

weg gaan. Het zou wel eens kunnen zijn dat men vanuit een dergelijk bureau een signaalfunctie kan vervullen ten aanzien van gevestigde instanties op psycho-hygiënisch gebied, in hoeverre deze tekort schieten in de opvang van talrijke moderne jongeren.

Daarnaast is het goed voor de medewerker aan een jongeren-contactadres om de communicatie met andere instanties niet te verliezen. Het kan hem of haar voor een eigen identiteitscrisis behoe-

den, een situatie waarbij noch hijzelf noch de jongeren noch de maatschappij is gebaat.

Summary. Experiences with modern adolescents given a new type of assistance. This paper first describes the origin and procedure of a new type of assistance to adolescents with psychological or social problems in Groningen. Various data are presented and discussed with reference to the backgrounds of the clients, with special emphasis on those who reported the occasional use of drugs. The final considerations concern prevention, problems of referral and social action in connection with the function of this new type of assistance.

Problemen in de ontmoeting met...*

DOOR J. POLS, ZENUWARTS TE ASSEN**

Inleiding. Er is een merkwaardige ontwikkeling gaande: breidt enerzijds het gebied waarop de geneeskunde zich beweegt, zich steeds verder uit, anderzijds trekken steeds meer andere disciplines het gebied van de geneeskunde binnen. Diverse organisaties zoals het maatschappelijk werk, jeugd- en adviescentra, consultatiebureaus voor alcoholisme, release, bemoeien zich met problemen, met name met de drugproblemen van pubers en adolescenten, terwijl de huisartsen in het algemeen slechts zijdelings hierbij zijn betrokken.

Een en ander doet de vraag rijzen of factoren aanwijsbaar zijn waardoor pubers en adolescenten die hulp nodig hebben — en dan met name de druggebruikers onder hen —, deze blijkbaar niet bij de huisarts zoeken. Wat kan de arts doen om zichzelf toegankelijker te maken voor deze groep en verder, zijn er factoren vast te stellen bij de medicus zelf, waardoor wordt verhinderd of bemoeilijkt dat een contact tot een therapeutisch contact wordt?

Uiteraard is hier slechts een beperkte exploratie mogelijk, die begrensd zal blijven tot het signaleren van een aantal maatschappelijke, sociale en psychische factoren, die houding en positie van de medicus lijken te bepalen.

Maatschappelijke factoren. Wanneer men zeer in het algemeen nagaat hoe iemand tot een bepaalde opvatting of overtuiging komt, dan ziet men dat zulks gebeurt op grond van een aantal verstandelijke en een aantal emotionele argumenten en motieven. Deze motieven zijn slechts gedeeltelijk „ge-expliciteerd”.

In de wetenschap is het proces waarbij men tot een conclusie of tot een overtuiging komt, meer gestileerd. Er dient een aantal logisch kloppende argumenten te zijn die worden samengebracht in

een bepaalde theorie. Dit betekent, dat een opvatting of een overtuiging in de wetenschap altijd een voorlopig karakter draagt in die zin, dat wanneer nieuwe feiten aan het licht komen, de opvatting — dat is de theorie — opnieuw moet worden bekeken en eventueel moet worden herzien. Elke overtuiging is in de wetenschap voorlopig de beste opvatting.

Wanneer men ziet hoe mensen omgaan met wetenschappelijk vastgestelde feiten en theorieën, dan springen een paar eigenaardigheden in het oog, speciaal wanneer het gaat om feiten of theorieën die een sterk emotionele lading hebben. Soms ziet men, dat conclusies die wetenschappelijk volkomen verantwoord zijn getrokken, worden ontkend op grond van een emotionele, niet-geëxpliciteerde overweging. Dit bleek bijvoorbeeld toen een aantal collega's hardnekkig het verband tussen roken en longkanker bleef ontkennen, hoe overtuigend de statistieken ook waren, met als werkelijk motief dat zij zelf rookten.

In een ander geval wordt een deel van de motivering geëxpliciteerd, waardoor duidelijker wordt waarom iemand zich vergist. Een schoolvoorbeeld daarvan werd door mij aangetroffen in het onlangs gehouden interview met staatssecretaris Kruizinga door de A.V.R.O., waarin hij zei te twijfelen aan het oordeel van de deskundigen die menen dat hennepproducten mits met mate gebruikt, vrijwel onschadelijk zijn, op grond van het volgende argument: „In Stockholm heeft ook een zogenaamde deskundige voor de televisie gezegd dat het gebruik van hennepproducten onschuldig is. Het resultaat was dat het telefoonverkeer in Stockholm ontregeld werd door de vele ongeruste en verontwaardigde ouders die wel beter wisten van hun kinderen die hennepproducten gebruikten en die de waarheid aan den lijve kenden”. Het is duidelijk dat hier een verschijnsel — het roken van haschisch — en een van de hoofdoorzaken van het verschijnsel — de gestoorde relatie tussen ouders en kinderen — door

*Voordracht, gehouden tijdens het symposium Jeugd, drugs en huisarts, te Drachten 24 oktober 1970.

