

# *Enige overdenkingen met betrekking tot de wenselijkheid van een meer uitgebreide sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische opleiding voor de toekomstige huisarts*

DOOR R. J. M. A. SCHIMMELPENNINCK, ARTS TE ZÜRICH\*

Reeds vele jaren is er een discussie gaande over de vraag hoe men aan de medische psychologie een adequate plaats kan geven in de medische opleiding en met name in de opleiding van diegenen, die later de algemene praktijk willen gaan uitoefenen. Deze discussie bleek in sommige opzichten zeer vruchtbaar te zijn. In enige universiteiten, voornamelijk in de Angelsaksische landen, heeft men groepen gevormd die de specifieke huisartsproblematiek, vooral in het vlak der medische psychologie, in hun opleiding hebben geïntegreerd. Ook hier te lande zijn groepen huisartsen, die medisch-psychologische problemen uit hun praktijken onderling bespreken. Men is het er vrijwel unaniem over eens dat er iets moet worden gedaan teneinde de toekomstige huisarts ook op sociaal-psychiatrisch en psychotherapeutisch gebied beter op zijn taak voor te bereiden.

Een statistisch onderzoek over de wenselijkheid van een uitbreiding van de opleiding op dit gebied is reeds daarom tot mislukking gedoemd, omdat ieder voor zich de moeilijkheden in de huisartspraktijk op geheel eigen wijze ervaart, zodat het probleem van de een in het geheel niet het probleem van de ander behoeft te zijn. Het kan echter van nut zijn een poging te doen om een samenvatting te geven van de aard der problemen, welke een huisarts in zijn praktijk kan ontmoeten, problemen die weinig of niet tijdens de opleiding ter sprake komen maar die toch, naast het meer medisch-technische werk, een groot gedeelte van zijn tijd in beslag zullen nemen.

Na enige jaren ervaring in een praktijk, bestaande uit industriële arbeidersgezinnen, agrariërs, middenstanders en notabelen, komt men tot een opsomming van onderwerpen en problemen, waarmee men praktisch dagelijks heeft te maken en die niet met een eenvoudig medisch advies zijn af te handelen. Problemen die veelal haast als collectieve problemen kunnen worden beschouwd en waarbij de arts ook dikwijls persoonlijk is betrokken.

Men zou de volgende indeling kunnen maken.

*Problemen in de sociale sfeer:* huisvesting in te kleine of anderszins ongeschikte woningen; huisvesting in een niet bij de sociale stand behorende wijk; verhouding met burens, vrienden en kennissen.

*Problemen behorende bij het werk:* verhouding

tot werkgevers, medewerkers en ondergeschikten; zorgen in zelfstandige beroepen; problemen door werkelijke of vermeende overbelasting met werk; problemen met betrekking tot het dragen van te veel verantwoordelijkheid; problemen van de huismoeder in het grote gezin met te weinig of geen huishoudelijke hulp.

*Problemen in de gezins sfeer:* inwoning bij familieleden, waarbij de verhouding tot ouders, schoonouders, grootouders, broers en zusters in het geding komt; opvoedingsproblemen bij de kinderen; schoolproblemen; spanningen tussen de generaties; problemen rond inwonende ouden van dagen; problemen rond tot de familie behorende psychopaten, drankzuchtigen, debielen of andere geestelijk gestoorde; de ongehuwde moeder en het onwettige kind.

*Problemen bij ziekte en verpleging:* het zieke kind en de houding van de moeder; de zieke kostwinner of huismoeder; de beleving van een ziekte door de patiënt en zijn omgeving; problemen rond een chronisch of ongeneeslijk zieke.

*Huwelijksproblematiek:* geboortebeperving en ongewenste zwangerschappen; vermeende of werkelijke verwaarlozing door de huwelijkspartner; ontrouw, overspel en scheiding.

*Seksuele problematiek:* seksuele techniek; frigiditeit en impotentie; masturbatie; seksuele contacten voor het huwelijk; zogenaamde afwijkende seksuele behoeften.

