

Het schema van „de eerste indruk“ in de huisartspraktijk

DOOR MEJUFFROUW P. J. VISSER, HUISARTS TE AMSTERDAM

Tijdens een cursus van het Psycho-Analytisch Instituut te Amsterdam kwam ik in kennis met het schema van de eerste indruk, zoals dit als onderdeel van het psychiatrische onderzoek wordt genoteerd. Het bleek mij nuttig een dergelijk schema ook als huisarts te hanteren. Wel is er een aantal verschilpunten naar gelang men een en ander als psychiater of als huisarts noteert. De psychiater noteert de eerste indruk na een onderhoud met de patiënt van ongeveer drie kwartier; een patiënt komt bij de psychiater immers voor een gesprek. Als huisarts ziet men bij het eerste contact de patiënt zelden of nooit gedurende drie kwartier. Zelfs wanneer het eerste of tweede contact langer dan een half uur duurt, zal het grootste gedeelte van de tijd aan somatisch onderzoek zijn gewijd. Anderzijds krijgt men als huisarts ook een indruk van de reactie van de patiënt op het lichamelijke onderzoek, van zijn huiselijke omgeving en men ziet het contact tussen de gezinsleden onderling.

Wanneer men als huisarts behoefte gevoelt zich achteraf nog eens expliciet te realiseren hoe het contact met een bepaalde patiënt is verlopen, wijst dit er op, dat men het gevoel heeft, dat er met deze patiënt in psychisch opzicht wel eens iets aan de hand zou kunnen zijn. De bovengenoemde methode wordt door mij steeds meer toegepast en gewaardeerd. Andere collegae zullen misschien ervaren, dat zij naarmate zij meer routine krijgen, steeds minder zullen gaan noteren, omdat zij sneller alleen de essentiële punten zullen selecteren. Indien men zich deze punten systematisch tracht bewust te worden bij een patiënt die men al langer kent, gaan vroegere ervaringen met deze patiënt ook een rol spelen. Dit geeft enerzijds een verrijking (mevrouw X komt bijvoorbeeld giechelend binnen, zij zal dus wel weer depressief zijn), anderzijds is het onbevangene van de indruk verloren gegaan. Men zal moeten trachten zich bewust te worden in hoeverre vroegere ervaringen meespelen bij de beoordeling.

Hoe komt men nu tot een beschrijving van de diverse onderdelen uit het schema en wat is de betekenis ervan. Men bekijkt het uiterlijk en beschrijft dit. Wil men ook voor later hier iets aan hebben, dan is soms de interpretatie belangrijker dan een exacte omschrijving, bijvoorbeeld: te dun gekleed

Samenvatting. Beschreven wordt een schema om de indruk welke een patiënt maakt, systematisch te kunnen noteren. Wanneer men zich hierin oefent, kan men veel informatie verkrijgen over diagnose, therapie en prognose op psychiatrisch en psychologisch gebied. Deze werkwijze kan men ook toepassen bij patiënten die psychische problemen of psychische achtergronden van somatische klachten geheel ontkennen.

voor dit weer, loopt achter bij de mode. In feite gaat men met vroegere ervaringen vergelijken, terwijl een persoonlijke smaak niet helemaal is uit te schakelen. Aan het uiterlijk diagnostiseert men de maatschappelijke klasse, de netheid of slordigheid. Soms ook passen de onderdelen van de kleding niet bij elkaar of worden bepaalde punten geaccentueerd of verdoezeld, bijvoorbeeld een torenhoog kapsel, zeer opvallende kousen en schoenen of de schouders ver naar voren bij iemand, die over te kleine mammae klaagt.

Bij de beschrijving van psychomotoriek, spraak en mimiek speelt de interpretatie, welke de arts via min of meer meevoelen met de patiënt verkrijgt, ook een rol: aanstekelijk of schamper lachen, mondhoeken hangen verdrietig of ontevreden neer, enzovoort. Uit deze gegevens kan men vooral de mate van stheniciteit, gespannenheid en geremdheid schatten. Men kan zich afvragen of er tevens organische momenten aanwezig zijn. Ook hier kunnen bepaalde onderdelen in tegenspraak zijn met de rest, bijvoorbeeld een grote vent met een kinderstemmetje, een „pokerface”, maar ogen met pretlichtjes. Tevens krijgt men al een indruk over de facetten uit de volgende groep van het schema.

