet de huisarts dus psychotherapie toepassen? Deze vraag willen wij met een volmondig „ja” beantwoorden. Laat ons eerst omschrijven, wat wij hieronder willen verstaan. Psychotherapie noemen wij de methodische toepassing van psychische maatregelen, met het doel de mens als psychosomatische totaliteit therapeutisch te beïnvloeden. Ik zou hierbij de nadruk op het methodische willen leggen: men kent in de psychotherapie bepaalde technieken, die men lege artis moet toepassen; wie dit laatste niet doet, heeft geen recht te oordelen over de resultaten van de psychotherapie. Zo kan het gebeuren, dat een arts zijn gefrustreerde patiënt bemoedigend op de schouder klopt, als ware deze een mismoedig paard, en nu langs autosuggestieve weg in de veronderstelling verkeert, bij deze ziekte een psychagogische behandeling met individueelpsychologische gezichtspunten volgens Adler te hebben toegepast.

Wij zijn het er dus over eens, dat de huisarts in zijn praktijk psychotherapie moet toepassen. Hiervoor heb ik al decennia geijverd. Met name geldt dit voor de behandeling van psychosomatische patiënten.

* Voordracht voor de Boerhaave-cursus te Leiden voor huisartsen over medische psychologie, 7-9 april 1960.

Maar het zou onjuist zijn, indien de huisarts niet de mogelijkheden en de grenzen van zijn psychotherapeutische bemoeienissen in het oog zou houden. In dit verband moet er rekening mee worden gehouden, dat de huisarts over betrekkelijk weinig tijd beschikt voor zijn behandelingen. Voorts heeft hij geen opleiding als psychotherapeut gekregen en geen leeranalyse ondergaan. Een dergelijke eigen analyse achten wij voor een inzicht in en de hantering van de overdrachts- en tegenoverdrachtsverhoudingen in feite onontbeerlijk. In de laatste tijd tracht men ook in ons land een doelmatige toepassing van psychotherapie door de huisarts mogelijk te maken door training onder leiding van een specialist. Ook in Leiden zijn wij thans hiermede doende.

Wij staan op het standpunt, dat training van de huisarts onder leiding van een psychotherapeut alleen effectief is, wanneer:

- a de huisarts enige kennis bezit van de techniek van de methode;
- b de huisarts enig inzicht heeft in de psychodynamische verhoudingen van het onderhavige geval.

Inzicht in de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt en in de psychologische reconstructie van de psychodynamiek achten wij voor de huisarts onontbeerlijk. Wij zijn geen voorstanders van toepassing van psychotherapie op min of meer intuïtieve en primitieve wijze. Hoe groot ook onze waardering is voor het baanbrekende werk van M. Balint bij het trainen van de huisarts, wij zijn ervan overtuigd, dat propageren van psychotherapie door de huisartsen onherroepelijk gepaard zal moeten gaan met voorlichting in de beginselen van de medische psychologie en in de psychotherapeutische methodes. Met andere woorden, wijziging van het medische curriculum aan de universiteiten. En ter overbrugging: colloquia voor de huisartsen in groepsverband over de beginselen, naast seminaria, waar gevallen in alle openhartigheid met open oog voor overdrachts- en tegenoverdrachtssituaties worden besproken. Theoretische kennis achten wij dus onmisbaar. Een psychodynamische reconstructie van het onderhavige geval is onontbeerlijk om tot een verantwoorde psychotherapie te geraken.

Vooropgesteld zij, dat ik de grenzen van de toepassing van psychotherapie door de huisarts ruim stel. Hij moet alle facetten van de psychotherapie enigszins kennen, zonder deze zelf te behoeven bespelen. Op mijn college „Psychotherapie” voor de studenten van het vijfde studiejaar behandel ik sinds jaren de algemene grondbeginselen en methoden van de psychotherapie. Ik wijs de studenten er onder meer op, dat zij als huisarts veel met overdrachts- en tegenoverdrachtsverhoudingen te maken hebben en voorts, dat het „counselen” tot de dagelijkse taak van de huisarts behoort. Daarnaast moet hij nog andere psychotherapeutische methoden kunnen toepassen.

De grenzen van het methodisch psychotherapeutisch handelen van de huisarts bij psychosomatische

patiënten vallen hoofdzakelijk binnen het brede gebied van de zogenaamde bedekkende psychotherapie en de oefenmethoden. Deze toch vergen minder voorkennis en zijn minder tijdrovend. De ontdekkende methoden lenen zich onzes inziens slechts voor een deel hiertoe.