*Problemen rond ziekte, ouderdom en dood.*

*Religieuze of wereldbeschouwelijke problemen.*

Deze opsomming van onderwerpen welke men in de huisartspraktijk vrij geregeld tegenkomt, is uiteraard niet volledig. Zij kan worden aangevuld met allerlei onderwerpen die de medisch-psychologische en sociaal-psychiatrische problematiek raken. Men kan zich nauwelijks een somatische aandoening voorstellen, waarbij niet één of meer van deze problemen een rol spelen. Het is de huisarts maar al te zeer bekend hoe sterk de mens bij zijn omgeving is betrokken, zeker ook in zijn ziekte. Vele jonge artsen worden al spoedig geconfronteerd met het feit dat

\* Voorheen huisarts te Vianen.

hun werk met een eenvoudig advies niet is afgelopen.

Voorbeelden zijn gemakkelijk te geven:

1 Een huismoeder vraagt voor haar inwonende bejaarde moeder advies wegens obstipatie. Het somatisch onderzoek levert niets op dat een specialistisch onderzoek zou wettigen en met het voorschrijven van een laxans schijnen de moeilijkheden opgelost. Maar „nu u er toch bent”, krijgt men te horen dat oma zo lastig is, uit „ondeugendheid” haar bed bevuilt, haar dochter en verdere familie van allerlei kwaads beschuldigt en onredelijke verdachtmakingen uit. Het gezin bestaat uit brave en redelijke mensen en de diagnose: paranoïde reacties bij seniele dementie wordt gesteld. Maar met de eenvoudige uitspraak dat een en ander te wijten is aan aderverkalking, is men niet klaar. Nu begint de behandeling van het gehele gezin eerst recht, want in dit gezin heersen spanningen die tot noodsituaties zouden kunnen leiden.

2 De jonge man die een Sippy-kuur moet ondergaan, wordt door zijn huisarts een tot twee keer per week bezocht. Begint hij spontaan over moeilijkheden met zijn werkgever, dan kan een gesprek daarover zinvol zijn. Zijn probleem kan echter ook ergens anders liggen. Hij kan bijvoorbeeld worden gekweld door allerlei erotische fantasieën die zijn geweten belasten. Men kan dan niet volstaan met het advies dat hij dan maar aan andere dingen moet denken of een mooi boek moet lezen, want dat heeft hij al geprobeerd.

3 De vrouw met vage buikkachten kan men niet overvallen met de vraag „Hoe staat het met uw seksuele leven?”, als men niet eerst een vertrouwenspositie heeft verworven. Zelfs dan moet men met takt te werk gaan anders vervalt men in het voorschrijven van eindeloze reeksen spasmolytica en sedativa.

4 De carcinoompatiënt zegt men niet dat het tijd wordt de notaris te laten komen. Maar wat zegt men wel?

5 De vrouw van de potator kan men niet uitsluitend Refusaltabletten meegeven om door de margarine voor de boterham van haar echtgenoot te roeren.

6 Men kan aan de psychopaat zijn zedepreken wel kwijt, maar nuttig effect zal het nauwelijks opleveren.

7 De „overspannen” weduwnaar kan men wel met vakantie sturen, maar hoe stelt men zich voor dat hij zijn vakantie doorbrengt, met een call-girl?

8 De hardwerkende aannemer met surmenageklachten is niet gebaat met het advies „doet u eens wat kalmer aan”; hij heeft het werk immers aangenomen!

9 De overbelaste huismoeder stuurt men niet naar een vakantie-oord, zonder zich bezig te houden met de vraag of er voldoende en betrouwbare hulp achterblijft.

10 De angstige primigravidae moeten weten wat er bij een bevalling also gebeurt, anders loopt de frequentie der tangverlossingen in onze praktijk significant op.

