

- Bibby, C. (1964) Health education. 5th ed. Heinemann, London.
- Bremer, G. J. (1962) huisarts en wetenschap 5, 341  
(1963) huisarts en wetenschap 6, 360
- Bremer, G. J. en E. van Westreenen (1964) huisarts en wetenschap 7, 2
- Buma, J. T. (1959) Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Uitgave: Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, Leiden.
- Hartog, C. den (1963) Nieuwe voedingsleer. Spectrum, Utrecht.
- Huygen, F. J. A. (1960) huisarts en wetenschap 3, 135.
- Mededelingen Centraal Bureau voor de Statistiek (1963) Mededeling Volkstelling 1960, no. 11
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1962) Advies gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid 1059.
- Wichers, A. J. (1959) Voorkeuren voor voorlichting. Bulletin no. 13 Afd. Sociologie en Sociografie van de Landbouwhogeschool, Wageningen.
- Winsemius, W. (1954) Enkele beschouwingen aangaande voorlichting en propaganda op gezondheidsgebied. H. E. Stenfert Kroese n.v., Leiden.

*Naschrift.* Voorlichtingsmateriaal (wandplaten, flanelbordfiguren, beeldstroken met handleiding, folders, tijdschriften, boeken en dergelijke) dat voor de huisarts bijzonder geschikt is, is bij de onderstaande instellingen verkrijgbaar. Op verzoek ontvangt men gratis bestel- en prijslijsten. Nationale Federatie voor Huishoudelijke en Gezinsvoorlichting. Van Speykstraat 19, 's-Gravenhage; telefoon 070 - 632935. Algemene Nederlandse Vereniging „Het Groene Kruis” Nieuwe Gracht 96a, Utrecht; telefoon 030-20743. Landelijke Voorlichtingscentrum voor Ouders en Opvoeders. 's-Gravendijkwal 60, Rotterdam; telefoon 010 - 236905.

## De gedragsleer van de deelnemers in de medische situatie\*

DOOR DR. J. A. WEIJEL, ZENUWARTS TE AMSTERDAM

Ergernis over het wat al te vlotte gebruik van de term psychologie voor alles en nog wat, heeft Duyker ertoe gebracht om in een kritisch artikel (1959) zich nauwkeurig af te vragen welk object in de psychologie wordt onderzocht. Hij stelt dan dat dit het menselijk gedrag is. Gaat men hier dieper op in, dan blijkt het moeilijk dat menselijk gedrag nauwkeurig te omschrijven. Het gaat echter om een concrete, praktische vraag: Waarom handelt de mens zoals hij handelt? De psychologie als leer van het menselijk gedrag zal ons daarop een antwoord moeten geven. Uit het antwoord op die vraag zullen wij consequenties moeten trekken om uiteindelijk wetenschappelijk verantwoorde voorspellingen te kunnen doen.

De psychologie vraagt naar motieven welke een bepaald gedrag veroorzaken. De mens gedraagt zich echter niet in een luchtledig, beter gezegd in een mens-ledig: hij gedraagt zich in een situatie, waarbij met situatie wordt bedoeld het samenstel van factoren, dat op een bepaald moment werkzaam is. In hoeverre is er dan een verschil tussen het reageren op een bestaande situatie en het zich gedragen in die situatie? Mijns inziens is het wezenlijke verschil tussen reactie en gedrag, dat men eerst dan van gedrag kan spreken als de eigen activiteit van de persoon een factor is in de situatie.

Methodologisch zijn er natuurlijk vloeiende overgangen van gedrag tot reactie. Men zal er toe neigen juist door de vele factoren die gewoonlijk tegelijkertijd een rol spelen, een experimentele situatie te creëren waarin men met zo weinig mogelijk factoren behoeft te werken. Hoe exacter men wil werken, des te geringer zal men het aantal variabele factoren willen maken. Het is derhalve wel invoelbaar dat natuurwetenschappelijk geschoolden een

afkeer hebben van de situaties waarin practici werken, omdat daar vele factoren een rol spelen. De vraag is echter wat meer op de werkelijkheid gelijk en wat exacter is: de situatie in het zogenaamde exacte experiment, waarbij een aantal factoren zijn vastgelegd of uitgeschakeld, of die situatie, waarbij wordt gepoogd de werkelijkheid geen geweld aan te doen.

Ik zou hier het goed recht op de titel „exact” willen verdedigen voor de praktische, dagelijkse situatie waarin wij al werkende verkeren. Wat meer met de werkelijkheid overeenkomt lijkt mij meer waar te zijn en wat meer waar is draagt meer bij tot werkelijk weten. Het is met een zeer kritische houding dat ik de pretenties bekijk van diegenen, die zeggen dat de psychiatrie en de psychologie niet exact zijn. De exactheid hangt alleen af van de kritische instelling van de onderzoeker en niet van het object. Het werken „in situatie”, dus met multiple factoren, eist een andere aanpak en impliceert andere verwachtingen dan de experimentele situatie.

