

De gestoorde functie die tot het ontstaan van de medische situatie voert*

DOOR JHR. DR. A. H. VAN LIDTH DE JEUDE, HUISARTS TE ZEIST

De bespreking van „de gestoorde functie, die tot het ontstaan van de medische situatie voert”, is het complement van de bespreking over „de gedragsleer van de deelnemers in de medische situatie”. Deze onderwerpen leveren samen het materiaal voor de medische psychologie.

De arts leert tijdens zijn opleiding weinig nadenken over zijn relatie tot zijn patiënten. Hij vindt het vanzelfsprekend dat mensen bij de dokter komen met een of andere lichamelijke klacht. Hij vraagt zich niet af wat hij van de patiënt verwacht of wat de patiënt van hem verwacht. Hij bemerkt dat het in het algemeen gemakkelijk is de patiënt te helpen. De patiënt komt wat vragen, de dokter geeft een antwoord. Iemand die wat komt vragen, gedraagt zich in de regel niet agressief of vijandig. Van zijn kant is het voldoende als de dokter de vrager hulpvaardig en vriendelijk tegemoet treedt, als hij „aardig” is voor zijn patiënt. Aan een gedragsleer van de deelnemers in de medische situatie lijkt dan weinig behoefte te bestaan.

Maar er zijn ook patiënten die eindeloos vragen, die meer vragen dan de dokter, zonder zichzelf geweld aan te doen, kan geven. Er zijn patiënten, die vragen stellen waar de dokter geen antwoord op weet, die met verschijnselen bij de dokter komen, die niet in zijn handboeken der geneeskunde zijn beschreven. Er zijn patiënten die bij de dokter weglopen, zonder dat hij begrijpt wat hij heeft misdaan. Wanneer wij al dergelijke moeilijkheden in ogenschouw nemen dan rijst het vermoeden, dat er toch wel behoefte kan zijn aan een „Gedragsleer van de deelnemers in de medische situatie”, gedragsleer, die antwoord zal moeten geven op het waarom van al dergelijke onbegrepen gebeurtenissen.

De arts leert maar weinig nadenken over de betekenis van het verschijnsel voor de patiënt of over de betekenis van het verschijnsel als mogelijkheid van zich uitdrukken. En wat is de betekenis van het verschijnsel voor de anderen die met de patiënt en diens verschijnselen te maken krijgen? Dit zijn vragen over: „de betekenis van de gestoorde functie”, het onderwerp van dit artikel.

De bespreking van deze vragen zal weer gegevens leveren voor het eerste onderwerp „de gedragsleer van de deelnemers in de medische situatie”, want de arts, die zich bij iedere patiënt afvraagt welke de betekenis kan zijn van de gestoorde functie, niet alleen als symptoom van een somatisch lijden, maar

evenzeer als uitdrukkingsmiddel van de mens in zijn wereld, zal zich in de medische situatie anders gedragen, zal de patiënt op een andere wijze benaderen, dan de arts die uitsluitend „somatisch” is ingesteld.

Aan de hand van spreekuurgevallen wil ik trachten een indruk te geven van de betekenis van de gestoorde functie.

De drie volgende onderwerpen komen hierbij ter sprake:

de wijze waarop psychologische implicaties van de gestoorde functie zich tijdens het spreekuur kunnen voordoen;

de wijze waarop de huisarts zijn patiënten op het spreekuur pleegt te benaderen;

de wijze waarop de huisarts zijn patiënten op het spreekuur kan benaderen wanneer hij rekening houdt met de mogelijke psychologische betekenis van de gestoorde functie.

De wijze, waarop psychologische implicaties van de gestoorde functie zich tijdens het spreekuur kunnen voordoen.

De heer A. is geboren in 1918. Hij komt uit een dorp X. in het westen des lands, waar zijn vader een kleine boerderij heeft. A. is gemeentearbeider. Zijn vrouw is drie jaar jonger. Zij zijn twaalf en een half jaar verloofd geweest. Zij hebben eerst op een flat gewoond, maar zijn daarna verhuisd naar een oud huisje aan de rand van de gemeente, een huisje met een flinke lap grond, die door A. wordt bebouwd met groente en aardappelen. Er is ook een schuur voor kippen en varkens. Een jaar na het huwelijk, in 1955, werd een foetus maceratus geboren; eind 1960 kwam een flinke dochter ter wereld. De dochter is nu ruim twee jaar oud en weet haar ouders al aardig te regeren. Moeder A. komt op het spreekuur wegens telkens terugkerende duizeligheid. Zij klaagt erover dat haar man de slaaf van zijn tuin en klein-vee is. 's Zondags bijvoorbeeld wil hij al om zes uur opstaan om in de tuin te gaan werken, maar mev. A. heeft hier iets op gevonden.

Patiënte: Maar als ik nu zaterdagavond naar boven ga, neem ik de wekker mee en die doe ik in de linnenkast en de kast op slot.

Dokter: Wat zegt je man dan?

Patiënte: Waar is die wekker? Ik zeg: die is achter de muziek aan. Geef die wekker, anders lig ik er morgenochtend om negen uur nog in. Nou, dat zal mij wat bieden, dan heb ik ook eens een keer een goeie dag. Nee, die wekker, die krijg je beslist niet, die heb ik opgeruimd. Hij zou rustig de wekker zondagmorgen om half zes af laten lopen, nou en dan lig ik ook wakker. Waar is dat nou voor nodig?

Dokter: Wat gaat hij dan doen zo vroeg?

Patiënte: Kippetjes voeren, thee zetten. In januari had hij al acht jonge konijnen. Ik zeg: maar man, en nog mooie ook hoor. Nou en hij had varkens, twee grote keuen, die heeft hij eruit gedaan. Nou en daar is hij dan druk mee. En als ik dan

* Voordracht, gehouden op de Artsencursus Medische psychologie in de huisartspraktijk, theorie en training. Utrecht, mei 1964.

beneden kom om acht uur, en ik kom niet eerder beneden, wat moet ik zo vroeg beneden doen? Maar nu vanmorgen zegt hij (patiënte komt op een zaterdagochtend op het spreekuur): ik heb heel geen tijd, ik word hardstikke gek van 't werk. Ik zeg: nou en ik word gek van jou, van dat geleuter. Ik zeg: wat heb je nou aan je leven, als je maar altijd loopt te zagen en te hakken en te rommelen achter in de tuin. En je krijgt hem er voor geen goud uit.

Dokter: En hoe is hij met zijn dochter?

Patiënte: Nou, hij houdt erg veel van haar hoor. Hij is hardstikke gek op haar.

Dokter: Maar hij houdt meer van zijn kippen?

Patiënte: (begint te lachen). Dat zeg ik ook wel eens, maar dan wordt hij kwaad hoor. Vanmorgen zegt hij tegen me: als je lang wegblijft dan zet ik haar gewoon in het kippenhok. Ik zeg: ja, dat moet je proberen. Ik zal je eens gauw wat vertellen. Dat kind komt om acht uur van boven, dat maak je eerst even droog, je kan haar best een droge broek geven hoor. Nog meer? Ik heb geen tijd hoor, het gebeurt niet meer. En dat is alleen die tuin, die daar achter zit.

Dokter: Maar je hebt toch ook voordelen van de tuin, groente, eieren, varkensvlees?

Patiënte: Ja, maar dat varkensvlees krijg ik niet en ik had zo graag een keutje in de weck gehad.

Dokter: Waarom niet?