11 Het „eeuwig” verkouden kind wordt niet afdoende geholpen met een verwijskaart voor de keel-, neus- en oorarts, men zal ook de houding van de moeder moeten observeren. Misschien is zij extreem angstig, kleedt zij het kind te warm en laat zij het in een oververhitte kamer slapen, „omdat het zo vatbaar is voor kou”.

12 Kan men de anorgastische vrouw maar steeds naar de psychiater sturen, die toch al overbelast is? Weet deze psychiater beter dan wij dat deze vrouw gebukt gaat onder de gespannen verhouding met haar schoonmoeder, waar het jonge paar bij inwoont? Is het hem bekend dat haar man er niets over wil horen, omdat hij op zijn moeder geen kritiek wenst te aanvaarden?

Een eindeloze reeks van soortgelijke voorbeelden kan iedere huisarts opdissen. Het is aannemelijk dat men met het onvolprezen „gezonde verstand” een heel eind komt. Ik meen echter te kunnen aantonen

dat men met het „gezonde verstand” in moeilijkheden kan geraken wanneer men wordt geconfronteerd met een probleem van een patiënt, dat ook een eigen probleem is, of een probleem waarbij men een soms onverklaarbare weerzin ervaart. In het gunstigste geval spreekt men nergens over en helpt men dus niet, maar men kan ook in opwinding geraken en psychologische kunstfouten maken. Dan zal het conflict van de patiënt waarschijnlijk een eigen conflict hebben geraakt. Dit eigen conflict kan door zijn werkelijke of vermeende onoplosbaarheid al uit het bewustzijn zijn verdrongen en een complex hebben gevormd. Het is bekend hoe men kan reageren als er een complex wordt geraakt en het valt te betwijfelen of een patiënt gebaat is bij een emotionele uitbarsting van zijn huisarts.

De arts behoort te weten dat ook hij niet vrij is van complexen. Complexen behoeven trouwens geenszins pathologisch te zijn. Hoe minder men echter van zijn complexen afweet, hoe schadelijker. C. G. Jung zegt hierover: „Komplexe sind normalerweise Brennpunkte des psychischen Geschehens, deren Schmerzhaftigkeit keine krankhafte Störung beweist. Leiden ist keine Krankheit, sondern der normale Gegenpol des Glücks. Krankhaft wird ein Komplex erst dann, wenn man meint, man hätte ihn nicht.”

Dat de aanwezigheid van complexen ook bij artsen kan worden aangetoond, behoeft niet te worden bewezen. Het volgende historische verhaal vormt een fraaie illustratie.

Een arts refereerde voor een groep collegae het ziektegeval van een 17-jarig fabrieksmeisje, afkomstig uit een boerengezin. Zij consulteerde hem wegens zenuwachtigheid. Hevig trillen en hartkloppingen maakten haar het werken onmogelijk. Bij het eerste onderzoek werden inderdaad grove en fijne tremoren vastgesteld, er bestond acrocyanose, bleekheid van het gezicht en een klamme huid, een pols van 160 slagen per minuut en een lage tensie. Het meisje zou reeds enige malen gecollabeerd zijn. De eerste diagnostische associaties waren: hyperthyreose, chlorosis en nervositas. Patiënte werd bedrust voorgeschreven en prominal. 's Avonds bleek de toestand minder alarmerend te zijn en het klinische beeld deed niet meer denken aan een thyreotoxische crise. De arts, die het gezin goed kende en een goede verstandhouding met het meisje had, vond aanleiding naar haar werk te informeren. In de loop van het gesprek kwam spontaan naar voren, dat de verloofde van het meisje in militaire dienst was, waardoor regelmatig seksueel contact met hem niet meer mogelijk was. Zij maakte zich hevige verwijten dat zij was gaan masturberen en vond dat zij haar verloofde ontrouw was geworden. Op de vraag van de arts, waaraan zij tijdens de masturbatie dan dacht, antwoordde zij huilend: „natuurlijk aan hem!” De arts legde haar uit dat dit geen ontrouw betekende, maar integendeel juist een groot verlangen naar de zo zeer gemiste verloofde. Daarop volgde een wonderbaarlijk herstel van de kleur op het gezicht, de tremoren verdwenen als bij toverslag en de polsfrequentie, die een half uur tevoren nog 140 bedroeg, daalde tot de norm. Het meisje ging de volgende dag aan het werk en haar klachten waren voorgoed verdwenen.