Een individueelpsychologische behandeling volgens Adler of een psychagogische therapie kunnen door de huisarts zonder bezwaar worden toegepast. Het betreft bij de methode volgens Adler een therapie, waarbij de patiënt inzicht moet krijgen in het wezen van zijn gevoelens van minderwaardigheid, in zijn eierzucht, in zijn machtsstreven. De patiënt moet begripen, dat zijn relatie ten opzichte van de gemeenschap is gestoord, dat hij een nieuwe levensstijl moet zoeken en tot een gemeenschapsmens moet worden. Bij de psychagogische behandeling gaat het er om, de mens tot zelf-educatie te brengen. Soms kan de reëducatie alleen via suggestieve beïnvloeding door het aanbieden van richtlijnen plaatsvinden. Dit is het geval bij mensen, van wie de intelligentie te kort schiet of die in de gedragspatronen van hun leven te zeer zijn verward.

Ook in de kathartische therapieën liggen goede mogelijkheden voor de huisarts. Wij hebben hier in het bijzonder de psychokatharsis op het oog: Katharsis = reiniging; alleen al in het uitspreken jegens een vertrouwenspersoon, die de tegenwoordige huisarts gelukkig weer hoe langer hoe meer wordt, schuilt een bevrijdende werking.

Ofschoon wij psychoanalyse als de methode bij uitnemendheid beschouwen om psychosomatische patiënten te behandelen, valt deze als zodanig buiten de grenzen van psychotherapeutische mogelijkheden van de huisarts. Hiertoe ontbreken hem in de regel de theoretische voorstudie, de zojuist genoemde onontbeerlijke leeranalyse en de nodige controleanalyses. Ook psycho-analytische gezichtspunten moeten door de huisarts bijzonder voorzichtig worden gehanteerd; wanneer men in het kader van een „wilde analyse” een patiënt duidingen geeft, kunnen de ziekteverschijnselen verergeren.

Zo was er een patiënt, een jongen van 19 jaar, met een hysterische verlamming van zijn rechter been. Hij was erg op zijn moeder gesteld en haatte zijn vader, die hem altijd dwars zat. De jongen wilde naar zee; vader verbood hem dit. De arts legde de patiënt in één zitting uit, dat hij in een oedipusconflictsituatie verstrikt was geraakt, dat de zee een moedersymbool is, dat hij dus naar moeder wilde en vader hem dit verbood. Als protest ander werk te verrichten (lopen met een wagen met borstels) had de patiënt een verlamming geproduceerd. Resultaat van deze duiding: de volgende dag waren de beide benen verlamd!

Dat de huisarts soms echter met succes duidingen bij psychosomatische patiënten kan geven, illustreert het volgende geval:

Het betreft hier een vuilnisman met braken op grond van cardiospasmie. Hij voelde zich zijn leven lang in zijn werk gefrustreerd. Hij was „the third man” op een baggerschuit en kon het niet hoger schoppen. Hij stuitte overal op tegenwerking. Op een gegeven moment zei hij: „Ik kan van de hele boel wel kotsen.” De arts maakte hem op de orgaantaal attent. De man was van deze duiding zeer onder de indruk.

Het symptoom verdween op slag. Na controle bleek helaas niet mogelijk: de man werd overgeplaatst. Bij hem was het tot een bevrijdend inzicht gekomen of..... er is sprake geweest van een suggestieve werking.

In bepaalde gevallen kan de huisarts een dergelijke „short term psychotherapy” met goed gevolg toepassen. Maar er is training en behoedzaamheid voor nodig.

Meestal echter zal de huisarts zich tot de toepassing van niet-ontdekkende psychotherapieën beperken. Hier liggen zijn voornaamste grenzen, maar ook zijn grote mogelijkheden. Dit neemt niet weg, dat de huisarts op de hoogte moet zijn van alle vormen van psychotherapie; hij toch is het, die primair de indicatie tot toepassing van psychotherapie bij de patiënt met somatische verschijnselen zal moeten stellen; hij immers is het, die moet beslissen of hij zelf de psychotherapie op zich kan nemen, dan wel of hij de psychosomatische patiënt naar een psychotherapeut zal verwijzen.

