

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-

ten, lijdende aan cerebrale infarcering, onder meer doen verminderen door hen te behoeden voor een longinfarkt.

Wanneer men de behandelde en de onbehandelde groep verder met elkaar vergelijkt, dan blijkt bij de behandelde groep het percentage volledig herstelde of duidelijk verbeterde patiënten (zes maanden na het begin der aanval) 77 te bedragen tegenover 50 procent van de onbehandelde groep. Het blijkt dus, dat anticoagulantia het verloop van geleidelijk voortschrijdende cerebrale infarcering gunstig beïnvloeden.

Deze therapie bestond uit: beginndoses 125 mg heparine intraveneus en 200 mg Phenindione (phenylindaandion) per os. Daarna om de zes uur 125 mg heparine en gedurende de volgende 24 uur 150 mg Phenindione over verschillende doses verdeeld en daarna alleen Phenindione in voldoende dosering om de protrombinetijd tussen twee- en driemaal de normale waarde te houden. Na drie weken werd die dosis echter iets verlaagd.

De gunstige werking der anticoagulantia schrijft men toe aan: beperking der verdere uitbreiding van de trombus; voorkoming van trombusvorming indien de infarcering wordt veroorzaakt door atheromateuze vernauwing zonder trombose en tenslotte voorkomen met embolieën, ontstaan door loslating van distale uiteinden van trombi. Het schijnt dat anticoagulantia het meeste nut afwerpen wanneer grote bloedvaten zijn afgesloten; het voornaamste mechanisme van de behandeling zou dus bestaan uit voorkoming van embolieën uit afsluitende trombi in grote vaten. Merkwaardigerwijze schijnt behandeling met anticoagulantia recidief van de trombose op zichzelf lang niet altijd te kunnen voorkómen.

L. J. Bastiaans

61-065. Adrenocortical steroids in intermittent heart-block. Pay, B. W. C. S. Brit. med. J. II, 139.

Adams-Stokes aanvallen, meestal optredend tengevolge van een compleet atrioventriculair block, hebben altijd door hun aard diepe indruk gemaakt op de patiënt, zijn omgeving en zijn arts. De behandeling bestond tot dusver steeds uit het toedienen van sympathicomimetica, adrenaline of atropine. Over het algemeen is het succes van deze middelen niet groot, terwijl bovendien bekend is, dat deze patiënten ook spontaan kunnen verbeteren en dat ook andere factoren, van buitenaf inwerkend, het verloop der aanvallen kunnen beïnvloeden, waardoor de beoordeling van de waarde der therapeutica moeilijk is.

De laatste jaren worden in toenemende mate successen vermeld van het gebruik van corticosteroiden bij Adams-Stokes aanvallen. Schrijvers geven een beschrijving van zes patiënten bij wie de conventionele therapie geen enkel effect had doch bij wie, na toediening van corticosteroiden, een dramatische verbetering intrad. Het gunstige effect werd bereikt nadat de corticosteroiden 24 tot 48 uur waren toegediend en waarbij de beginndosis hoog was, bijvoorbeeld 80 mg prednisolon per dag; doch na ingetreden verbetering kon de dosis geleidelijk worden verminderd tot een onderhoudsdosis, die in enkele gevallen, na bijvoorbeeld een half jaar kon worden gestaakt. Recidieven, ontstaan na het staken der therapie, reageerden gunstig na hervatting der steroiden-medicatie.

Hoe dramatisch de verbetering soms kan zijn blijkt uit een geval van een 58-jarige vrouw, die in de kliniek werd opgenomen, daar zij sinds drie dagen zeer frequente aanvallen had van bewusteloosheid met krampen van armen en benen. Zij had typische Adams-Stokes aanvallen, die 15 tot 45 seconden duurden; de hartslag was onregelmatig en de frequentie ongeveer 30 per minuut. Het electrocardiogram toonde een compleet hartblock en er was geen verbetering te bereiken met adrenaline. Met 100 mg hydrocortisonhemisuccinaat om de zes uur intraveneus, en later 80 mg prednisolon per dag klopte het hart, 15 uur na het begin der therapie, weer in een sinusritme. Met een dosis van 10 mg prednisolon per dag werd patiënte tenslotte ontslagen en bleef nog jaren in goede conditie.

