

duur ziet men zelden. Dit moet worden toegeschreven aan de moeilijkheid voor de patiënt om voortdurend op dieet te leven. Dit wordt beïnvloed door de levensomstandigheden van de patiënt, de therapeutische arts-patiënt relatie, het voorgeschreven dieet en de ondersteunende maatregelen. Vrijwel iedereen heeft angsten en spanningen, die hij probeert te onderdrukken. Deze onderdrukking kan op allerlei wijzen plaats vinden en een daarvan is eten. De meeste mensen ontwikkelen een niveau van voedselopneming, dat hun emotionele behoeften bevredigt. Is dit niveau te hoog voor hun energiebehoefte, dan worden ze te dik. Vermindering reactiveert de spanningen weer en als zij dat niet kunnen verdragen, gaan zij weer meer eten. Dit is de oorzaak van het falen van de meeste vermageringskuren. Verbetering zou alleen kunnen worden bereikt door een veranderde psychische status van de patiënt door psychotherapie, door belangrijke lichamelijke aandoeningen

of veranderingen in de levensomstandigheden.

Belangrijk is de steun van de arts, die meer aandacht moet besteden aan de patiënt en minder aan het dieet, door een actieve belangstelling voor de patiënt, door geruststelling, dat de klachten niet van het dieet komen maar van zijn angst, en door het frequent controleren. Een dieet is een behandeling waarbij een patiënt iets moet laten, in het algemeen wordt hem voorgeschreven iets te doen. Bij deze „negatieve” therapie heeft hij alle steun nodig die kan worden gegeven.

J. G. Antvelink

61-045. Inoculation of human volunteers with a strain of virus isolated from a common cold. *Bynoe, M. L., Horner, J., Schild, G. C., Hobson, D., Kipps, A. en Tyrrell, D. A. J. (1961) Lancet I, 1194.*

Daar het thans mogelijk is een verkoudheidsvirus (type H.G.P. of Salisbury 1/57 M) te kweken op nierweefsel van apen is men makkelijker in staat hiermee proeven te doen. Men heeft getracht bij 54 vrijwilligers langs diverse wegen een verkoudheid teweeg te brengen. Zo gebruikte men als entingsmateriaal neusdruppels van een verdunde virusoplossing en vochtige wattenproppen, die in onverdund virus waren gedrenkt en waarmede de conjunctivae, het voorste neusslijmvlies of de achterste pharynxwand en fauci werden bestreken. Voordat men hiertoe overging werd bij bijna alle vrijwilligers de antilichamen-titer van het serum nagegaan, waardoor het mogelijk werd een titerstijging na de infectie te bespeuren. Bovendien tracht men na de enting het virus weer te kweken uit keel- of neusspoelingen en wattenuitstrijken van conjunctivae, neus en keel.

Men verkreeg (reeds bij dit kleine aantal vrijwilligers, ref.) boeiende resultaten, want het bleek dat een verkoudheid kon optreden na enting van het virus op de conjunctivae en het neusslijmvlies, maar niet indien men het op het pharynx-slijmvlies aanbracht. Tevens zag men nooit kans het virus weer te kweken van conjunctivae-uitstrijken, maar wel lukte dit meestal uit neus- en keelspoelingen.

Bij een optredende verkoudheid bleek vrijwel steeds een antilichamen-titerstijging in het serum te worden gevonden, maar een enkele keer werd ook een titerstijging vastgesteld terwijl er geen klinische verkoudheidssymptomen waren. Indien echter de antilichamen-titer vóór de enting reeds hoog was, bleek in het algemeen de kans om verkouden te worden veel kleiner.

Aan de hand van bovengenoemde proefnemingen kwam men tot de conclusie, dat als porte d'entrée voor het verkoudheidsvirus het neusslijmvlies en de conjunctivae zijn aan te wijzen. Dat de conjunctivae deze mogelijkheid zou kunnen bieden werd gegronnd op het feit dat Papp in 1959 aantoonde, dat een mazeleninfectie bij kinderen zou kunnen lopen via de conjunctivae. Tevens bleek dat een verminderde besmettingskans bestaat bij een hoge antilichamen-titer. Op het moment van de uitgebroken verkoudheid bleek het virus aanwezig in de neus en de keel.

J. Grijs

Boekbespreking

M. en E. Balint. Psychotherapeutic techniques in medicine. Mind and medicine monographs. Tavistock Publications Limited, Londen. 1961. f 12,20.