Patiënte: Mijn man kan niet tegen varkensvlees, dan komt hij vol met zweren. Toen heeft de dokter hem tien jaar geleden varkensvlees afgeraden.

Dokter: Maar mag zijn vrouw dan geen varkensvlees hebben?

Patiënte: Ja, dat heb ik ook al gezegd. Ik kan er goed tegen. Hij zegt: dat is voor één persoon niet te doen. Ik zeg nou, dan laten we het inblikken. Verleden jaar had hij zo'n mooi klein varkentje. Toen zeg ik laat mij dat beestje dan. Toevallig kwam mijn broer uit Den Haag ook binnen. Ik zeg we zitten net te bomen, het is goed dat je erbij komt. Ik heb je hulp nodig. Red je het weer niet met hem, zei mijn broer. Hij zegt, nou ik doe mee met dat varken. We doen samen, ieder de helft. Maar mijn man zei nee hoor, ik haal al dat gerommel niet aan. Ik moet trouwens dan een slachtvergunning hebben. Maar ik zeg als we het beest naar het abattoir brengen en we laten het beest op de fabriek inblikken, mijn broer zou voor het vervoer zorgen. Ik zeg nou als we dat doen. Nee, geen soesah. Ik zeg nou, hou maar op. En zo gaat dat dan, hè.

Bespreking van het geval. Patiënte komt op het spreekuur wegens recidiverende duizeligheid. Deze duizeligheid kan een uiting zijn van bloedarmoede tengevolge van de menorrhagie, waar zij van gewaagde. Het hemoglobinegehalte bleek echter normaal te zijn, de bloeddruk was 130/90 mmHg. Het gynaecologische onderzoek leverde geen verklaring voor de menorrhagieën. De duizeligheid zou ook een uiting kunnen zijn van een onmachtsbelevens. Uit haar verhaal blijkt een stille strijd met haar echtgenoot, die zich via zijn tuin en zijn vee aan haar machtsfeer onttrekt. Zij zei niet voor niets tegen haar broer: het is goed, dat je erbij komt. Ik heb je hulp nodig. In de opmerking „wat heb je nou aan je leven, wanneer je altijd maar loopt te hakken en te zagen”, ligt waarschijnlijk opgesloten de gedachte: wat heb ik nou aan mijn leven, wanneer hij altijd loopt te hakken en te zagen. Hierin klinkt de teleurstelling over de wijze waarop haar echtgenoot zich aan haar invloedssfeer onttrekt. In het verhaal van de wekker vertelt ze met trots, hoe ze hem althans zondagochtend aan zijn tuin weet te onttrekken: „dan heb ik ook eens een keer een goeie dag”.

De patiënte is door het onderzoek waarschijnlijk gerustgesteld over een mogelijk somatische beteke-

nis van haar duizeligheid. Zij heeft gelegenheid gehad zich te uiten over enkele van haar levensmoeilijkheden, die door haar weliswaar luchtig werden beschreven, maar misschien wel zwaarder wogen dan ze deed voorkomen. Het uiten van levensmoeilijkheden kan therapeutische betekenis hebben. Zij was zich kennelijk niet bewust van een mogelijk verband tussen haar duizeligheid en haar levensproblemen. Dit verband is tijdens het consult niet ter sprake gebracht, niet door haar en niet door de dokter. De somatische therapie, bestaande uit enkele leefregels en staalpillen, had misschien als therapie symbolische betekenis.

Wij willen naar aanleiding van dit geval de regels van *Meininger* citeren: „Het psychosomatische syndroom is een veruiterlijking van een onmachtsbelevens. Het psychosomatische syndroom heeft voor de patiënt geen (of nog geen) innerlijke betekenis Als zieke is de patiënt tevens een menselijk wezen en als zodanig doet hij, wat hij niet laten kan en dat is: zich tevens uiten en uitdrukken.”

De volgende patiënte die ik wil bespreken is een meisje B. Op het moment, dat zij voor het eerst met klachten op het spreekuur kwam, was zij veertien jaar oud. Zij had pijn in de heup, zodanig, dat ze er helemaal scheef van liep. Er bestond een sterke scoliose van de lumbale wervelkolom, die bij vooroverbuigen niet geheel verdween. Zij werd op mijn verzoek onderzocht door de orthopedische chirurg. Deze vond geen organische oorzaak voor de verschijnselen en adviseerde heilgymnastiek en massage.

B. is de jongste van vijf kinderen. Er zijn vier broers, B. is geboren toen de jongste broer twaalf jaar was, in 1944. Een maand na het eerste consult vertelt de moeder op het spreekuur: „B. is niet gemakkelijk thuis. Ze kan met vader niet zo goed opschieten. Nu met die heup geeft hij een beetje toe.” Moeder heeft wel opgemerkt dat er veel zenuwen bijkomen. B. is een ontzettend gevoelig kind. Moeder gelooft dat vader te zuinig op haar is. Als hij haar wat meer los zou laten zou het beter zijn. Maar misschien doe ik daar zelf ook wel aan mee, zegt moeder. Overigens belet de rug haar in niets. Ze fietst en loopt en springt. Als ze afleiding heeft voelt ze niets.

Dit gesprek vond plaats in het begin van de zomer van 1958. In de vakantie is het met B. weer beter gegaan. Aan het eind van het jaar komt moeder weer met B. op het spreekuur. Zij is volgens moeder lusteloos, kribbig, altijd moe. Moeder zal nog eens alleen terugkomen om over B. te praten. Zij is op het afgesproken uur niet gekomen omdat ze verkouden was. Volgens vader vindt moeder dat praten toch onzin. Enkele weken later komt vader op het spreekuur. Het gesprek komt op B.

Dokter: Wat is B. eigenlijk voor een kind?

Vader: Nou, ze is rondborstig, ze flapt eruit wat haar voor de mond komt, kan niet schelen wie ze voor heeft. Onverschillig, bar onverschillig, want nou dokter het is lelijk dat ik het zeg, maar als je ze thuis soms hoort, of dat het een polderjongen is. Wat ze thuis toch nooit hoort.

Dokter: Maar is daar haar karakter mee beschreven?

Vader: Ja, onverschillig. Ze uit zich, hoe moet ik dat onder woorden brengen, wat een mens in zijn hart denkt, dat uit zij meteen. Ze zegt precies zoals ze denkt, of het nou mooi is of lelijk of gemeen, kan niet schelen wat, zij gooit het er meteen uit.

Dokter: Ja, maar dit zijn nou slechte eigenschappen, heeft ze geen goede eigenschappen?

Vader: Ja zeker, het is een hardstikke goed kind. Een lief kind, want als ik thuis kom, als ze thuiskomt, ze vliegt me om mijn nek en dan ineens, dan draait het om: „sodemieter op, ik gooi je dat ding naar je hersens”.

Dokter: Nou die kwestie van die rug, wat vind je daar zelf van?

Vader: Nou dokter, mag ik eerlijk mijn mening zeggen?

Dan geloof ik, dat het een hoop zenuwen zijn.

Dokter: Waarop grond je dat idee?

Vader: Als zij iets gehad heeft, ze heeft een standje gehad of ze heeft op school armoei gehad met de juffrouw, maar je kan erop rekenen, de volgende dag is het erger. De mas-seuse die zegt: „ik kan meteen merken, als B. vakantie heeft, dan is dat een rustiger”.

Dokter: Heeft ze een hekel aan school?