De psychologie is de leer van het menselijk gedrag en wel het gedrag in situatie. Elke situatie wordt geconstitueerd door een ander samenstel van factoren. Het lijkt mij geoorloofd en noodzakelijk dat wij, als wij ons werkgebied beperken, met een bijvoeglijk naamwoord aanduiden met welk deel van de werkelijkheid wij ons psychologisch bezig gaan houden. De term medische psychologie wijst er op dat ons werkgebied de medische situatie is.

De medische situatie ontstaat zodra een medicus in functie handelt. Schilder had dan ook volkomen gelijk met zijn kernachtige uitspraak: medische psychologie is psychologie voor zover zij voor de arts betekenis heeft.

Ik wees reeds op de eigen activiteit van de zich gedragende persoon. Een medicus die wil functioneren heeft patiënten nodig. Slechts bij preventieve

\* Voordracht, gehouden op de artsen cursus „Medische psychologie in de huisartspraktijk”. Utrecht, mei 1964.

geneeskunde zoekt hij zelf de patiënten op, maar meestal hebben wij toch te maken met patiënten die — zoals Poslavsky zegt — in vrijheid, op grond van een eigen beslissing, zich wenden tot de medicus, die aanwezig is om hen te ontvangen. Dit is de gangbare, meest voorkomende procedure.

Met opzet heb ik het woord procedure gekozen, omdat de procedure een belangrijke rol speelt in ons medische handelen, veel meer dan wij ons gemeenlijk bewust zijn. Uit de politiek weet men hoe belangrijk daar de procedure is, hoeveel ervan afhangt hoe men de zaken speelt, zoals de term luidt; door een onhandige procedure kan men een overigens haalbare zaak verspelen.

Het fraaie maar wat vage begrip „ontmoeting” tussen arts en patiënt moeten wij nader analyseren. Deze ontmoeting is niet toevallig, zij is doelgericht en wel vanuit de patiënt. Hij begeeft zich naar de dokter omdat hij zich onwel voelt, niet omdat de dokter dat nodig vindt. Het betreft hier uiteraard de eerste ontmoeting, de eerste aanmelding en dan speciaal die bij de huisarts. Dat betekent dat de patiënt een soort prediagnose heeft gesteld, hij moet immers een motief hebben om de hulp van zijn dokter in te roepen en dat motief zal hij, bij de dokter aangekomen, moeten uiteenzetten.

Wij zijn nu in medias res. Waarom handelt deze mens zoals hij handelt, wat brengt hem er toe zijn arts te bezoeken? Ik behoef hier nauwelijks te betogen dat deze man ziek meent te zijn, want een van de redenen dat wij ons bezig houden met de medische psychologie is, dat een aantal mensen denkt ziek te zijn, terwijl men het in werkelijkheid niet is. De mensen, die zich hebben begeven in de situatie van het patiënt zijn, leven in de veronderstelling dat zij „iets hebben”. Wat dat is, is meestal vaag, een pijn, een gevoel van druk, een stoornis in een functie, kortom „iets”. Hun „iets” wordt heel vaak beantwoord met: „het is niets”. Dit wijst erop dat aan de twee zijden van de ontmoeting een andere taal wordt gesproken, althans in een ander kader wordt gedacht. De patiënt is ongerust en vreest iets te hebben, de arts stelt hem gerust en zegt met zijn „niets”, dat er geen organische grond is gevonden voor de vrees van de patiënt. Ware een dergelijke gebeurtenis een uitzondering, dan behoeften wij er ons niet druk over te maken, maar de ervaring leert dat het uitermate frequent voorkomt. Het zou een fraai onderzoek zijn na te gaan hoeveel medische handelingen verricht, en kostbare routineonderzoekingen gedaan worden voor „niets”. Het valt ernstig te betwijfelen of de „efficiency of medical care” — de titel van een boek van Querido wel zo groot is.

Het antwoord van de medicus op de vrees van de patiënt is een zuiver somatisch antwoord. De klacht waarmede de patiënt komt blijkt niet op enig aantoonbaar lichamelijk lijden te berusten. Maar de rol, welke de medicus in de maatschappij vervult ontslaat hem mijns inziens niet van de verantwoordelijkheid ook een antwoord te geven op de vraag:

waarom klaagt de patiënt? Waarom heeft hij pijn in zijn hoofd, rug, buik, enzovoort?

