

Gedachten naar aanleiding van en ontleend aan de Boerhaave-cursus medische psychologie 1960

DOOR PROF. DR J. GROEN

Het is niet mijn bedoeling deze samenvatting te geven als een beknopt verslag van wat op de Boerhaave-cursus van 7 tot 9 april 1960 is besproken. Veeleer stel ik mij voor in het volgende enkele gedachten te formuleren, diè ontleend zijn aan de eigen ervaringen van de laatste tijd en aan het geleerde gedurende deze cursus. Hopelijk kan deze persoonlijke samenvatting dan een leidraad vormen voor verdere discussies en voor de bepaling van de toekomstige activiteit van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

1 Elke vorm van uitoefening der geneeskunst vereist zowel een hoge mate van technisch kennen en kunnen, als een ontmoeting met de patiënt als mens in zijn levenssituatie temidden van zijn medemens. Dientengevolge dient iedere arts te streven naar vervolmaking van de technische beheersing van zijn vak, maar ook naar mogelijkheden om zijn naastenliefde en verlangen tot samenwerking met de medemens-in-nood tot produktieve uiting te brengen. Ook tijdens de opleiding van de arts dient met deze beide aspecten van zijn toekomstige werk rekening te worden gehouden.

2 Er bestaan vrij aanzienlijke verschillen in de wijze waarop de huisarts in verschillende delen der wereld zijn taak verricht. In het volgende zal dan ook in het bijzonder worden gesproken over de taak en het (voortgezette) onderwijs van de Nederlandse huisarts, al is reeds gebleken dat in landen als Engeland en Israël de problemen weliswaar niet geheel identiek, dan toch in vele opzichten gelijksoortig zijn.

De huisarts onderscheidt zich in enkele belangrijke opzichten van zijn collegae die andere gebieden der geneeskunde beoefenen:

- a hij vangt zijn taak aan meestal vrij spoedig nadat hij zijn opleiding tot arts heeft afgesloten;
- b hij verricht zijn werk grotendeels in de eigen spreekkamer en ten huize van de patiënt;
- c hij onderzoekt en behandelt zijn patiënt als regel niet als geïsoleerd individu, doch als lid van een kleine groep, in het bijzonder het gezin;
- d hij blijft met zijn patiënt en diens gezin gewoonlijk in jarenlange relatie verbonden;
- e hij accepteert in principe patiënten, lijdende aan

Uit de Interne-Afdeling A., Hadassah Hebrew University Hospital and Hebrew University-Hadassah Medical School, Jeruzalem, Israël.

de meest uiteenlopende stoornissen, waarbij hij op eigen verantwoordelijkheid beslist of hij onderzoek en behandeling alléén zal doen, zich daarbij zal doen bijstaan door technische assistentie of gespecialiseerde collegae, dan wel of hij de patiënt voor korter of langer duur aan zulk een collega zal overdragen.

Dit eigen karakter van het werk van de huisarts maakt het nodig, dat, meer dan tot nu toe, aandacht wordt besteed aan zijn opleiding en zijn voortgezet onderwijs. In het bijzonder dienen de medische faculteiten zich er rekenschap van te geven, dat het grootste deel van het onderwijs der studenten plaats vindt in ziekenhuizen en laboratoria, hoewel dit juist niet de milieus zijn waarin de huisarts later komt te werken.

3 De onderkenning van het specifieke karakter van het werk van de huisarts scheidt de noodzaak van het invoeren van een aantal veranderingen in onze tegenwoordige medische opleiding. Dit geldt in het bijzonder voor het onderwijs zoals dit door enkele der klinische sleutelfiguren in de medische faculteit, de hoogleraren in de interne geneeskunde, kindergeneeskunde, obstetrie en psychiatrie wordt gegeven. Voor hen is het in de eerste plaats zaak zich door eigen ervaring op de hoogte te stellen van de inhoud van het werk van de huisarts, zodat zij de aanstaande huisarts beter dan tot nu toe op zijn werk kunnen voorbereiden.

