

CASUÏSTIEK

Patiënten met een etiket

Iedere huisarts heeft in zijn praktijk patiënten, die geregeld onder controle staan. Zij bevolken de consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding en de diabetespoliklinieken. Zij komen op gezette tijden een recept halen voor harttabletten, hoestdrankjes of benauwdheidspoeders. Min of meer trouw bezoekt de huisarts hen ter controle van hun algemene toestand, van de pols, van de bloeddruk enzovoort. Deze patiënten zijn vaak rustpunten in het jachtige bedrijf van de huisarts. De geestelijke en lichamelijke inspanning, bij de ontmoeting met deze chronische patiënten van hem geëist, is tevoren bekend en gering. Het gesprek, het onderzoek en de therapeutische handelingen variëren in de loop der jaren maar weinig. Daardoor is het dikwijls zeer moeilijk ook tegenover deze patiënten waakzaam te blijven. Kort na elkaar ondervond ik in drie gevallen deze moeilijkheid. Een gewezen, in 1878 geboren landarbeider, kwam in december 1952 onder behandeling voor een acute decompensatio cordis; boezemfibrilleren, uitgebreide oedemen, dyspnoe en een vergrote lever werden gevonden. Behandeling met digitalis gaf een vlot herstel. Deze aardige, wat scheef gegroeide oude heer kwam sedertdien eens per maand voor controle van zijn pols en zijn gewicht. In de wintermaanden had hij enige keren bronchitis. In juni 1958 klaagde patiënt voor de eerste keer over duizeligheid. Een jaar later viel hij door duizeligheid van de fiets. Hij leek nu echt „versleten”; er waren weer lichte oedemen en hij was weer kortademig. Medio december 1959 werd hij acuut ziek: koorts, hoesten, etterig sputum en verspreide klinkende ronchi; hij raakte in de war en werd incontinent. Daags voor Kerstmis volgde opname in het ziekenhuis.

Behalve enkele bronchopneumonische haarden en een decompensatio cordis vond de internist ook een anaemia perniciososa! Het hemoglobinegehalte bedroeg 42 en het aantal erythrocyten 1.200.000. De oude heer is volledig hersteld en wacht op het voorjaar om zijn fiets weer te bestijgen.

De tweede geëtiketteerde patiënt was een arbeider, geboren in 1902; een lange, magere, nerveuze man. Hij is een veeleisende patiënt, die bij voorkeur niet op de vastgestelde spreekuurtijden komt, doch 's avonds aanbelt en die zich niet of met moeite schikt in de voor hem uitgestippelde behandelingswijze. Nadat hij enige tijd was behandeld voor astmatische bronchitis, vond ik in maart 1955 glycosurie. Bij opname in het ziekenhuis werd de diagnose diabetes mellitus bevestigd en tevens een weinig actieve longtuberculose gevonden. De kuur in

het sanatorium beëindigde patiënt eigenmachtig na drie maanden. De kuur werd thuis voortgezet met succes, zodat hij in september 1956 weer hele dagen kon werken. Hij was dus onder voortdurende, frequente controle van het consultatiebureau voor tuberculosebestrijding en van de diabetespolikliniek, terwijl hij ook geregeld mijn raad nodig had. Patiënt begon te klagen over pijn in de maag en in juni 1957 bleek een groot ulcus ventriculi aan deze klachten ten grondslag te liggen. Hij weigerde opname, maar met ambulante behandeling verdween in enkele maanden de maagzweer.

Gedurende de nu volgende twee jaar kwam patiënt nu en dan bij mij voor een hoestdrankje. De controles werden regelmatig verricht en mijn medische speurzin was ten opzichte van deze man zo verminderd, dat ik mij de waarschuwing in een rapport van het consultatiebureau van midden 1959, dat patiënt's hart wat groot was, pas herinnerde, toe hij begin januari 1960 op het spreekuur kwam met het complete beeld van een decompensatio cordis. Bij auscultatie was het duidelijk, dat deze hartzwakte veroorzaakt werd door een mitraalstenose met een klassiek roffelgeruis! Het is mij nog steeds een raadsel hoe het mogelijk is geweest, dat deze mitraalstenose niet jaren eerder werd gehoord.

De laatste ziektegeschiedenis voert een in 1904 geboren tuinder ten tonele, die sedert het einde van de oorlog onder controle was voor longtuberculose. Een ongetrouwde, zeer bescheiden man, die steeds bang was het zijn dokter te lastig te maken. In 1951 werd bij hem ook diabetes mellitus vastgesteld, een moeilijk reguleerbare suikerziekte, die frequente controle op de diabetespolikliniek noodzakelijk maakte. Er werd nogal eens van insulinepreparaat gewisseld en hypoglycemische insulten bleven niet uit.

Patiënt's longen waren niet best; hij had waarschijnlijk bronchiëctasieën en daardoor vaak bronchitis en bronchopneumonieën. Vooral in 1959 was hij herhaaldelijk ziek en werd dus ook diverse malen onderzocht door de artsen van het consultatiebureau, door de internist van de diabetespolikliniek en door zijn huisarts. Half januari 1960 werd hij wederom acuut ziek, doch nu met pijn in de buik. Ik vond een grote tumor rechts naast de navel. Bij onderzoek in het ziekenhuis werd de aard van deze tumor niet duidelijk en op de dag dat proeflaparotomie zou geschieden, ontstond een acute perforatie peritonitis. Tijdens de operatie is patiënt overleden. Er werd een groot abces gevonden, een perforatie van het

jejunum en een zeer grote maligne tumor van het jejunum.