Er is in ons vak een zorgend, behoedend aspect, een leven in een verantwoordelijkheid, een bezorgdheid voor degenen die aan ons zijn toevertrouwd. Het lichaam is niet het meest menselijke aan de mens, het is zijn ziel, zijn persoonlijkheid. Het is een algemene ervaring, dat dikwijls de klachten welke de mensen naar hun dokter drijven mede — soms meer, soms minder — berusten op niet-somatische factoren. Het klagen is het fenomeen, de inhoud van de klacht wordt mede bepaald door de persoon bij wie wordt geklaagd.

In mijn contacten met maatschappelijk werk heb ik ervaren hoe belangrijk de richting is waarin een mens, die in nood verkeert, zijn klacht, zijn beroep op een ander om hulp, kanaliseert. In vele gevallen van case-work zou men de cliënten als psychisch gestoorde lieden kunnen diagnostiseren, maar zij raken insufficiënt in het sociale vlak en uiten hun klacht in dit vlak. Zij maken schulden, zijn in een periode van krappe arbeidsmarkt toch werkloos, kortom hun deficiënte persoonlijkheid uit zich in hun gestoorde sociale gedrag. De enkele malen, die wij gepoogd hebben psychotherapie toe te passen, bleek dit niet aan te slaan omdat deze mensen hun falen volkomen buiten hun eigen persoon hadden geplaatst en dus van een psychologische benadering niets wilden weten. Zij waren naar de instelling voor maatschappelijk werk gegaan omdat zij sociaal in nood waren gekomen. De diagnose, dat dit een gevolg was van hun neurotische of psychopatische levensinstelling, was voor ons wel interessant maar had weinig praktische consequenties.

Ik kreeg hiermede bevestigd dat de wijze, waarop werd geklaagd, reeds een soort voorsorteren is, dat voor het actuele moment dat geklaagd werd in het innerlijk van de patiënt had plaats gegrepen. Voordat de patiënt zich tot zijn medicus wendt is er een periode voorafgegaan waarin zich van allerlei heeft afgespeeld. Deze periode is de premedische periode; in deze periode spelen niet-somatische factoren een grote rol bij de formulering van de klacht. Het gebied van deze niet-somatische factoren is vrij breed. Wanneer wij het klassieke somatische gebied dat van de echte ziekten noemen, dan is er daarnaast nog een groot gebied dat het ontstaan van de klacht op dit moment, bij deze man of vrouw, beïnvloedt en dat ik het paranosale gebied zou willen noemen. De medische psychologie houdt zich dus onder meer bezig met de psychologische paranosale factoren, welke in de premedische fase reeds een rol spelen.

Het feit dat de patiënt zijn klacht bij zijn dokter brengt is meer dan een toeval. De kanalen waarin een mens zijn nood kan uiten, zijn velerlei; hij kan bij zijn vrouw klagen, bij zijn ouders, zijn kinderen, bij vrienden, in de kroeg zelfs en, als hij hogerop wil, kan hij naar een geestelijke, een advocaat of een notaris gaan, naar een meer ontwikkeld of meer

gefortuneerd familielid, zijn vroegere schoolmeester of zelfs zijn werkgever. Wanneer wij niet met evident lichamelijke ziekten hebben te maken, waarvoor het natuurlijk vanzelf spreekt dat men zijn dokter opzoekt, is in alle overige gevallen van onduidelijke klachten het brengen daarvan bij de dokter een vormgeving, die van grote betekenis is een consequenties heeft voor het verdere verloop.

De patiënt-in-spe heeft in de premedische periode niet alleen reeds een vage prediagnose gesteld, deze diagnose heeft meestal ook reeds een duidelijke vorm. Meestal is er lokalisatie in enig lichaamsdeel en vaak is de patiënt behept met angst voor een bepaalde ziekte, ook al drukt hij dat uit in termen als reuma of kou. Het is begrijpelijk dat een mens zich enigszins bezint over de mogelijke aard van zijn lichamelijke sensaties, tenslotte gaan de meesten niet voor elk wissewasje naar de dokter.