Vader: Ja, dat heeft ze pertinent. Ze kan op haar manier niet met de juffrouw opschieten.

Dokter: Is B. eigenlijk aan huis gebonden?

Vader: Ja, och heden! Een paar jaar terug, ze was nog nooit van huis geweest, nog nooit, zou ze een nacht bij een nichtje van me blijven. Och mens, ze heeft liggen brullen 's avonds. Ze kan niet van huis. Nou zou ik er zelf ook een hekel aan hebben hoor dokter, als ze van huis ging.

Dokter: Ondanks alle herrie?

Vader: Nou ja, herrie, ik beheers me altijd zo goed mogelijk hoor. Maar ja, ik val ook wel eens een keer uit mijn rol. Ja, dan is Leiden in last, dan gooit ze haar kop ook in de wind.

Dokter: Heeft dat met die rug wel eens wat te maken?

Vader: Ja, dan is het de volgende dag erger. Dan kan ze niet zitten, niet lopen, dan kan ze niks. Nee, ik geloof, dat dat een hoop zenuwen is, dat geloof ik eerlijk.

Dokter: Als ze die pijn heeft, is ze dan moeilijk?

Vader: Ja, oh, dan is ze zo chagrijnig, dan is ze verrekt lastig. Maar nou moet ik zeggen, de laatste weken gaat aardig goed.

Dokter: Waar wijt je dat aan?

Vader: Ik weet het niet, ik weet het niet... Ja, eigenlijk weet ik het wel. Ik hoop niet, dat u er met mijn vrouw over praat, maar ze heeft op haar manier een vriend. En nou is dat kinderwerk, dat weet ik wel en nou had ik er een gruwelijke hekel aan en ik heb dat zo hard mogelijk tegengegaan. Dat begrijpt u wel. Het is een kind van veertien jaar. Maar ja, mijn vrouw zegt: „laat ze toch gaan. Het is toch kinderwerk”. En nou heb ik mijn ogen dicht geknepen. En nou gaat alles van een leien dakje. Ze staan nou even aan het hekje te praten.

Dokter: Had je dat eerst verboden dan?

Vader: Ja, ik had er een hekel aan, dat ze nou al met jongens begon. Dat wou ik niet hebben, daar vind ik haar veel te jong voor en nu ik er niks van zeg, nu is alles goed en je hoort haar nergens over. Ze zingt en ze fluit de hele dag.

Dokter: Wat is het voor een jongen?

Vader: Hij is zeventien jaar, uit een heel nette familie. Ik ken die ouders goed, maar ik wil niet, dat ze 's avonds op straat loopt. Dat ze nu eens even aan het hekje staat, maar ik wil er geen straatmeid van hebben. Ze is openhartig. Ze vertelt alles. Nu is er zaterdagavond in het wijkgebouw zo'n instuif voor jongens en meisjes. Ze vroeg of ze daar naar toe mocht. Ik zeg: „moet je daar alleen naar toe”? Nee, nee, C. heeft gevraagd of ik mee ging. Want zijn vader is daar leider van hè. Nou ja, ik heb dat maar weer goed gevonden. Ik zeg: maar denk erom negen uur thuis. Maar dan is ze er ook hoor.

Dokter: Is dat feest dan afgelopen?

Vader: Nee, dan is het niet afgelopen. Tenminste dat geloof ik niet hoor. Maar dan gaat ze weg. En nou weet ik wel, daar steekt nou direct geen kwaad in, maar als ze zoveel met jongens gaan bemoeien. Dat kan ik niet goedkeuren. Nou ja, ik mocht van thuis eigenlijk niks, ik weet nog heel goed, ik was zestien of zeventien jaar, ging ik met een meisje schaatsenrijden, op mijn manier, en mijn vader zag het en ik kreeg een schop onder mijn kont, waar dat meisje bij stond, nou dat het niet mooi was: „vooruit snotneus” zei hij, „naar huis toe, jij”. Kijk, dat vind ik ook niet goed, maar toch... die strenge opvoeding blijft er toch nog wat inzitten.

Op mijn vraag dacht je dat dat feestje nachtwerk zou worden, antwoordde vader „nee, want de leider van die avond was de vader van die jongen. De man is ouderling van de kerk”.

Bespreking van het geval. Het verschijnsel, de rugpijn, ging gepaard met een duidelijke functie-

stoornis. Het verloop van de kwaal maakt het erg onwaarschijnlijk dat aan de functiestoornis een organisch lijden ten grondslag lag. Het onderzoek van de orthopedische chirurg gaf evenmin aanwijzingen voor een organisch lijden.

B: typisch verwend kind, thuis lastig, moeilijk te hanteren, zij voelt zich, buiten de vertrouwde situatie, gauw bedreigd. De rugpijn is tijdens de vakantie wanneer de bedreiging van de school en de schooljuffrouw wegvalt, veel minder. De rugpijn is op te vatten als een uiting van onmacht in een vijandige omgeving, een vijandigheid, die zij zelf in de hand werkt, omdat zij, thuis gewend de beest uit te hangen, ditzelfde gedragspatroon ook op school vertoonde, wanneer het haar niet naar de zin ging. De rugpijn had een dubbele, ambivalente functie: blijf van me af, maar help me toch. De hulpeloze agressie vertolkt vader, wanneer hij vertelt: „als ze thuis komt, vliegt ze me om de nek en dan ineens draait ze om”. De rugpijn krijgt ook een secundaire betekenis. Moeder vertelt: „ze kan met vader niet zo goed opschieten. Nu met die heup geeft hij een beetje toe.”

De functiestoornis heeft blijkbaar wel geruime tijd dienst gedaan, vier jaar na het begin van de klachten wordt de rugpijn nog wel af en toe gevoeld. In het laatste gesprek vertelt B. dat de rugpijn nog wel eens terugkomt: „als ze zenuwachtig is”. Ze geeft dan zelf aan, dat de rugpijn met „zenuwen” verband houdt. Zo ver was ze bij haar eerste bezoek op het spreekuur zeker niet.

„Het psychosomatisch syndroom heeft geen (of nog geen) innerlijke betekenis” (Meininger). Het is ook niet nodig dat het verband van de functiestoornis met het daaraan ten grondslag liggende conflict bewust wordt. *Van den Berg* schreef: „Vele patiënten herstellen, zonder dat zij zich bewust worden van verbanden, die anderen zagen. Hun herstel is een terugkeer. Het inzicht kan gemist worden”. Met een variant op deze uitspraak zou men kunnen stellen: „Vele patiënten herstellen, zonder dat zij zich bewust worden van verbanden, die anderen ook niet zagen, ook de behandelend geneesheer niet.” In deze stellingen ligt misschien wel een verklaring voor het feit dat zovele patiënten met onbegrepen klachten via een „ut aliquid” therapie of via een „paradoxe” verwijzing naar een specialist, na korte of lange tijd van hun klachten bevrijd blijken te zijn.

De beoordeling van de psychogenese van een verschijnsel blijft moeilijk omdat de psychogenese, zoals ook in de beschreven gevallen, wel aannemelijk kan worden gemaakt, maar niet kan worden bewezen. De medicus, die aandacht gaat besteden aan de mogelijke psychologische implicaties van de hem gepresenteerde klacht, loopt het gevaar de somatische betekenis uit het oog te verliezen. Wellicht niet ten overvloede mag worden opgemerkt dat het omgekeerde evengoed mogelijk is. In het boek van *Weisz* en *English* lezen wij dan ook: „Psychosomatic medicine does not mean to study

the soma less, but the psyche more". Voor *Alexander* duidt het begrip psychosomatiek niets meer aan dan een oriëntering of benaderingswijze, namelijk het simultaan onderzoeken van psychologische en somatische verschijnselen in hun interrelatie.