Deze opleiding tot huisarts kan, gezien de korte tijd die gewoonlijk voor hem verstrijkt tussen zijn arts-examen en het begin van zijn taak, niet worden uitgesteld tot na het artsexamen, doch moet het gehele klinische onderwijs doordringen. Dit is voor alle medische studenten, wat zij ook willen worden, een voordeel. Gesteld mag namelijk worden dat, evenals de toekomstige huisarts profijt ondervindt wanneer tijdens de studententijd een geest van zelfstandig wetenschappelijk onderzoek wordt aangewakkerd, de toekomstige onderzoeker onder de studenten met evenveel voordeel kan kennismaken van de praktische aspecten der geneeskunst.

De consequentie verder trekkend uit het feit, dat de huisarts zijn werk verricht in de eigen spreekkamer en ten huize van de patiënt, zal een deel van de opleiding der medische studenten dienen plaats te vinden op een huisartsenspreekuur en ten huize van de patiënt. De medische faculteit zal dus, hetzij in eigen beheer, hetzij in associatie, een huisartsen-

praktijk aan zich dienen te verbinden, waarin een regelmatig coassistentenschap tijdens de opleiding moet worden doorlopen.

De opleiding van de studenten tijdens dit coassistentenschap en het geven van een aantal colleges in de huisartsengeneeskunde dient te geschieden door een huisarts. Evenals een aanstaande specialist in de eerste plaats wordt opgeleid door een specialist in hetzelfde vak, dienen wij de opleiding voor de specifieke taak van de huisarts vooreerst in handen te leggen van een arts, die dit specifieke vak beoefent. Daartoe dienen wij onder degenen, die zich reeds thans onderscheiden door de wijze waarop zij de huisartsenpraktijk beoefenen, te zoeken naar hen, die tevens lust en begaafdheid voor het onderwijs hebben en die blijk geven over kwaliteiten als wetenschappelijk onderzoeker te beschikken, alles volgens dezelfde criteria die worden aangelegd bij benoemingen tot hoogleraar, buitengewoon hoogleraar of lector in een der andere onderdelen der geneeskunde.

Het is duidelijk dat deze keus een moeilijke zal zijn en dat wij waarschijnlijk de te benoemen docenten in de huisartsengeneeskunde gelegenheid moeten geven zich tijdens een onderwijsopdracht van bijvoorbeeld een of twee jaar, deels door verdere studie, deels door eigen ontwikkeling, voor te bereiden op hun taak, die in vele opzichten pioniersarbeid zal zijn.

4 Elke analyse van de huisartsenpraktijk, vooral in de westelijke landen, heeft doen zien dat in dit werk een grote plaats wordt ingenomen door de behandeling van patiënten met psychoneuroses, psychosomatische ziekten of met psychische gevolgoestanden van lichamelijke ziekten, zowel bij de patiënt als bij de andere leden van het gezin. Een niet onbelangrijk aantal patiënten komt zelfs op het spreekuur met de al of niet onder een lichamelijke klacht verborgen behoefte aan steun in een levensmoeilijkheid. Deze levensmoeilijkheden betreffen vaak ontwikkelingsstoornissen in de jeugd, liefdetekort of gebrek aan begrip van de zijde van ouders of huwelijkspartner, seksuele problemen, moeilijkheden in het werk of van financiële aard of moeilijkheden bij de aanpassing aan een nieuwe omgeving, levensgewoonten of levenssituatie. Huisartsengeneeskunde en medische psychologie zijn niet identiek; maar de arts, die zijn taak niet tot het technische aspect van zijn vak wil beperken doch ook zijn patiënten in hun menselijke noden wil bijstaan, voelt het als een gebrek in zijn opleiding dat hij niet heeft geleerd levensmoeilijkheden te herkennen, te begrijpen en te behandelen. Hij voelt behoefte aan meer kennis der medische psychologie als een noodzakelijkheid om zijn taak als huisarts naar behoren te kunnen verrichten.