Het besluit naar de dokter te gaan hangt in de eerste plaats af van de ernst van de klacht. Maar de een gaat sneller hulp zoeken en acht eerder een noodtoestand aanwezig, dan de ander. Er zijn mensen, die door hun familieleden naar de dokter moeten worden gestuurd. Het tijdstip waarop iemand komt is dus reeds van belang en eveneens of hij uit zichzelf komt of gestuurd wordt. Fraai illustratiemateriaal bieden de patiënten met functionele hartklachten. Meestal kan men als bron van angst een acuut sterfgeval aan hartinfarct in de naaste omgeving van de klager vinden. Kortgeleden vertelde een collega mij dat hij na een acute hartdood van een 42-jarige man op het tennisveld, een epidemie van functionele hartklachten te behandelen kreeg bij de tenniselite van het dorp, allen leden van de club. Terecht heeft deze collega alle klagers lichamenlijk onderzocht, ook al was hier duidelijk sprake van een nerveuze reactie. Het feit dat de kanalisering in de medische richting plaats vond was op zichzelf merkwaardig. Al deze patiënten vreesden eveneens een acute dood te sterven. Nu lijkt het wel redelijk naar de dokter te lopen, maar het is eigenlijk veel juister naar de verzekeringsagent te gaan om de levensverzekering te verhogen of naar de notaris om beschikkingen te treffen. Men zoekt echter bescherming tegen de realiteit bij de dokter. Deze bescherming moest worden geboden door een zorgvuldig onderzoek waarbij, gezien de stand van onze techniek, een electrocardiogram niet mocht ontbreken. Pas daarna kon het verlossende, maar in casu nietszeggende: U heeft „niets”, worden gesproken. En toch wist iedereen dat de overleden man een „kernegezonde” sportsman was, zodat er in feite geen reden was om na een onderzoek gerust te zijn. Kortom, men ziet hoe hier met geneeskundig onderzoek zuiver psychologisch is gewerkt.

Deze analyse betekent allermindst dat de behandelende collega iets anders had moeten doen; integendeel hij heeft volkomen juist de magische invloed van het onderzoek gehanteerd, terwijl hij zelf wist dat niemand een afdoend antwoord kon geven. De kanalisering in het somatische vlak heeft als consequentie dat iedere patiënt, die met onverschillig

welke klacht naar de dokter gaat, lichamenlijk moet worden onderzocht. Dit is niet alleen een eis van preventieve geneeskunde, maar ook het gevolg van het samentreffen van twee factoren. De eerste heb ik reeds besproken, namelijk de kanalisering door de patiënt, die vrees iets te hebben. De tweede factor is, dat de medicus om historische en sociale redenen vooralsnog de behoeder is van de lichamenlijke integriteit, de waker over de lichamenlijke gezondheid.

De arts, de andere deelnemer in de medische situatie, werd tot dusver alleen opgeleid tot functiedeskundige van het menselijk lichaam. Mensenkennis, savoir vivre, bed-side-manners, de benadering van het vele dat hem naast het somatische wordt gepresenteerd, werd hem niet geleerd. Daar struikelt hij over als hij de algemene praktijk ingaat en met vallen en opstaan moet hij het leren. De gehele medische opleiding staat nog in het teken van de lichamenlijkheid. De medicus leert somatisch te denken en te handelen, want hij krijgt van de alma mater geen andere methode in handen. Het komt er dus op neer dat de algemene medicus uitstekend is toegerust om somatische problemen op te lossen, maar dat hij tegenover alle paranosale factoren vreemd en onwennig staat. Het kanaal dat hij zijn patiënten aan kan bieden is smal ten opzichte van de brede stroom van klachten welke zij hem presenteren.

De discrepantie in de ontmoeting van arts en patiënt heeft de onrust geschapen waarvan dit artikel een uitvloeisel is; de arts is veel meer dan alleen bewaker van de lichamenlijke integriteit; het welzijn van zijn patiënten omvat meer dan het op ganghouden van hun fysiologische functies. Wat de medicus ontbreekt is de kennis en het vermogen een even ordelijke diagnostiek te bedrijven op het gebied van de paranosale factoren als op het eigenlijke somatische gebied. Juist het ongrijpbare, of schijnbaar ongrijpbare, verwekt onlustgevoelens. Ik wees er al op, dat de vraag naar exactheid kan leiden tot een vlucht uit de werkelijkheid. Die neiging tot vluchten verhindert echter weer dat wij exact gaan denken. Ik hoop met de analyse van de klachtvorming in de premedische periode te hebben aangetoond dat er nog voldoende onderzoek is te verrichten.

Het zijn vooral angsten en noden van uiteenlopende oorsprong die de patiënt naar zijn dokter drijven. Bij de arts zijn echter ook psychische verschijnselen waar te nemen, die door een juiste benadering duidelijk worden en daarmee oplosbaar. Ik bedoel het toch vrij frequente gevoel van irritatie dat een medicus in de uitoefening van zijn beroep bekruipt. De term „zeurpiet” is geen wetenschappelijk maar wel een dagelijks veel gebruikt woord en als wij ons afvragen wat wij daaronder verstaan, komen wij op mensen die ongerechtvaardigd veel praten over eenzelfde klacht, of mensen, die met vele uiteenlopende klachten veel aandacht van de medicus eisen.