Dit zijn: wijze van contact leggen, stemming, gevoel, affect, labiliteit en stabiliteit, gedachtengang, bewustzijnsgraad, gezichtskring en preoccupaties.

In uitgesproken gevallen gaat het om het benoemen van toestanden, zoals iedere leek dit ook kan: woede, in de put zitten en wat dies meer zij, of om een diagnose volgens min of meer duidelijke criteria, zoals vegetatieve labiliteit. Voor een groot deel speelt hier het meevoelen met en het aanvoelen van de patiënt een rol. Daarbij moet vooral scherp worden gelet op kleine nuances, bijvoor-

beeld de net iets te nadrukkelijke bewering dat men zich geen zorgen maakt. Ook de reactie van de arts op de patiënt speelt in dit opzicht een rol bij de beoordeling. Zo kan men aan de nadrukkelijkheid, waarmee men een patiënt iets vertelt merken, dat de patiënt er niet helemaal bij is.

De wijze van contact leggen kan vrij specifiek zijn voor de medische situatie — zoals de angst voor een prik —, maar er kunnen zodoende ook belangrijke inlichtingen over deze patiënt worden verkregen: klein willen zijn, groot willen doen, enzovoort. Labiliteit en stabiliteit zijn zeer belangrijk voor de prognose betreffende compensatie en decompensatie; bewustzijnsgraad en preoccupaties kunnen bestaande decompensaties aan het licht brengen. Bij de beoordeling van het intelligentiequotiënt (I.Q.) en de gezichtskring kan men zich als huisarts sterk vergissen, maar in bepaalde gevallen kan de betekenis ervan zeer groot zijn, bijvoorbeeld wanneer debiliteit een rol speelt of wanneer in de vrijetijdsbesteding allerlei spanningen een uitweg kunnen vinden.

Het zich realiseren van de eigen reactie is naar mijn mening een bijzonder belangrijk onderdeel. Deze reactie is afhankelijk van de patiënt, van de arts en van de omstandigheden, bijvoorbeeld van een gestoorde nachtrust. Blinde vlekken en overgevoeligheden kan men bij zichzelf ontdekken door het onverwachte ziekteverloop bij de patiënt, door gesprekken met collegae over ergernissen, of door vergelijking van het eigen oordeel over een bepaalde patiënt met het oordeel van een collega. Doorzien van wat er tijdens het contact gebeurt vergemakkelijkt dit proces. Wanneer men weet dat een patiënt zich nu eenmaal irritant gedraagt, hoeft men niet geïrriteerd te raken. Het wel of niet verwijzen van een patiënt, het wel of niet ingaan op bepaalde problemen hangt onder andere af van de mogelijkheid het contact te hanteren.

De levensloop komt bij mijn wijze van praktijkvoering nauwelijks ter sprake. Versprekingen kunnen onthullend zijn, maar zij nemen naar mijn ervaring slechts een bescheiden plaats in het geheel in. Ziektebesef, ziekte-inzicht, afweerdynamismen en karakter beoordeelt men door met de patiënt mee te voelen en verder aan de feitelijke inhoud van wat de patiënt vertelt. De psychiater heeft het wat dit betreft meestal iets gemakkelijker dan de huisarts, omdat de patiënt door het contact opnemen met de psychiater al aanvaardt of erkent dat er psychisch iets mis zou kunnen zijn, terwijl er vaak al een negatief somatisch onderzoek aan vooraf zal zijn gegaan. Zolang de huisarts in het ongewisse is over het mogelijke aandeel van somatische en psychische factoren, kan hij het ziekte-inzicht van de patiënt moeilijk beoordelen. De mogelijkheden tot therapie en de prognose van een eventuele therapie zijn van deze punten afhankelijk.