5 De moderne geneeskunst berust slechts ten dele op wetenschappelijk gefundeerde kennis; ten dele vloeit zij voort uit eveneens waardevolle empirie, doch daarnaast berust een belangrijk deel van ons

geneeskundig handelen nog steeds op intuïtie, of op subjectieve of overgeleverde aprioristische denkbeelden. In het bijzonder in de psychiatrie en de klinische psychologie spelen de intuïtie, de „ontmoeting”, het „invoelbare verband” en de subjectieve interpretatie van de uitingen en gedragingen van de patiënt een grote rol, al wordt allerwege gewerkt om ook dit onderdeel der geneeskunde op vaster wetenschappelijke basis (biologisch, psychologisch en sociologisch) te plaatsen.

Deze ontwikkeling, waarin de psychiatrie en klinische psychologie zijn begrepen, maakt het voor de huisarts moeilijk zich op deze gebieden te oriënteren en te begrijpen, hoeveel van wat hem door psychiaters en psychologen wordt geboden, vrucht is van wetenschappelijk onderzoek en gedegen empirie en hoeveel min of meer waarschijnlijke theorie of hypothese. In het bijzonder staat hij voor de moeilijke vraag in hoeverre hij bij zijn verlangen om zijn patiënten met levensmoeilijkheden, psychoneuroses en psychosomatische ziekten bij te staan, zich sommige methoden moet eigen maken van psychodiagnose en psychotherapie, zoals die door een der psychiatrische scholen worden gebruikt en aangeprezen, of dat hij moet trachten door zelfstandig onderzoek die vorm van tussenmenselijke benadering te vinden, die voor zijn patiënten in de situatie zoals hij hen ontmoet (op het spreekuur en in het gezin) de beste is.

6 Uit de ervaringen van huisartsen die in de afgelopen jaren naar verbetering van hun tussenmenselijk contact met hun patiënten hebben gezocht zijn reeds thans enkele belangrijke resultaten te voorschijn gekomen. Het is gebleken dat de situatie, waarin de huisarts zijn patiënt onderzoekt en behandelt, enkele belangrijke voordelen biedt vergeleken met het contact dat de specialist, de psychiater inbegrepen, met de patiënt heeft. De jarenlange continue of intermitterende aanraking met de patiënt en zijn familie, waardoor de voorgeschiedenis en vele tussenmenselijke en sociale omstandigheden hem bekend zijn, de plaats van de huisarts in dezelfde dorps- of stadsgemeenschap en zijn contact met de andere leden van het gezin, die veelal ook zijn patiënten zijn of geweest zijn, geven de huisarts mogelijkheden tot begrip van de patiënt en diens levenssituatie, welke de specialist niet heeft of zich pas door langdurig onderzoek kan verwerven. Verder is gebleken dat deze situatie, alsmede het feit dat de patiënt zich vaak in het begin van de stoornis tot hem wendt, de huisarts mogelijkheden geven tot het bereiken van psychotherapeutische resultaten, die soms verrassend gunstig zijn en binnen een veel kortere tijd worden bereikt dan de specialist hiervoor nodig zou hebben gehad. Uit de ook tijdens deze Boerhaave-cursus door de huisarts-sprekers medegedeelde ziektegeschiedenissen bleek, dat door huisartsen door het opnemen van een biografische anamnese, door sympathiserend (meevoelend) luisteren, door vragend reflecteren (counseling) en door behandeling van patiënt en gezinsleden samen, re-

sultaten waren bereikt, die niet onderdeden voor die van de specialistische methoden.