Na het verhaal over deze wondergenezing reageerden enige artsen zeer fel en geëmotioneerd. Zij deelden mede dat de woorden van de arts hun afkeurenswaardig voorkwamen, daar zij masturbatie zouden sanctioneren. Het merkwaardige echter is, dat in het referaat over het al of niet toelaatbare

van masturbatie helemaal niet werd gesproken, maar alleen over de fantasieën tijdens de masturbatie. Toch vonden deze huisartsen aanleiding zich hevig te verzetten tegen het idee dat de masturbatie niet in eerste instantie werd afgekeurd. Men was kennelijk niet zo zeer getroffen door de opvallende verbetering in de toestand van de patiënte, als wel door het feit dat de masturbatie niet als zodanig werd afgekeurd.

Men vraagt zich af of deze reactie logisch en adequaat is. Is hier sprake van wat Janet noemde, „abaissement du niveau mental”, waarbij men zijn mening niet meer vormt op grond van rustig en redelijk overleg, maar spreekt op basis van een opkomende emotie? De arts behoort echter te observeren en te diagnostiseren, ook indien het gaat om iets dat eventueel in moreel opzicht afkeurenswaardig is. Hij behoort zich in eerste instantie bezig te houden met „hoe het is” en niet met „hoe het behoort te zijn”. Hier was sprake van een emotionele afwijzing.

Men kan een poging doen deze emotie diepte-psychologisch te duiden. Men kan, wellicht op goede psychoanalytische gronden het vermoeden opperen dat hier sprake is van een afgewezen infantiele seksuele bevredigingsdrift, gevolgd door een verdringing. Wanneer het referraat van de arts een deel van deze verdrongen infantiele seksualiteit uit de zalige onwetendheid van het onbewuste in de bewuste sfeer dreigt te brengen, zal er een hernieuwde afwijzing van deze infantiele drift op moeten volgen.

Wenst men deze gedachtengang niet te volgen, dan blijft de vraag, wat hier aan de hand kan zijn geweest. Ook de niet psychoanalytisch geschoolde zal het er mee eens zijn, dat het hier gaat om een confrontatie met een levensprobleem. Nu zal confrontatie met een probleem, nooit tot een emotie aanleiding kunnen geven, wanneer de persoonlijke sfeer niet wordt geraakt. Een technisch probleem zal ons waarschijnlijk niet emotioneren; het vraagstuk van de steeds voortgaande geldontwaarding onder omstandigheden echter wel. Dit is namelijk een collectief probleem dat ons ook persoonlijk raakt. De vraag of masturbatie bestreden, dan wel getolereerd dient te worden zal slechts dan emoties kunnen oproepen, indien deze vraag niet op een evenwichtige en geestelijk hygiënische wijze in de eigen persoonlijkheid is verwerkt.

Het is vooral de huisarts die meer dan een ander met persoonlijke, maar ook met collectieve levensproblemen in aanraking komt en juist hij zal reeds tijdens zijn opleiding moeten leren zijn plaats te bepalen tegenover al deze problemen. Hij moet de gelegenheid krijgen kennis te nemen van de meest voorkomende levensvragen en ook van de achtergronden waaruit deze levensvragen oprijzen. Dit zou kunnen worden gerealiseerd in discussiegroepen, waarin diverse onderwerpen op dit gebied kunnen worden behandeld. Het actief deelnemen biedt grote voordelen en is te prefereren boven het uitsluitend beluisteren van colleges.