De manier van klagen beoordeelt men door luisteren en meevoelen. Hierin openbaart zich de houding van de patiënt tegenover zijn klachten en te-

genover zijn arts. Bij de beoordeling van het klagen speelt ook de reactie van de arts mee. Het is in zekere zin een proef op de som ten aanzien van de andere bevindingen. Aan de manier van klagen kunnen wij schatten of patiënt lijdt onder zijn klachten en er van af wil, of hij voldoening vindt in het klagen en er eigenlijk heel tevreden mee is, of dat hij zijn klachten gebruikt om deze ons voor de voeten te gooien. Voor prognose en therapie is dit alles zeer belangrijk, deze kennis kan ons hoeden voor te optimistische verwachtingen.

Samenvattend is de werkwijze als volgt: het goed observeren met inschakeling van alle zintuigen, het zich bewust trachten te worden van allerlei informatie, die meestal half bewust blijft — hierboven omschreven als het meevoelen met de patiënt —, het aanvoelen van een situatie, de introspectie. Soms realiseert men zich later iets, dat in eerste instantie onbewust was gebleven, een goede manier om blinde vlekken op het spoor te komen.

De conclusies, welke men uit de eerste indruk kan trekken, zijn: een (voorlopige) diagnose, vooral wat betreft „neuroticisme”, maar vaak ook wat betreft psychopathie, somatische componenten, enzovoort; een bepaling van de houding van de arts, al dan niet therapie, welke therapie; een prognose, soms ook een prognose betreffende het effect van deze patiënt op zijn omgeving. Het voordeel van deze werkwijze boven het afnemen van een biografische of psycho-sociale anamnese is, dat de patiënt hiervan geen enkele belasting ondervindt: er worden geen indiscrete vragen gesteld, de patiënt hoeft geen idee te hebben dat de arts in feite bezig is zijn psyche te beoordelen, een streven, waardoor vooral de groep der sterk afweerende, gespannen neurotici zich nog wel eens beledigd voelt.

Na de laatste bijeenkomst in Utrecht van de discussieleiders der werkgroepen Medische Psychologie, waar het artikel van *Kuypers* een belangrijk punt van bespreking vormde, is mij duidelijk geworden, dat mijn enthousiasme over deze manier van werken berust op een zeer bepaalde opvatting over de psychische problemen, welke ik krijg te zien. Naar mijn mening moeten neurotische stoornissen worden gezien als de resultante van: neurotische karaktertrekken, die weer zijn ontstaan door de invloed van de omgeving, vooral in de jeugd, op een bepaalde erfelijke aanleg; compenserende omstandigheden, zoals beroepskeuze, partnerkeuze; decompenserende factoren, waarbij het meestal niet gaat om algemeen erkende slechte omstandigheden, zoals bijvoorbeeld een oorlog, maar om bijzondere, eventueel zelfs goede omstandigheden, waar deze speciale persoon overgevoelig voor is en tenslotte van genezende factoren, zoals waardering in het werk, een liefhebbende partner, eventueel narijping bij het ouder worden (zie ook *Weyel*)

Kuypers schrijft vooral over de min of meer acuut ontstane decompensaties waar de arts mee

te maken krijgt, omdat de patiënt dan klaagt. De patiënt toont in dat stadium het neurasthene syndroom. Dit is ongeveer gelijk aan de alarmfase van de traumatische situatie, die door Bastiaans werd beschreven. Indien men zich echter niet beperkt tot de klachten van de patiënt, ontdekt men ook vele neurotische trekjes waarover de patiënten niet klagen; men ontdekt, redenerend volgens de boven geschetste gedachtengang, de gecompenseerde neurose. Men kan dit onbelangrijk vinden: in de dagelijkse praktijk heeft zulks geen consequenties: de mensen klagen niet, therapeutisch moet men vooral niets willen doen, want de patiënten zijn niet „gemotiveerd”. Een probleem, hetwelke mij zeer boeit, is echter: wat is het effect van een gecompenseerde neurose op de omgeving, in het bijzonder op de kinderen? Een bedrijfsarts of -psycholoog zal zich trouwens voor het effect in de werksituatie interesseren. In hoeverre moet men hier rekening mee houden bij ziekte in het gezin, in hoeverre kan men toekomstige decompensaties voorspellen? Juist voor het stellen van de prognose en voor het bepalen van mijn houding heb ik bijzonder veel steun aan dit schema.