Dit laatste vooral leek belangrijk. Terwijl de specialist, de psychiater inbegrepen, zijn behandeling meestal beperkt tot de patiënt, bevindt de huisarts zich „vanzelf” te midden van de patiënt en zijn huisgenoten. Deze vragen hem te spreken of komen voor zichzelf op het spreekuur; zij delen hem hun visie op de patiënt mee, maar tonen daarbij veelal zelf ook behoefte te hebben aan steun. Door ook hen tijd en begrip te geven werden zij gesteund in hun pogingen de patiënt te begrijpen en zo maakten soms twee huwelijkspartners onder deze vorm van psychotherapie een ontwikkeling door, die hen in staat stelde elkaar en/of de kinderen beter te aanvaarden. In andere gevallen zagen wij de patiënt zijn schroom verliezen zich aan anderen te tonen zoals hij werkelijk was of wij zagen hem een meer in zijn eigen lijn liggende levensweg kiezen. Merkwaardig was daarbij verder dat deze patiënten, zuiver psychiatrisch gezien, dan nog geenszins vrij van neurose waren; zij kozen soms een neurotische huwelijkspartner, doch het verschil was dat zij blijkbaar symptomatisch zozeer waren verbeterd, dat zij tot een beiden bevredigende verhouding in staat waren geworden, hun werk geregeld verrichtten en de arts nog slechts bij uitzondering nodig hadden. Zij waren met andere woorden even symptomatisch verbeterd als de patiënt met myopie, die door een juiste bril zijn refractieanomalië compenseert, of de diabetespatiënt, die dank zij dieet en insuline suikervrij is gemaakt. Voor het levensgeluk van de patiënt en zijn gezin bleken deze door de huisartsen behaalde symptomatische successen echter even belangrijk als wat met een poging tot causale therapie zou zijn bereikt.

7 De ervaring heeft deze huisartsen getoond dat in gesprekken, op deze wijze gevoerd, sympathiserend luisteren betere resultaten gaf dan bemoedigend toespreken of raadgeven. De huisartsen bemerkten verder dat zij door deze gesprekken inzichten verwierven in het verband tussen levensomstandigheden en ziekten, die voor hen nieuw waren en die voor hen van voordeel bleken in het begrijpen en behandelen van volgende patiënten. Sommige van de door huisartsen op deze wijze aan de dag gebrachte verbanden waren ook wetenschappelijk nieuw en waardevol, zoals het inzicht dat conflicten tussen huwelijkspartners soms berusten op verschillen in het gedrag dat ieder der partners was bijgebracht in de familie, waaruit hij of zij was voortgekomen (door Van Lidth de Jeude „nestgewoonten” genoemd). Ook het inzicht in het verband tussen levenssituaties en lage rugpijn, dat door twee huisartsen, onafhankelijk van elkaar, tijdens deze cursus werd medegedeeld, deed zien dat er voor de huisarts niet alleen bijzondere psychotherapeutische, doch ook wetenschappelijke mogelijkheden bestaan in de bijzondere situatie waarin hij met zijn patiënten verkeert. Een ander voordeel is dat gesprekken, op zulk een wijze gevoerd, op den duur ook minder tijdrovend

bleken te zijn dan de velerlei soorten organische symptomatische therapie, die bij deze patiënten soms jarenlang was toegepast. Het lijkt aannemelijk dat door zulke gesprekken veel verwijzingen naar specialisten en zelfs ziekenhuisopnamen kunnen worden voorkomen.

8 Deze ervaringen wettigen de uitspraak dat het voor iedere huisarts waardevol is zich deze wijze van psychisch contact met de patiënt eigen te maken, daar de medegedeelde resultaten van dusdanige aard waren, dat het schijnt alsof in deze benaderingswijze een voor de huisarts bij uitstek nuttige psychodiagnose en psychotherapie is gevonden. Uiteraard dient dit aan nadere ervaring te worden getoetst, daar niet is uit te sluiten dat sommige andere psychotherapeutische methoden, zoals thans veelal door psychiaters worden toegepast, ook voor de huisarts van nut kunnen zijn.

Hieraan kan worden toegevoegd dat, al gaat het in deze beschouwingen uitsluitend om de huisarts, ook voor vele niet-psychiatrische specialisten het probleem rijpt hoe zij hun patiënten niet alleen technisch-wetenschappelijk, doch ook menselijk kunnen begrijpen en steunen. Men denke aan de internist die patiënten met colitis ulcerosa, asthma bronchiale, ulcus duodeni en hypertensie moet behandelen; aan de chirurg, die patiënten moet mededelen, dat hij hun slechts door een verminkende operatie hulp kan bieden; aan de huisarts en orthopedisch chirurg, die patiënten moet behandelen, lijdende aan een afzichtelijke huidaandoening of lichamelijke misvorming; aan de oogarts, die de patiënt op blindheid moet voorbereiden; aan de gynecoloog, die wellicht meer dan enig ander specialist met het verband tussen psyche en soma te maken heeft. Bovendien krijgen al deze specialisten patiënten in onderzoek en behandeling, die lijden aan orgaanneuroses op hun gebied en voor wie zij thans niets rationeels weten te doen. Onder al deze specialisten neemt het aantal toe dergenen, die zich onbevredigd voelen door de diagnose „functionele klachten” en die ook bij de behandeling van hun organisch-zieke patiënten de behoefte voelen tot een tussenmenselijk contact, waartoe zij echter de weg niet weten te vinden. Het schijnt dat ook zij in het verwerven van de kunst, om de patiënt zich te laten uitspreken, op boven aangeduide wijze, de juiste weg zullen vinden.

