

tiënt gezond te willen verklaren. Kunnen we de klachten weg redeneren, dan hopen we, dat de patiënt ons niet meer lastig zal vallen.

Zoekend naar de oorsprong van de gevoelens en reacties, die het contact met de medemensen in ons oproept, noemt de schrijver drie factoren. Ten eerste de stemming van het ogenblik. De situatie in het eigen gezin, het weer, onze gezondheid en de drukte in de praktijk kunnen onze stemming beïnvloeden. Vermoeidheid maakt ons prikkelbaar en weinig verdraagzaam tegenover de patiënten. Meestal is het juist de verkeerde patiënt, die wij met een onvriendelijk woord bejegenen. Een tweede factor van belang voor de affectieve beïnvloeding van onze houding is, wat de patiënt voor ons betekent en of wij een directe sympathie of antipathie voelen opkomen bij de eerste kennismaking.

Tenslotte speelt de intermenselijke relatie of zoals Leary zegt, de „interpersonal reflex” een rol. Het is van belang te weten, dat het individu steeds weer bij de andere mensen die hij ontmoet, hetzelfde reactiepatroon probeert op te wekken. De arts moet erop bedacht zijn, dat een patiënt, die vertelt steeds in het leven achtergesteld te zijn, verlaten door zijn vrienden, bedrogen door zijn vrouw, ook bij de arts een negatieve reactie zal proberen op te wekken. Men zou zich dan af dienen te vragen: „Hoe krijgt deze patiënt de mensen zover, dat ze hem dusdanig bejegenen?”

Elke ziekte leidt tot een psychologische regressie, een tijdelijke terugkeer tot een infantiele houding van afhankelijkheid en zoeken naar veiligheid en steun. Velen weten deze gevoelens te compenseren of op anderen te projecteren, doch in een of andere vorm is deze regressie steeds terug te vinden. (Voor collegae, die zelf nog nooit ziek zijn geweest beveelt schrijver het boek *When doctors are patients* — Pinner and Miller, 1952) aan. Er zijn drie manieren om op deze verschijnselen te reageren. Allereerst de begrijpende, tolerante houding, die ongetwijfeld de beste is en is gebaseerd op het zich bewust zijn van eigen gevoelens, en de betekenis, die de ziekte voor de mens heeft. Reageert de arts afwijzend, dan wil hij daar als het ware mee zeggen: „Ik zou zelf graag zo afhankelijk willen zijn, doch kan mijzelf zelfs niet toestaan deze gevoelens bewust te beleven”. Deze houding is even funest voor de patiënt als de laatste mogelijkheid, die van de bevordering van verdere regressie en afhankelijkheid. Door het vergroten van het contrast wil de arts zichzelf meer volwassen, onafhankelijk en rijp tonen tegenover de arme, kleine infantiele patiënt. Een voorbeeld van het laatste is de arts, die de patiënt steeds op een vaderlijke toon blijft toespreken of onnodig aandringt om meer voor de patiënt te doen, dan waarom deze heeft gevraagd.

Indien we hebben geleerd deze gevoelens niet alleen te onderkennen, doch ook te gebruiken bij onze behandeling, dan leren we pas op de juiste wijze onze probleempatiënten behandelen. De chronische klager met steeds wisselende symptomen en lange reeksen geneesmiddelen, onnodige fysische therapie, korte onvoldoende onderzoeken, wordt dan niet meer voortdurend afgewezen, doch door de arts uitgenodigd eens op een rustig ogenblik te komen praten over zichzelf, zijn huidige omstandigheden, zijn werk, zijn sexuele moeilijkheden enzovoort. Alleen op deze wijze leert de patiënt het verband te zien tussen zijn symptomen en zijn emoties. In deze arts-patiënt relatie is geen plaats meer voor medicamenten, die verdreven zijn door het gesprek. Het bewust hanteren van de eigen gevoelens zal de arts nimmer hinderen in zijn werk, doch kan alleen de patiënt ten goede komen. E. van Westreenen

BOEKBESPREKING

Dr E. V. W. Vercruyse. Het ontwerpen van een sociologisch onderzoek. Uitgangspunten en richtlijnen. 192 bladzijden, prijs gebonden f 15,50. Van Gorcum en Comp. n.v., Assen.