Irritatie kan natuurlijk geheel subjectief aan de

medicus liggen, bijvoorbeeld omdat hij een bepaalde patiënt om een of andere reden niet mag. Maar het gaat veel verder dan dat. Ik behoef hier niet te betogen, dat het beeld van de arts, die des ochtends fris uit de veren springt, vervolgens, na vlot en opgewekt zijn ochtendspreekuur te hebben gedaan, monter in de auto stapt om al zijn lijdende patiënten een genezend medicijn en een opbeurend woord te gaan brengen, ietwat overdreven is. Wij hebben met multiple facetten te maken, de arts heeft een zorgende en dienende taak ten opzichte van mensen in nood. Dit impliceert dat idealisme een wezenlijk bestanddeel is van zijn beroep. Doordat dit idealisme in de praktijk van alledag moet worden verwerkelijkt, ontkomt men niet aan de dilemma's en compromissen, die onvermijdelijk zijn in de dagelijkse realiteit. Niet alle mensen zijn in gelijke mate in nood.

De in beslagneming door de praktijk is ook een aanval op het persoonlijke leven, op de eigen innerlijke beleving en op het gezinsleven van de arts; hij moet een evenwicht zoeken tussen zorg voor anderen en zorg voor zichzelf. Wij weten dat wij zelfs met de meest optimale praktijkvoering niet iedereen in leven kunnen houden en niet iedereen gelukkig kunnen maken, maar diep in ons hart hebben wij ons deze taak wel gesteld. Wij staan in onze praktijken voortdurend bloot aan frustratie: de patiënten genezen niet allemaal zoals wij dat zouden willen en het percentage onvermijdelijk noodlot houden wij klein door voortdurend op ons qui vive te zijn. Wij voelen verdriet en mededogen als een patiënt bezwijkt aan leukemie of aan de ziekte van Hodgkin, toestanden waarvan we weten dat ons geen schuld treft omdat de geneeskunde nog tekort schiet. Wij stuiten voortdurend op het dilemma: kan ik het niet of kan de geneeskunde het niet?

Wanneer iemand appelleert aan ons gevoel van schuldige onmacht dan worden wij gemeenlijk geïrriteerd. Wij hebben sterk de neiging onze onmacht naar buiten te projecteren. De voortdurende pressie „er iets aan te doen” benauwt ons: men gedraagt zich alsof wij almachtig zijn en altijd aan alles iets kunnen doen. Wij zijn niet bij machte altijd precies aan te geven waar het mis is gegaan en altijd ons goede humeur te bewaren, een stuk irreële schuld rustig te laten liggen, een stuk reële schuld te aanvaarden. Ons medisch idealisme krijgt wel eens, om met Sartre te spreken, vuile handen in de dagelijkse praktijk.

Ik kan het nog anders formuleren. De dagelijkse praktijk confronteert ons met vele onoplosbare problemen en het is de kunst om na te gaan of die problemen wel terecht bij ons, artsen, worden gepresenteerd. Wij moeten bovendien diagnostiseren of een probleem werkelijk onoplosbaar is of dat er toch nog mogelijkheden zijn.

Een gedeelte van de onlust die vele huisartsen heeft bevangen, is het gevoel dat een psychiater veel beter met psychologische moeilijkheden kan omgaan dan zichzelf. Maar anderzijds ervaren zij dat de psychiaters, gezien hun overvolle poliklinieken

ook niet altijd remedie brengen. Het inzicht dat de klachten van vele patiënten nauw samenhangen met psychische en sociale moeilijkheden heeft de weg gewezen om het gevoel van onmacht — ik heb een huisarts zelfs horen spreken over wanhoop — te verminderen: nadere scholing op dit terrein.

De analyse van deze problematiek heeft geleerd dat er een specifiek gebied is waarop de huisarts als psychotherapeut, en ook als maatschappelijk werker kan optreden. Er zijn weliswaar vele manifeste neurosen, maar er zijn veel meer neurotische karaktertrekken. Wanneer er belasting ontstaat in het leven van de patiënt kunnen deze de oorzaak zijn van een decompensatie, die niet zover gaat en niet zo langdurig is als bij een echte neurose.

