

een groter aantal gevallen zullen kunnen bevestigen. Ook *Gerrits*, *Bagnay* en *Drukker* schrijven: „Het bevolkingsonderzoek is dan ook een belangrijk hulpmiddel bij het vroegtijdig ontdekken van het perifere bronchuscarcinoom”?

Een vraag, die zich uiteraard opwerpt wanneer men over een periodiek onderzoek gaat nadenken, is, met welke frequentie een dergelijk nakijken moet plaats hebben. De levensverzekeringsmaatschappijen, die thans reeds hun verzekerden deze mogelijkheid bieden, doen dit eens in de drie of vijf jaar. Met betrekking tot het carcinoma pulmonum achten *Fleury*, *Delattre* en *Havez* een jaarlijks onderzoek onvolgende en zij zeggen: „les examens seraient répétés tous les six mois chez les sujets apparemment sains”

Ook *van Bommel* vindt een om de zes maanden herhaald schermbeeldonderzoek noodzakelijk voor het tijdig ontdekken van longkanker. Men zoekt overal naar mogelijkheden, ook voor andere carcinomen.

Conclusie. Het komt mij voor, dat wij, meer dan tot nu toe geschiedde, er naar moeten streven de gevallen van kanker te diagnostiseren, wanneer de uitbreiding ervan nog zo klein mogelijk is, al impliceert dit geenszins, dat wij ook niet op andere punten, zowel wat de profylaxe, als de therapie betreft, alert moeten blijven. Het ging er mij hier voornamelijk om erop te wijzen dat ons streven, patiënten onder behandeling te krijgen met een nog zo klein mogelijke uitbreiding van het carcinoom, reeds tot aanwijsbare successen in de behandeling kan voeren.

Bekius, H. J. (1960) *Med. Contact* (Amst.) 15, 58.
Berchthold, R. en G. Kaliampetos (1960) *Schw. med. Wsch.* 90, 967.
Bommel, L. B. van (1958) 20ste jaarverslag Stichting Cen-

traal Bureau voor keuringen op med. hygiënisch gebied, 's-Gravenhage.
Bruïne, Tj. L. A. de (1954) De behandeling van het carcinoma colli uteri. Scheltema en van Holkema, Amsterdam.
Bruïne, Tj. L. A. de (1956) *Ned. T. Verlosk.* 61, 543.
Buma, J. T. (1959) Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Uitg. Ned. Inst. Prev. Geneeskunde, Leiden.
Cameron, C. S. (1956) *The truth about cancer.* Englewood Cliffs, New Jersey.
Cate, R. S. ten (1960) *Med. Cont.* (Amst.) 15, 74.
Day, E., Th. G. Rigney en D. F. Beck (1953) *Med. Bull.* (Peoria) 13, 315.
Desaive, P. (1960) *Acta Un. int. Cancr.* 16, 1605.
Dool, C. W. A. van den (1960) Enige mogelijkheden tot het vroegtijdig opsporen van chronische ziekten door de huisarts. Stenfert Kroese N.V., Leiden.
Fleury, M., R. Delattre en R. Havez (1956) *Presse méd.* 64, 2033.
Gerrits, J. C., W. Bagnay en W. Drukker (1960) *Ned. T. Geneesk.* 104, 566.
Held, E. (1960) *Schw. med. Wschr.* 90, 965.
Korteweg, J. A. (1880) *Ned. T. Geneesk.* 16, 121.
Korteweg, R. (1953) *Ned. T. Geneesk.* 97, 1166.
Lahr, J. H. F. (1958) *Med. Cont.* (Amst.) 13, 100.
Langen, C. D. de (1957) *T. soc. Geneesk.* 35, 556.
Mertens, A. Th. L. M. (1960) *Med. Cont.* (Amst.) 15, 39.
Nieburgs, H. E., S. Stergus, E. M. Stephenson en B. E. Harbin (1957) *J. Amer. med. Ass.* 164, 1546.
Querido, A. (1957) *T. soc. Geneesk.* 35, 558.
Santy, P., P. Galy, M. Latarjet, J. de Beaujeu Papillon (1959) *Bronches* 9, 318.
Schramm, M. H. (1953) *Acta Un. int. Cancr.* 9, 405.
Smithers, D. W., P. Rigby-Jones, D. A. G. Galton en P. M. Payne (1952) *Brit. J. Radiol. suppl.* 4.
Swierenga, J. (1954) *Geneesk. Bl.* 46, no VII/VIII.
Thijssen, P. W. (1958) *Med. Cont.* (Amst.) 13, 149.
Tonkes, E. (1960) *T. soc. Geneesk.* 38, 67 en 337.
Vossschulte, K. (1959) *Bronches* 9, 336.
Wester, J. (1960) Periodiek Geneeskundig Onderzoek, rapport van de voorzitter van de Gezondheidsraad. Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid no. 10. Uitg. Staatsdrukkerij, 's-Gravenhage.
Wielen, Y. van der (1959) De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. Van Gorcum en Comp. N.V., Assen.
Williams, C. R. en J. E. Lofstrom (1959) *J. Mich. med. Soc.* 63, 568.