Wij zijn gewend in onze benadering van de patiënt eerst af te gaan op de mogelijke somatische betekenis van een verschijnsel en pas bij een negatief resultaat van de daarop gerichte onderzoeken te denken aan de mogelijkheid van een psychogenese. Op deze wijze lopen wij echter de kans, symptomen die tijdens de eerste benadering een psychogenese aanduiden, over het hoofd te zien. Het komt niet zo zelden voor dat patiënten spreken over het lichamelijk verschijnsel als over het probleem, waar het lichamelijk verschijnsel een veruiterlijking van is. Spreekt de patiënt op deze wijze over zijn verschijnsel, dan willen wij die omschrijving een sleutel-opmerking noemen, een opmerking, die voor de luisterende arts een sleutel geeft voor de mogelijke psychogenese van het verschijnsel. Wij willen er wel op wijzen, dat een dergelijke opmerking niet beschouwd mag worden als een bewijs van de psychogenie van het verschijnsel, maar alleen als een betekenisvolle aanwijzing voor de mogelijkheid daarvan.

Mevrouw D. verzocht mij eind augustus 1963 telefonisch haar te bezoeken. Haar huisarts was met vakantie. Op mijn vraag, wat de reden van het consult was, kreeg ik de indruk dat een huisbezoek niet zo erg nodig was. Aangezien ik patiënte niet kende, besloot ik toch maar aan haar verzoek te voldoen.

Zij was fors en zag er gezond uit. Haar leeftijd bedroeg 71 jaar. Sinds twee maanden voelde zij zich niet lekker, het eten lag haar zwaar op de maag. De laatste drie avonden had zij 's avonds gebraakt. De laatste dagen kwam de ontlasting moeilijk. Het slapen ging wel. Zij was de laatste jaren wat afgevallen. Zij woog eerst 90 kg, nu 80 kg. Tot haar 70ste jaar was zij nooit ziek geweest. Haar man was in 1947 op 72-jarige leeftijd aan een hartkwaal overleden. Zij heeft vier kinderen, drie meisjes en een jongen. De zoon woont het laatste jaar ook hier in het dorp, de dochters wonen elders.

Een van haar schoonzons is huisarts. Hij heeft haar kort geleden onderzocht. Hij is een studiegenoot van haar huisarts. Hij heeft een briefje voor haar huisarts meegegeven. Dit briefje moet ik dan nu maar lezen. Het briefje luidt als volgt: „Amice, mijn schoonmoeder, mevrouw D., heeft sinds eind juni klachten van de bovenbuik: bandgevoel, geen pyrosis, wel hartwater en ructus, soms misselijk, wel koffie-intolerantie, tevens jeuk om de taille, waar overigens niets is te zien. Zou het verstandig zijn haar naar een internist te sturen? Galblaaslijden? Gaarne hoor ik hier nog eens wat van. Met de beste gr.”

Met haar beide handen op de bovenbuik drukkend zegt zij: ik voel een drukking, ik sta onder iets. In het begin van de zomer was zij met vakantie naar Frankrijk geweest met haar zoon en de familie van zijn vrouw, in totaal twaalf personen. De moeder van haar schoondochter, een weduwe, was ook van de partij. „Ik heb me wel eens moeten ergeren daar. Het ergste is: mijn schoondochter is niet zo gemakkelijk. Ze is bovendien vreselijk slordig. We zijn trouwens veel meer familieleden gewend. Ze leven daar veel meer los van elkaar. Ieder schenkt zich zelf bijvoorbeeld thee in. Ze kan trouwens ook niet hebben dat mijn zoon eens even 's avonds bij mij komt binnenwippen. Mijn schoondochter komt dan altijd mee en ze zijn zo weer weg.”

Als ik haar twee dagen later weer bezoek gaat het wel beter. De avond tevoren heeft zij voor het eerst niet ge-

braakt. De verhouding met de schoondochter komt weer ter sprake. De vrienden van haar zoon bleven langzamerhand weg, omdat vooral de vrouwen niet met haar schoondochter konden opschieten. Zij spreekt altijd meer met de mannen dan met de vrouwen. Zij komt uit een gezin waar de vrouwen niet veel ophadden met huishoudelijk werk, een familie, waarin de belangstelling van de vrouw voor het huishouden op de tweede plaats stond. Zij, mevrouw D., was dat zo anders gewend. Zij had een heel lieve man, de kinderen waren huise-lijk, haar schoonzons droegen hun vrouwen op de handen, maar haar schoondochter was slordig, mopperde vaak tegen haar echtgenoot en de kinderen en had overal waar ze kwam, het hoogste woord. Dit laatste vooral ziet mevrouw D. niet graag. Weliswaar is het haar opgevallen dat haar kinderen er wel eens plezier om hadden als haar schoondochter zich zo deed gelden, als ze allemaal bij elkaar waren. Was de schoondochter eigenlijk de enige in de familie, die het waagde het liefdevolle gezag van mevrouw D. te trotseren? Lag hier de grond voor de omschrijving van de buikkachten: „Ik voel een drukking, ik sta onder iets”?

De heer E. geboren in 1923 komt in het begin van de zomer op een maandagochtend op mijn spreekuur. Een week geleden toen hij op de fabriek iets wilde beetpakken, heeft hij plotseling hevige pijn op de borst gekregen, links. De pijn schoot dwars door de borst heen naar de rug. Hij kon niet veel meer doen, heeft nog wel de hele week gewerkt, maar het ging moeilijk. „Ze kunnen je beter een klap in je gezicht geven dan zoiets.” Patiënt werkt nu vijftien jaar als slijper op een zilverfabriek. Het is een jaagsysteem. Het werk is wel mooi, hij staat goed aangeschreven, kort geleden moest er een bord voor de koningin worden gemaakt. Dat heeft hij geslepen. De laatste tijd zijn er moeilijkheden met het puimsteen dat ze gebruiken met het slijpen.

Patiënt: Toen mijn baas met pensioen ging een half jaar geleden, toen was 't afgelopen.

Dokter: Heeft de nieuwe baas dan andere puimsteen besteld?

Patiënt: Ik denk het wel, dat hoor je niet.

Dokter: Hebben jullie toen direct geklaagd?

Patiënt: Ja, maar dat verandert niet. Kijk, met die zachte poeder wordt het werk nog mooier. Met die oude poeder slijpt het makkelijker. Maar het wordt nu mooier en we werken dan nog na met houtskool, dat is nog zachter en daarna wordt het werk gepolijst. Maar wij zijn de dupe ervan, want het gaat van je lichaam af. Het werk wordt veel vermoeiender. De laatste dagen van de week moet je knoeien, omdat de puimsteen dan is uitgewerkt.

Dokter: Krijg je dan geen nieuwe puimsteen?

Patiënt: Nee, je hebt daar al die jaren genoeg aan gehad. Maar nu wordt aan het eind van de week meer knoeiwerk afgeleverd, dus dat is nadeel voor ons maar ook voor hun, want je krijgt je werk terug. En nu willen ze proberen andere olie te gebruiken, want die puimsteen wordt met olie vermengd en nu denken ze met andere olie de puimsteen grover te houden. Ze willen blijkbaar geen andere puimsteen aanschaffen. Maar het wordt niks met die olie. De nieuwe olie ruikt misschien wat frisser.