In de algemene praktijk ervaart men dikwijls dat moeders, die een consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters bezoeken, de voorkeur geven aan een vrouwelijke arts die zelf kinderen heeft. Inderdaad blijkt dikwijls dat juist deze collegae een heilzame, geruststellende invloed op de moeders hebben. De vele problemen betreffende kinderziekten en kinderopvoeding zijn door een dergelijke arts veelal persoonlijk ervaren en doorleefd. Zij kan spreken en adviseren op grond van eigen ervaringen.

Maar niet iedere arts is een vrouw met kinderen. Niet iedere arts is gehuwd en zal specifieke huwelijksproblemen aan den lijve hebben ondervonden. Geen arts zal, teneinde de specifieke problematiek van de bedrogen echtgenoot beter te begrijpen, zijn echtgenote verzoeken overspel te plegen. De arts zal zich bij voorkeur niet met morfine inspuiten om de morfijnist beter te begrijpen. Evenmin zal hij bij zijn schoonmoeder intrekken om te onderzoeken hoe de verhouding met haar zich dan zal ontwikkelen. Confrontatie met velerlei levensproblemen betekent niet noodzakelijkerwijs de actuele beleving ervan.

Volgens het woordenboek der Nederlandse taal van Koenen-Endepols betekent het woord „probleem”: opgave, vraagstuk; twijfelachtige strijd-vraag; op te lossen vraagstuk. Helaas is het niet zo dat de laatste betekenis steeds van toepassing is op een levensprobleem. Er zijn levensproblemen waarvoor geen oplossing is te vinden, die steeds het karakter van een „twijfelachtige strijd-vraag” blijven dragen. Het zijn juist deze vragen waarmee de patiënt ons confronteert en waarmee wij zelf worden geconfronteerd.

Het probleem van de potator bestaat bijvoorbeeld niet uit de vraag of hij al of niet moet ophouden met drinken. De potator is niet zomaar een psychopaat die per definitie aan een aanpassingsdefect lijdt op grond van zijn disharmonische ontwikkeling (Carp). Zonder verder in te willen gaan op het psychopatiebegrip, is het echter wel duidelijk dat een potator ook aan een aanpassingsstoornis lijdt. Het is een testimonium paupertatis om hem te zeggen dat hij dan maar niet meer moet drinken. Daarmede wordt zijn probleem niet benaderd. Wellicht is hij een beginnende schizofreen, die zijn steeds gebrekkiger wordende contact met de buitenwereld nog iets wil verbeteren door alcohol tot zich te nemen. Wellicht kan hij de problematiek, welke zijn huwelijk hem biedt, niet aan. Misschien heeft hij een bijzonder sterke moederbinding, waardoor hij tot impotentie neigt en hoopt hij door de drank zijn potentie te versterken.

Deze drie, willekeurig gekozen mogelijkheden voor het ontstaan van drankzucht, confronteren ons met problemen, die ook de onze zouden kunnen zijn, namelijk de eigen houding tegenover de buitenwereld, de verhouding tot de eigen moeder en de eigen seksuele ervaringen; dit zijn geen onderwerpen, welke men gaarne openlijk ter discussie stelt, vooral niet, wanneer men op deze punten zelf moeilijkheden ervaart.