*Psychologische methoden aangepast aan de huispraktijk**

DOOR J. KOOPMAN, HUISARTS TE EINDHOVEN

Door het hoge peil van de lichamelijke gezondheids-toestand van de bevolking in dit westerse land komt voor de arts en zeker voor de huisarts het accent van zijn werk in toenemende mate te liggen op het bestrijden van klachten, die niet uit een directe verstoring van het lichamelijke welzijn voortkomen. Vandaar dat er voor deze kant van ons werk een groeiende belangstelling bestaat. Opleiding en nascholing van de huisarts in deze materie ontbreken nog vrijwel geheel. Dit kan ook niet anders, daar de relatie huisarts-patiënt in deze een nog zeer weinig geëxploreerd gebied is.

Het eerste contact van de patiënt met zijn huisarts betreft bijna steeds klachten op lichamenlijk gebied. Slechts zelden komt de patiënt direct met een probleem van individueel- of sociopsychologische aard. Eerst zal de huisarts dan ook moeten vaststellen of het eigenlijke probleem wel geheel somatisch is, en of en tot in welke mate het lijden uit de psychosociale sfeer kan voortkomen. Hierbij kan de kennis van bepaalde ziektebeelden, namelijk uit de psychosomatische groep (astma, maagulcus en dergelijke) hem een duidelijke aanwijzing geven, maar ook kan juist de onduidelijkheid van de lichamenlijke verschijnselen of anatomisch onverklaarbare samenhang ervan zijn gedachten naar een conflict in de psychosociale sfeer leiden. Hoe moet de huisarts dan ech-

* Uit de Medische Afdeling van de N.V. Philips.

ter verder? Hoe kan hij tot een diagnose komen en tot een therapie? Welke specifieke kennis en welke hulpmiddelen staan hem ten dienste?

Van oudsher is de intuïtie en de door ervaring verworven mensenkennis hem van nut geweest. Deze zijn en blijven onmisbaar in de geneeskunst. Maar de tijd is gekomen dat de huisarts zich voor deze materie specifieke, dat wil zeggen speciaal voor hem als huisarts en op de genoemde materie gerichte, onderzoek- en therapie methoden tracht te verwerven. Voor het verkrijgen daarvan is tweëerlei kennis nodig:

- 1 een analyse van de eigen positie en de eigen mogelijkheden in de relatie tot de patiënt;
- 2 een analyse van de methoden, die worden toegepast door psychiaters, psychologen en sociologen. Deze immers, hebben reeds een grote ervaring met het behandelen van psychosociale problemen. Het is van groot belang, dat wordt nagegaan wat hiervan voor de huisarts van nut kan zijn.

Het is duidelijk, dat men de mogelijkheden en onmogelijkheden van de eigen situatie goed moet kennen. Zij bepalen mede het nut, dat de diagnostische en therapeutische methoden van genoemde specialisten voor de huisarts kunnen hebben. Het zonder meer overnemen van hun methoden in de totaal andere huisarts-patiënt-relatie kan slechts tot mislukking leiden. Daarom juist zou men met nadruk willen pleiten voor een onderzoek naar eigen en aan de relatie huisarts-patiënt aangepaste methoden. In deze relatie kan men onderscheiden het korte normale contact, zoals zich dit dagelijks op het spreekuur en bij het maken van visites voordoet. Daarnaast kan de huisarts enkele patiënten voor een langduriger contact selecteren als hij een of meer uitgebreide gesprekken nodig acht. Het hierna volgende richt zich vooral op de normale korte visites en consulten, waarbij immers zo vaak de noodzaak bestaat van een eenvoudige psychodiagnostiek en therapie.

