

weinig. De toediening van zuurstof verbetert immers noch de uitscheiding van koolzuur noch de dyspnoe.

Verlies van het bewustzijn, dat tijdens ernstige astma aanvallen of hoestbuien kan optreden, is vooral het gevolg van onvoldoende verwijdering van koolzuur door de longen. Hieraan verandert toediening van extra zuurstof niets. Toediening van extra zuurstof is echter vooral gewenst, indien er een compensatie van het hart bestaat.

Bij de behandeling van ernstige astma aanvallen wordt tegenwoordig nogal eens gebruik gemaakt van ACTH of corticosteroiden. ACTH via een infuus toegediend is bij een ernstige astma aanval zeker een voortreffelijk middel. Het nadeel van het intraveneus toedienen van ACTH is echter dat deze stof anafylactische reacties kan geven. Bij voorkeur geve men daarom hydrocortison via een infuus (100 mg in 1 liter 0,9 procent NaCl) of prednisolonnatriumsuccinaat (25 mg intraveneus of intramusculair).

Het prednisolon heeft dezelfde werking als prednison, maar kan in de hierboven genoemde vorm intraveneus of intramusculair worden ingespoten, hetgeen bij prednison niet het geval is.

Ongetwijfeld kunnen deze geneesmiddelen van groot nut zijn bij de behandeling van astma aanvallen. Wij achten het echter beslist onjuist bij de behandeling met deze geneesmiddelen te beginnen. Wij gebruiken ze slechts vrij zelden bij de behandeling van de astma *aanval*. Wel worden de corticosteroiden nogal eens gegeven aan patiënten met chronisch astma of astmatische bronchitis, die op andere wijze niet zijn te helpen.

In het algemeen dienen deze geneesmiddelen, indien de indicatie juist is, gedurende lange tijd te worden gegeven. Er kan dan met een lage dosis worden volstaan. Wij beginnen met het geven van 15 mg prednison per dag. Na enige weken wordt bij

gunstig verloop getracht de dosis te verlagen tot 5 à 10 mg per dag. Hinderlijke bijverschijnselen, zoals oedeemvorming, maagklachten of verhoging van de bloeddruk, treden dan zelden op.

Maandelijkse controle van gewicht, bloeddruk en urine (glucose) is meestal voldoende. Indien men zeer zorgvuldig te werk wil gaan, dan kan gedurende de eerste maanden het leukocytenaantal en het kaliumgehalte van het bloed worden gecontroleerd. Geringe maagklachten kunnen met antacida en spasmolytica worden behandeld. Een enkele keer zijn de maagklachten zo ernstig dat de behandeling moet worden gestaakt.

In plaats van prednison geven wij de laatste tijd ook wel Triamcinolon of Dexamethasonum. Met deze geneesmiddelen werd echter nog niet voldoende ervaring verkregen.

Tijdens langdurige astma aanvallen treedt vaak koorts op. Deze koorts zal dikwijls het gevolg zijn van retentie van secreet en een daarmee gepaard gaande bronchitis. Tijdens het afnemen van de aanval gaat de patiënt gemakkelijker opgeven. De koorts verdwijnt dan veelal vanzelf.

Het is de vraag of het geven van antibiotica aan deze patiënten van veel belang is. Het kweken van pathogene microorganismen is op zichzelf geen reden antibiotica te geven. Indien het sputum echter etterig is of wordt, is het in het algemeen verstandig antibiotica te geven. Wij geven dan bij voorkeur een combinatie van penicilline en streptomycine (1 miljoen E penicilline + 1 g streptomycine per dag over twee doses verdeeld) of een breedspectrumantibioticum.

Geheel anders is de situatie indien de patiënt een emfyseem heeft. Bij patiënten met een emfyseem verergert een bronchitis de situatie ten zeerste. Behandeling van de infectie is dan het allerbelangrijkste!