Het zijn de psychische decompensaties waarmee de huisarts veel heeft te maken. Zij berusten op dezelfde mechanismen als de meer ernstige vormen van neurose, maar het kader waarin zij vervat zijn is veel gunstiger. De patiënten hebben tot een bepaald moment een zeker evenwicht kunnen bewaren; door bepaalde omstandigheden is dit evenwicht verstoord geraakt en nu kunnen zij het niet meer bolwerken. Het kan een verhuizing, een verandering van betrekking, een gemiste promotie, de ziekte van een kind, de dood van een goed vriend of ruzie in gezin of werkring zijn. Het is een dankbare taak uit de gepresenteerde klacht de aanleiding of oorzaak te distilleren. Dit kan men alleen als men de gepresenteerde klacht differentieert van de werkelijke problematiek. Men moet dus de somatisch gebrachte pijn niet naïevelijk accepteren als het werkelijke probleem, maar bij elke klacht er principieel van uitgaan dat er een multiple conditionering bestaat.

Het is op grond hiervan dat ik zo nadrukkelijk klacht van symptoom heb willen scheiden. Klacht is dat wat de patiënt brengt, symptoom is een medische term, waarmee de dokter werkt. Hoofdpijn is in eerste instantie een klacht, pas wanneer de diagnose tumor cerebri is gesteld kan men retrospectief zeggen, dat de hoofdpijnklachten de eerste symptomen waren van dit syndroom. In de eerste fase van ontmoeting moet men voor de mogelijkheid van een niet-somatische oorzaak principieel ruimte laten en tevens in het oog houden dat er verschillende oorzaken of aanleidingen uit diverse gebieden tegelijk kunnen werken. Juist dit inspelen van factoren op elkaar is van belang voor de in te stellen therapie. Voorop staat dat eerst de diagnostiek moet worden bedreven. Men stelle niet één diagnose, maar een meer-dimensionale, zoals dat in de psychiatrie reeds lang gebeurt.

Als men de klacht en het klagten van de patiënten ziet als een inadequate expressie van hun nood, waartegenover de medicus maar een beperkt instrumentarium kan stellen, dan begrijpt men dat veel emotionele spanning tussen arts en patiënt ontstaat enerzijds door de inadequatheid van de expressie en anderzijds door het ontoereikende van het ant-

woord. Dit geeft beiderzijds irritatiemogelijkheden. De patiënt eist de volle aandacht voor dat wat hem zozeer in beslag neemt. Deze claim, dit aanspraak maken is niet altijd te neutraliseren en dan is de irritatie, die de dokter bij zichzelf bemerkt, een signaal dat er in de dokter-patiënt-relatie iets mis is. Irritatie is onvermijdelijk, maar men moet het leren hanteren als een alarmsignaal.

Niet alleen iets negatiefs als irritatie, maar ook een te grote bewogenheid of een andere vorm van betrokken raken kan storend gaan werken op de arts-patiënt-relatie. Zo is er de patiënt die graag bevriend wil zijn met zijn dokter en diens gezin en ook de patiënte, die gecharmeerd raakt van haar dokter en hem dat laat merken. Het geëngageerd raken, het persoonlijk betrokken raken, is noodzakelijk, wil men het stuk idealisme dat in onze taak als behandelend geneesheer zit, kunnen realiseren. Niettemin moet men een distantie kunnen handhaven, waarbij èn irritatie, èn te grote vriendschap wordt vermeden. Er is in de arts-patiënt-relatie enig gezag noodzakelijk en gezag eist distantie. Veel van de waarde van het medisch-psychologische groepswork wordt ontleend aan het inzicht hoe sterk men betrokken is in de arts-patiënt-relatie en welke invloed dit heeft op de verdere afhandeling van het geval waar men schijnbaar zo objectief tegenover staat.

De medische situatie heeft een processueel karakter. Door de gebeurtenissen in de premedische periode wordt de patiënt uiteindelijk bewogen zich naar zijn dokter te begeven en hij brengt daar een geformuleerde klacht. Op deze presentatie reageert de arts in eerste instantie met een diagnostisch onderzoek, dat men weer kan onderverdelen in een voorlopige en een nadere diagnose. Deze procedure is de beste waarborg voor een goed resultaat. Vandaar mijn nadruk op de diagnostiek en op het antwoord geven op de vraag: waarom klaagt de patiënt?

\* \* \*

De relatie van de huisarts tot de specialist, als het volgende onderdeel van de medische situatie, heeft zijn eigenaardigheden. De communicatie tussen deze functionarissen is vaak niet optimaal. Vele factoren spelen hierbij een rol. De keuze van de specialist is van doorslaggevende betekenis voor het verdere verloop. Het hangt geheel van diens instelling af of hij de huisarts als een collega beschouwt, die op gelijk niveau maar op een ander terrein werkt, of dat hij meent zich als leermeester te moeten opwerpen; de door Balint gesignaleerde „teacher-pupil relation”. Dat er een betere verhouding moet ontstaan dan thans veelal bestaat is buiten twijfel.