Het materiaal voor dit boek is bijeen gebracht in discussiegroepen van de Tavistock Clinic, waar de psychiater M. Balint en zijn vrouw sinds 1949 met deze groepen hebben gewerkt en waarbij ruim tweehonderd huisartsen hun moeilijke patiënten ter discussie brachten. Uit dit materiaal putte Balint de stof voor zijn eerste, in 1957 gepubliceerde, boek, „The doctor, his patient and the illness”.

Psychotherapie is een modern woord voor een oud begrip. De waarde ervan voor de geneeskunde wordt door sommige medici hogelijk geprezen, terwijl anderen er op neerzien, omdat het onwetenschappelijk zou zijn. Het voorkomen van emotionele ziekte-oorzaken wordt door sommige huisartsen geschat op 80 procent, door andere op 10 procent. Het is wel duidelijk dat hier subjectieve beoordeling door de arts een grote rol speelt.

De psychotherapie die Balint van groot belang acht voor de huisarts is niet het gezonde verstand, de vlotte manieren („bedside manners”), het gebruik van sedativa, tranquillizers en geruststelling. In dit boek doet hij een poging een wetenschappelijke ondergrond te vormen voor een andere psychotherapie, waarbij de emotionele component van de arts-patiënt relatie op de voorgrond komt. Het is duidelijk dat dit niet alleen uit boeken en voordrachten kan worden geleerd, maar vooral door het zelf doen, dus door eigen ervaring.

In het eerste van het uit vier gedeelten bestaande boek, wordt uiteengezet welke vorm van psychotherapie voor de huisarts de meest geschikte is en welke resultaten hij daarmee kan bereiken. Deze psychotherapie van de huisarts is een andere therapie dan die van de psychiater, waarbij wordt duidelijk gemaakt, dat de psychiater niet op de hoogte is van de grote mogelijkheden, die deze huisartsen-psychotherapie biedt. Hieruit volgt, dat studie op dit terrein slechts vruchtbaar kan zijn door samenwerken van huisarts en zenuwarts. Met enkele ziektegeschiedenissen uit de huisartsenpraktijk worden deze stellingen geïllustreerd.

In het tweede deel worden de alledaagse problemen besproken, die de huisarts ontmoet; hierin wordt geprobeerd aan te geven wanneer en hoe psychotherapie moet beginnen, waar de arts voor moet oppassen en welke plaats psychotherapie inneemt voor iedere patiënt.

In het derde deel worden enkele achtergronden behandeld van die vorm van psychotherapie, die Balint voor de huisarts geschikt vindt. Wat gebeurt er emotioneel bij de arts wanneer hij zich probeert in te leven in de gevoelens van zijn patiënt? Moet de patiënt ook worden geholpen om zichzelf te begrijpen en hoe moet dat gebeuren? Wat is de waarde van het bewuste en het onbewuste beleven dat we als huisarts van de patiënt te weten komen? Welke rol speelt de huisarts tegenover zijn patiënt, is hij de sterke betrouwbare vader-figuur, die enig magisch inzicht heeft en een onuitputtelijk geduld, of is hij een strenge man, die geen nonsens duldt of is hij de zachte tedere liefhebbende moeder-figuur of is hij zichzelf, zonder een rol te spelen? Dit laatste verdient zeker de voorkeur; hij moet niet vergeten dat hij arts is en dat het zijn taak is om oplettend te luisteren en te begrijpen, maar niet om van iemand te houden, streng te zijn of de fouten van de patiënt te verontschuldigen!

In het vierde deel worden de resultaten vermeld, die tot nu toe uit de bespreking van de discussiegroepen (research cum training groups) naar voren zijn gekomen en ook de vele onopgeloste problemen, die een rijk veld voor studie en bewerking vormen. Enkele van de genoemde problemen zijn: is het verstandig om de patiënt zelf te laten praten of moeten wij, artsen, hem in een bepaalde richting sturen of zelfs enige druk op hem uitoefenen; wanneer moet de patiënt worden verwezen naar de psychiater; hoever moet de bemoeienis van de huisarts gaan vóór de verwijzing en wat daarna te doen; hoe lang moet een gesprek duren; hoe beïnvloeden overdracht en

tegen-overdracht de relatie arts-patiënt; in hoeverre hebben wij het recht door te dringen in het binnenste van een patiënt, in zijn onderbewuste, en in hoeverre hebben wij het recht hier iets te wijzigen; moeten wij hem van zijn neurose beroven of een gelukkiger mens van hem maken?

