

De irritatie van de dokter als signaal

DOOR DR H. J. DOKTER EN N. A. J. VOORHOEVE, HUISARTSEN TE AMSTERDAM*

Tijdens de bijeenkomsten van onze studiegroep voor medische psychologie is gebleken, dat de dokter veelal een patiënt ter discussie stelde, over wie hij zich op de een of andere manier had geërgerd. Tevens bleek dat de dokter pas na de discussie begreep, dat het deze irritatie was geweest, welke hem ertoe had gebracht de betreffende patiënt te „brengen”. Als voorbeeld van een dergelijk geval moge de ziektegeschiedenis dienen van een patiënt, die door één onzer werd behandeld.

Het betreft een zwak begaafde man, die tegenover de dokters onbeschoft placht op te treden. De behandelende arts (V), die de patiënt had overgenomen van zijn voorganger, bereikte met deze man een situatie, waarin alleen van luijen of barsten sprake kon zijn. De patiënt naar een andere collega te sturen werd als een oneervolle capitulatie beleefd, temeer daar er nooit eens rustig met deze man was gesproken.

Het dossier van deze 45-jarige los werkman leverde de volgende aaneenschakeling van medische bemoeiingen op: in juni 1954 werd patiënt verwezen naar een orthopeed wegens rugklachten; diagnose: oude Scheuermann thoracaal. In juni 1955 werden er röntgenfoto's gemaakt wegens rugklachten. In oktober 1955 werd patiënt naar een psychiater verwezen voor psychogene rugklachten, diagnose: primitieve debiele psychopaat. In september 1956 kreeg patiënt op advies van een orthopeed heilgymnastiek. In februari 1957 werd hij verwezen naar een internist wegens onduidelijke buikklasten; op de maag- en colonfoto's werden geen afwijkingen geconstateerd. In juli 1958 werd patiënt verwezen wegens vermoeden van arthrosis van het basisgewricht van de rechter duim; de conclusie luidde: geen afwijkingen.

De opsomming gaat voort: in augustus 1958 werd patiënt verwezen naar het Rheumacentrum voor behandeling van zijn rugklachten. In januari 1959 ging hij opnieuw naar de orthopeed wegens voetklachten; diagnose: pedes plani. In maart 1959 ging patiënt naar een reumatoloog voor zijn rugklachten en in april 1959 werd hij weer behandeld op het Rheumacentrum voor myalgieën van de rug. Vervolgens werd patiënt in mei 1960 verwezen naar een maag-darmarts voor maagpijnen; bij het maken van de foto's gaf patiënt vele moeilijkheden, zodat hij niet terug mocht komen; de diagnose luidde: spastische maag. In dezelfde maand kwam patiënt via een uitvoeringsorgaan van de Ziektewet bij een andere maag-darmarts, die weer foto's van de maag maakte.

Patiënt heeft een anamnese, zoals wij die bij vele van onze labiele patiënten met functionele klachten aantreffen. Hij irriteerde niet alleen zijn huisarts, doch ook alle andere medische instanties waarmee hij in aanraking kwam, door zijn onbeschoft optreden, zijn kennelijk gebrek aan vertrouwen in de medische stand en zijn regelmatig terugkomen voor klachten, waarvan reeds lang was aangetoond, dat er geen organische oorzaak voor was, behalve misschien een oude Scheuermann. De diagnose van de psychiater: primitieve debiele psychopaat, leek kennelijk juist.

Besloten werd een aantal gesprekken te voeren, hoewel dit onbegonnen werk leek: de arts-patiënt-relatie was langzamerhand zeer gespannen geworden en patiënt had een laag I.Q. Toen hem echter werd voorgesteld om te komen praten, ging patiënt daar gretig op in. Zijn levensgeschiedenis, opgenomen

in drie gesprekken van plusminus drie kwartier, luidde als volgt:

De vader van patiënt, een potator, overleed op veertigjarige leeftijd door een val van een trap tengevolge van dronkenschap. Deze man mishandelde vrouw en kinderen. De moeder van patiënt, een goeie sloof, overleed op 57-jarige leeftijd aan een hartverlamming. Patiënt had vier broers en een zusster. Het was een agressieve familie.