Wij zien bij de specialist of de clinicus gemeenlijk de vluchtreactie optreden, die ik reeds noemde. Het medische leven is zo moeilijk dat men met man en macht de monothetische, gereduceerde werkelijkheid, die zich alleen met het somatische bezighoudt, als de enige medische werkelijkheid postuleert. Men zou kunnen zeggen dat de klinieken de kloosters der

geneeskunde zijn. In de afzondering en in de stilte der contemplatie komt men ongetwijfeld tot grote dingen. Men zou de klinieken als plaatsen van research niet willen en kunnen missen, zij hebben hun rechtmatige plaats in het medische bestel, maar zij zijn niet het gehele medische leven, zij zijn er slechts een deel van.

Wat dat betreft laat de alma mater ons in de steek. Zij dirigeert momenteel haar leerlingen nog van de ene kliniek naar de andere en stuurt hen tenslotte met samengevatte specialistische kennis zonder overeenkomstige ervaring de marktplaats van het leven op. Een terug is niet mogelijk, in deze kloosters is geen retraiteplaats voor de medicus die na vijf, tien of vijftien jaar weer eens op verhaal wil komen van de routine-, de slijtageslag, die de praktijk nu eenmaal is. Er is beslist geen doordachte kanalisering van de medische wetenschap; onze methode is een afgeronde studie, daarna moet men met behulp van vakbladen en lezingen zijn kennis op peil zien te houden. Een reden temeer voor de huisarts zich eenzaam en alleen te voelen op zijn post aan het medische front; de alvoedende moeder verstoort haar kinderen en, om een moderne term te gebruiken, zij vertoont opvoedingsluiheid. Zij onderwijst nog vrijwel op dezelfde wijze als drie generaties geleden. Haar rol in de samenspraak op het medische toneel moet dan ook nodig opnieuw worden geschreven.

\* \* \*

Ik heb de patiënt, de huisarts, de specialist, de clinicus en tenslotte de universiteit de revue laten passeren. De huisarts-patiënt-relatie heb ik vooral belicht als een gebied waar men langs elkander heen kan praten, maar hetzelfde geldt voor het gesprek tussen de andere deelnemers aan de medische situatie. Het gaat er vooral om te leren beseffen hoezeer men „involved” is in die situatie, hoe ons gedrag tegen patiënt of collega-specialist wordt bepaald door allerlei imponderabilia, die desalniettemin belangrijk, ja soms zelfs doorslaggevend zijn.

Zolang niet op andere wijze in de medische-psychologische scholing wordt voorzien moet het Nederlands Huisartsen Genootschap het zelf doen. Dit zelf doen is een verschijnsel van geestelijke gezondheid. Een geestelijk gezond mens wil zijn eigen situatie begrijpen, wil zichzelf kennen in de situatie waarin hij werkt.

*Samenvatting.* In de „medische situatie”, die ontstaat wanneer een patiënt zijn dokter bezoekt, gedragen beiden zich naar een vast, geanticipeerd patroon. De patiënt roept de hulp van zijn arts in als hij een lichamelijke klacht als argument heeft. Dit betekent echter niet dat achter elke klacht een somatische ziekte is verborgen. Vaak is psychische of sociale nood de eigenlijke oorzaak van het klagen, doch dit zijn patiënt en arts zich meestal niet bewust. De patiënt converteert zijn nood in somatisch klagen en op deze wijze wordt allerlei „stress” aan de huisarts gepresenteerd, die echter noch diagnostisch noch therapeutisch met en voor deze „paranosale” factoren raad weet. De arts, ook als mens betrokken in de medische situatie, raakt geïrriteerd doordat de patiënt aandacht blijft vragen voor zijn klachten. De huisarts heeft

zeer frequent te maken met psychische nood, die zich als psychische of psychosomatische stoornis openbaart. De psychische decompensaties van patiënten, die zich overigens goed weten te handhaven, zijn het speciale gebied voor psychotherapie door de huisarts. De opleiding hiertoe geschiedt het best in groepsbesprekingen.

De verhouding huisarts-specialist behoeft herziening; in vele gevallen verdient het voorkeur dat de specialist niet anders dan de consultant van de huisarts is.