Wanneer men met dit schema enige ervaring heeft opgedaan zal men merken dat deze ervaring uitsluitend op de medische situatie slaat, men kan hier niet mee werken onder andere omstandigheden, bijvoorbeeld tijdens een vakantie ten opzichte van de mede-pensionarissen.

Thans volgen enkele voorbeelden. Daarbij is de stijl der haastig neergeschreven aantekeningen bijgewerkt, maar er zijn geen latere toevoegingen of veranderingen aangebracht.

Mevrouw X; genoteerd in 1963. Wanneer patiënte, die met de bromfiets is gekomen, voor de deur staat in haar lange broek met motorhelm lijkt zij jong, men zou haar 40 geven; in de spreekkamer lijkt zij veel ouder, zij zou 60 kunnen zijn, zij is in werkelijkheid 56 jaar. Lichamelijk maakt zij geen gezonde indruk, zij heeft een vitium cordis. Zij is een kleine magere vrouw, wel pezig. Het lange, touwtjesachtige haar zit wat slordig. De kleding is niet geheel verzorgd, boven de lange broek heeft zij een donkere, dunwollen trui met een grijs vest. Zij is niet opgemaakt. Zij is echt wel een Jordaanse, zij het geen dikke. Zij komt kwiek binnen, geeft een stevige hand bij de hartelijke begroeting. Bij het weggaan houdt zij mijn hand langdurig vast, dit maakt toch meer een dwingende, dan een steunzoekende indruk. Zij zit zeer beweeglijk op haar stoel, thuis zal zij wel ongeveer even ongedurig doen. De mimiek is levendig, maar niet fijn gedifferentieerd. Het gezicht is wat lang, de mond grof, de ogen onrustig. Zij lijkt mij iemand voor amateurtoneel, voor dikopgelegde, felle rollen. De spraak is zeer snel, het is een harde, onaangename stem; als zij weg is, blijft de toon nog nahameren. Bij mij toont zij geen neiging tot huilen of lachen, maar zij vertelt dat zij thuis loopt te gillen, waarbij zij zichzelf voor het hoofd slaat. Dit zou zij doen als zij alleen thuis is, maar de burens zullen het wel kunnen horen.

Zij komt bij mij haar hart uitstorten, waarbij zij volmaakt is overtuigd van haar eigen gelijk. Zij kan het niet hebben als iemand de baas over haar wil spelen (schoonma, dochters, aanstaande schoonzoon). Zij zal waarschijnlijk moeilijk zijn te leiden, hoewel dit mij dringend noodzakelijk lijkt. Zij zal wel regelmatig bij mij terugkomen, omdat zij mijn medicijnen nodig heeft. Het lijkt mij niet onmogelijk, dat zij de feiten onjuist opvat. Patiënte is heel boos, zij maakt de indruk van een wild dier dat merkt, dat het zit

gevangen en dat zich uit alle macht verzet. Hier zit weinig modulatie in. Zij vertelt, dat zij zich thuis ook de gehele dag zo opwindt als zij het nu bij mij doet. Het lijkt niet adequaat, maar is zulks vanuit haar standpunt misschien wel. Omdat het zo constant doorgaat lijkt het of zij toch weinig op prikkels uit de buitenwereld reageert. Het intelligentiequotiënt lijkt middelmatig of iets er onder, de gezichtskring lijkt zeer beperkt. Er is een preoccupatie met de conflict-situatie, niet met de gezondheid. Er is nauwelijks ziektebesef en geen inzicht.