In dit boek, het proefschrift van de schrijver (Leiden, juni 1960, promotor: prof. dr F. van Heek), uitgegeven als no. 35 in de serie „Bouwstenen voor de kennis der maatschappij”, wordt een onderwerp behandeld, dat behalve sociologen ook veel huisartsen zal interesseren. Nog onlangs schreef Van Es — (1960) huisarts en wetenschap 3, 267 — „Een van de grootste moeilijkheden — en naar mijn mening de meest essentiële — die zich bij het verrichten van een sociologisch onderzoek door een huisarts voordoet is wel deze, dat de sociologie voor de huisarts in het algemeen een gesloten boek is.” De vraag is echter welk deel van dit gesloten boek voor de huisarts van belang kan zijn.

Sommigen menen, zonder nadere precisering, dat *de* sociologie als vak in de medische opleiding moet worden geïntegreerd. Dit lijkt zeer ruim geformuleerd. Zonder in discussie te treden welk deel van de sociologie de huisartsengeneeskunde een bredere basis zou kunnen geven, komt het mij voor dat bestudering van de methodiek van de empirische sociologie, zoals deze in het proefschrift van dr Vercruyse wordt behandeld, nuttig kan zijn.

Het boek bestaat uit twee delen. Deel I bespreekt de uitgangspunten; eigenlijk is hier sprake van een doordenken van de beginselen. Deel II behandelt het eigenlijke onderzoeksontwerp. Om een indruk van de inhoud te geven noem ik van dit deel de diverse hoofdstukken: het ontwerpen van een sociologisch onderzoek; de formulering van de probleemstelling; typen van onderzoek; definiëring en indicering; waarnemingseenheden, selectie en aantal; technieken van waarneming; ordening en analyse.

De auteur geeft, tot beter begrip van zijn betoog, verschillende voorbeelden uit de sociologische literatuur. In het woord vooraf zegt de schrijver dat de tekst inspanning van de lezer eist en inderdaad is het geen boek dat men „in één ruk” uitleest. Het is echter helder en scherp geformuleerd en prettig om te lezen. G. J. Bremer

HET LEZEN WAARD

Voor de huisarts is het van belang op de hoogte te blijven van de opvattingen, die er ten aanzien van belangrijke problemen in Nederland bestaan. Het „Nederlands Gesprekcentrum” geeft publikaties uit, waarin deskundigen van diverse levensovertuiging deze opvattingen hebben geformuleerd. Verschillende van deze publikaties behandelen een onderwerp dat de medicus practicus moet interesseren, onder andere: Publikatie no. 8: Conceptieregeling; Publikatie no. 17: Geestelijke Volksgezondheid; Publikatie no. 19: Helpen in deze tijd. Prijs f 1,50 per stuk; donateurs van het „Nederlands Gesprekcentrum” ontvangen de publikaties gratis.

NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

VAN DE REDACTIECOMMISSIE

Dr F. J. A. Huygen te Lent is benoemd tot docent in de faculteit der geneeskunde van de r.k. universiteit te Nijmegen voor het geven van onderwijs in de sociale geneeskunde van het gezin.

Deze benoeming van de vice-voorzitter van het Genootschap moge aanleiding zijn hierbij even stil te staan en zich te realiseren, dat nu een praktizerend huisarts als universitair

docent werkzaam zal zijn. Ieder die meent, dat ook de huisarts bijdragen kan leveren voor de wetenschappelijke vorming van de medische student zal het toejuichen, dat de jongste medische faculteit in ons land een dergelijk besluit heeft genomen.

De ongewoon veelzijdige gaven van Huygen zijn met deze benoeming nu ook officieel erkend.

De redactiecommissie biedt docent en faculteit gaarne haar gelukwensen aan. H.