Hoe is de integratie van somatisch en psychologisch onderzoek; kunnen hieruit conflicten vóórkomen en hoe kan de huisarts die vermijden? De specialist-psychiater heeft het in deze soms gemakkelijker wanneer hij zich alleen met de psychologische zijde van het ziektegeval bezig houdt en de somatische kant aan een collega overlaat.

Hoe bepalen we wie uit een gezin de eigenlijke patiënt is, die behandeling nodig heeft? Is dat degene, die bij ons komt, bijvoorbeeld de vrouw, die komt klagen over haar huwelijksmoeilijkheden, of degene, die niet onze hulp heeft ingeroepen, in dit geval dus de man? Ofwel het kind waarover de moeder telkens weer onze hulp inroept of de moeder zelf, die meent dat het kind door ziekte wordt bedreigd?

Hoe kunnen we ons er tegen wapenen, dat de patiënt met zijn klacht niet een ziekte krijgt, die hij in wezen niet had, maar die hem door de dokter is opgedrongen, zoals de patiënt met een functionele souffle, die onder het herhaalde onderzoek een hartneurose krijgt. Balint noemt dit de auto-gene en de iatrogene ziekte.

Dit boek is getiteld „Psychotherapeutic techniques in medicine” doch de techniek van de psychotherapie wordt er niet in beschreven, maar er is gezorgd een wetenschappelijke grond te geven aan de hernieuwde belangstelling, die huisartsen hebben in de psychische problemen van hun patiënten.

Referent kan lezing van dit boek aanbevelen aan alle collega's die deze belangstelling hebben en eigenlijk nog meer aan die huisartsen, die meer somatisch zijn ingesteld, in de hoop dat de tegenstelling somatisch-psychisch snel tot het verleden zal behoren en iedere arts iedere patiënt integraal zal willen bezien.

Wij zien met belangstelling uit naar verder werk uit deze studiegroepen, dat reeds bij dezelfde uitgever werd aangekondigd, namelijk „Family ill health”; „Virgin wives”; „Training for psychotherapy”; en „Psychological illness-a community study.” „Night calls” is reeds verschenen.

J. M. L. Phaff

R. H. Blum. *The management of the doctor-patient relationship.* Mc Graw-Hill, New York, 1960. 304 bladzijden, prijs f 36,95.

De schrijver van dit boek, psycholoog van professie, heeft zich bijna vijf jaar lang, bijgestaan door meer dan twintig medewerkers, bezig gehouden met de problematiek van de arts-patiënt verhouding. In opdracht van de California Medical Association heeft de auteur een onderzoek ingesteld naar de oorzaken van de ontevredenheid die bij veel patiënten bestaat ten aanzien van de artsen en de medische voorzieningen in de ruimste zin van het woord. Een stimulans tot dit onderzoek was mede het grote aantal processen dat tegen artsen werd gevoerd.

Hoewel ook problemen ter sprake komen die voor de Nederlandse arts van weinig belang zijn, bespreekt dit boek zoveel essentiële vraagstukken van het medische beroep, dat iedere arts er met bijzondere interesse kennis van zal nemen.

Uitgaande van de stelling, dat de kwaliteit van de arts-patiënt relatie van bijzonder belang is voor het therapeutisch resultaat, analyseert de schrijver de verschillende oorzaken die deze relatie kunnen verstoren. De houding van de patiënt tegenover de ziekte, het ziek-zijn en de arts komen uitvoerig ter sprake. De onredelijke patiënt en de patiënt, die niet goed meewerkt, worden in aparte hoofdstukken besproken, terwijl bijzonder veel aandacht wordt besteed aan het spreekuur-contact tussen arts en patiënt. Het huisbezoek krijgt daarbij, voor onze begrippen, te weinig aandacht; dit zal echter wel zijn verklaring vinden in het feit, dat de geneeskundige verzorging in de Verenigde Staten weinig ten huize van de patiënt plaats vindt. De problemen die zich voordoen in het ziekenhuis worden daarentegen weer uitvoerig belicht.

Tenslotte behandelt de schrijver de verhouding tussen de arts en de familie van de patiënt, terwijl ook aan de persoon van de arts zelf een apart hoofdstuk gewijd is.