## Analyse van een psychotherapeutische paradox

DOOR DR. J. A. WEIJEL, ZENUWARTS

Kortgeleden vertelde mij een oudere huisarts, dat hij niet schroomde patiënten met nerveuze hartklachten — althans klachten in de hartstreek, die door de patiënt aan het hart werden toegeschreven — te verwijzen naar de cardioloog, wanneer zij zich niet door hem van de onschuldigheid van hun klacht lieten overtuigen. Hij had de ervaring opgedaan, dat deze patiënten na het interne onderzoek wel gerustgesteld waren en deze empirie was de rechtvaardiging van zijn handelwijze. De patiënt was zijn klacht kwijt.

Deze gang van zaken schijnt wel zeer onwetenschappelijk. De huisarts is geheel overtuigd van zijn diagnose: nerveuze klachten in de hartstreek gelocaliseerd. Vaak is hem de etiologie ook duidelijk, bij

voorbeeld de recente dood van een ouder, of van iemand van gelijke leeftijd in de naaste omgeving van de patiënt. Anamnese en onderzoek van het hart hebben verder niets opgeleverd, dat de diagnose organisch hartlijden rechtvaardigt; op grond juist van de negatieve bevindingen wordt de diagnose gesteld op functioneel, neurotisch of nerveus syndroom. Zelfs wanneer de huisarts zich rustig de tijd gunt om met de patiënt over de mogelijke oorzaak te spreken, dus op deze manier wat dieper tracht te reiken, dan leert de ervaring nog, dat er patiënten zijn, die niet gerustgesteld worden. Pas wanneer de arts capituleert en verwijst naar de internist of cardioloog, is de patiënt tevreden; de verwijzing bewijst dat hij au serieux is genomen. De

ervaring heeft ook geleerd dat de veel juistere weg: verwijzing naar de psychiater, bevreemding en zelfs weerstand wekt. Vaak argumenteert de patiënt dit met: „Ik ben toch niet gek, ik voel 't toch”. Het is dus zo, dat, ondanks de juiste diagnose, op basis van een duidelijke etiologie en een correct onderzoek, het eigenlijk de patiënt is, die bepaalt wat er gaat gebeuren. Hij heeft de diagnose: „Ik heb 't aan mijn hart”, gesteld en wordt tenslotte verwezen naar de specialist voor dit orgaan.

De volgende etappe heeft ook een merkwaardig verloop. Zelfs wanneer de huisarts zijn opinie aan de specialist heeft medegedeeld en deze na opnemen van de anamnese dezelfde diagnose overweegt, is het toch onvermijdelijk dat het gehele specialistische onderzoek in gang wordt gezet. Wanneer ook dit negatief uitvalt, lukt de geruststelling van de patiënt vaak wel; soms echter gelukt dit niet en wordt de patiënt zelfs poliklinisch doorbehandeld met bijvoorbeeld kleine doses fenobarbital. Een dergelijke patiënt werd mij, na acht jaar op deze wijze behandeld te zijn geweest, tenslotte voor psychotherapie toegezonden. Het was de man echt niet kwalijk te nemen, dat hij dacht werkelijk iets aan het hart te hebben, omdat de cardioloog hem zolang in behandeling had gehouden! Maar in de gevallen dat geruststelling wel lukt, is dit therapeutische resultaat — hoe verheugend het moge zijn — het resultaat van een eigenaardige procedure.

Reeds de verwijzing op zichzelf heeft een bepaalde uitwerking. Wanneer de patiënt thuiskomt met de mededeling dat de huisarts hem naar de hartspecialist heeft verwezen, stijgt de spanning in het gezin. De patiënt krijgt automatisch meer aandacht. De gang naar de specialist is een belangrijke gebeurtenis en vooral het laboratoriumonderzoek heeft een grote affectieve lading. Röntgenfoto's en electrocardiogram accentueren de ernst van het geheel. Temeer waar al deze gebeurtenissen een zekere tijd vergen is het niet verwonderlijk dat in de loop ervan een groot deel van de angst gedraineerd is. Wanneer dan de uitslag gunstig uitvalt, komt de psyche weer in evenwicht.