Een en ander brengt met zich mede dat men,

volgens de terminologie van C. G. Jung, in zichzelf moet kunnen schouwen. Dit introverteren leidt soms tot vreemde innerlijke ervaringen, die velen liever uit de weg gaan. Zeker is het in zichzelf keren in onze westerse, overwegend geëxtraverteerde wereld, geen vanzelfsprekende gewoonte. Hoe dikwijls krijgt men te horen: „Al dat gepeuter in de ziel leidt tot niets en is schadelijk!” Zeker, het kan schadelijk zijn, maar het kan even schadelijk zijn steeds op de buitenwereld te zijn gericht en nooit in contact te treden met de binnenwereld. Vooral de geëxtraverteerde valt het, uit hoofde van zijn aanleg, moeilijk om geregeld aan zijn innerlijk aandacht te besteden. Toch zijn er onder de geëxtraverteerden vele voortreffelijke artsen. De vraag of de geëxtraverteerde arts in sommige opzichten zelfs beter is dan de geïntroverteerde, zou men met enig recht kunnen stellen. De geëxtraverteerde is immers veelal beter in staat in te voelen en kan dikwijls beter met suggestieve kracht op de door problemen geplaagde neuroticus inwerken. De geïntroverteerde zal echter dikwijls beter mee kunnen leven en mee kunnen lijden, omdat de problematiek van de neuroticus niet zelden zijn eigen problemen raakt.

Er worden de laatste tijd steeds meer eisen aan de huisarts gesteld. Enerzijds komt het accent van het medisch handelen steeds meer op het medisch-psychologische en het sociaal-psychiatrische vlak te liggen, anderzijds blijft de diagnostiek der somatische ziekten even belangrijk als voorheen. Het bijwonen van discussiegroepen, bijvoorbeeld éénmaal per week gedurende de preklinische en klinische jaren, zal, vooral voor de toekomstige huisartsen, een onschatbare bijdrage kunnen leveren tot het vertrouwd raken met de algemeen menselijke levensproblematiek. Het verplicht stellen van het bijwonen van deze discussiegroepen lijkt mij zowel op psychiatrische gronden als op gronden van de in ons land geldende gewoonten in de universitaire opleiding, ongewenst. De confrontatie immers met veelvoorkomende, diep in de mens ingrijpende levensproblemen kan bij bepaalde, gepredisponeerde persoonlijkheden pathogeen werken en schadelijk zijn voor het psychische evenwicht. Nog afgezien daarvan houdt een psychotherapeutische opleiding een aspect in van psychotherapie voor degenen die opgeleid wordt. Dit is een medische ingreep, die alleen al uit medisch-ethische overwegingen nooit verplicht kan worden gesteld. Men kan zich afvragen of deze „psychotherapeutische opleiding” zich aan bepaalde diepte-psychologische inzichten moet houden. Hierop valt moeilijk een algemeen geldend antwoord te geven. Dikwijls zullen de inzichten van een bepaalde onderzoeker de een meer aanspreken dan de ander. Het is wederom C. G. Jung geweest die duidelijk heeft gewaarschuwd tegen systemen en theorieën.

Hoewel ik het gevaar loop, door hem te citeren, het systeem van Jung (zo dit bestaat) te propagieren, wil ik de lezer een van zijn uitspraken niet onthouden. Deze kan namelijk waardevol zijn voor de bepaling van onze houding ten aanzien van de psy-

chotherapeutische opleiding van de toekomstige huisarts.

„Ik maak me er steeds weer vrolijk over, wanneer een arts (psychotherapeut) verzekert, dat hij volgens Adler of Künkel of Freud of zelfs volgens Jung behandelt. Zoiets is niet mogelijk en wanneer het toch voorkomt, is men zeker op weg naar een ehech. Wanneer ik meneer X behandel, ben ik genoodzaakt de methode X te gebruiken en voor mevrouw Z de methode Z. Dat wil zeggen: de wegen en middelen van behandeling worden overwegend bepaald door de aard van de zieke. Alle psychologische ervaringen en gezichtspunten hebben in een bepaald geval nut, onverschillig van welke leer zij afkomstig zijn. Een theoretisch systeem als dat van Freud of van Adler bestaat enerzijds uit ambachtelijke regels, anderzijds uit met hun temperament samenhangende lievelingsideeën der schrijvers.”

Men mene niet dat een dergelijke eclecticische instelling onwetenschappelijk zou zijn. Elke methode van onderzoek draagt een aspect in zich van persoonlijke voorkeur, is daardoor echter nog niet onwetenschappelijk.