Ook wordt een geval beschreven waarin weliswaar de Adams-Stokes aanvallen geheel verdwenen, maar waarbij het complete hartblock en de electrocardiografische veranderingen bleven bestaan; ook in enkele andere gevallen kon men constateren dat een aanwezig bundeltakblock bleef bestaan. Over

het algemeen kon men echter na corticosteroidmedicatie verbeteringen in het electrocardiogram waarnemen, zoals duidelijke verkorting van het P-R interval en het verdwijnen van paroxysmaal hartblock. Wanneer een hartblock echter lange tijd volkomen en irreversibel was, zoals in het boven aangehaalde geval, kan het ook na corticosteroiden-medicatie blijven bestaan. In alle hier beschreven gevallen verdwenen de Adams-Stokes aanvallen tenslotte na twee dagen therapie en vaak al eerder.

In één van hun gevallen was het succes niet met zekerheid aan de prednisolontherapie toe te schrijven, omdat ook zonder deze medicatie de prognose misschien gunstig zou zijn geweest. Bij deze patiënt ontstond het hartblock tien dagen na een hartinfarkt, waarbij hij aanvallen kreeg van paroxysmale tachycardie en waarvoor hij werd behandeld met chinidine en digoxine. Mogelijk hebben deze medicamenten invloed gehad bij het ontstaan van het hartblock. Na het staken van digoxine bleven de aanvallen van Adams-Stokes met ventrikelasystolie bestaan en verdwenen pas na corticosteroiden-therapie. Het is echter mogelijk, dat dit bij langer afwachten ook spontaan zou zijn geschied na het staken van de digoxine. Men durft echter niet af te wachten wegens de grote frequentie der aanvallen (iedere vijf à tien minuten). Het bundeltakblock, dat deze patiënt ook had, verdween niet tijdens de behandeling.

Friedberg en anderen hebben er ook op gewezen dat het kan voorkomen, dat de Adams-Stokes aanvallen kunnen ophouden voor er enige verandering in het basisritme van het hart optreedt. Ja zelfs, dat het hartblock, ondanks de onderhoudsdosis prednisolon, kan terugkomen en zelfs kan verergeren, terwijl de patiënt vrijblijft van Adam-Stokes aanvallen.

Zekerheid over het mechanisme van de gunstige werking van corticosteroiden bij Adams-Stokes aanvallen bestaat nog niet.

L. J. Bastiaans

61-067. Primal anxiety and psychiatric emergencies. Fischer, H. K. en B. M. Dlin (1961) Postgrad. Med. 30, 200.

Van tijd tot tijd wordt de omgeving van de patiënt opgeschrikt door onverwachte psychotische reacties, in de vorm van acute psychoses of suicide. In veel gevallen zijn deze reacties te voorzien en het is in het bijzonder de huisarts die hiertoe in de gelegenheid is.

Wanneer een verzwakt of uitgeput Ik overspoeld wordt door angsten en spanningen leidt dit tot irrationele reacties. De arts is bij deze noodtoestanden emotioneel betrokken, waardoor een adequate behandeling zeer wordt bemoeilijkt. Weet hij echter objectief te blijven dan kan hij veel goed doen. Hiervoor is het nodig, inzicht te hebben in het gebeuren, en is kennis van de functies en dysfuncties van het Ik, evenals van de verschillende soorten angst, nodig.

In dit artikel bespreken de schrijvers de verschillende soorten angst, waarbij zij drie vormen onderscheiden: de normale angst, de secundaire angst en de oer-angst (primal anxiety).

Normale angst is een gevaarsein dat wordt opgewekt door een reële bedreiging, die soms niet direct te herkennen is. De reactie hierop is adequaat en bestaat uit verdediging of vlucht (fight or flight). Deze reactie gaat gepaard met somatische verschijnselen, die het individu in staat stellen zinvol te handelen. Zodra de bedreiging is opgeheven, verdwijnt de angst.

De secundaire angst daarentegen duurt langer en kan chronisch worden. Al of niet in aansluiting aan een reële bedreiging blijft de angst bestaan en uit zich in lichamelijke verschijnselen als hartkloppingen, duizeligheid en allerlei functionele storingen van het autonome zenuwstelsel. De vluchtvechtreactie ontbreekt. De oorzaak ligt in onbewust inhouden. Door een dynamische inzichtgevende psychotherapie kan verbetering optreden.