**Verbonden aan de Polikliniek van het Psychiatrisch Centrum „Licht en kracht” en „Post Natal” te Assen.

elkander worden gehaald. In dit relatieconflict zijn ouders en kinderen helaas vaak elkanders tegenpartij.

Men kan het ook anders zeggen: de staatssecretaris kiest in het conflict tussen ouders en hun oudere kinderen de partij van de ouders en dat is het werkelijke motief dat hij haschisch gevaarlijk vindt (naast misschien nog andere in het interview niet-geëxpliciteerde motieven.)

Opvallend is voorts dat, wanneer iemand eenmaal een bepaald standpunt heeft ingenomen, het in het algemeen de grootste moeite blijft kosten dit standpunt te corrigeren, hoe evident het ook in strijd is met de werkelijkheid. Men ziet dit dagelijks in onze vakliteratuur: wanneer een collega een beschouwing geeft die nieuwe gezichtspunten biedt, gaat iedereen hem vanuit zijn eigen gezichtspunt bestrijden, niet vanuit de gedachte „zou het waar kunnen zijn wat hij zegt”, maar vanuit de gedachte „het kan niet waar zijn, want het klopt niet met wat ik geloof.”

Steeds weer blijkt, dat ingenomen standpunten slechts zeer geleidelijk voor wijziging vatbaar zijn, dat een ingenomen standpunt meteen fungeert als een stel oogkleppen, die de tegen dat standpunt ingaande feiten buiten het gezichtsveld houden. Dit maakt het mogelijk, dat deskundigen extreem tegengestelde opvattingen blijven huldigen over een zelfde probleem.

Extreme standpunten met betrekking tot druggebruik zijn in Nederland eveneens te vinden, hoewel de voorraad duidelijk gearchiverde en gedocumenteerde onderzoeken voor onze eigen samenleving betrekkelijk klein is en alleen nog maar voorlopige conclusies toelaat. De conclusie van deze overwegingen is: men ziet alleen wat men verwacht te zien of: men ziet alleen wat men wil zien. Wie een standpunt inneemt dat hij niet als voorlopig beschouwt, beperkt tegelijkertijd zichzelf in zijn mogelijkheden, waardoor hij minder toegankelijk wordt voor correcties en ook minder toegankelijk voor concrete probleemstellingen in de vorm bijvoorbeeld van de jeugdige druggebruiker, die hulp zoekt.

Resumerend kan men stellen dat er dus twee factoren zijn waarmede rekening dient te worden gehouden: de eerste is het feit dat het buitengewoon moeilijk is te bepalen wat in de beschouwingen van deskundigen werkelijkheidswaarde heeft en wat toevoeging uit andere bron is en de tweede is, dat het buitengewoon moeilijk is een bepaalde overtuiging of opvatting bij zichzelf te corrigeren.

Een maatschappelijke factor van geheel andere aard komt naar voren bij de volgende beschouwing. Wanneer men tracht de volwassenen als groep te beschouwen in hun relatie tot de jeugd als groep — jeugd hier bedoeld als pubers en adolescenten —, dan reduceert men weliswaar de werkelijkheid aanzienlijk, maar springt een aantal verschijnselen naar voren dat de moeite van het signaleren waard blijkt te zijn.

De jeugd komt betrekkelijk gemakkelijk tot het vormen van een subcultuur of zij brengt een scheiding tot stand tussen volwassenen en leeftijdgenoten door opvallende kenmerken in uiterlijk en kleding. Beziet men echter dit gebeuren van de wereld der volwassenen uit, dan komt men al spoedig tot de conclusie dat de volwassenen gefascineerd blijven te zijn door de jeugd. Dagelijks leest men grote stukken over de jeugd in de kranten. Alles wat de jeugd verzint en doet, krijgt direct een grote publiciteit, getuige de Maagdenhuis-affaire, de Kabouters en het drugprobleem. Maar dit is niet het enige.

Diametraal daartegenover staat, dat de uitingen van afkeer en tegenzin van de volwassenen in het algemeen uitgesproken en diepgaand zijn. Het non-conformisme in uiterlijk, kleding en gedrag wekt sterke affecten „ze moesten ze allemaal neerknuppelen, kaalscheren, in werkkampen stoppen, en wat dies meer zij”. Er klinkt haast een angst in door dat de volwassenen met hun cultuur tot de ondergang zouden zijn gedoemd wanneer zij de jeugd niet dwingen zich te conformeren.