\* \* \*

De literatuur over de diepte-psychologie is dermate uitgebreid, dat men van toekomstige huisartsen niet kan verwachten dat zij van al deze werken kennis nemen. Men moet er dan ook niet naar streven de huisartsen op te leiden tot deskundigen in de diepte-psychologie, maar de nadruk leggen op de eis zich bezig te houden met de algemeen menselijke levensproblematiek. Men dient niet in de foutieve veronderstelling te vervallen, dat daardoor elk levensprobleem voor de arts oplosbaar wordt. Iedere psychotherapeut zal kunnen bevestigen, dat het therapeutisch waardevol is wanneer men de patiënt ervan kan overtuigen dat zijn probleem een algemeen menselijk probleem is. De taak van de huisarts-psychotherapeut is dan ook niet de levensproblemen van zijn patiënten in alle gevallen op te lossen, maar om hen te leren ermee te leven. Bij de opleiding zou hoofdzakelijk daarop de nadruk moeten vallen.

Een belangrijk aspect bij deze opleiding is ongetwijfeld ook het leren observeren, dus het gebruiken van ogen en oren. Ik moge besluiten met een citaat van de hedendaagse Duitse schrijver Heinrich Böll, waarin hij een typering geeft van Charles Dickens, een van de eersten die bewogen werd door de sociale noden van het negentiende eeuwse Engeland: „Deze jonge man heette Charles Dickens en hij had de beschikking over zeer goede ogen, de ogen van een mens die doorgaans niet geheel droog, maar ook niet nat zijn, maar een beetje vochtig en het Latijnse woord voor vochtigheid is ..... Humor.”

*Samenvatting.* Na te hebben signaleerd dat er vrij algemeen behoefte bestaat aan een meer uitgebreide scholing op sociaal-psychiatrisch en medisch-psychologisch gebied voor de toekomstige huisarts, komt de schrijver tot een opsomming van problemen op dit terrein, die in een algemene praktijk kunnen

voorkomen. Vervolgens wordt betoogd dat vele psychologische problemen in de praktijk collectieve problemen kunnen zijn, die de arts evenzeer kunnen bezighouden. Er wordt op aangedrongen tijdens de opleiding reeds discussiegroepen te vormen die de deelnemer ertoe dwingen kennis te nemen van deze levensvragen en er zich diepgaand mee bezig te houden, tenslotte later niet alleen op het „gezonde verstand” te zijn aangewezen. Tenslotte wordt gewezen op het gevaar zich star aan bepaalde diepte-psychologische scholen te houden in het kader van deze discussiegroepen.

*Summary. Considerations concerning the desirability of extended sociopsychiatric and psychotherapeutic training for*

*future general practitioners.* The author maintains that the need for more extensive training of future general practitioners in social psychiatry and medical psychology is widely recognized, and enumerates problems in this field which may be encountered in general practice. It is contended that many psychological problems in practice can be collective problems, which command as much of the physician's attention. It is urged that, even during training, discussion groups are formed which force participants to recognize and consider these vital questions so that, later, they will not have to rely exclusively on „common sense”. It is pointed out that rigid adherence to given schools of depth psychology in these discussion groups should be considered a disadvantage.

## Anemie bij reumatoïde arthritis\*

DOOR J. J. BODE, REUMATOLOOG TE HILVERSUM

Onder invloed van een ontstekingsproces kan anemie van min of meer ernstige aard ontstaan. Reeds in 1842 namen Andral en Gavarret waar dat in het bloed van patiënten, lijdende aan een infectieziekte, veranderingen optraden. Deze onderzoekers gebruikten de volgende methode: Zij verzamelden bloed van de patiënt in twee buizen. Het bloed in een daarvan lieten zij stollen, het bloed in de andere buis werd geschud, de hoeveelheid fibrine, de erythrocytenkoek en ook de plasma-bestanddelen werden gewogen. Deze hoeveelheden werden vervolgens uitgedrukt in delen per duizend gewichtsdelen volledig bloed. Onder normale omstandigheden vonden zij voor de hoeveelheid erythrocyten 140-160 delen per 1000, maar bij patiënten met een infectieziekte, bijvoorbeeld erysipelas, acuut reuma en longtuberculose, was dit maar 40-50 delen; bij ziekten als mazelen werd deze vermindering niet waargenomen, wel daarentegen bij patiënten met een chronische gewrichtsontsteking. Andral en Gavarret zagen dat bij de vermelde ziekten tegelijk met deze daling van de hoeveelheid erythrocyten een toename van het fibrine en van de leukocytenlaag optrad.