De oer-angst is zodanig verweven met het menselijk bestaan, dat ze bij iedereen kan optreden, de normale of de secundaire angst kunnen er in overgaan. Doordat iedereen er gevoelig voor is breidt de angst zich gemakkelijk uit in de omgeving van de patiënt, met inbegrip van de arts. Men voelt zich niet op zijn gemak in de nabijheid van een door oer-angst gegrepen patiënt. Aan subtiele veranderingen in het gedrag, bijvoorbeeld plotseling optredende slapeloosheid, vermagening

of abnormaal zwaarder worden, kan men merken dat de spanningen bij de patiënt toenemen en dat het gevaar van een uitbarsting dreigt.

Deze oer-angst, die alle mensen kunnen voelen, is de uitwerking van een „macht”, die ook werkt in de hypnose en in vele andere omstandigheden, en een belangrijke rol speelt in de arts-patiënt verhouding. Verkeerd gebruik kan tot allerlei iatrogene storingen leiden; goed gebruik daarentegen kan de angst op „magische” wijze bezweren.

Oer-angst is een overweldigend gevoel van gevaar dat niet nader wordt herkend — al kunnen secundaire rationalisaties het een schijn van werkelijkheid geven — en dat een bedreiging met volkomen vernietiging inhoudt. Als reactie hierop komt de patiënt tot meestal volkomen irrationele reacties, vaak een vluchtreactie tot het uiterste (suicide) toe, maar ook vaak amokachtige aanvalspogingen. Voor het tot deze uitbarstingen komt is er vaak een periode van „stilte voor de storm”. Tijdig herkennen van deze toestand kan reddend zijn. Soms ontlaadt de angst zich in ernstige somatische ziekten.

Wellicht is het belangrijkste diagnosticum voor de arts het herkennen van zijn eigen angst, die hij door „besmetting” krijgt. Lukt hem dit, wat niet altijd eenvoudig is omdat de rede uitgeschakeld is, dan wordt het een gewone angst voor hem, waarvan hij de oorzaak buiten zichzelf weet en die hij rationeel kan bestrijden. En dit is dan ook het belangrijkste therapeuticum. Wanneer een stabiel Ik, dat weet wat er gaande is, zich tegenover de door oer-angst overweldigde plaatst, heeft de patiënt weer een Ik om zich mee te identificeren, waardoor de rust weerkeert. Denk bijvoorbeeld aan het verdwijnen van de paniekstemming in een gezin waar plotseling een ernstig ziektegeval is, zodra de arts verschijnt en zijn voorschriften geeft. In een door oer-angst aangegrepen groep kan de paniek worden bezworen door iedereen een rationele opdracht te geven. Begrip van de werkelijkheid is voldoende om de zaken in de hand te houden en het irrationele en onnodig destructieve te vermijden.

J. G. Antvelink

62-4r. An investigation into local maternal and perinatal deaths Ludkin, S. (1961) *Med. Off.* 105, 381, 1961.

De doelstelling van dit onderzoek is geweest, een zo nauwkeurig mogelijke rapportage te verrichten van de moederlijke en perinatale sterfte gedurende het jaar 1959 in Stanley en Consett, twee aan elkaar grenzende districten van het graafschap Durham in Engeland. Vanaf 1956 heeft de schrijver als „medical officer” in dit gebied een dergelijk jaarlijks onderzoek gecoördineerd.

Het overzicht omvat zowel de klinische als de niet-klinische gevallen van sterfte. Van alle thuis of in het ziekenhuis gestorven kinderen is een nauwkeurig verloskundig, pediatriesch en pathologisch-anatomisch onderzoek verricht. Door alle instanties, vroedvrouwen, huisartsen, specialisten en ziekenhuisstaven is een zodanige medewerking verleend, dat zonder uitzondering alle gestorven of doodgeboren kinderen met de bijbehorende placenta konden worden onderzocht.

Eenmaal per kwartaal werden in tegenwoordigheid van alle medewerkers de sterfgevallen aan de hand van de door de verloskundige en patholoog-anatoom ter beschikking gestelde gegevens onder leiding van de schrijver geanalyseerd en kritisch besproken. Mede dankzij deze unieke wijze van coöperatie, bleek het mogelijk de perinatale sterfte belangrijk te doen dalen.

Het onderzoek omvatte 1.415 geborenen waarvan 52 procent thuis ter wereld kwam. De moederlijke sterfte bedroeg 0,14 procent, de doodgeboorte 1,77 procent en de sterfte in de eerste levensweek 1,48 per 100 geborenen. De totale perinatale sterfte (dodgeboorte plus sterfte in de eerste levensweek) was dus 3,25 procent. Bij vergelijking met uitkomsten uit voorafgaande jaren, bleek de perinatale sterfte duidelijk te zijn afgenomen. Speciaal het aantal kinderen, dat perinataal louter tengevolge van prematuriteit stierf daalde belangrijk, mede door de kritische instelling van de verloskundige.