Dokter: Wou je vandaag gaan werken?

Patiënt: Ik zou zeggen: zou ik niet beter een paar dagen thuis kunnen blijven? Want het is nu al een week aan de gang en vrijdag ben ik ook vroeg naar huis gegaan. Ik was het toen zo zat.

Vier dagen later komt patiënt weer op mijn spreekuur.

Dokter: Hoe gaat het?

Patiënt: Een stuk beter, gelukkig wel nou.

Dokter: Hoe is de pijn?

Patiënt: Nog zeurende hè, maar goddank niet meer zo hevig.

Dokter: Toen je die pijn kreeg, wat voor gevoel had je daar eigenlijk bij?

Patiënt: Nou, of ze er met een priem in staken. Als ik een kopje thee of een sigaret vasthield, moest ik mijn hand er tegen houden.

Dokter: Dat heb je nu niet meer?

Patiënt: Nee, het mindert steeds.

Dokter: Heb je nog gehoord, hoe het op de fabriek ge-
gaan is?

Patiënt: Nou, ik ben er maar heel kort geweest, want ik
moest mijn werk nog inleveren voor het loon en zo enne...
ze stonden wel te mopperen, maar verder weet ik het niet.

Dokter: Te mopperen?

Patiënt: Ja, omdat die nieuwe olie weer doffer was. Maar
verder heb ik niets gehoord. Vanavond misschien met het geld
halen, dan hoor ik het wel.

Dokter: Ben je wel benieuwd?

Patiënt: Ja, het kan raar gaan hè?

Dokter: Die chef, die je nu hebt, vind je niet zo prettig?

Patiënt: Ja, kijk eens, dat slijpen en zo hè, daar heeft hij
nooit ingezet. Hij is eigenlijk bruineerderchef.

Dokter: Hij heeft er geen verstand van eigenlijk?

Patiënt: Nee, hij kan wel zeggen zo en zo, maar officieel
heeft hij er toch geen verstand van. Maar dat weet iedereen.
Maar ja, hij heeft de controle erover en ook over het bru-
nieren, dus hij kan wel zien of er iets aan mankeert. Hij zit
er zo'n veertig jaar in, dus dan loop je wel wat op. Maar ja,
dat nemen we maar met een korreltje zout.

Dokter: Hoe gaat de bewerking van het zilver eigenlijk?

Patiënt: Het wordt geperst, dan wordt het gefreesd — wit
koken — dan wordt het met een beetje zand geschuurd
(slijpen: zand — puimsteen) en dan met staal die loog erop,
dat is bruineren.

Dokter: Waarom heet dat bruineren?

Patiënt: Ja, dat weet ik niet. Weet u het? Ze noemen het
bruineren, die hoogglans erop maken. Het ergste werk is wel
het slijpen.

Dokter: Hoe zit het nu met dat puimsteenpoeder? Je mag
niet in de tweede helft van de week nieuw poeder nemen?

Patiënt: Nee.

Dokter: Waarom eigenlijk niet?

Patiënt: Ik weet het niet. We hebben het er wel eens over
gehad, want op die andere fabriek van ons, daar is het wel.
Daar nemen ze tot woensdag een halve zak en dan voor de
tweede helft van de week nog een halve zak.

Dokter: Met wie heb je het erover gehad, met de baas?

Patiënt: Ja, kijk eens, vorige week zijn we weer aan het
mopperen geweest en zodoende hebben we nu die andere olie
gekregen. Dus wat er deze week gebeurd is, weet ik niet.
Want er was al sprake van geweest om de helft van de week
ook nieuwe poeder te nemen, dat hebben we onder elkaar be-
sproken, maar daar is nog niets van gekomen.

Dokter: Zou de baas daar bezwaar tegen hebben?

Patiënt: Nee, dat geloof ik niet. Maar ze proberen nu eerst
natuurlijk die nieuwe olie. Maar dat wordt niks, want met olie
kan je niet iets grover maken, wel zachter, maar niet grover.

Dokter: Je hebt het gevoel, dat het nu in orde zal komen?

Patiënt: Ja, ze zijn nu aan het rommelen, dus dat gaat nu
wel door.

Dokter: Wat dacht je van je werk? Zou je maandag weer
kunnen beginnen denk je?

Patiënt: We kunnen het proberen. Ik hoop, dat het dan
over is.

Dokter: Kom je dan aan het eind van de volgende week
nog eens verslag uitbrengen?

De sleutelopmerking bij mevrouw D. was: „Ik
voel een drukking, ik sta onder iets”. De sleutelop-
merking bij de heer E., doelend op de pijn in de
borst: „ze kunnen je beter een klap in je gezicht
geven, dan zoiets”. In beide gevallen is het symp-
toom waarschijnlijk een expressie van een conflict-
situatie; in beide gevallen sprak de patiënt over het
symptoom als over het conflict, waar de functie-
stoornis (waarschijnlijk) een expressie van was. Het
is weer de vraag of het nuttig is de patiënt de
mogelijke betekenis van zijn functiestoornis uit te
leggen. De natuurwetenschappelijk opgeleide arts
die gewend is zijn patiënten zijn diagnose en zijn
inzichten mede te delen, zal er zeker de neiging toe

hebben. Tijdens het tweede gesprek met Mevrouw
D. is de mogelijke betekenis wel ter sprake geko-
men; het leek of de patiënte hier erg mee ingeno-
men was. In het tweede geval kwam de betekenis
van het verschijnsel niet ter sprake. Het leek ook niet
nodig erop te wijzen. Wij geloven, dat het in het
algemeen niet nuttig en ook niet nodig is het ver-
band te bespreken. „Vele patiënten herstellen, zon-
der dat zij zich iets bewust worden van verbanden,
die anderen zagen”.

Meininger ziet in het psychosomatisch verschijnsel
een vorm van communiceren. Hij omschrijft com-
municeren als: „Een zich verbergend openbaren,
een zich openbarend verbergen”. Wij weten niet in
hoeverre het bewust maken mogelijk en, indien
mogelijk, nuttig zal zijn. Wij weten, dat vele patiën-
ten herstellen zonder dat zij zich het verband van
de functiestoornis en het conflict bewust worden.
Het is zeer goed mogelijk dat een geforceerde kort-
sluiting hiervan, de therapeutische relatie schaadt.
Er zal in een voortdurend geven en nemen uiterst
voorzichtig om deze bewustwording heen moeten
worden gemanoeuvreed. Soms oppert de patiënt
zelf de mogelijkheid van een verband tussen ver-
schijnsel en conflict. Alhoewel hij dit verband even
later weer in twijfel kan trekken.

*De wijze waarop de huisarts zijn patiënten op het
spreekuur pleegt te benaderen.* In een brief aan
het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genoot-
schap (N.H.G.), in antwoord op de vraag, hoe de
huisarts het medisch-psychologisch terrein zou moe-
ten verkennen, schreef Van den Berg in 1958 onder
meer: „een groot deel van de patiënten komt met
klachten, waaraan met het gebruikelijk onderzoek
geen basis gegeven kan worden en waarop bij ge-
volg geen werkelijk verantwoorde therapie past. De
medicus is gewoon daarbij zij het ook in stilte, een
diepe zucht te slaken, daarna een receptenbriefje
te grijpen en een of ander middel toe te passen, in
de hoop, dat dat wat helpt. Dat deze hoop niet on-
gegrond mag heten, blijkt uit het feit, dat de patiën-
ten niet moe worden terug te komen. Wat het doet,
weet de arts wel niet. Zijn handelen acht hij, in de
ernstige ogenblikken van zijn leven, ook tamelijk
onwetenschappelijk en misschien wel duidelijk on-
medisch, maar hij blijft, wat hij doet, doen omdat
het helpt en omdat hij er niets beters tegenover kan
stellen. Het is niettemin duidelijk, dat vele medici
door dit alles hun werk met een min of meer kwaad
geweten doen.”