Bij psychosomatische patiënten verloopt de behandeling anders dan bij lijdens aan somatische aandoeningen. Bij deze laatste immers ligt in de diagnose tevens de indicatie voor de soort van therapie besloten, terwijl bij psychosomatisch zieken de verhoudingen gecompliceerder zijn. Daar worden de grenzen van het psychotherapeutisch handelen bepaald door een conglomeraat van factoren: de verhouding van de mens-in-nood tot zijn helper; de capaciteiten en de persoonlijke eigenschappen van de arts; de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt: zijn relatie ten opzichte van zijn omgeving, anders gezegd de wijze waarop de patiënt in zijn sociale omstandigheden ligt ingebed, een zéér belangrijke determinant; en verder de aard van de ziekte, die hier betrekkelijk achteraan komt en tenslotte de eigen aard van de methode.

Uit het feit, dat wij de aard van de psychosomatische aandoening niet een eerste plaats inruimen in de bepaling van de indicatie blijkt, dat wij niet op het standpunt staan, dat de soort psychosomatische ziekte de voornaamste determinant is bij de keuze van psychotherapie. In zekere zin is dit echter wel zo; ruwweg ligt bij lijdens aan psychosomatische aandoeningen van de tractus digestivus en van tractus respiratorius de conflictsituatie in het liefdesleven, terwijl bij lijdens aan psychosomatische aandoeningen van de tractus circulatorius het conflict dikwijls ligt in onopgeloste autoriteitsverhoudingen. Wanneer nu het kernconflict duidelijk blijkt te bestaan in een frustratie van de behoefte tot liefde, hartelijkheid, verzorging, en de latere levensmogelijkheden eveneens in het liefdesleven, bijvoorbeeld in het seksuele vlak, blijken te liggen, zal men bij de indicatie de mogelijkheden van een analytische behandeling overwegen. Men zal zich dan afvragen: is de intelligentie en zijn daarmee de introspectieve mogelijkheden van de patiënt toereikend? Hoe staat het met zijn mogelijkheden tot integratie? Heeft hij een stenisch temperament, zal hij de lange duur van de analyse kunnen uithouden? Is hij niet ouder

dan 40-45 jaar en is hij niet verward in zijn gedragspatronen? Met deze overwegingen kan een huisarts reeds de eerste indicatie tot een psychoanalyse stellen. Hier liggen dan voor dit geval zijn grenzen. Wanneer de sociale omstandigheden, of wel zijn werk de patiënt niet toelaten een dagelijkse behandeling te ondergaan, zal de getrainde huisarts een „short term psychotherapy” met analytische gezichtspunten overwegen.

Wanneer het conflict van de patiënt echter in gestoorde autoriteitsverhoudingen ligt, wanneer hij een te hoog aspiratieniveau heeft, wanneer hij zich in verband met een bepaalde plaats in de kinderrij ten achter gesteld voelt ten opzichte van zijn broers of zusters en wanneer hij in zijn latere leven gebukt gaat onder gevoelens van insufficiëntie en frustraties in zijn behoefte naar macht, zal de huisarts moeten overwegen, of de patiënt voor een psychotherapie volgens Adler in aanmerking komt. Hier ligt de indicatiebreedte ruimer; de getrainde huisarts, die hiertoe tijd ter beschikking heeft, zou een dergelijke behandeling zonder al te veel risico's voor de patiënt op zich kunnen nemen. Al behoort deze therapie, tot de dieptepsychologische werkwijzen, zij is minder ingrijpend.

Zoals wij al opmerkten, ligt het psychotherapeutische werkterrein van de huisarts bij zijn psychosomatische patiënten in hoofdzaak op het gebied van de niet-ontdekkende therapieën. Hier liggen dus zijn mogelijkheden en tevens zijn grenzen. Een veilige richtlijn bij de vaststelling hiervan biedt de systematische afwerking van de zes punten, die wij zojuist noemden. Wij zullen deze nu nader bezien.