In de oorlog verbleef patiënt enige tijd in een concentratiekamp, waar hem vijftig stokslagen op zijn nates werden toegediend, hetgeen hij als een bijzondere vernedering onderzocht. Hij wijt hieraan zijn rugklachten.

In 1942 is patiënt in concubinaat gaan leven met een eveneens debiele vrouw, slordig en primitief, doch met een lief karakter; patiënt zou veel van deze vrouw hebben gehouden; toch waren er in dit „huwelijk” veel moeilijkheden. Uit deze verhouding werd een dochter geboren (1943). Na acht jaar overleed de vrouw aan longtuberculose. Haar dochttertje werd in een sanatorium opgenomen en daarna in een tehuis geplaatst, daar de vader niet in staat werd geacht het kind op te voeden; dit verwekte sterke agressie van patiënt tegen de Voogdijraad.

In 1952 huwde patiënt een vrouw van gelijke leeftijd met twee dochters uit haar eerste huwelijk, van wie de jongste even oud is als de dochter van patiënt. Deze mocht nu terugkomen bij haar vader en trof een overheersende vijandige stiefmoeder aan, die haar eigen (lelijke en dikke) dochter sterk voortrok boven de slanke en goedverzorgde dochter van patiënt. Daar de vrouw bovendien veel intelligenter was dan de man, waren weldra de moeilijkheden niet van de lucht. Patiënt reageerde primitief, sloeg alles kapot, poogde zijn vrouw te mishandelen, doch deze stond haar mannetje wel. De politie en af en toe ook de huisarts kwamen herhaalde malen tussenbeide. Patiënt voelde zich echter de mindere, kon niet tegen zijn vrouw op en reageerde met hevige rugklachten (last is te zwaar) en buikklasten van spastisch karakter (opgekropte woede, vooral over zijn eigen onvolwaardigheid). Ook seksuele moeilijkheden bleven niet uit; sinds vele jaren is patiënt impotent.

Toen de oorzaak van zijn klachten duidelijk werd, ontstond dus ook de mogelijkheid een therapie in te stellen, namelijk het steunen van patiënt tegen de hem omringende vijandig aangevoelde wereld, in casu zijn vrouw; vervolgens hem steunen in zijn positieve neigingen, de liefde voor zijn dochter, en ten derde hem verwijzen naar een Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid om een sociaal-psychiatrisch geschoold maatschappelijk werkster te kunnen inschakelen.

Bij dit geval lijkt ons een belangrijk winstpunt, dat de arts-patiënt-relatie sindsdien is hersteld, dat de irritatie van de huisarts door beter begrip is verdwenen en dat patiënt niet meer van de ene naar de andere specialist wordt verwezen om maar van hem af te zijn. Helaas heeft hij in het voorjaar 1961 een longtuberculose opgelopen, waarvan hij thans echter vrijwel is genezen. Patiënt toonde zich bij het ontdekken der tuberculose duidelijk tevreden, dat er nu toch iets aan de hand was!

Tijdens de groepsdiscussie werd duidelijk, dat de irritatie, welke de huisarts hier beleefde, voor hem een signaal was geweest, dat de arts-patiënt-relatie zich ongunstig had ontwikkeld. Bij analyse van dit geval vragen wij ons af waarom de dokter geïrriteerd was over deze patiënt. Hoewel de man talloze specialisten had bezocht, bleef hij zijn klachten

* Uit de tweede studiegroep voor medische psychologie te Amsterdam; psychiatrisch adviseur Dr J. A. Weijel.

houden. Er was geen medicus die hem van zijn klachten had afgeholpen. Daardoor had de patiënt zo goed als geen vertrouwen meer in de artsen als groep en in zijn huisarts in het bijzonder. Hieruit blijkt dus, dat de man tot nu toe geen enkele medicus had getroffen die de ware aard van zijn klachten had onderkend. Bovendien was de huisarts teleurgesteld omdat hij meende alles wat in zijn vermogen lag voor zijn patiënt te hebben gedaan en omdat patiënt geen vertrouwen meer in hem stelde. Tevens werd de dokter geprikkeld door het agressieve optreden van patiënt, die zijn afkeer duidelijk liet merken.