Toch heeft elk geval zijn eigen dieper liggende problematiek; wat de hartklachten precies representeren is niet anders te ontdekken, dan met diepgaand onderzoek, waarvoor in vele gevallen zelfs een contraïndicatie bestaat. De geruststelling als toedekkende therapie is veelal volkomen verantwoord; slechts wanneer er sprake is van een dieper gaande stoornis, die het welzijn van de patiënt ernstiger bedreigt, is ook diepergaand onderzoek nodig. In enkele gevallen hangen de nerveuze hartklachten samen met schuldgevoel over verdrongen agressieve wensen (doodswensen). Men vreest gestraft te worden voor deze schuldige gevoelens met een hartaandoening — ziekte als straf is een gangbaar begrip — en wanneer de hartaandoening gering is, is de schuld navenant gering; de patiënt kan opgelucht de cardioloog verlaten. De geruststellende woorden spraken hem vrij.

Wanneer deze diepere problematiek niet ter sprake komt, omdat alle medespelenden in deze medische procedure zich er niet bewust van zijn, betekent dit toch niet, dat al deze „stille dingen” nu maar stil gelaten moeten worden. De patiënt make men in zeer vele gevallen zijn problematiek liever niet bewust, maar de artsen moeten wel weten, wat er eigenlijk gaande is. Hierbij doel ik nog niet eens op het bewust maken van de werkelijke diepere psychologische achtergronden van de klacht van de patiënt, maar op de rol, die de medici in deze spelen. Hoe is namelijk de gang van zaken werkelijk?

Door een of andere oorzaak krijgt de patiënt onaangename verontrustende sensaties in de hartstreek, waardoor zich bij hem het idee vastzet, dat hij het aan zijn hart zou kunnen hebben. Het is natuurlijk altijd de patiënt die beslist, dat hij zich naar de dokter moet begeven voor het een of ander, maar in dit geval — om gemakshalve de vele analoge gevallen maar niet te noemen — heeft hij zelfs al een diagnostische richting ingeslagen. De gebeurtenissen in de periode, voordat de patiënt zelfs de dokter heeft ontmoet — de premedische periode\*) — beslissen de ganse procedure in de medische periode. Om het uiteindelijke doel, het tot verdwijnen brengen van de klacht, te bereiken, maakt de huisarts, gedwongen door de hardnekkigheid van de klacht, gebruik van de betekenis, die het publiek aan de specialist toekent. Welke specialist hier zijn magische werking moet uitoefenen, wordt ook nog bepaald door de patiënt, want hij heeft het idee, dat hij iets aan zijn hart heeft. De verwijzing zelf brengt dan automatisch mee, dat de specialist zijn onderzoek gaat verrichten; niet omdat de huisarts of hijzelf van mening zijn, dat er aanwijzingen zijn, die dit realiter nodig maken, maar omdat de verwijzingsprocedure op gang is gebracht — op instigatie van de patiënt. De geruststellende woorden, die tenslotte door de cardioloog worden gesproken — meestal: „Maakt u zich niet ongerust, u heeft niets aan uw hart” — behoren ook niet typisch tot de cardiologische of interne therapie. Integendeel, het is een vorm van psychotherapie, die alleen maar kan slagen, omdat er een ganse procedure aan is voorafgegaan; het beoogde effect is bereikt, waardoor deze gang van zaken ook is gerechtvaardigd. Wat is hier echter in werkelijkheid gebeurd? Eigenlijk iets paradoxaals: *de huisarts heeft de cardioloog als psychiater gebruikt*. De patiënt behoeft dit niet te weten, doch wel de huisarts en de specialist. De huisarts heeft gebruik gemaakt van de psychologische betekenis, die de specialist en het specialistisch onderzoek in de huidige sociale verhoudingen hebben gekregen. Deze procedure is volkomen acceptabel wanneer de huisarts weloverwogen de patiënt naar de cardioloog stuurt, bijvoorbeeld wetende, dat de patiënt de verwijzing naar de psychiater niet zou accepteren. Het in gang zetten van de reeks specialistische onderzoekingen is zinvol, als

\* J. A. Weijel (1958) *Psychiatry in General Practice*. Elsevier Publ. Co., Amsterdam, London, New York, Princeton.