Hoewel ik deze patiënt de laatste maanden voor zijn dood herhaaldelijk onderzocht, moet mijn onderzoek nimmer volledig zijn uitgevoerd. Ik was ervan overtuigd, dat de achteruitgang van patiënt's

gezondheid voldoende kon worden verklaard door de longafwijkingen en de zware diabetes.

Deze drie gevallen zijn voor mij een aansporing waakzamer te blijven ten aanzien van chronische patiënten en mij minder te laten beïnvloeden door het etiket, dat zij dragen.

*De betekenis van de psychologie van de hart- en vaatpatiënten voor de huisarts**

DOOR BERTHOLD STOKVIS

Wanneer wij hier spreken over de betekenis van de psychologie van de hart- en vaatpatiënt voor de huisarts, dan is het dit keer niet alleen het gebruikelijke psychosomatische aspect, dat zal worden belicht. Het betreft hier een andere kant van dit vraagstuk, dat slechts weinig aan de orde wordt gesteld en toch van belang is: de wijze, waarop lijdens aan circulatiestoornissen hun ziek-zijn beleven en de manier, waarop zij aan hun leven vorm geven. Wij zullen dus hier de fenomenologische zijde van de psychologie van de hart-vaatpatiënt naar voren schuiven, zonder de andere aspecten van dit vraagstuk uit het oog te verliezen.

I In wezen is elke ziekte een lichamenlijk-geestelijk gebeuren. Voor circulatiestoornissen geldt dit in bijzondere mate, omdat deze ziekten ingrijpen in een orgaanstelsel, dat voor de instandhouding van het leven van primair belang is.

Wij beperken ons bij deze beschouwing niet uitsluitend tot de hart- en vaatziekten, die men tot de psychosomatische stoornissen rekent en waaronder wij die ziekten van het circulatiesysteem verstaan, waarbij emotionele invloeden uit heden of verleden een rol spelen, zoals essentiële hypertensie, managerziekte, coronairsclerose, hartinfarct, hartneurosen en vasovagale aanvallen. Patiënten met dergelijke afwijkingen beleven hun ziekte met een bijzondere instelling. Wij willen hier echter ingaan op het ziek-zijn en het beleven van de ziekte bij alle patiënten, die aan afwijkingen in het circulatiesysteem lijden, ook bij dié, bij wie het ziek-zijn door overwegend somatische invloeden wordt bepaald, bijvoorbeeld bij mensen met stoornissen van de mitraalkleppen of met gedecompenseerde hartafwijkingen. Het verloop van hun leven wordt door de bijzondere aard van hun ziek-zijn bepaald. Deze is gekenmerkt door een alles overheersend beleven van angst. Wij zullen hierop straks nader ingaan.

Reeds de oude huisarts wist, hoezeer het lichamenlijk ziek-zijn bij mensen met gestoorde circulatie, psychisch tot uiting komt. Men drukt dit tegenwoordig

anders uit. Ziet men de zieke in het kader van de beschouwing van de mens als psychosomatische eenheid, als psychofysische totaliteit met vrije geest, dan kan men zeggen, dat ieder ziek-zijn zich ipso facto lichamenlijk en geestelijk uit; het hangt van de aard van dit ziek-zijn af, of de lichamenlijke dan wel de geestelijke verschijnselen overheersen. Het is dus de facto niet geoorloofd, de lichamenlijke en de geestelijke symptomen afzonderlijk te beschouwen, omdat immers elk ziekteverschijnsel op zichzelf uitsluitend lichamenlijk-geestelijk kan worden beschouwd. Men zou alleen kunnen zeggen, dat het ziekteverschijnsel meer in de lichamenlijkheid, of meer in het psychische tot uiting komt.

Antropologisch gezien moet men het hartziek-zijn opvatten als een bepaalde vorm van zijns-angst. De hartpatiënt staat anders in de wereld dan de longpatiënt. Hij voelt zich onophoudelijk bedreigd, hij is onzeker, hij is niet graag alleen, hij vreest de eenzaamheid. Hij heeft altijd opnieuw geruststelling nodig, hij wil „bij de hand genomen worden”, om van de markante terminologie van *Binswanger* gebruik te maken.

Reeds van oudsher heeft men waargenomen, dat het hartziek-zijn gepaard gaat met bepaalde psychische veranderingen. Bij vroegere onderzoekers leest men al van een „hart-psyche”. Zover willen wij zeker niet gaan, al was het alleen, omdat wij tot alle prijs de schijn willen vermijden aanhangers te zijn van de zogenaamde specificiteitshypothese in de psychosomatische geneeskunde: de veronderstelling, dat er bepaalde conflictsituaties en bepaalde persoonlijkheidsstructuren bij bepaalde ziekten zouden bestaan. Wij konden ook bij patiënten met hartziekten geen specifieke persoonlijkheidsstructuur en daarmee ook geen „hart-psyche”, om deze verouderde uitdrukking nog even te gebruiken, aantonen. Wij kunnen het niet eens zijn met de onderzoekers, die meenden „certain common personality characteristics” op te merken, bijvoorbeeld bij patiënten met angina pectoris (*Bach*), met hypertensie (*Hambling*, *Palmer*), met paroxysmale tachycardie (*Duncan*), of met coronairinfarct (*Dunbar*, *Williams*). Wij vonden niét, dat met een bepaalde

* Uit het Psychosomatisch Centrum van de Rijksuniversiteit te Leiden; voordracht, gehouden in het kader van de Boerhaavecursus 1959 te Leiden op 10 april 1959.