Eerst zou ik enkele essentiële punten naar voren willen brengen van deze relatie huisarts-patiënt en enkele mogelijkheden noemen, waarin versterking van het diagnostisch-therapeutisch arsenaal van de huisarts ten behoeve van deze groeiende groep patiënten is te vinden.

I Enkele kenmerken van de normale relatie huisarts-patiënt, van belang voor het voorgaande, zijn:

1 De relatie huisarts-patiënt is een vaste, blijvende verhouding. Het moet dus voor de patiënt mogelijk zijn na een uitvoerig contact over een bepaald probleem, zich weer tot de huisarts te wenden met een geheel ander lijden, zonder dat hij zich gegeneerd voelt door het besef, dat de huisarts bepaalde dingen van hem weet.

2 De huisarts heeft vaak, behalve met de patiënt, een gelijkwaardige vertrouwensrelatie met diens omgeving (familieleden en andere in het conflict be-

trokkenen), wat remmend maar ook bevorderend kan werken op het geven van vertrouwen.

3 De huisarts is gemakkelijk bereikbaar, aan huis te ontbieden en niet zo ver af als de psychiater. De afstand is dus veel geringer, wat voor- en nadelen heeft, maar bovenal de relatie anders maakt.

4 Het contact dat de huisarts met zijn patiënt heeft is ook voor dit soort problemen, wat de tijdsduur betreft, duidelijk beperkt. * Dit is ook voor elke onderzoek- en behandelingsmethode in de huispraktijk een limiterende factor.

5 De huisarts heeft qualitate qua toegang tot de lichamelijke van de patiënt. Dit punt, waarin hij verschilt van psychiater, psycholoog en socioloog, verschaft hem een grote voorsprong.

6 Achter de huisarts staat, voor zuiver lichamelijke zaken, als hogere instantie de specialist. Dit betekent voor hem een beperking van zijn gezag. Achter de psychiater, psycholoog, socioloog staan, in het oog van de patiënt geen „hogere” instanties. Van de betekenis hiervan geeft Dr J. A. Weyel een aardige analyse (1960) huisarts en wetenschap 3, 228.

7 De relatie met de huisarts is een duidelijke, een „daglicht”-relatie, zoals van den Berg in zijn „Psychologie van het ziekbed” doet zien. Hierbij bestaat altijd een direct contact van mens tot mens. Bij de psychiater kan het contact anders liggen.

Na het noemen van deze kenmerken van de relatie huisarts-patiënt, doet zich de vraag voor, welke betekenis zij hebben voor een goede werkwijze op sociaal-psychisch gebied.

a De relatie huisarts-patiënt mag niet worden verstoord. De patiënt heeft van zijn huisdokter een bepaalde voorstelling en de rol van huisarts moet dan ook volkomen duidelijk worden gebracht. Een huisdokter kan zich bijvoorbeeld niet onbeperkt verschuilen achter de spiegelende houding van een „counselor”. Hij zou zich daarmee op onechte wijze gedragen en bij de patiënt verwarring stichten. Wel moet hij — een oude eis! — een goed luisteraar zijn. Ook is een zekere mate van „vaderlijke” houding onontbeerlijk, waarmee dan tevens voor de huisarts enkele relaties, die in de psychiatrie gangbaar zijn, komen te vervallen.

b De te gebruiken methoden moeten in de genoemde relatie hanteerbaar zijn. Een Rorschach-test bijvoorbeeld zou, afgezien van de specifieke kennis die nodig is, te soort-vreemd zijn. Het gebruik hiervan zou een pseudo-psychiatrische indruk maken, waardoor de verhouding onecht zou worden.

c Om voor de hand liggende redenen mogen de te volgen werkwijzen niet veel meer tijd vragen dan de huisarts als regel ter beschikking kan stellen.

d De algemeen aanvaarde, aan het beroep inherente toegang tot de lichamelijke van de patiënt schept voor de huisarts een aantal mogelijkheden