Dit boek bestrijkt het grote gebied van de „public relations

of medicine” en zal daarom niet alléén huisartsen interesseren. Grote waarde heeft het boek ook door de literatuuropgaven na elk hoofdstuk, waaruit het de lezer duidelijk wordt hoeveel meer dit gebied in de Verenigde Staten geëxploreerd is dan in Nederland.

G. J. Bremer

W. Nanning. *Encephalitis postvaccinalis.* N.V. Uitgeversmaatschappij A. E. Kluwer, Deventer 1961.

Dit proefschrift is door de veelheid van gegevens en vermelde cijfers, zeker voor de medicus practicus, wat onoverzichtelijk geworden, wat echter niet wegneemt, dat er voor de huisarts een aantal wetenswaardigheden betreffende de encephalitis postvaccinalis en de pokkenvaccinatie in staan, die een bespreking zeker rechtvaardigen.

De cijfers over de morbiditeit van encephalitis postvaccinalis lopen in verschillende landen en over verschillende jaren nogal uiteen. Uit Nederlandse cijfers blijkt een morbiditeit na primovaccinatie bij kinderen van 0-2 jaar te bestaan van 1 op 22.657 entingen en bij volwassenen — berekend bij militairen — van 1 op 4.000 entingen. Bij revaccinatie zou de morbiditeit 1 op 50.000 entingen zijn.

De letaliteit van encephalitis postvaccinalis is vooral bij de groep van 0-2 jarigen hoog, namelijk 44,4 procent. Bij militairen bedroeg de letaliteit in de jaren 1946-1949, 15 procent. Het aantal restverschijnselen bij overlevenden is groot.

Van groot belang blijkt de toepassing van vaccinia-gammaglobuline — te verkrijgen bij het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst in Amsterdam — in een dosering van tenminste 2 ml bij primovaccinatie of revaccinatie van volwassenen. Gelijktijdige toediening hiervan met de enting heeft geen invloed op de zich ontwikkelende immuniteit, terwijl de entingsreactie wordt gemitigeerd en er een significant verschil in frequentie van encephalitis postvaccinalis is ten opzichte van niet-behandelde personen. Bij primovaccinatie van militairen bleek encephalitis postvaccinalis na invoering van het vaccinia-gammaglobuline voor te komen in 1 op 17.500 entingen. Ook in de letaliteit komt deze gunstige invloed tot uiting; deze bedroeg in de jaren 1955-1959, 9,5 procent.

Na primovaccinatie neemt men over het algemeen twee koortstoppen waar, terwijl een derde koortstop veelal encephalitis postvaccinalis aankondigt. Bij een zuigeling blijkt na primovaccinatie een mors subita op de vierde dag na enting mogelijk te zijn.

Als een blijvende contra-indicatie tegen primovaccinatie beschouwt Nanning voor zuigelingen alleen een cerebraal geboortetrauma. Als tijdelijke contra-indicatie noemt hij een slechte conditie; binnen zes maanden na een commotio cerebri; binnen drie weken na een mislukte primovaccinatie (het blijkt dat de kans op het krijgen van encephalitis postvaccinalis in die tijd ten gevolge van stress vergroot is) en bij een epidemie van een of andere infectieziekte.

Hij adviseert, in tegenstelling tot de Hoofdinspectie, niet te vaccineren vóór de vierde levensmaand in verband met de onvolwaardige vorming van antistoffen in de eerste drie levensmaanden, en de enting niet met andere immunisaties te combineren. Voor de revaccinatie geeft hij het belangrijke advies deze als een primovaccinatie te beschouwen, indien de eerste enting 25 jaar of langer geleden is. Het blijkt namelijk dat dan meer dan 35 procent van de geënten een primoreactie vertoont.

A. Fuldauer

Het lezen waard

Nu de wetenschap praktisch elk technisch probleem schijnt te kunnen oplossen, komen de problemen der menselijke verhoudingen in een „onderontwikkeld gebied” te liggen. Enkele kleine wetenschappelijke expedities in dit gebied worden beschreven in de volgende boekjes: Th. G. G. Bezembinder, Vragen betreffende menselijke verhoudingen, Het Spectrum, Utrecht, 1956, 45 bladzijden, f 1,15 en Prof. Dr A. Oldendorff, Mensen onder elkaar, Het Spectrum, Utrecht, 1959, 96 bladzijden, f 2,90.