In 1960 is in de congrescommissie van het N.H.G.
met de psychologen Barendregt en Wilde gesproken
over de bijdrage, die de psycholoog zou kunnen
leveren aan de ontwikkeling van de huisartsgenees-
kunde. Ter oriëntatie woonden de psychologen en-
kele spreekuren van huisartsen bij. Als algemene
indruk van het spreekuur gaven zij de volgende
karakteristiek: veelal het beeld van loven en bieden.
Zij rieden de huisartsen aan zelf eens een spreekuur
van een collega te gaan bijwonen. Al leek dit op
het eerste gezicht uilen naar Athene dragen, de raad

is opgevolgd. Er zijn bij dergelijke bezoeken zo nauwkeurig mogelijk verslagen gemaakt van de gesprekken van de huisarts met de patiënt. Bij analyse van de verslagen bleek, dat de huisarts op een aantal klachten niet pleegt in te gaan. Een klacht waarbij dit het geval was, hebben wij genoemd: „de onwelkome klacht”.

De onwelkome klacht is als volgt te typeren: het is een klacht, die van meetaf aan moeilijkheden bij de diagnose of de therapie doet verwachten. Hieronder vallen klachten over aandoeningen of verschijnselen die mogelijk te beschouwen zijn als veruiterlijking van een conflictsituatie, alhoewel ze evengoed een uiting kunnen zijn van een somatische aandoening, die zich in vage verschijnselen manifesteert.

Het is niet mogelijk om in het korte bestek van de spreekuur-routine een afdoend onderzoek in te stellen naar de betekenis van de onwelkome klacht. De huisarts neigt ertoe de klacht te verdoezelen, er niet op in te gaan of een ander verschijnsel op de voorgrond te stellen dat wel rationeel kan worden behandeld. Hij kan, zoals Van den Berg beschrijft, een receptenbriefje pakken en een of ander middel voorschrijven in de hoop dat het helpt, of hij kan de patiënt voor nader onderzoek naar een specialist verwijzen, al verwacht hij niet, dat de specialist een organische oorzaak voor de klacht zal vinden (paradoxe verwijzing - Weyel).

Het is speciaal op de benadering van de „onwelkome klacht” dat de term *loven en bieden* van toepassing is. *Loven en bieden*, met als doel een antwoord te vinden voor de vraag: hoe kom ik in de kortst mogelijke tijd, zonder mijn medisch geweten geweld aan te doen en zonder de patiënt de indruk te geven dat ik hem met een kluitje in het riet stuur, van de patiënt af. Wanneer wij dit *loven en bieden*, als reactie op de onwelkome klacht, aldus omschrijven, dan wekt het de indruk alsof de huisarts onverantwoord tewerk gaat. Toch behoeft dit geenszins het geval te zijn. Er komt nu eenmaal een aantal patiënten op het spreekuur met klachten, die beschouwd moeten worden als een expressie van een onmacht beleven in een conflictsituatie. De patiënt is zich de relatie tussen het conflict en het verschijnsel niet bewust. Hij is verontrust door het lichamelijke verschijnsel. Het therapeutisch advies van de arts, al is dit in de ogen van de arts een ut aliquid therapie, is voor de patiënt een (symbolische) steun in zijn poging zich te handhaven en te rechtvaardigen.

De mogelijkheid zich bij de huisarts op neutraal terrein over het conflict te uiten, kan bevrijdend werken. Anderzijds zou de huisarts sommige patiënten schade kunnen berokkenen, wanneer hij al te snel psychologische achtergronden tracht te exploreren. Daar komt bij, dat het aantal onwelkome klachten op ieder spreekuur zo groot is, dat het gezien de huidige artsbezetting onmogelijk is al deze patiënten voor nader onderzoek terug te bestellen. Iedere arts moet een methode vinden om de onwelkome klacht te beantwoorden. Deze empi-

risch gevonden methode wordt tenslotte door zijn patiënten geaccepteerd. Wanneer de arts zich de onwelkome klacht bewust wordt en zijn empirisch antwoord daarop, dan zal hij extra aandacht gaan besteden aan de afspraak met de patiënt, wat te doen na de ut aliquid therapie en na het specialistentisch consult.

Enkele voorbeelden van de onwelkome klacht en van het *loven en bieden* mogen hier thans volgen.

Een dertigjarige ongehuwde vrouw is wegens chronische keelklachten bij de keel-, neus- en oorarts geweest. De tonsillen zijn al eerder verwijderd. Thans vindt de specialist op zijn gebied geen afwijkingen. Het is mogelijk, dat de keelklachten een uiting zijn van een moeilijk te „slikken” situatie, zoals ook de tweede klacht, de moeheid, een uiting kan zijn van ergens niet tegen opgewassen te zijn. Een derde klacht, menstruatiestoornissen, mogelijk verband houdend met seksuele problemen en blijkbaar al eerder onder behandeling geweest, geeft ditmaal geen aanleiding tot nadere uiteenzetting. De huisarts denkt bij de klacht moeheid in verband met de slikklachten kennelijk aan de mogelijkheid van complicaties als reuma en nefritis. Hij vraagt: Heeft u last van de gewrichten, last met urineren? In de snelheid van zijn associaties vraagt hij, ter informatie over de nierafwijking, naar mictieklachten, welke bij nefritis echter niet te verwachten zijn. De huisarts doet na enig *loven en bieden* tenslotte een keus: „maar ik wil nu eerst deze zaak afmaken”. Het wordt een kuur met penicillinepreparaten, welke enige maanden in beslag zal nemen. Het consult liep ongeveer als volgt:

Patiënte is wegens chronische keelklachten bij de keel-, neus- en oorarts geweest. De tonsillen waren vroeger al verwijderd. Er zitten nog wat amandelresten. De huisarts legt uit dat het mogelijk zou zijn die amandelresten ook nog weg te halen, maar hij stelt voor de zaak met penicilline in het reine te brengen.

Dokter: U krijgt een kuur, iedere dag een injectie en daarna nog Penidural een keer per maand. Hoe gaat het er nu mee?

Patiënte: Nu, het gaat wel. Ik ben alleen nog ontzettend moe.

Dokter: Heeft u last van uw gewrichten?, last met urineren?

Patiënte: Nee dokter.

Dokter: U moet nog wel een flesje urine sturen.

Patiënte: En dan ook: ik ben ontzettend ongeregeld ongesteld.

Dokter: O! (een uitroep, die zoveel aangeeft van „ook dat nog”; de dokter tracht zich te beheersen, maar uit de volgende zin blijkt zijn wrevel nog) dus onregelmatig, echt? (alsof hij moeite moet doen het te geloven).

Patiënte: Ja, het blijft ook wel eens een hele tijd weg. Het is wel eens drie maanden weggebleven. Ik heb er wel eens poeders voor gehad en ook tabletten.