De wederzijdse gevoelsverhouding arts-patiënt, ons eerste punt, is bijzonder belangrijk. Het gaat hier om de overdrachts- en tegenoverdrachtsverhoudingen. Deze behoeven bij de toepassing van een bedekkende, dus suggestieve of autosuggestieve therapie niet per se positief te zijn; soms geeft de patiënt uit weerstand zijn symptoom op. Dikwijls hebben wij bij onze patiënten gezien, dat zij pas na het ophouden van hypnotherapie symptoomvrij werden; analytisch bezien betekent dit, dat de patiënt de dokter wil laten zien, dat hij het best zonder hem kan stellen. Van belang is de vertrouwensfeer, die wij al noemden. Deze wordt ook door de tegenoverdracht bepaald. De juiste uitvoering van zulk een therapie vereist ervaring en zelfinzicht van de zijde van de arts, om niet in het spel van de overdrachts-tegenoverdrachtsverhoudingen verstrikt te geraken.

Met de persoonlijke eigenschappen van de arts staat of valt eigenlijk, of de huisarts bij zijn psychosomatische patiënten psychotherapie zal gaan toepassen of niet. Hiervan hangt het af, of de arts op grond van causaal-natuurwetenschappelijk denken naar een ontdekkende therapie zal grijpen, dan wel naar een bedekkende methode. Misschien zal hij door een autoritaire houding in een hypnotherapie een zelfverzekerdheid aan de dag willen leggen, die in feite een dementi is voor gevoelens van insufficiëntie en innerlijke onzekerheid; misschien zullen

dwangmatige karaktertrekken hem naar een rigoureuze, methodische toepassing van een oefenmethode brengen. Zelfkennis van de huisarts is dus nodig om hem zijn mogelijkheden en grenzen te dien opzichte juist te doen zien.

Natuurlijk is de persoonlijkheidsstructuur van de psychosomatische patiënt zelf van overwegend belang. Bij patiënten met anaal-erotische karaktertrekken, die neigen tot een magische instelling en itereren, is een autosuggestieve behandeling of een oefentherapie bijzonder geïndiceerd; mensen met een zwakke persoonlijkheid (met een zwak ontwikkeld individualiteitsbesef en een verhoogde neiging tot identificatie) en zij die neigen tot een masochistische houding, zijn voor een hypnotherapie geschikt. Daarentegen zal de huisarts bij mensen, die aanleg hebben tot analytisch denken en introspectie, een ontdekkende therapie overwegen.

Van veel belang voor de keuze van de therapie zijn de psychosociale verhoudingen van de psychosomatische patiënt; de mogelijkheden en grenzen van de psychotherapie worden in sterke mate door de relatie van de patiënt met zijn gezin, zijn omgeving, zijn werk, de maatschappij bepaald.

Uit het voorafgaande, samengevat, blijkt dat de huisarts de grenzen van zijn psychotherapeutisch handelen bij psychosomatische patiënten goed in het oog moet houden. Van de toepassing van ingrijpende dieptepsychologische methoden moet hij zich verre houden, maar systematisch gebruik van suggestieve en autosuggestieve methoden, van hypnose als bedekkende therapie, door de huisarts, achten wij niet alleen verantwoord, maar zelfs ten zeerste gewenst. Moeten ook hier grenzen in het oog worden gehouden? Er zijn bijvoorbeeld gevallen, waarbij men ogenschijnlijk zonder bezwaar tot een hypnotherapie kan overgaan, maar waarbij de behandeling tot een verergering van de symptomen leidt.

Een huisarts behandelde onlangs een patiënte met hartklachten van psychosomatische aard met een lege artis toegepaste hypnotherapie. Zij wilde aanvankelijk geen psychotherapie van deze arts. Hij zette door. De klachten namen toe en de patiënte kreeg zware angsten. Verdieping van de biografische anamnese en een later verricht psychologisch onderzoek leerden, dat de patiënte de arts vereenzelvigde met een huisvriend van haar ouders, die haar moeder sexueel trachtte te benaderen: zij was hiervan als kind getuige geweest. In een dergelijk geval kan de huisarts de patiënt in dit stadium beter naar een psychotherapeut verwijzen. De hypnose is bij reactivering van een verkrachtingsituatie immers niet geïndiceerd.

Men moet een patiënt in elk geval nooit een psychotherapie opdringen. In dubiis abstinere. Als een huisarts een patiënt persoonlijk kent, is psychotherapie niet aangewezen. Dit geldt in het bijzonder, als de patiënt de arts tutoyeert. Ook is toepassing van psychotherapie bij de patiënt thuis niet aan te raden. De grenzen van de psychotherapeutische mogelijkheden liggen binnen de spreekkamer van de arts.