Mijn eerste reactie is: „Oef, dat wordt moeilijk”. Het lijkt mij te fors om het aan de zenuwarts over te laten. Had zij met al die klachten niet een andere huisarts kunnen kiezen? Uit de levensloop treft, dat haar man anderhalf jaar geleden is overleden, nu zijn er moeilijkheden met de ongeveer volwassen dochters. Haar schoonzoon is een schoft, doet zonder vragen het licht aan voor het helemaal donker is, die baardaap, zij kan zijn bloed wel drinken, enzovoort. Zij lijkt mij een fors decompenserende hysterica, mogelijk was zij in haar huwelijk goed gecompenseerd.

Schoonzoon Y (andere dan de bovengenoemde); indruk genoteerd in 1966, nadat ik hem al jarenlang uit de verhalen kende. Hemzelf heb ik enkele malen ontmoet. Hij komt nu te vroeg, nadat hij mij de vorige keer had laten wachten. Gelijktijdig met hem komt iemand anders foto's laten zien, die meteen weer mee terug moeten, hij brengt ze uit eigen beweging met het bijbehorende briefje voor mij naar de beneden wachtende patiënt. Hij doet dit wat jongensachtig. Hij stormt nog net niet de trap op. Hij maakt een gezonde indruk, maar het lijkt wel een vreemde vogel. Hij heeft glad, achterover gekamd haar met een scheiding in het midden, redelijk kort, wat brillantine. Een enorm slordige rosse snor. Het gezicht is heel beweeglijk, de hele houding is wat hoekig. Hij draagt een groene sweater, de schoenen zijn redelijk gepoetst. Hij draagt een bril met een vrij brede, bijna vierkante zwarte rand. Bij de begroeting doet hij vriendelijk, maar ik krijg meteen het gevoel of hij zich uit het contact terugtrekt. Hij geeft een stevige hand. Hij zit stevig, wat krom op zijn stoel, maar wel op een manier of hij zo weer zou kunnen opstaan.

Het gezicht is wat lang, soms is het helemaal glad, dan trekt hij het voorhoofd vol rimpels, waardoor hij verbaasd lijkt te kijken. De ogen hebben geen bepaalde uitdrukking, maar staan ook niet dof. Hij kijkt je vrij vriendelijk aan, of hij de normale man speelt, hij maakt helemaal niet de indruk, welke ik uit de verhalen had gekregen, hoewel die verhalen toch wel min of meer waar zullen zijn. De spraak is matig zacht, wat hokkend soms, met hetzelfde hoekige, dat in de bewegingen zit. De stem is prettig om naar te luisteren, hoewel ik in deze hele prettige indruk niet geloof. Soms lacht hij ontspannen, maar hij heeft ook nog een wat onaangenaam lachje op zijn repertoire. Hij gesticuleert met gebaren, waarbij de handen met de gespreide vingers groter lijken dan zij zijn. Zijn tempo lijkt mij wisselend, hij vindt het vreemd dat hij geen veertien uur achter elkaar kan werken en aan drie uur slaap niet (meer) genoeg heeft.

Hij lijkt zich onder het mom van natuurlijk contact te verbergen of misschien is hij inderdaad van moment tot moment een andere persoon. In de opgewekte stemming geloof ik niet. Hij lijkt iets gespannen, uit de verhalen ken ik hem als een explosieve figuur, die weinig spanning zal kunnen opbrengen. De indruk, welke hij nu maakt, is niet in tegenspraak tot explosief gedrag, maar als ik het niet wist, zou ik het niet kunnen voorspellen. Behalve uit zijn klachten over hyperventilatie en nog wat vage klachten blijkt zijn labiliteit nu niet. Hij heeft bronchitis doordat hij het roken niet kan laten. Het I.Q. is onduidelijk, het lijkt niet erg laag. Het verhaal dat hij vertelt springt van de hak op de tak; hij kan alleen denken wat hem te pas komt. Soms lijkt hij lukraak meningen te verkondigen. Een sluitende redenering lijkt hij niet te kunnen voeren. De bewustzijnsgraad lijkt helder. De gezichtskring zal wel tot pleziertjes zijn beperkt: televisie, auto, zeilboot, drank, vrouw(en?). Dat zijn omgeving hem afschildert als een egoïstische tyran kan ik wel navoelen. Hij heeft de neiging zich direct te verontschuldigen, het ligt altijd aan de omstandigheden.