* Zie onder andere Dr v. d. Wielen en de gegevens uit de discussie over het afspraakspreekuur in Medisch Contact. Men komt steeds op gemiddeld vijf minuten.

door te dringen tot de psyche van de patiënt. Het is mij vaak opgevallen — en ik maakte daarvan bewust gebruik — dat een ontklede patiënt op de onderzoekbank zich kan uiten over zaken en gevoelens, die even tevoren, bij het gesprek aan het bureau, niet konden worden gezegd. Deze overgavesituatie biedt soms mogelijkheden, die de psychiater pas na lange tijd verkrijgen kan. Ook het door de patiënt uitsluitend voor zijn lichamelijk lijden aanvaarde geneesmiddel kan, mits de arts het voorschift geeft met het totale lijden in de gedachte, voortreffelijk werken.

e De vaste relatie van de huisarts tot de mensen uit de omgeving van de patiënt ontnemt hem mogelijkheden, die de psychiater heeft, maar geeft hem soms ook een duidelijke voorsprong op deze. De relatie patiënt-huisarts veronderstelt namelijk deze bekendheid met de omgeving. Het is echter de kunst dit gegeven op de goede wijze in de behandeling te gebruiken. Als een van mijn patiënten, een huisvrouw, het gesprek opent met de woorden: „Dokter, u kent die man van mij wel. Nou moet u eens horen, wat hij nou weer heeft uitgehaald”, dan is de vertrouwensbasis gelegd en kan veel worden overgeslagen van hetgeen een psychiater eerst moet opbouwen. Hoe zeer dit mogelijk is demonstreerde ook van Lidth de Jeude in zijn casus op de Boerhaave-cursus medische psychologie voor huisartsen te Leiden.

II Welk doel kan de huisarts nastreven bij zijn diagnostiek en therapie van de sociale en psychische moeilijkheden van de patiënt?

In de somatische geneeskunde moet hij streven naar een objectieve diagnose. In het sociopsychische gebied ligt de zaak anders. Als men stelt, dat er een verstoord evenwicht is tussen het zijn van het individu en zijn levensomstandigheden, dan zijn er zowel in dit zijn van het individu als in deze levensomstandigheden zo veel variaties mogelijk, dat de wisselwerking van beide nooit tot een objectieve diagnose leidt, maar veeleer slechts een individueel syndroom oplevert.

In die gevallen is de subjectieve beleving van de patiënt veel belangrijker dan de objectieve betekenis van de situatie. De consequentie hiervan is, dat dit individuele syndroom aan de arts nooit voorhands bekend kan zijn, zoals dat met de somatische diagnoses het geval is, al kan hij misschien vermoedens hebben. Bij de somatische diagnostiek daarentegen worden de ontdekte verschijnselen al gauw in een vast referentie-kader (ulcus, cholelithiasis, pyelitis) ondergebracht.

Derhalve heeft een zuiver gericht vraaggesprek, zoals in de somatische geneeskunde gebruikelijk is, veel minder zin. Te meer omdat de patiënt, bewust of onbewust, vaak niet bereid is de essentie van zijn lijden prijs te geven, wat in het somatische vlak zelden een punt van zorg is. In tegenstelling tot de gang van zaken bij de somatische anamnese zullen gerichte vragen, die niet op het ziektebeeld van toepassing zijn, de patiënt frustreren en maken dat hij

zich wéér niet begrepen voelt. Daarom moet de arts, ten dele ongericht en voorzichtig tastend, uit het al of niet somatisch getinte syndroom van klachten, de voor de patiënt essentiële zaken losmaken en ontwikkelen en dit alles in de korte spanne tijds, welke hij per patiënt kan geven.

Een techniek hiervoor heeft de huisarts, in tegenstelling tot de psychiater of de psycholoog, niet geleerd. Wel ontwikkelt hij in de loop der jaren zijn eigen manier van gespreksvoering voor dit soort lijden. Dit is dan een gesprekmethode, die althans de arts ligt en daar iedere arts zich een eigen praktijk vormt, is deze methode misschien ook wel enigszins geschikt voor zijn patiënt, daar zij hem, via de figuur van zijn huisarts, houvast biedt. Dit is echter een methode die niet op objectieve kennis en wetenschappelijke ervaring berust.