* * *

Tot slot de vraag: welke zijn de mogelijkheden, dat

wil zeggen de resultaten van de toepassing van psychotherapie bij psychosomatische patiënten door de huisarts?

Hier moet een scherp verschil worden gemaakt tussen de theorie en de praktijk. Theoretisch immers zijn de mogelijkheden van psychotherapeutische beïnvloeding nauwelijks te overzien. In elke vorm van psychotherapie schuilt tot op zekere hoogte een factor van suggestieve beïnvloeding. Suggestie zien wij als een vorm van affectieve resonantie; suggestieve beïnvloeding omvat dus affectieve resonantie van de psychosomatische totaliteit en in wezen is de werking van affecten, potentieel gezien, niet aan een beperking onderhevig. Alle orgaanfuncties zijn innig aan deze werking van de affecten gekoppeld en de invloed van deze affecten op de werkzaamheid van alle organen is, zoals gezegd, niet aan beperking onderhevig.

In de praktijk echter is het geheel anders. Er zijn altijd remmende affectieve invloeden in het spel, die ten dele zeer diep kunnen zijn verdrongen. De praktische werkzaamheid van de psychotherapie wordt daardoor aanzienlijk beperkt. Er bestaan immers velerlei invloeden die tegenwerken. Voorbeelden zijn factoren, die van het Ik of van het Super-Ego uitgaan; onbewuste remmende tegenstromingen (angst, twijfel, wantrouwen, negatieve overdrachtsverhoudingen), tegenstromingen, waardoor de werking van de psychotherapie belangrijk wordt beknod.

Welke zijn nu in de praktijk de mogelijkheden en de resultaten van de toepassing van psychotherapie bij psychosomatische patiënten door de huisarts? Wij moeten er dan uiteraard van uitgaan, dat de psychotherapie lege artis is toegepast.

Ik heb in de literatuur geen statistiek kunnen vinden omtrent resultaten van psychotherapie bij psychosomatische patiënten, door de huisarts uitgevoerd. Daarom moet ik hier volstaan met de vermelding van een onderzoek bij psychosomatische patiënten, die in ons Leidse Psychosomatische Centrum psychotherapeutisch zijn behandeld. Ik vermeld hier de resultaten, die ik, in samenwerking met A. J. Welman, bij 113 psychosomatische patiënten vond en waarbij de huisartsen bij 57 hun medewerking verleenden. Dit onderzoek leerde, dat patiënten met asthma bronchiale en ulcus ventriculi het beste reageerden; onze resultaten bij meisjes met anorexia nervosa en bij lijders aan colitis ulcerosa bleken minder gunstig. Verder kwam naar voren, dat de resultaten van ontdekkende en bedekkende vormen van psychotherapie niet essentieel verschilden. Deze bevinding lijkt verrassend. Maar bij een psychosomatische patiënt gaat het er in de praktijk om, het lichamelijke symptoom tot verdwijning te brengen; de mogelijke verbetering of verandering van de neurotische levenshouding qua talis van de lijder aan een somato-neurose onttrekt zich aan de beoordeling via het verrichte katamnestiche controleonderzoek. Men mag dus niet uit de resultaten de conclusie trekken, dat een tijdrovende in-

zichtgevende behandeling door een kortdurende bedekkende zou kunnen worden vervangen.

Bij de uitvoering van onze statistische onderzoeken heeft de heer Ch. A. G. Nass zijn gewaardeerde medewerking willen verlenen. Deze onderzoeken leerden, dat psychotherapie bij de door ons onderzochte psychosomatische patiënten, die aanvankelijk lichamelijk waren behandeld, in 60 procent van de gevallen sociaal bruikbaar waren verbeterd. Deze uitkomsten liggen gunstiger dan onze resultaten van psychotherapie bij psychoneurotische patiënten. Deze waren als volgt: in 5 à 10 procent goede resultaten, 40 procent matige resultaten, 25 procent geen resultaat of verergerd en 25 procent twijfelachtig. De verklaring van deze verschillen is gelegen in de uiteenlopende criteria van beoordeling (veranderde levenshouding of symptoomgenezing). De eerlijkheid gebied dus te bekenen, dat men over de resul-

taten van psychotherapie in het algemeen nog niet te zeer kan juichen.