Hij doet mij weinig. Mijn eerste reactie was: waarom

heeft dat meisje een man gekozen die zoveel op haar moeder lijkt, de stommeling. In feite probeer ik met psychofarmaca dit huwelijk te redden. Uit de levensloop vertelt hij enorme ruzies in het ouderlijke huis. Er is een opname geweest op paviljoen 3 enkele dagen na een acute toestand: dol geworden na te veel drank en te weinig slaap, diagnose hysteropsychopathie. Hij noemt dit zijn „Sturm und Drankperiode” en denkt daar overheen te zijn. Zijn klachten worden gebracht of het kleingheden zijn, maar dat geloof ik niet. Het is moeilijk voor hem om afspraken te maken, hij vergeet het, komt te laat of te vroeg. Een lichte stoornis in de tijdzin, zoals beschreven bij psychopathie lijkt te bestaan. Hij vraagt uitdrukkelijk: „Mijn vrouw moet met die hoofdpijn zeker zelf bij u komen?” De familie heeft echter verteld, dat zij van hem niet naar mij toe mag. Kan allebei waar zijn.

Indruk van mevrouw Y, geboren X; genoteerd nadat ik haar al betrekkelijk vaak heb gezien. Zij komt voor haar 22 jaar meisjesachtig de kamer binnen. Een katachtig, lenig, slank meisje. Het lange haar hangt vóór langs haar oren, de pony hangt tot op de onderste wenkbrauwen, in gedachten ben ik steeds bezig het voor haar ogen vandaan te vegen. Onopvallende, nette kleding. De ogen zijn zeer zorgvuldig opgemaakt, maar zij geeft met een lachje toe, dat dat is om de sporen van huilen uit te wissen. Zij geeft een klein handje, zit met de armen over elkaar voorover op de stoel in elkaar gedoken, weinig beweeglijk. De mimiek is weinig gedifferentieerd, een beetje dood, soms een verlegen, verontschuldigd lachje. De neiging tot huilen, welke zij thuis heeft, toont zij bij mij niet. De spraak is een klagend watervalletje, het rolt allemaal zonder veel stemverheffing gemakkelijk over haar lippen, een beetje aanklagend ook. Het tempo zal van nature wel vrij hoog liggen, maar nu lijkt zij steeds aan de omgeving te vragen of zij het wel goed doet. Het contact lijkt haar weinig te doen, zij doet vriendelijk. De stemming moet wel depressief zijn, maar zij doet nu heel reëel.

Zij vertelt dat zij boos is, zij is gisteren haar man aangevlogen, zij heeft zijn been opengekrabd, daarna heeft zij een machteloze huilbui gehad. Zij vertelt het echter zonder emotie. Wat er in de toekomst zal gaan gebeuren lijkt haar weinig te beroeren, hoewel zij er geen idee van heeft en alle moeilijkheden allang heeft zien aankomen. De zenuwarts van haar moeder heeft haar een masochiste genoemd en dat klopt wel met wat zij vertelt: „Hij pest me tot ik ga huilen, dan is hij lief, als ik weer ben bijgekomen, gaat hij weer pesten”. Deze buien had hij in zijn verlovingstijd niet. Zij weet niet of zij van hem houdt. Zij zal deze frustraties wel niet kunnen missen en waarschijnlijk hard hollend weer naar haar man teruggaan. Zij leeft duidelijk in een constante decompensatie. Zij vertelt een logisch verhaal, het I.Q. lijkt boven de middelmaat. Het bewustzijn lijkt helder, wat ik niet had verwacht. Zij werkt in een winkel, verder dan winkel en feestjes van haar man zal haar gezichtskring wel niet gaan. Toch minder preoccupatie met het conflict dan voor een oplossing hiervan wenselijk zou zijn.