Als algemene aanmerking op de conclusies van de schrijver kan men stellen, dat het onderzoek een beperkt aantal (1.415) geborenen en slechts 46 gevallen van sterfte omvat, zodat het de vraag is of de uitkomsten tot in finesse een vol-

doende betrouwbaarheid waarborgen. Vergeleken met de perinatale sterfte in Nederland liggen de in dit onderzoek gevonden percentages toch duidelijk hoger. Zo werd in ons land over het jaar 1958 een perinatale sterfte van 2,67 procent geregistreerd. En in het materiaal, verzameld in het N.H.G.-verloskundig jaaronderzoek 1958 vonden we een perinatale sterfte van 2,43 procent, terwijl de moederlijke sterfte in hetzelfde onderzoek nihil was.

Het interessante van het gerefereerde artikel is dan ook niet zo zeer de uitkomst, dan wel het enthousiasme waarmee vogels van diverse medische pluimage zich tot samenwerking hebben gezet, waarbij elk der leden geheel open stond voor kritiek van de anderen. De schrijver spreekt als zijn overtuiging uit, dat deze coöperatie van grote betekenis is voor de obstetrische zorg in zijn district.

De opzet van het onderzoek zou zeker als voorbeeld kunnen dienen voor een dergelijk experiment in ons eigen land.

P. A. Coumou

Boekbespreking

M. B. Clyne, *Night Calls, a study in general practice. Mind and medicine monographs. Tavistock Publications Limited, Londen, 1961. 208 bladzijden, prijs 21 Sh.*

Als deel 2 in deze serie verscheen *Night Calls*, met een voorwoord van Michael Balint. Clyne geeft hierin een verslag van de besprekingen van een psychosomatische studiegroep, waarin door een achttal huisartsen de problemen rondom de „night call” (spoedboodschap) worden geanalyseerd. Aanleiding tot de keuze van het onderwerp was de vraagstelling van Balint, of de „night call” door zijn speciale karakter niet het meest geëigende moment was een psychotherapeutische behandeling te beginnen.

Veertig spoedboodschappen werden door de groep besproken. Hierbij bleek onder meer, dat de omstandigheden slechts bij een klein aantal zodanig waren, dat de juiste sfeer voor het begin van een psychotherapeutische behandeling aanwezig was. Bij het zoeken naar de redenen hiervan werd allereerst uitvoerig ingegaan op de wijze waarop de patiënt zijn behoefte aan hulp aan de arts kenbaar maakt. Vooral deze bespreking gaf stof tot emotionele ontlading bij de artsen van de groep. Men meende aanvankelijk, dat de hulp dikwijls om niet strikt medische redenen werd gevraagd; later werd duidelijk, dat de noodsituatie die ontstaan was, als regel slechts door een arts kon worden opgelost. In het bijzonder bleek dit het geval, toen men er zich doelbewust op ging toeleggen, ook de psychologische achtergronden van de totstandkoming van de boodschap te onderkennen.

Op overzichtelijke, boeiende en dikwijls humoristische wijze volgt dan een ontleding van de factoren, waardoor de als regel bij de arts bestaande tegenzin in het maken van een „night call” worden verklaard. Hier treft de grote openhartigheid en het introspectief vermogen van de deelnemende artsen. Men wordt zó gefascineerd door het werk van deze studiegroep, dat men van harte kan instemmen met de conclusie van de groep: „The most important result of our work to ourselves was that it gave us an inkling not so much of how to tackle our cases, but of how to tackle ourselves.”

Bovenstaande korte bespreking vermag slechts een flauwe afspiegeling geven van het genoegen dat ik beleefde aan het lezen van dit boek. Ik hoop dat vele huisartsen er kennis van zullen nemen; ons werk kan er slechts door verbeteren.

I. J. Havelaar

Het lezen waard

In Nederland is nog geen boek geschreven over medische sociologie. Huisartsen die zich echter enigszins vertrouwd willen maken met sociologische begrippen kunnen voor weinig geld goede lectuur aanschaffen.

J. A. A. van Doorn en C. J. Lammers, *Moderne Sociologie*. Het Spectrum, Utrecht, 1959, prijs f 2,50.

J. Bierens de Haan, *Sociologie, ontwikkeling en methode*. N.V. Servire, Den Haag, 1959, prijs f 2,95.