men aan het eind de juiste therapie kan bedrijven. Verwijst de huisarts echter om gezeur te vermijden en accepteert de specialist de patiënt om de relatie met de huisarts te handhaven — overigens frequente en belangrijke motieven — dan grenst deze procedure aan kwakzalverij, maar met medische instrumenten. Deze procedure is wel verantwoord als de huisarts zich bewust is, dat hij deze sociaal-psychologische weg moet inslaan, omdat de patiënt daarmee sneller zal zijn geholpen. De specialist mag deze patiënten onderzoeken, als hij zich bewust is, dat de conclusie moet zijn: psychotherapie. Lukt hem eenvoudige geruststelling niet, dan is het onjuist, wanneer de cardioloog of internist fenobarbital voorschrijft. Dan begeeft men zich op het terrein van de psychotherapie, dat men niet beheerst en waar men al spoedig fouten gaat maken. De cardioloog, die jarenlang een neuroticus fenobarbital voorschrijft, heeft fiks meegholpen de orgaanneurose van die patiënt te „organiseren” zoals Balint\*) dat terecht noemt.

Het gaat mij er niet om in deze analyse van de psychotherapeutische paradox, waarin de orgaanspecialist, door de constellatie van de medische organisatie, psychotherapeut wordt, de gang van zaken als onjuist, onmedisch of onverantwoord voor te stellen. Integendeel, deze gang van zaken was juist. Het gaat er echter om of de medici hun rol bewust en weloverwogen spelen, of dat zij de passieve figuren blijven in gebeurtenissen, die bij hen, met hen, door hen, maar in wezen zonder hen plaats vinden, te weten in de ziel van de patiënt. Wanneer ik weet dat een patiënt, die herstellende is van een commotio cerebri, pas echt gerustgesteld weer aan het werk zal gaan als ik een röntgenfoto van zijn schedel heb laten maken, dan geloof ik psychotherapeutisch juist te handelen, hier aan toe te geven. Wanneer ik dit weloverwogen doe is het psychotherapie, geleid door de medicus. Wanneer ik mij laat inspinnen in de licht hypochondrische angst van de patiënt en ook bang ga worden, dat „er” iets niet in orde zou zijn, volg ik naïevelijk de patiënt. Dit is nooit gerechtvaardigd, omdat de werkelijke oorzaak van de angst, slechts door vele en diepgaande gesprekken te vinden zou zijn, waarbij men aan belangrijke infantiele mechanismen zou raken. Met het laten verrichten van röntgenonderzoek, heeft men echter psychotherapie bedreven van toedekkende aard, waarbij men van de sociaalpsychologische, magische betekenis van dit onderzoek gebruik maakt. Men heeft dan op een andere manier door de patiënt heen gekeken! De kortste weg mag gerust worden begaan als men maar weet wat men doet: psychotherapie.

De psychotherapie die door de huisarts moet en kan worden bedreven, zal vaak van deze schijnbaar paradoxe situatie gebruik moeten maken. Het is onjuist dit te beschouwen als psychotherapie van minder allooi, omdat het symptomatisch of toedekkend zou zijn. Integendeel, de gevallen, die de huis-

\* M. Balint (1957) *The doctor, his patient and the illness.* Pittman Medical Publ. Co. London.

arts op zijn spreekuur treft, zijn veelal kortdurende verstoringen van het psychische evenwicht \*). De zwaardere gevallen van neurose en zeker van psychose vinden hun weg naar zenuwarts of psychiatrische kliniek, omdat de diagnose duidelijk is. Het gaat voor de huisarts echter om de zeer grote groep van patiënten, die hem met vele klachten bezoeken, die om uiteenlopende redenen niet naar de zenuwarts verwezen kunnen, willen en zelfs mogen worden. Vooralsnog is deze groep niet geklassificeerd; ze wordt aangeduid met functionele klachten, nerveuze bezwaren en zelfs neurose. De ervaren huisarts weet er in het algemeen wel raad op, met intuïtie en mensenkennis lukt het hem vaak angst, ongerustheid of spanning, welke hun oorzaak moge zijn, tot verdwijnen te brengen. Maar tegenover deze klachten bestaat een sterk medisch onbehagen; zij zijn nog niet nader en scherp gediagnostiseerd en de therapie, die men er op de duur voor heeft gevonden, kan niet worden uitgebouwd, omdat de empirie niet theoretisch is doordacht.