Moeten wij dus wat de diagnostiek van dit gebied betreft minder dan in het somatisch gebied het geval is, naar een „diagnose” streven en vooral bedacht zijn op het individuele syndroom, ook met de therapie is het anders gelegen. Op psychisch en sociaal gebied glijden diagnose en therapie in veel sterkere mate in elkaar over. Al is het geven van een inzicht in een situatie geenszins een panacee, soms stelt het de patiënt in de gelegenheid zich tegenover de omstandigheden anders te gaan gedragen, omdat door dit verworven inzicht de betekenis van de omstandigheden is veranderd. Ook kan het gesprek de arts leiden tot het besef, dat slechts enige morele steun nodig is of dat de patiënt de conflictsituatie als zodanig zal moeten aanvaarden, in welk geval hij in datzelfde gesprek de patiënt behulpzaam kan zijn.

Meestal zullen eigen levenservaring en de kennis van de maatschappelijke en individuele achtergronden van de patiënt — die hij immers al lang kent — voor de arts de keuze uit de verschillende diagnostische en therapeutische mogelijkheden bepalen; maar de opleiding tot het maken van een keuze mist hij. De vraag of hij in deze met een soort kennis gewapend moet zijn, als ware hij een afspiegeling van de psychiater, meen ik te moeten ontkennen. Immers, evenals op somatisch terrein, is zijn doelstelling anders, zo men wil oppervlakkiger, dan die van de specialist: hij wil slechts de levensloop van de patiënt, waar deze hapert, weer op gang brengen. Nog bescheidener gezegd: de patiënt van de beletselen ontdoen, die zijn zelfgenezing in de weg staan. Kortom, hij zal trachten het leven weer zijn loop te doen vinden. Het kwaad in de wortel aan te tasten, gelijk de chirurg en de psycho-analyticus dit zich ten doel stellen, is hem slechts zelden gegeven. Meestal is dit echter ook niet nodig.

III In welke richtingen zou men nu kunnen zoeken om de huisarts in deze materie de nodige instructies in handen te geven binnen het kader van zijn beperkte tijd?

Slechts enkele mogelijkheden op dit onontgonnen terrein worden hier aangeduid:

a het reeds genoemde gebruik maken van de licha-

melijke overgave-situatie tijdens of na het onderzoek;

b het thuis laten opschrijven door de patiënt van dromen, waaruit soms op eenvoudige wijze iets af te leiden valt;

c het door de patiënt doen schrijven van brieven aan de arts over wat moeilijk zegbaar is. Dit heeft soms een verrassend resultaat, juist bij eenvoudige mensen;

d het laten maken van tekeningen door kinderen en een gesprekje naar aanleiding daarvan;

e het trekken van de patiënt uit de dagelijkse realiteit, waarin hij met zijn conflicten en problemen is verankerd (zie toekomsttest, voorbeeld 2);

f de arts dient te leren zich steeds tijdens het gesprek bewust te worden van datgene wat hij doet (bijvoorbeeld „aufdecken”, „zudecken”, suggesties geven, enzovoort);

g de arts moet leren zich voortdurend af te vragen, wat de patiënt met zijn uiting (bijvoorbeeld „ik heb pijn in mijn rug”) eigenlijk bedoelt te zeggen.

Enkele voorbeelden mogen hier volgen:

1 Een ongehuwde moeder, die bij haar ouders inwoont, komt klagen over haar achtjarig zoontje dat steelt, niet te regeren is en haar het leven onmogelijk maakt. Als huisarts weet ik, dat thuis een fikse oma de lakens uitdeelt. De jongen maakt een norse, gesloten indruk. Een poging tot gesprek mislukt. Ik verzoek hem over een week terug te komen en intussen voor mij een tekening te maken met een boom erop. Hij komt met een net landschapje, waarop overigens een stevige boom met royale vertakkingen staat. Op mijn vraag vertelt hij, dat hij de tekening drie keer over moest maken omdat oma het niet netjes genoeg vond.

Wij spreken dan af, dat wij nu samen een geheim zullen hebben; hij mag voor mij een tekening maken, wat hij maar wil, maar niemand anders mag die zien dan alleen wij tweeën. Hij komt dan terug met een woest tafereel van een man, die naar het schavot wordt geleid, met een menigte mensen er om heen, die schreeuwen „vermoordt hem”! De potlooddruk is zwaar. Kortom een beeld van hevige agressie. Op de vraag wie die man was, die moest worden vermoord, zegt hij: „da's me oom, die me altijd pest”.