Bij de gevallen, die de laatste jaren in de groep werden besproken, bleek herhaaldelijk de irritatie aanleiding te zijn geweest een bepaald geval te brengen. Daarbij onderscheidde wij verschillende bronnen van irritatie:

1 Irritatie als reactie op het onvoldoende vertrouwen van de patiënt in zijn huisarts, vooral wanneer de dokter ervan overtuigd is in medische zin juist te hebben gehandeld.

2 Irritatie die optreedt als de dokter niet in staat is de patiënt te helpen; indien de furor therapeuticus afketst op de patiënt en deze niet reageert met het door de dokter verwachte herstel. De meesten van ons kennen het gevoel van onlust dat ons bekruipt, indien een patiënt weer laat bellen, terwijl wij in de veronderstelling verkeerden hem al half en half te hebben genezen. De patiënten, die aanleiding tot deze vorm van irritatie zijn, zijn dikwijls al door vele andere artsen onderzocht en behandeld; zij zijn een *crux medicorum*. Onnodig te vermelden dat de *hystericae* tot deze groep patiënten kunnen worden gerekend. Onze ervaring was echter dat de dokter, wanneer hij deze patiënten met hun klachten maar werkelijk had geaccepteerd, een groot deel van zijn irritatie kon laten schieten en de patiënt effectiever kon helpen.

3 Irritatie kan optreden indien de dokter meent op medisch gebied een fout te hebben gemaakt.

Als voorbeeld moge hier worden genoemd het geval van een winkelmeisje van zestien jaar, dat sinds 1958 klaagt over veel hoofdpijn en buikpijn van een spastisch karakter. Eind 1959 werd de buikpijn voornamelijk rechts-onder gelokaliseerd en was er een duidelijke drukpijn op *McBurney*. In overleg met de chirurg, die de diagnose *sub-acute appendicitis* stelde, werd patiënte in december 1959 geopereerd, waarbij een normale appendix werd verwijderd; ook de genitalia interna bleken normaal.

Daar hier een kennelijk onjuiste diagnose was gesteld en dus een onnodige ingreep werd verricht, wekte dit schuldgevoelens op bij de huisarts. Dit geval werd voor hem aanleiding patiënte regelmatig bij zich te laten komen om zich nader te oriënteren omtrent haar levensgeschiedenis en haar huidige moeilijkheden.

Het bleek hem dat de vader van dit meisje in 1957 (vóór de overneming van de praktijk) was overleden aan maagkanker, dat patiënte sterk gebonden was aan deze „flinke stoere man”, dat zij het lievelingetje van haar vader was en zich, evenals hij, niet gemakkelijk uitte. De moeder daarentegen, een luidruchtige vrouw, goed tegen het leven opgewassen, staat niet-begrijpend tegenover deze dochter met haar problemen, hoewel zij dit wel probeert. Zij voelt zich meer aange trokken tot haar oudste dochter, een zacht *sthenisch* meisje.

Patiënte ondervond thuis veel moeilijkheden en onbegrip, nadat haar steun en toeverlaat haar juist in deze zo belangrijke levensperiode was ontvallen.

Voor de huisarts was hier dus een dankbare taak weggelegd: het vaderloze meisje te steunen en raad te geven bij haar moeilijkheden. De hoofd- en buikklasten verdwenen niet door deze behandeling, maar werden wel door patiënte beter verdragen en minder belangrijk geacht. De *carcinofobie*, die aanvankelijk een rol bleek te spelen, verdween. Patiënte blijkt nog wel contactmoeilijkheden met eventuele levenspartners te hebben: reeds tweemaal werd een verhouding verbroken.

4 Irritatie blijkt ook op te treden wanneer de arts „narcistisch gekrenkt” is (*Weijel*). Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer de patiënt zich tot een collega wendt. *Balint* heeft hiervan vele voorbeelden gegeven en komt tot de conclusie, dat de arts in dergelijke gevallen toch de hand in eigen boezem moet steken, omdat hij ergens in de arts-patiënt-relatie vermoedelijk tekortgeschoten is.

5 Irritatie kan ontstaan wanneer de arts familie, vrienden of kennissen behandelt. Bij de groepsdiscussie is duidelijk gebleken, dat een te vriendschappelijke relatie met de patiënt een belemmering voor een goede „rolvervulling” van de arts in de medische situatie kan zijn. In het algemeen waren de artsen van de groep het erover eens, dat het geen aanbeveling verdient vriendschappelijke relaties met zijn patiënten te onderhouden en evenmin om vrienden of familie in behandeling te nemen.