Dokter: Goed, we zullen kijken, wat we eraan kunnen doen, maar we beginnen eerst met die prik.

Patiënte gaat naar de onderzoekkamer; vanuit de kleedkamer zegt ze:

Patiënte: Dat vind ik nu zo ontzettend erg, zo’n prik, dat vind ik verschrikkelijk. (De arts geeft haar een injectie.)

Dokter: Ziezo dat is klaar, dat doet toch helemaal geen pijn?

Patiënte: Nee, maar ik vind het idee zo naar.

Dokter: Ziezo, over die menstruatie zullen we het nog wel eens hebben, maar ik wil nu eerst deze zaak afmaken. (Dan maakt dokter een afspraak voor de injectie.) Ze kan dan ’s avonds komen, welk uur haar het beste schikt? Om zes uur, maar dan zit de dokter juist aan tafel, zeven uur is dan beter, dan is hij er waarschijnlijk wel, althans vanavond zal hij de prik wel kunnen geven.

Bespreking. Wij hebben in dit geval te maken met diverse onwelkome klachten. De slikklachten, de moeheid, de menstruatiestoornissen. De dokter

besluit een penicillinekuur te geven, welke waarschijnlijk beschouwd moet worden als een ut aliquid therapie. Voor deze injectiekuur, die hij zelf zal geven, moet patiënte dagelijks terugkomen. Het is zeer wel mogelijk, dat bij een van deze bezoeken nieuwe gegevens op somatisch of op psychologisch terrein te voorschijn zullen komen.

Een 73-jarige vrouw komt op het spreekuur. Patiënte voelt zich de laatste tijd niet erg best. In het voorjaar is zij ook bij de dokter geweest. De laatste week voelt zij zich vervelend, net of alles uit haar wegtrekt.

Dokter: U woont helemaal alleen, vindt u dat niet vervelend? U bent 73 jaar. Voor uw leeftijd is de bloeddruk niet te hoog. Ik zal u wat geven. Dorst heeft u niet?

Patiënte: Ja dokter, wel dorstig, de laatste tijd.

Dokter: Dan moet u een flesje urine sturen. Hier heeft u een recept voor poeders, die moet u driemaal daags innemen.

Patiënte: Dat is goed dokter. Wanneer moet ik dat flesje dan brengen?

Patiënte voelt zich niet erg best de laatste tijd, een onwelkome klacht. Ze heeft het gevoel alsof alles uit haar wegtrekt. Een sleutelopmerking? De dokter gaat wel even op deze opmerking in, zeggend: U woont de laatste tijd helemaal alleen, maar het komt niet tot een antwoord van patiënte. De dokter tracht zijn medische geweten gerust te stellen door de bloeddruk te meten en de ogen te spiegelen. Zelfs wanneer de urine ook nog zal zijn onderzocht, blijft het onderzoek naar de klacht „zich de laatste tijd niet erg best voelen” onvoldoende, om het medisch geweten van de dokter volledig gerust te stellen. Patiënte krijgt poeders, driemaal daags in te nemen, waarschijnlijk een ut aliquid therapie, als voorlopig antwoord op de klacht.

De wijze waarop de huisarts tijdens het spreekuur de patiënt kan benaderen wanneer hij zich bezig houdt met de eventuele psychologische betekenis van de gestoorde functie.

Als voorbeeld diene een man van veertig jaar, die sinds zijn twintigste jaar recidiverende rugklachten heeft. Bij een vorige periode, ongeveer anderhalf jaar geleden, had ik uit gesprekken met hem en zijn vrouw een inzicht gekregen in zijn levensmoeilijkheden. Zijn vader, een hogere ambtenaar, had altijd een hoge verwachting van hem gehad. Hij had deze verwachting beschaamd. Dit kwam ten dele door het oorlogsgebeuren in 1940, waardoor zijn opleiding, hij was toen 18 jaar, niet kon worden voltooid. Hij is tenslotte na veel omzwervingen administratief ambtenaar bij een bedrijfsvereniging geworden. Hij doet dit werk nu bijna tien jaar, maar er zit niet veel in, in dat werk. De rugklachten zijn, wanneer hij solliciteerde naar een andere betrekking, enige malen opgetreden. Hij heeft de sollicitatie elke keer moeten intrekken, omdat hij door de rugpijn verhinderd werd zich te komen presenteren. Het is aannemelijk dat ook nu weer de rugklachten verband houden met de positie van patiënt op kantoor.

Zoals gezegd, zijn patiënten zich vaak niet bewust van het verband tussen hun functiestoornissen en hun conflict. Soms lijkt er iets van inzicht in dit verband door te dringen, maar dit inzicht kan even later weer zijn verdwenen. Wanneer de arts in zijn benadering van de patiënt rekening houdt met dit variabele inzicht, krijgt het gesprek soms ook het

beeld van loven en bieden. De opdracht van het loven en bieden is nu echter anders: hoe kom ik in de kortst mogelijke tijd, zonder bij de patiënt de bewustwording van de relatie tussen het verschijnsel en het conflict geweld aan te doen, aan de betekenis van het verschijnsel toe. Het loven en bieden is dan een gevolg van het op de voet volgen van het variabele inzicht van de patiënt in de relatie tussen verschijnsel en conflict. De ut aliquid therapie wordt dan zinvol als behandeling van het verschijnsel. De gelegenheid die de patiënt tijdens het consult wordt geboden om zich te uiten, mag dan voor de arts een speciale betekenis krijgen, voor de patiënt blijft de ut aliquid therapie vooralsnog de essentie van de behandeling.

Patiënt F. komt op het spreekuur. Sinds vorige week heeft hij weer last van zijn rug. Hij was met vakantie in het oosten des lands geweest.

Patiënt: De pijn is continu, ik heb die de hele dag.

Dokter: En u had de laatste tijd helemaal geen last gehad?

Patiënt: Helemaal geen last gehad. Ik weet niet eens aan welk been het was. Spoorloos was het. Ik loop nu al een jaar rond dat ik helemaal goed ben. Het is vorige week begonnen, onmerkbaar. In het begin een beetje stijf. Zondag is het erger geworden en... ja, ik weet niet of het hetzelfde been is als toen. Het is het rechterbeen. Die kant doet pijn. Ik kan er niet goed op staan.

Dokter: Heeft u zelf enig idee waar het verband mee kan houden?

Patiënt: Nee... nee... eigenlijk niet.

Dokter: Niets bijzonders gedaan?

Patiënt: Nee... nee... ik heb niets bijzonders gedaan. Ik heb wel wat meer gefietst. Ik heb flinke fietstochten gemaakt. Ik geloof wel, dat ik een beetje te veel van mijn lichaam vergegd heb.

Dokter: Bent u daar met uw hele familie geweest?

Patiënt: Ja, zij zitten daar nog. Ze komen volgende zondag terug.

Dokter: U moest weer aan het werk?

Patiënt: Ja, ik moest weer aan het werk. Gistermorgen ben ik weer geweest. Enne... ja eh... wat uw theorie betreft, is het misschien wel goed erbij te vertellen: ik heb een andere afdeling gekregen, door een reorganisatie. Ik ben op een andere afdeling gezet, waar ik buitengewoon onaangenaam werk heb. Dat werk, dat ik had, och, dat ging tenslotte nog wel. Dit is helemaal niks! Ik heb dat een maand, voordat ik met verlof ging, ook al gedaan. Maar daar zit werkelijk helemaal niks in. Je loopt de hele dag langs kaartenbakken alleen maar op te zoeken: Jansen, getrouwd met die en die, geboren dan en dan, en dan het nummer er op zetten. Ze hebben gezegd, dat het maar voor een korte tijd was en dat iedereen dat deed, die pas op die afdeling kwam. Goed, akkoord! Dat had nu wel een maand gelopen, al voor ik met verlof ging, maar nu blijkt wel, dat ik niet op die vorige afdeling terugkom, dus mijn oude baan krijg ik niet terug.