Uit het voorgaande moge zijn gebleken, dat ik een warm voorstander ben van toepassing van methodische psychotherapie bij psychosomatische patiënten door de huisarts. De grenzen stel ik ruim. En toch geldt hier: *nimum nocet!* De huisarts dient ook op dit gebied de grenzen van zijn kennen en kunnen in het oog te houden, zoals hij dat pleegt te doen bij zijn somatotherapie. De huisarts, die methodisch te werk gaat, zal zijn moeite dikwijls beloond zien, maar hij moet weten, dat ook de vak-psychotherapeuten bescheidenheid past bij de vermelding van hun psychotherapeutische resultaten. Maar juist door dit inzicht zal de huisarts zich in het belang van zijn patiënten bijzondere moeite getroosten. Hoe zei Pierre de Baumarchais het ook weer in Figaro's Bruiloft?

„Médiocre et rampant, et l'on arrive à tout.”

CASUÏSTIEK

„Gerichte” diagnostiek

De diagnostiek van de huisarts is steeds min of meer „gericht”, dat wil zeggen op grond van de door de patiënt voorgedragen klachten, het bekend zijn met de patiënt en verschillende andere overwegingen vormt hij zich een indruk, „het zal wel dit of dat zijn”, en het daaropvolgende onderzoek is er dan vooreerst op gericht de juistheid van deze indruk bevestigd te krijgen. In de regel zal het dan wel, bij een ervaren huisarts, uitkomen. Dat de „eerste indruk” evenwel niet altijd de beste is, moge blijken uit de volgende ziektegeschiedenis.

Enkele jaren geleden verscheen een 24-jarige jongeman op het spreekuur met de klacht, dat hij sinds enkele weken pijn had onder in de rug. Deze pijn was het ergst gedurende de nacht en verdween na een „natte droom”. Deze eigenaardige anamnese en het besef, dat de wachtkamer nog vol zat, verleidde mij slechts oppervlakkig naar de rug te kijken hetgeen niets bijzonders opleverde en daar uit het gesprekje, dat zich intussen had ontwikkeld, bleek dat de jongeman sinds kort weer terug was van zijn diensttijd bij de marine, thuis niet meer goed kon wennen en het werk in het benauwde werkplaatsje bij zijn vader hem niet erg beviel, leek een psychische genese voor zijn klachten wel aannemelijk. Met een geruststellend woord en een receptje voor wat fenobarbpoeders ging hij naar huis.

Na veertien dagen kwam hij terug met de mededeling dat de pijn over was, maar dat hij toch nog graag een paar poeders wilde hebben. Een paar weken later ontmoette ik hem toevallig op straat en zag dat hij een eigrote zwelling had links supraclaviculair. Nu volgde een grondig onderzoek, waar-

bij bleek dat de rugpijn was teruggekomen en dat er ook maagklachten bij waren gekomen. Punctie uit het weke lymfoom gaf alleen wat weefselvocht. De reactie van Von Pirquet was negatief en de bezinkingssnelheid van de erythrocyten was niet noemenswaard verhoogd. In het scrotum was rechts een grote vaste zwelling te voelen met een klein kliertje in de lies. Bij specialistisch onderzoek bleek de man een groot testisteratoom te hebben met metastasen, dat, niettegenstaande de intensieve behandeling, in enkele weken tot de dood leidde.

Hoewel het de vraag is of een eerder herkennen van de tumor tot een ander beloop had kunnen leiden, gezien de zeer slechte prognose van dit soort gezwellen, had de schijnbare psychogenese van de klachten toch een behoorlijk onderzoek niet moeten verhinderen. Hoe voor de hand liggend een psychogene aandoening ook moge zijn, toch mag een lichamelijk onderzoek naar somatische oorzaken en eventueel adequate behandeling daarvan niet achterwege blijven, zeker niet bij een tot voor kort gezonde jongeman, die tevoren eigenlijk nooit klachten heeft gehad. Dan is een vluchtig onderzoek erger dan geen onderzoek, omdat dit niet alleen de patiënt kan geruststellen, maar ook de arts. Ook bij rugklachten is een volledig onderzoek noodzakelijk om een oorzaak hiervoor op afstand te vinden. Zo vond ik onlangs bij een 45-jarige vrouw met rugpijn, die terloops ook vertelde onregelmatig te menstrueren, een, helaas inoperabel, cervixcarcinoom. Ook hier hadden psychische moeilijkheden — zij was in een echtscheidingsprocedure gewikkeld — tot een „gericht” onderzoek kunnen leiden.