In het hierboven geschetste geval ging het om een kortdurende verstoring van het psychisch evenwicht, dat zich door allerlei mechanismen vervormd en geconverteerd aandient. Wanneer het inderdaad alleen gaat om een kortdurende verstoring van het evenwicht, betekent dit, dat meestal een goed evenwicht bestaat, of, met andere woorden, de mechanismen die de psychische gezondheid handhaven zijn vrij krachtig, doch decompenseerden.

Wanneer de verstoring langer duurt, chronisch is, wil dit zeggen, dat deze mechanismen veel meer gestoord zijn; zuiver geneeskundig heeft het eerst dan pas zin van een neurose te spreken. Er is dan een echte ziekte, een constante stoornis, die voortdurend klachten geeft en er is geen sprake meer van echt gezond functioneren. Dan heeft diepgaande, causale therapie zin; de psychische stoornis wordt met psychotherapie bestreden; men kan zeggen op identieke wijze. Is de stoornis van korte duur, dan is het vaak voldoende een weg te vinden waarlangs een reeks emoties kunnen afvloeien of de prikkeltoevoer wordt onderbroken, waardoor de psychische apparatuur zich ongestoord kan reïntegreren. Alle maatregelen, die geen eigenlijke psychotherapie — in de zin van „Heilung durch den Geist” — zijn, kan men niet-identieke psychotherapie noemen. Vooral in die gevallen, die slecht toe gankelijk zijn voor psychotherapie in eigenlijke, identieke zin, moet men niet-identieke psychotherapeutische wegen gaan. Het doel is psychotherapie te bedrijven; de middelen, die men gebruikt, mogen zijn ontleend aan andere therapeutische methoden, fysische in de vorm van bestraling, massage of gymnastiek, chemische in de vorm van mixtura Charcot of tranquilizers. Wanneer men een „overspanning” geneest met een rustkuur, dan is dit niet-identieke psychotherapie; tracht men de patiënt zijn aandeel aan de „overspanning” bewust te maken, dan is dit identieke psychotherapie.

\* C. G. Querido-Nagtegaal (1956) *Gewone Mensen.* Stenfert Kroese. Leiden.

De psychotherapie in de algemene praktijk zal veelal een combinatie zijn. Wil men enige ordening brengen, zowel diagnostisch als therapeutisch, dan zullen wij nieuwe casuïstische beschrijvingen nodig hebben van juist die gevallen, die niet de polikliniek van een zenuwarts bereiken. Tevens moeten we ons nauwkeurig bezinnen over de empirisch gevonden maatregelen, die toch tot succes plegen te leiden. Er is een apart gebied van de psychiatrie, de psychiatrie van de algemene praktijk, dat nog geheel moet worden ontgonnen. De methoden, die

voor de veel zwaardere neurosen en psychosen zijn ontworpen, schieten in dit gebied over hun doel heen; de theoretische achtergrond is weliswaar hetzelfde, maar de toepassing ervan gaat gebukt onder het klinische verleden.

Wil men de psychotherapie, die de huisarts bedrijft zonder het te weten, wetenschappelijk ordenen, dan zal alleen hijzelf dit kunnen doen, omdat noch de poliklinische en klinische psychiater, noch de psycho-analiticus deze gevallen ontmoet.

## De relatie arts-patiënt

DOOR M. G. VAN NIEUWENHUYZEN, HUISARTS TE HOENSBROEK

Het eerste artikel\* eindigde met een functieomschrijving van de huisarts. Een uitvoerige toelichting van deze omschrijving verscheen in (1959) *huisarts en wetenschap* 3, 12, van de hand van Huygen. Hier werd ook, zij het langs een andere weg gesteld, dat de huisarts zijn bijzondere plaats in de geneeskunst inneemt en blijkbaar zijn eigen geneeskunst heeft.