6 Tenslotte kan irritatie optreden als gevolg van de persoonlijke geaardheid van de arts. De ene arts zal door bepaalde gedragingen van zijn patiënt niet in het minst worden geraakt, terwijl de ander zich zeer zal opwinden, niet alleen afhankelijk van hun al of niet *flegmatisch* karakter, maar vooral van het botsen van *antipolaire* karakters. *Weijel* vermeldt het geval van een volwassen jongen, die altijd met zijn vader op het spreekuur komt, waarbij laatstgenoemde steeds het woord voert. Tijdens de groepsdiscussie uit één van de artsen zijn ongeduld hierover en merkt daarbij op, dat hij door deze slappe figuren altijd wordt geërgerd, daar hij zelf in zijn jeugd veel ziek was en heeft moeten vechten om gezond te worden.

De laatste jaren is een speciale medische psychologie tot ontwikkeling gekomen. Men zou deze ook de psychologie van de medische situatie kunnen noemen (*Weijel*). Deze psychologie bestrijkt twee gebieden van onderzoek:

1 het onderzoek van het gedrag van de deelnemers in de medische situatie; en

2 het onderzoek van de gestoorde functie die tot het ontstaan van de medische situatie voert.

In de medische situatie is sprake van drie objecten van onderzoek: de ziekte, de zieke en de dokter. Deze laatste is pas sinds enkele jaren onderwerp van studie. In 1957 schreef *Balint*: „that our knowledge of the dynamic factors, active in the doctor-patient relationship is uncertain and scanty and that we do not even know whether we are aware of all the important factors”. Sindsdien zijn enige vorderingen gemaakt. Wij hebben onder meer leren in-

zien, dat de irritatie van de dokter een vrij veel voorkomende reactie is. Vooreerst is er het bekende tekort aan tijd en daardoor aan geduld om naar de klachten van de patiënt te luisteren; zodra wij menen een redelijke diagnose te hebben gevonden, kan de patiënt zijns wegs gaan. Het antwoord van de dokter op de klacht van de patiënt is dan geweest een al dan niet uitvoerig somatisch onderzoek, met als sluitstuk het voorschrijven van een recept.

Bovendien is er nog het gebrek aan interesse van de kant van de dokter voor de psychische achtergronden van het ziek zijn. Huygen heeft er in zijn lustrumrede op gewezen, dat er twee typen huisartsen zijn, en wel de somatisch-natuurwetenschappelijk georiënteerden en de meer psychologisch-sociaal gerichte artsen. Het merkwaardige feit doet zich voor, dat de eerste groep door haar geaardheid de noden van de patiënten op een geheel ander plan ziet dan de artsen van de tweede groep. Gebleken is, dat de „somatici” veelal een blinde vlek hebben voor de psycho-sociale noden van hun patiënten.

In de medische situatie, in wezen een intermenselijke verhouding, is een unieke bron van zelfkennis aanwezig, indien wij onze eigen reacties leren zien als signalen. Bij de groepsdiscussies is gebleken dat de irritatie een signaal moet zijn om een geval

nauwkeuriger te bekijken. Wij moeten ons afvragen waarom wij geïrriteerd zijn over een bepaalde patiënt. Wanneer wij namelijk inzicht hebben in het wezen van onze irritatie, zijn wij beter in staat de patiënt te accepteren zoals hij is. Tevens volgt uit deze veranderde instelling van de arts, dat de patiënt een deel van zijn agressie kan opgeven, omdat de dokter er niet meer gevoelig voor is. Daardoor zal het ongetwijfeld mogelijk zijn de patiënt beter te helpen.

Het is de laatste jaren steeds duidelijker geworden, dat de dokter „involved” raakt bij de problemen die zijn patiënten hem offeren. Balint schrijft: „every psycho-therapist must be able to become aware of this emotional involvement in anyone of his patients”. Zelfs de meest oppervlakkige psychotherapie vraagt van de dokter inzicht in de eigen emotionaliteit tegenover zijn patiënten. Daarom hebben wij gemeend iets over de irritatie van de dokter te moeten mededelen.

Balint, M. (1957) *The doctor, his patient and the illness*. Pitman, Londen.