*Summary. Theory of behaviour of the participants in the medical situation.* In the „medical situation” which arises when a patient seeks medical advice, both the patient and the physician behave in accordance with a fixed, anticipated pattern. The patient asks for the physician's help with a physical symptom as an argument. This does not mean, however, that every physical symptom represents a somatic affection. Frequently, psychological or social distress is the

actual cause of the symptom, but both patient and physician are as a rule unaware of this. The patient converts his distress into somatic complaints, and in this way a whole range of „stresses” are presented to the physician; the latter, however, cannot cope with these „paranasal” factors, either diagnostically or therapeutically. The physician, who participates in the medical situation also as a human being, becomes irritated because the patient persists in calling attention to his complaints. Very frequently, the general practitioner is confronted with psychological distress manifested as a mental or psychosomatic disturbance. The psychological decompensations of patients otherwise perfectly capable of maintaining themselves, constitute the special province of psychotherapy by the general practitioner. The latter is best trained for this purpose in group discussions.

The relation between the general practitioner and the specialist requires revision; in many cases it is preferable that the specialist acts only as a consultant to the general practitioner.

## Morbiditeitsonderzoek\*

DOOR DR. W. J. M. VAN DER SANDE, HUISARTS TE BAARLE-NASSAU

Reeds geruime tijd houdt de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (C.W.O.) zich bezig met onderzoeken over de morbiditeit. Vaak is er reeds op gewezen dat er geen werkelijke morbiditeitsstatistiek voor de huisartspraktijk bestaat, hoewel er enige onderzoeken in huisartspraktijken, zowel in Nederland als in het buitenland, bekend zijn, alsmede enige van bedrijfsgeneeskundige diensten. Daarbij dient echter te worden overwogen dat deze onderzoeken soms over kleine getallen gaan, dan wel niet representatief zijn voor de gehele bevolking.

Het kwam de C.W.O. voor dat er op dit gebied een belangrijke taak voor haar was weggelegd om door morbiditeitsregistratie van een groot aantal praktijken tot een verantwoord en representatief inzicht in de morbiditeit van de Nederlandse bevolking te komen. Het was echter duidelijk, dat ten aanzien van de morbiditeitsanalyse de vraagstelling eerst nauwkeurig diende te worden omschreven.

De steeds weer terugkerende vraag was: Waarom willen wij een morbiditeitsonderzoek? Vanzelfsprekend kon een verzameling dorre cijfers geen doel op zichzelf zijn. Wanneer wij echter een inzicht zouden verkrijgen over de ziekten en afwijkingen, die de huisarts te zien krijgt, dan zou dit kunnen dienen voor de volgende projecten:

- a als fundament voor verdere speciële onderzoeken;
- b als vergelijking met ander materiaal van morbiditeitsonderzoek;
- c voor onderwijs en nascholing;
- d voor praktijk-analytische doeleinden.

Het doel van een morbiditeitsstatistiek is beschrij-

\* Voordracht, gehouden op het negende N.H.G.-congres te Utrecht, 21 november 1964.

ving en vergelijking. Hiervoor is een gestandaardiseerd systeem nodig, dat ook door anderen op gelijke wijze kan worden gebruikt. De meeste indelingen, tot dusver gebruikt, zijn terug te voeren op de International Statistical Classification, welke elke tien jaar wordt herzien. Met gebruikmaking van deze internationale lijst werd in Nederland een nationale lijst van ziektegroepen ontworpen, welke sinds 1955 algemeen in gebruik is voor sociale verzekerings- en ziekteverzuimstatistiek-doeleinden. De zestien hoofdgroepen van beide lijsten zijn door enige omzettingen niet geheel vergelijkbaar.

Daarnaast bestaan ook andere systemen, welke gedeeltelijk juist zijn gericht op de huisartspraktijk-morbiditeit; hierover zo dadelijk meer. Een probleem, dat zich bij ziekte-classificatie aandient, is dat van „de diagnose achter de diagnose”. Kan men volstaan met registreren van klacht of symptoom of dient men te onderzoeken naar dieperliggende diagnostiek zoals psychogene componenten of stoornissen in verschillende functies?

Het morbiditeitsonderzoek is bijzonder moeilijk, wanneer wij beseffen, dat wij hierbij de mens — ziek of gezond — in een nummer willen vastleggen, registreren of bewerken. In feite bestaat deze problematiek, omdat aan een ziektegeval meer dimensies kunnen worden onderscheiden: somatisch, psychisch of sociaal. Ook de International Statistical Classification is als classificatiesysteem verre van volmaakt. Dit volgt reeds uit de beschouwing der zestien hoofdgroepen: gedeeltelijk zijn dit oorzaken-groepen (infectieziekten, nieuwvormingen, allergische ziekten enzovoort), gedeeltelijk groepen volgens orgaansystemen (ziekten van de ademhalingswegen, van het spijsverteringskanaal, enzovoort), gedeeltelijk groepen volgens tijdperk van optreden (congenitale misvormingen, ziekten van neonati en oudere zuigelingen, enzovoort). Verder komt er nog