Het was mogelijk dit onderdrukte kind elders te plaatsen, waar hij het nu best maakt.

2 Een nuttig gebruik van de kerngedachte van de „Toekomsttest” (zie H. Dietrich (1956) Zschr. f. Psychotherapie, pagina 15, „Über das sich selbst verstehen psychologisch Erkrankter”), die beoogt de patiënt los te maken van zijn verstriktheid in eigen bestaan; geeft het volgende geval:

Een meisje van 23 jaar, dat ik ongeveer één jaar ken en dat vorige winter eindeloos sukkelde met onduidelijke rug- en buikklachten, trof ik weer aan, liggende in bed met buikpijn en misselijkheid. Zij zag er slecht uit. Het onderzoek leverde niets op. Zij ontkende moeilijkheden te hebben. Ik verzocht

haar bij mij op het spreekuur te komen voor nader onderzoek. Tijdens dit onderzoek stelde ik haar de vraag. „Als u nu morgen eens helemaal kon gaan doen wat u wilde, geen baan had, geen huiselijke zorgen, wat zou u dan willen?” Haar trekken ontspannen zich en zij antwoordde onmiddellijk: „Reizen”. Het bleek dat zij in haar vorige woonplaats controleuze was geweest van een busonderneming en dat zij nu, als fabrieksarbeidster, zeer benauwd werd door de prikklok en het dagelijks met dezelfde mensen in dezelfde ruimte zijn, „waar je voor 5 uur niet meer uit komt”, terwijl het wisselend bestaan van haar vorige baan met zijn vele oppervlakkige contacten haar meer lag.

Hier is dus op een weinig tijdrovende wijze, binnen de mogelijkheden van de huisarts, de kern van haar klachten, haar syndroom dus, geraakt. Of dit syndroom nu op een dieper liggende contactstoornis berust, is niet zonder meer te zeggen, maar de principiële mogelijkheid is gegeven haar te helpen en haar niet in het moeras van haar somatische klachten te laten blijven steken.

3 Een zeer gesloten jonge vrouw, die nog niet lang was gehuwd, begon te begrijpen dat haar man meer de zoon van zijn overheersende moeder was dan haar echtgenoot en reageerde met allerlei klachten. Een gesprek was niet mogelijk, maar een verzoek haar klachten eens op te schrijven leidde tot een onverwachte stroom brieven, die ik tijdens haar bezoeken telkens kort commentarieerde, hetgeen zij zwijgend aanhoorde. Een duidelijk betere aanpassing was op den duur het resultaat.

4 Een man van middelbare leeftijd vroeg sterkere slaappillen. Op mijn vraag naar het waarom antwoordde hij zo te dromen. Hij heeft op mijn verzoek zijn dromen opgeschreven. De kinderloosheid van zijn huwelijk bleek hem het gevoel te geven zonder uitzicht te leven. Ik meende hem daarna beter te kunnen helpen dan met sterkere slaappillen.

5 Een actieve oudere man komt op mijn spreekuur en zegt: „Dokter kijkt u mij eens helemaal na. Ik word binnenkort gepensionneerd en ik zou nog een andere baan willen aannemen. Ik ben prima gezond, maar ja, is het wel verantwoord?” Hij bedoelde eigenlijk: Dokter, ik word gepensionneerd, maar is het nu echt met me afgelopen? Zijn reactie op het goede keuringsresultaat bevestigde de diagnose.

Uiteraard is diagnostisch noch therapeutisch steeds succes verzekerd, maar is dit wel het geval met de auscultatie, met de bepaling van de bezinkingssnelheid van de erythrocyten of met de toediening van sulfa-tabletten?

De handelwijze, beschreven in bovenstaande gevallen, valt in principe binnen de mogelijkheden van tijd en kunde van de huisarts en verrijkt zijn geneeskundig arsenaal. Een breder en meer systematisch onderzoek in deze materie schijnt mij gewenst en behoort stellig niet tot de onmogelijkheden voor een gemengde studiegroep van huisartsen met psychologen en psychiaters.