In eerste instantie voel ik mij machteloos gemaakt door deze patiënte, zij zal in dit foute patroon wel volharden. Zij krijgt een recept en een afspraak voor de volgende week ten minste, als zij dan niet alweer bij haar man terug is (dat was inderdaad het geval). Haar moeder ken ik als een kwaadaardige hysterica, haar man als een hystero-psychoopaat. Haar vader moet volgens de zenuwarts een rustige prettige figuur zijn geweest, die dit allemaal kon opvangen en recht breien. Haar zuster had de afspraak gemaakt. Achteraf bedenk ik, dat ik niet op haar hoofdpijn ben ingegaan, dit zou ook nog een teken van sinusitis kunnen zijn.

BIJLAGE

Schema van de eerste indruk (vrij gevarieerd voor de huisartspraktijk).

Uiterlijk: schatting van de leeftijd; lichamenlijk gezond of ziek; lichaamsbouw (ook mager, dik); haar, kapsel, kleding, make-up, nagelblijten.

Psychomotoriek: binnenkomen; begroeting; hand

geven; gaan zitten; beweeglijkheid; mimiek (nauwkeurig); spraak, stemtoon; huilen, lachen, niet kunnen huilen of lachen; gesticuleren; houding; tempo, tremoren; andere bijzonderheden.

Leggen van contact: bijvoorbeeld uit de hoogte, nederig, natuurlijk, minzaam, afwijzend, erotisch. Stemming en gevoel: bijvoorbeeld depressief, gespannen, dysfoor, eufoor, opgewekt, landerig, apathisch, autistisch.

Affect: modulatie (adequaat of inadequaat); intensiteit; woede, angst, vreugde, smart, paniek, agressie e.d.; andere affectuïtingen.

Labiliteit en stabiliteit: bijvoorbeeld prikkelbaar, vegetatief labiel, transpireren, vlekkelijke roodheid, bloeddrukschommelingen, hyperventilatie).

Afschatten van de frustratietolerantie en de spanning, waaronder de patiënt in feite leeft, dit wil zeggen of er decompensatie bestaat of dat deze binnen afzienbare tijd waarschijnlijk is te verwachten. Intelligentiequotiënt; geheugen.

Gedachtengang: rechtlijnig, logisch, verward, waanideeën.

Bewustzijnsgraad: dromerig of „erbi”, bewustzijnsvernuwring, depersonalisatie, derealisatie.

Gezichtskring, ook: het niet zonder werk kunnen zijn, geen ruzie durven maken, slaafs, tyranniek, lijdend, dominerend, masochistisch ten opzichte van de omgeving.

Is er preoccupatie met een actuele of chronische conflictsituatie of met de gezondheid?

Is er ziektebesef, ziekte-inzicht, wordt elke ziekte ontkend, is er verzet tegen medische adviezen, is patiënt overbezorgd voor zichzelf?

Wordt bij de onderzoeker in de eerste plaats een bepaald gevoel of gedrag opgewekt zoals irritatie, agressie, moederlijke gevoelens, distantie: „Patiënt doet me weinig, ik heb de neiging het hem zelf te laten uitzoeken, ik voel me machteloos gemaakt, ik speel mee met de afweer van de patiënt”.

Hoe reageert de onderzoeker in feite?

Treffen direct bepaalde feiten uit de levensloop?

Treffen direct bepaalde associaties, intonaties, vergissingen?

Hoe klachten gebracht: echt, onecht, zakelijk?

Treffen bepaalde gedrags- of gevoelspatronen als afweerdynamismen (fobieën, dwangverschijnselen)?

Zijn er schuldgevoelens, minderwaardigheidsgevoelens, insufficiëntiegevoelens?

Wat zijn de voornaamste karaktertrekken (bijvoorbeeld ook eerlijk, oneerlijk).

Komt patiënt uit zichzelf met (deze) problemen?

Summary. Charting the „first impression” in general practice. Report on a method of systematic charting of the impression made by a patient. Skilled use of this method gives access to a considerable body of information on diagnosis, treatment and prognosis in the psychiatric and psychological realms. The procedure is useful also in the approach to patients who categorically deny psychological problems or psychological substrata of somatic symptoms.

Kuypers, C. A. (1966) huisarts en wetenschap 9, 42
Weijel, J. A. Medische Psychologie. J. Bijleveld, Utrecht, 1961.