Eigenlijk is dus met het onderzoek van Andral en Gavarret een eerste begin gemaakt met de bestudering van de anemie, die tijdens het verloop van een infectieziekte kan optreden. Aan deze vorm van bloedarmoede, die bij infectieziekten en ook bij andere ontstekingsprocessen voorkomt, is betrekkelijk weinig aandacht besteed. Dit is begrijpelijk, omdat deze anemie slechts een bijkomstig verschijnsel is in het gehele ziektebeeld. Toch is hij een der meest voorkomende vormen van bloedarmoede. Men treft hem niet alleen aan bij infectieziekten maar ook bij andere aandoeningen, bijvoorbeeld bij acuut reuma, bij reumatoïde arthritis en bij kwaadaardige gezwellen. De anemie heeft bij al deze ziekten, ondanks de zeer uiteenlopende etiologie, steeds dezelfde

kenmerken. Gegevens, welke men hierover bij één bepaalde aandoening verkrijgt, kunnen veelal ook worden betrokken op de andere aandoeningen.

Wij zullen ons nu voornamelijk beperken tot de anemie die een onderdeel is van het ziektebeeld van de reumatoïde arthritis. In het algemeen treedt de anemie op wanneer de ontsteking enige tijd heeft bestaan. De activiteit, de omvang en de duur van de reumatoïde arthritis bepalen de ernst van de bloedarmoede. Verbeterd de primaire aandoening dan verdwijnt ook de anemie. Het hemoglobinegehalte varieert meestal tussen de 9 en 12 gram/procent. Toediening van anti-anemische middelen zoals ijzer, vitamine B<sub>12</sub> foliumzuur en vitamine B<sub>6</sub>, geeft meestal geen verbetering.

Enkele andere kenmerken van deze anemie zijn: normochroom tot licht hypochroom; normocytair tot licht microcytair; serumijzer laag normaal; ijzerbindingscapaciteit verlaagd tot normaal.

Er zijn dus wel duidelijke verschillen met een normale ijzerdeficiëntie-anemie waarbij men lagere waarden van het serumijzer en een sterkere verhoging van de ijzerbindingscapaciteit aantreft. De bepalingen van laatstgenoemde waarden zijn echter aan grote schommelingen onderhevig, bijvoorbeeld het dagritme, zodat het dikwijls moeilijk, zo niet onmogelijk is, om uit te maken of er bij de reumatoïde arthritis een echte ijzerdeficiëntie aanwezig is.

Men kan dit probleem beter benaderen met behulp van een sternumpunctaat waarop men een ijzerkleuring toepast. Bij een echte ijzerdeficiëntie namelijk vindt men geen of nagenoeg geen ijzer in het beenmerg; bij chronische gewrichtsontstekingen en bij reumatoïde arthritis daarentegen wordt in het beenmerg wel voldoende ijzer aangetroffen. Voorts wordt geen hypoplasie van het beenmerg gevonden. Wel is er veelal een toename van het aantal plasmacellen. Er zijn dus geen aanwijzingen dat ijzerdeficiëntie de oorzaak is van de anemie; een stoornis in de stofwisseling van het ijzer, met name resorptievermindering, zou misschien een rol kunnen spelen.

\* Huisartsencursus Reumatische gewrichtsaandoeningen in de praktijk. Boerhaave-cursus, oktober 1962.