9 Na aldus de wenselijkheid te hebben vastgesteld dat de huisarts zich deze vorm van psychodiagnose en psychotherapie dient eigen te maken, komt de vraag naar voren hoe hem daartoe de gelegenheid in het voortgezet onderwijs moet worden geboden. Betreft het hier slechts een zekere dosis kennis der psychodynamica en een eenvoudige gesprekstechniek, die hij kan leren zoals men andere technieken leert? Of is voor zulk een benadering van de patiënt méér nodig; een verandering van de persoonlijkheid respectievelijk van het gedrag van de huisarts, die ervaren moet dat, terwijl hij in zijn overige werk veelal actief handelend en zelfs autoritair optreedt,

in dit contact meer een begrijpende, aanvaardende en medewerkende houding nodig is, waarbij zonder raad, voorschrift of dominantie de patiënt alleen mogelijkheden tot zich uitspreken, tot zich ontwikkelen en tot het vormen van een eigen levenswijze wordt geboden?

Hiermee hangt samen de vraag of zulk een opleiding in de medische psychologie voor de huisarts mogelijk is door lezen van tijdschriften of boeken, met andere woorden alléén, of door het luisteren naar voordrachten, dan wel dat deze veranderde instelling ten opzichte van de patiënt slechts geleerd kan worden in groepsverband. Daarbij heeft men dan weer de mogelijkheid te kiezen tussen groepen, werkend volgens de methode Balint, die bewust alle „onderwijs” afwijst en alleen tracht de artsen, die in de groep hun ervaringen met hun patiënten mededelen, in de tussenmenselijke arts-patiënt-verhouding te beïnvloeden, en de werkwijze, zoals die in enkele Nederlandse en Israëlische groepen wordt gevolgd, waarin zowel een veranderde instelling in het arts-patiënt-contact als het verwerven van kennis der tussenmenselijke en psychosomatische verhoudingen wordt nagestreefd. Hierover werd tijdens de cursus geen eenstemmigheid bereikt of liever, de beschikbare ervaring liet niet toe in deze tot een bindende uitspraak te komen. Wel schijnt het aan de emotionele beïnvloeding van de arts afbreuk te doen en schijnt hij de betekenis van het gevoelscontact met de patiënt minder persoonlijk te ervaren, wanneer tijdens dezelfde groepszittingen objectief-wetenschappelijke kennis wordt gedoceerd. Het schijnt beter te zijn de groepszittingen in de eerste plaats te richten op de onderlinge discussie tussen de huisartsen over hun eigen instellingen en gevoelens en de invloed daarvan op de patiënten, die zij in behandeling hebben en afzonderlijk hiervan — eventueel door andere docenten — psychodynamica, grondslagen der wetenschappelijke psychologie, psychosomatiek en sociologie te laten geven.

In elk geval kwam tijdens de cursus de opinio communis tot stand, dat de voordrachten der drie uit de groepen voortgekomen huisartsen met hun co-referenten van zulk een hoge kwaliteit waren, dat uitbreiding van het aantal groepen over het gehele land gerechtvaardigd en gewenst is. Een belangrijk bijkomstig resultaat van het werk in deze groepen bleek bovendien gelegen in de verbetering van het contact tussen de psychiaters-leiders en de huisartsen, waardoor de psychiater gelegenheid kreeg een groter aantal patiënten — zij het via de huisarts — te beïnvloeden en dus tevens het probleem van het brengen van voldoende psychotherapeutische hulp aan de bevolking, nader tot zijn oplossing scheen te worden gebracht.