Dokter: Waarom niet?

Patiënt: Ze hebben voor mij iemand in de plaats gezet, voor halve dagen.

Dokter: U heeft dus een ander soort werk?

Patiënt: Een heel ander soort werk. Vroeger zat ik wel eens in een klapper iets op te zoeken, maar het was veel interessanter werk, er zat veel meer draad in dat werk. Maar dit is werkelijk zo verschrikkelijk. Maar ik weet niet... omdat u nou dergelijke dingen ook wil weten. Dit kan wel doorgerwerkt hebben. Ik zit dus al zes weken met deze moeilijkheden.

Dokter: Heeft u er met uw chef over gepraat?

Patiënt: Jawel... Tja, zeggen ze dan, tja. Mijn nieuwe chef is gelijk met mij met vakantie gegaan. Met hem heb ik nog niet eens kunnen praten. Dat is de man, die hierin verandering zou kunnen brengen natuurlijk. Maar dit is werkelijk... ik vind het verschrikkelijk, hoor, verschrikkelijk. Ik

weet niet of het er iets mee te maken heeft, maar ik had u willen vragen of ik eh... of u mij... of ik die massage nog eens kan krijgen van juffrouw F., die kan goed masseren en die heeft mij er toen ook van af geholpen. Ik voel die handen al hier over die rug gaan en ik weet zeker, dat het dan wel weer goed komt. Want vorige week heeft u gezegd: „Wacht nou maar even af en ga maar eens in bed liggen”. Maar ik wou wel aan u vragen, of ik gemasseerd kan worden.

Dokter: Ik zal het voor u aanvragen. Ik voel wel, dat het voor u vervelend is zo'n verandering.

Patiënt: Je zit tussen jongens van twintig jaar, die het werk tien keer zo vlug doen als ik. Ik heb wel eens gedacht, dat een vent van twintig jaar 700% meer presteert dan ik. Gisteren had ik bijvoorbeeld wat: dan kreeg je zo'n stapel van die dingen, allemaal met verschillende namen en dan moet je die op naam leggen, lexicografisch hè. Maar daar zijn die kerels tien keer zo vlug mee als ik.

Dokter: Maar u bent ook niet gewend om dat te doen.

Patiënt: Nee, natuurlijk niet. Maar ja, die sfeer daar ook. Die andere afdeling, dat was nog zo kwaad niet. Dat was dan wel vervelend werk, goed, akkoord, maar ik was toch in een bevoorrechte positie. Maar daar is nou geen sprake meer van, zie je.

Dokter: Ik zal die massage voor u aanvragen.

Patiënt: Ja, ja. En ik wou ook nog wat aspirine hebben. De vorige keer heb ik die op mijn eigen kosten gekocht.

Drie weken later komt patiënt F. weer op het spreekuur. Het gaat veel beter. Hij heeft weinig klachten, kan weer hoesten zonder pijn, heeft met lopen geen last meer.

„Het gaat dit keer wel heel snel”, vindt hij.

Op de vorige afdeling had hij werk, waarvan zijn baas zei, dat patiënt het veel sneller kon doen dan de baas zelf, maar hij moet zeggen, dat hij op die nieuwe afdeling toch een beetje begint te wennen.

Begin 1960. Het is ijzig koud, met sneeuwbuien. Er zijn vanochtend maar weinig patiënten, die het gewaagd hebben er door te komen. Patiënt F. komt met veel bravoure binnen, hij heeft baard en snor laten staan. Hij voelt zich uitstekend en is al wel drie maanden van plan te komen vertellen dat hij het zo goed maakt. Hij kan weer wandelen, soms wel zes uur per dag, zonder dat hij ergens last van heeft. In augustus heeft hij maar veertien dagen massage gehad. Toen was de pijn al over. Nu heeft hij weer ander werk gekregen. Hij moet nu aangifteformulieren van de artsen behandelen: „U weet wel van die dokterspootjes”. Binnenkort is hij tien jaar ambtenaar, dan zal hij toch eens zien of hij niet een ander baantje kan vinden, vogelkoopman of zo. En na deze zelfspot verlaat hij opgewekt de spreekkamer.

Samenvatting. We hebben gezien hoe zich bij patiënten tijdens het spreekuur psychologische implicaties van de gestoorde functie kunnen voordoen en hoe de huisarts de gestoorde functie empirisch pleegt te benaderen. Beschouwen

wij een verschijnsel als een mogelijke aanwijzing voor een somatisch lijden en tevens als mogelijke expressie van een onmachtsbelevens, dan kunnen onwelkome klachten, al of niet als sleutelopmerking, een andere betekenis voor de arts krijgen.

Meininger heeft gezegd „Het komt voor een vervollediging van ons diagnosesysteem niet in de eerste plaats aan op een vermeerdering van kennis, maar op een verandering in de wijze van weten”. Het bewust worden van de onwelkome klacht, van de betekenis van een sleutelopmerking, van het verschijnsel als communicatiemiddel, van communiceren als een zich verbergend openbaren en een zich openbarend verbergen, leidt tot een verandering in de wijze van weten (Meininger).

Er is in de huisartspraktijk een vorm van loven en bieden, met als doel: hoe kom ik in de kortst mogelijke tijd van de patiënt af. De verandering in de wijze van weten kan leiden tot een vorm van loven en bieden met als doel: hoe kom ik, zonder de patiënt geweld aan te doen, aan zijn probleem toe. Het weten, dat de patiënt zich in zijn functiestoornis verbergend kan openbaren, kan de arts-patiënt relatie ten goede komen.

Summary. The disturbed function which gives rise to the medical situation. We have seen how psychological implications of a disturbed function can present themselves during consulting hours, and how the general practitioner customarily takes an empirical approach to the disturbed function. If he considers a symptom both as a possible indication of a somatic illness and as a possible expression of a feeling of impotence, then he will find that „unwelcome complaints” — as „key remarks” or otherwise — can assume a different meaning for him. Meininger wrote: „In perfecting our diagnostic system, it is not primarily an increase of our knowledge that counts, but rather a change in our way of knowing”. The perception of the „unwelcome complaint”, of the significance of a „key remark”, of the symptom as a means of communication, leads to such a change in the way of knowing (Meininger).

In general practice there exists what might be described as a form of bargaining; its aim: how do I get rid of the patient within the shortest possible time. The change in our way of knowing can lead to a different form of bargaining; its aim: how do I reach the patient's problem without violating the patient. The knowledge that the patient can reveal himself while concealing himself in his functional disorder, can improve the doctor-patient relation.

Berg, J. H. van den (1956) *Metabologica*. G. F. Callenbach n.v., Nijkerk.

Meininger, J. V. (1958) *De patiënt en zijn geneesheer*. Academisch proefschrift, Leiden.

Weiss, E. en O. S. English (1957) *Psychosomatic medicine, a clinical study of psychophysiologic reactions*. W. B. Saunders, Philadelphia en Londen.