Wanneer we deze functieomschrijving aanvaarden, is het wel duidelijk dat een arts met een verse bul in zijn hand niet in staat is zijn patiënten in de geest van deze omschrijving tegemoet te treden. Het dragen van verantwoordelijkheid moet nog worden geoefend, voor continue zorg heeft hij geen gelegenheid gehad, voor integrale geneeskunde is hij te fragmentarisch opgevoed, persoonlijke relaties konden zich moeilijk ontwikkelen, individuele mensen hebben zich niet aan hem om hem toevertrouwd en gezinnen heeft hij alleen in zeer specifieke obstetrische situaties meegemaakt. Deze huisartsgeneeskunst is alleen bij de huisarts te leren en zou in de opleiding nog wel wat meer kunnen worden benaderd en voorbereid, tot heil van iedere arts.

De huisarts is geen arts die kennis van de zieke heeft als een som van verschillende fragmenten, maar die van de zieke op een andere wijze afweet. Dat maakt ook dat de huisarts zijn bijzondere relatievorm heeft met de patiënt, waarvan we in het vorige artikel enkele facetten zagen. Hieruit volgt dan ook een andere benaderingswijze van de patiënt in elke nieuwe medische situatie.

Zal bij de specialist, en nog meer bij de superspecialist, een gerichte benadering bestaan, bij de huisarts zal zij primair een ongerichte zijn. Het is op basis van de algemene relatie, dat de huisarts juist een goed startpunt heeft voor dit ongerichte begin. Hoe ongericht dit begin is, hoe beter zich de bijzondere relatie zal ontwikkelen, omdat de huisarts de patiënt gelegenheid laat zich te tonen in zijn eigen wijze van zijn, zoals dat op dat moment in die situatie voor de patiënt relevant is. Wanneer de patiënt

naar een specialist gaat is hij reeds gepreoccupeerd en geforceerd in een bepaalde verschijningsvorm, die slechts ten dele, of in het geheel niet zijn eigen wijze van zijn dekt. De patiënt op weg naar zijn huisarts of op zijn ziekbed wachtend op zijn huisarts, behoeft zich niet beperkt of gedrongen te voelen in een bepaalde facet, maar kan, voor zover hem dat mogelijk is, vrij zijn in zijn naar buiten treden naar de ander, zijn huisarts.

De intentie tot en het daadwerkelijk stellen van het inroepen van de hulp van de huisarts is al een relatiebegin patiënt-huisarts. Dit is tevens een begin van therapeutische actie, zonder dat de huisarts er nog aan te pas kwam. Wetende dat de ander er binnen afzienbare tijd is om te luisteren, mee te voelen, mee te denken, te helpen, is voor de patiënt het begin om de weg naar aanpassing weer te vinden, zich van zijn fixaties te gaan distantieren, zich veiliger te voelen in zijn regressief patroon, zijn overdrachtbehoefte wat vrijer te laten gaan, zijn introversie te verminderen door het komende contact met de ander, enzovoort.

Maar zijnerzijds moet de huisarts zich dan ook goed realiseren, dat de patiënt met een dergelijke houding het contact met hem tegemoet ziet. Daarom kan hij de patiënt alleen met open vizier goed benaderen. Elke gezichtsveldbeperkende spleet van dit vizier kan een groot deel van de mens aan zijn blik onttrekken en de relatie zeer schaden.

Wanneer we het klaarblijkelijke te snel als het oorzakelijke zien, het gevonden symptoom of syndroom te vlug bestempelen als de ziekte van de zieke, lopen we het gevaar een fistelopening mooi te sluiten, maar het aangedane weefsel eronder te vergeten. De gevolgen hiervan blijven dan ook niet uit.

De patiënt geeft ons primair de richting aan en dan gaan we mee in de richting van de patiënt. Dit zal dus vaak een strikt somatische richting zijn, maar als de patiënt iets meer van zichzelf wil brengen, moeten we hem de ruimte laten en niet onderbreken of te snel interpreteren.

Laat ons nu terugkeren tot de patiënt vóór hij bij de huisarts is. Als hij het besluit heeft genomen contact

\* (1959) *huisarts en wetenschap* 3, 34