10 Het valt te verwachten, dat door de verdere ontwikkeling der psychiatrie als wetenschap en door de wetenschappelijke bestudering van het menselijk gedrag (in de Ver. Staten met een minder gelukkige uitdrukking „human biology” genoemd, waarvoor Romano op de cursus de term „scientific humanization” voorstelde) ook voor de huisarts belangrijke

inzichten en feiten aan de dag zullen worden gebracht. Hierbij valt te denken aan de reeds thans zich aftekenende betekenis der zogenaamde psychofarmacologie, aan de gerichte beïnvloeding van het menselijk gedrag door deskundig gebruik van hormonen, aan de verdere opheldering der wetten van de groepsdynamica, waardoor mogelijkheden van groepstherapie ook voor de huisarts open gaan en aan „roleplaying” als mogelijkheid om te leren de medemens te verstaan.

De huisarts zal dus goed doen de ontwikkeling in deze richting te blijven volgen en kritisch te beproeven, welke van deze verworvenheden hem kunnen helpen in zijn specifieke taak. Het is echter wel duidelijk, dat deze mogelijkheden hem ten hoogste kunnen steunen in de verdere ontwikkeling van de wijze waarop hijzelf als genezende factor in het gezin ageert. Zoals Balint het uitdrukte: „De belangrijkste farmacologie voor de huisarts is de kennis hoe het geneesmiddel „dokter” toe te dienen”.

Want dit is wellicht het allerbelangrijkste van de ontwikkeling der huisartsengeneeskunst der laatste jaren, dat ook tijdens deze cursus zo duidelijk sprak. De huisarts is bezig het geloof in eigen betekenis en mogelijkheden te herwinnen. Dit besef geeft hem enerzijds een nieuwe bevrediging in zijn werk en heeft hem tevens zijn waardigheid temidden van zijn collegae doen herkrijgen. Anderzijds is zijn taak daardoor niet gemakkelijker geworden. Evenals voor zijn collegae specialisten is het nu zijn eigen verantwoordelijkheid, zijn „specialisme” tot hoger ontwikkeling te brengen, de nascholing in zijn vak zelf te organiseren en wetenschappelijk onderzoek op zijn eigen gebied te verrichten.

Deze cursus toonde overtuigend aan dat de Nederlandse huisarts, zonodig gebruik makend van wat specialisten hem kunnen bieden, tot deze zelfstandige vorm van uitoefening van zijn beroep in staat is. De steen, die bijna door de bouwers dreigde te worden verworpen, belooft een hoeksteen te zullen blijven van het gebouw der geneeskunde.

MEDEDELINGEN UIT HET

RIJKS INSTITUUT VOOR DE VOLKSGEZONDHEID

In verband met de gewijzigde behoefte zullen bij het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid met ingang van 1 juli 1960 de volgende in het Vademecum 1953 genoemde tuberculinepreparaten niet meer beschikbaar zijn.

- a Tuberculinum humanum, verdunningen 1/10 en 1/10000;
- b Tuberculinum bovinum, alle verdunningen;
- c Tuberculinum humanum bovinum aa.

Ter beschikking blijven:

- a Tuberculinum humanum, onverdund in flesjes van 1 ml en 5 ml (prijscourant no. 521.1 en 521.5) en de verdunningen 1/100, 1/1000 en 1/2000 in ampullen van 1 ml en flesjes van 10 ml (prijscourant no. 522.1 en 522.10);
- b Tuberculinum bovinum, onverdund in flesjes van 1 en 5 ml (prijscourant no. 531.1 en 531.5);
- c P.P.D., 10 eenheden per ml met 0,05 procent Tween 80, in flesjes van 10 ml (prijscourant no. 562.10).

Op verzoek kan elke gewenste verdunning tuberculinum humanum en bovinum speciaal worden bereid. Opgave van kosten wordt op aanvraag verstrekt. Voor speciale doeleinden kunnen flesjes van 100 ml tuberculinum humanum (prijscourant no. 521.100) en tuberculinum bovinum (prijscourant no. 531.100) worden geleverd.