Naast deze tegengestelde gevoelens zijn ook nog andere gevoelens aanwezig: men krijgt soms de indruk dat de volwassenen niets liever zouden willen dan zich weer tot de jeugd te kunnen rekenen. Een goede illustratie daarvan is een televisie-reclamespot waarin een moeder ten tonele wordt gevoerd die dank zij het eten van een bepaald merk margarine, zozeer op haar tienerdochter gaat lijken, dat het vriendje van de dochter de twee niet meer uit elkander kan houden.

Enkele malen heb ik gemerkt dat de vader van een adolescent zijn doemvonnisspraak over het vrije seksuele gedrag van zijn zoon, maar intussen aan diens lippen hing om meer te horen over de verhalen welke de zoon had te vertellen. Zou dit niet betekenen dat bij vele volwassenen een heimwee en een terugverlangen bestaan naar de eigen jeugd, maar dan met de vrijheden welke de jeugd thans heeft?

Dergelijke zaken zijn moeilijk bewijsbaar, maar men kan een zodanig verlangen soms onverhuld horen en soms zo pertinent horen ontkennen, dat men gaat denken aan een overcompenserende ontkenning.

Een andere tegenstrijdigheid in de houding der volwassenen kan men hierin vinden, dat hoewel de volwassenen aangeven niets liever te willen dan een conformeren van de jeugd aan hun eigen volwassenheid, zij aan de andere kant het hunne hebben bijgedragen om de jeugd als groep apart te zetten bijvoorbeeld door de tienermode met zijn door volwassenen georganiseerde mode-industrie, de grammofoonplaten- en muziekindustrie, de brommers- en fietsenindustrie en wat dies meer zij.

Tenslotte is het opvallend dat volwassenen die zich non-conformistisch opstellen, bij voorkeur kleding, haardracht en dergelijke van de jeugd overnemen. Hier lijkt het omgekeerde plaats te vinden van distantie nemen van de jeugd, namelijk

een identificatie met de jeugd. Het gevolg is dan ook, dat deze volwassenen alle controversiële gevoelens die ten aanzien van de jeugd gelden, op hun schouders krijgen.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd, dat de volwassenen bijzonder ambivalent staan tegenover de jeugd en dat dit gevoelsconflict de oorzaak ervan is, dat de tegenstellingen zo onverzoenlijk worden en het herstel van de relatie met wederzijdse aanpassing zo moeilijk. En dat is in dit kader zo belangrijk omdat, generaliserend gesproken, door de jeugd ook de huisarts wordt gezien als volwassene, als behorend tot de „establishment”, tot de niet-begrijpende, oudere generatie, voor wie zij juist is gevlucht in een subcultuur. De meeste jongeren zijn van mening dat zij ten opzichte van de huisarts hetzelfde generatieconflict hebben te verwachten als zij met hun ouders hebben. Aangezien zij juist voor dit generatieconflict zijn gevlucht, is het onwaarschijnlijk dat zij hulp gaan zoeken bij hun huisarts.

Zij wenden zich eerder om hulp tot die organisaties, die zich in aanpak en methoden proberen aan te passen bij hun subcultuur, die zich als het ware in die subcultuur begeven. Het voordeel is, dat op die manier toch contact mogelijk wordt; het nadeel is, dat wanneer jeugdige personen voor verdere behandeling moeten worden doorverwezen naar een van de bij de hoofdcultuur behorende instanties, deze zelfde remming naar voren komt. Bovendien is de opvang in de hoofdcultuur niet adequaat berekend op de problemen die zich dan gaan voordoen.

Dragen beide genoemde factoren, namelijk enerzijds de onvolmaaktheid van het eigen psychische apparaat, waardoor men slecht toegankelijk is voor wijzigingen van eigen oordeel, respectievelijk slechts bijzonder langzaam een werkelijkheid kan ervaren zoals die is en anderzijds het feit dat men in een dergelijke conflictsituatie waarin de patiënt is betrokken, zelf nolens volens een partij vertegenwoordigt, een min of meer algemeen karakter, de volgende reeksen van factoren betreffen de huisarts rechtstreeks.

Attitude-factoren. Relaties van mensen met elkander kunnen in het algemeen horizontaal en niet-horizontaal zijn. Een horizontale relatie is een relatie waarbij twee of meer mensen op gelijk niveau contact met elkander hebben. Voorbeelden hiervan zijn het prototype van een vriendschapsrelatie, een huwelijksrelatie en in het werk: collega's op gelijk niveau. De niet-horizontale relatie impliceert een contact op ongelijk niveau: de één staat boven de ander met als prototype: ouder-klein kindrelatie, werkgever-werknemer in de huidige situatie; synoniem van een niet horizontale relatie: autoriteitsrelatie.

De aard van een relatie kan worden bepaald door een formele structuur zoals in een bedrijf; deze kan worden bepaald door gevoels- en verwachtingspatronen met betrekking tot zichzelf en de ander.