Balint, M. en E. (1961) *Psychotherapeutic techniques in medicine*. Tavistock Publication Limited, Londen.

Huygen, F. J. A. (1961) huisarts en wetenschap 4, 367.

Weijel, J. A. (1961) *Medische psychologie*. Bijleveld, Utrecht.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

61-063. Anticoagulant treatment in progressing stroke. *Barham Carter, A. (1961) Brit. med. J. II, 70.*

Een onderzoek werd ingesteld naar het nut van het gebruik van anticoagulantia bij patiënten, die in de loop der jaren 1956-1959 werden opgenomen in het Ashford Hospital in Middlesex onder de diagnose apoplectiforme cerebrale stoornis.

Het is vaak moeilijk bij dit soort lesies te differentiëren tussen echte intracerebrale hemorrhagieën en de beelden, die passen onder de diagnose cerebrale trombose of infarkt. Deze laatste beelden zijn het, die in dit artikel worden aangeduid met de naam „progressing stroke”, ziektebeelden dus, die gepaard gaan met aanvalsgewijs optredende verlamningsverschijnselen, welke steeds grotere restverschijnselen achterlaten.

Wanneer hemorrhagieën in het spel zijn, moet men natuurlijk geen anticoagulantia gebruiken. Men sloot daarom bij dit onderzoek alle patiënten uit, bij wie tijdens vroegere behandelingen anticoagulantia gevaarlijk waren gebleken, en de patiënten bij wie men een hemorrhagie kon vermoeden. Het is gebleken, dat het bestaan van een hemorrhagie het waarschijnlijkst is wanneer de patiënt bij het begin van de aanval het bewustzijn heeft verloren, wanneer ernstige hypertensie met een diastolische bloeddruk van 120 mm Hg of meer bestaat bij patiënten boven de 70 jaar, wanneer er klaarblijkelijk tevoren hypertensie heeft bestaan, zoals kan blijken uit hartvergroting, retinaveranderingen met hemorrhagieën of oedeem en verschijnselen van ernstige renale dysfunctie, en wanneer er xanthochrome of bloederig gekleurde liquor werd gevonden. Bovendien werden geen anticoagulantia verstrekt, wanneer er verschijnselen waren van leverbeschadiging of maagzweer.

Ook een positieve selectie werd toegepast, namelijk werden

bij het onderzoek bij voorkeur die patiënten betrokken, die voor hun hospitalisatie en ook na opname duidelijk geleidelijke toeneming der verschijnselen vertoonden.

Tenslotte bleven na deze selectie 76 van de 277 opgenomen patiënten over, bij wie men met een zekerheid grenzende waarschijnlijkheid het bestaan van hemorrhagieën meende te kunnen uitsluiten.

Deze 76 patiënten werden verdeeld in twee groepen, die naar leeftjidsverdeling en verhouding tussen mannen en vrouwen als identiek konden worden beschouwd. De ene groep werd wel, de andere niet met anticoagulantia behandeld.

Aanvankelijk bestond de verwachting, dat de gevallen waarbij de verschijnselen meer tijd nodig hadden om tot ontwikkeling te komen beter op de ingestelde therapie zouden reageren dan die, waarbij alles veel sneller was gegaan. Dit bleek ook juist; wel was er een significant beter resultaat te zien, wanneer met de therapie was begonnen op het moment, dat het klinische beeld nog niet tot volle ontwikkeling was gekomen ($P < 0,05$).

In de onbehandelde groep waren zeven doden, in de behandelde drie. In acht van deze tien gevallen werd sectie verricht. In drie gevallen was een longinfarkt de doodsoorzaak, in een geval bronchopneumonie en in een ander complete afsluiting van de a.basilaris. In de overige drie gevallen, die behoorden tot de behandelde groep, vond men eenmaal massief cerebraal infarkt zonder aantoonbare trombus, doch met uitgebreid atheroma van de cerebrale vaten, eenmaal een kleine afsluitende trombus in de a.cerebri media met een hemorrhagisch infarkt distaal ervan en eenmaal stenose van de a.carotis en een bronchus carcinoom.

Deze bevindingen, hoewel klein in aantal, bevestigen schrijvers mening dat anticoagulantia het sterftecijfer van patiën-