In principe is de arts-patiënt-relatie een horizontale: de patiënt komt vrijwillig bij de arts, in onderling overleg wordt een behandeling ingesteld. Indien de patiënt hiermede niet akkoord gaat, is hij vrij om te weigeren, hetgeen tot het zoeken van alternatieven of tot het verbreken van het contact kan leiden. Toch is dit model meer theoretisch dan reëel. Vergeleken met een relatie waarin twee mensen ongeveer een even grote gelijkwaardige inbreng hebben — zoals in een goed huwelijk — liggen de krachtsverhoudingen in de arts-patiënt-relatie totaal anders. De patiënt is degene die hulp zoekt en die door zijn ziekte in een afhankelijke positie is gekomen; hij kan niet vrijblijvend beslissen of hij het eens is met de therapeutische adviezen van de arts, omdat hij risico's loopt welke hij niet geheel kan overzien.

Daardoor is de situatie gecompliceerd geworden, hoewel in principe nog steeds horizontaal. Wat in feite gaat gebeuren, hangt meer af van de diverse psychologische factoren die bij de arts en patiënt aanwezig zijn, dan van theoretische beschouwingen. Dostojewsky's „Grootinquisiteur” geeft een helaas nog steeds actueel voorbeeld van wat er kan gebeuren: de geestelijke leider maakt zich hierin tot autoriteit, de gelovige wordt onmondig gemaakt. Dat dit in de medische praktijk op volkomen vergelijkbare wijze dagelijks plaatsvindt is buiten twiffel.

Er is immers voor de arts zo weinig nodig om juist die versterkte afhankelijkheid in de patiënt te voelen en daarmee diens vergrote behoefte aan bescherming. De arts maakt zichzelf dan tot een autoriteit; hij maakt de relatie tot een niet-horizontale, daartoe gedwongen, geprovoceerd zo men wil, door de behoefte welke hij in zijn patiënt meent te voelen. De patiënt blijkt in vele gevallen zijn afhankelijke positie maar al te graag te aanvaarden of zich daarin te schikken. En toch gebeurt er iets hoogst eigenaardigs.

Datgene wat de arts aan specifiek heeft in te brengen in de relatie met de patiënt, is zijn deskundigheid betreffende vragen over ziekte en gezondheid en zijn deskundigheid in diagnostiek en therapie. Daaraan ontleent hij de waarde welke hij voor de patiënt heeft: de patiënt vraagt hem om advies, om datgene wat de arts weet.

Wie de arts zelf is, doet op dat moment nog niet veel ertoe, het gaat erom dat hij een zo goed mogelijk deskundige is en zo goed mogelijk weet wat er valt te weten betreffende het probleem waarvoor de patiënt hulp of advies vraagt. Wanneer de relatie nu wordt omgebogen naar een autoriteitsrelatie, komt de persoon van de arts zelf in het geding, de patiënt volgt zijn advies niet meer primair omdat dat het beste advies is, maar omdat zijn arts, de autoriteit, hem dat adviseert: hij behoeft zich niet meer op de hoogte te stellen van alternatieven, want wat zijn arts voor hem uitdenkt is het beste. Het contact met de patiënt is dan niet meer gebaseerd op de deskundigheid van de arts, maar op het wederzijds accepteren van de afhankelijkheidsbe-

hoeft van de patiënt. Anders gezegd, de arts zegt: „Je moet het zo en zo doen”; „Waarom?; „Omdat ik het zeg”.

De patiënt wordt hiermede in wezen geïnfantiliseerd, de relatie gaat hetzelfde stempel dragen als de ouder-kind-relatie: „Je moet doen wat mama zegt”; „Waarom?; „Omdat mama het zegt en omdat mama weet wat het beste voor je is”. De arts gaat een dubbelrol spelen van deskundige en autoriteit. Voor wie erop let is het vaderlijke respectievelijk moederlijke image van de arts vaak frapperend.

Nu kan men zeggen: „De patiënt verwacht van mij dat ik als een autoriteit zal handelen, ik doe dat en alles loopt bevredigend, wat is daar dan tegen?” Hierover kan het volgende worden opgemerkt.

Er zijn verscheidene medische adviezen, die zo evident moeten worden opgevolgd, dat de arts bepaald niet is gemotiveerd om de patiënt de keuze te laten, bijvoorbeeld wanneer het eenvoudig erop neerkomt dat de patiënt iets moet doen of laten en dat hij in elk ander geval zijn gezondheid zeer ernstig zal schaden. Het is dan voorstelbaar dat het dermate belangrijk is de patiënt hiervan te overtuigen, dat de arts daarbij van zijn irrationeel prestige — dat is van zijn autoriteit — gebruik gaat maken. Er zijn echter ook adviezen waarbij dit minder duidelijk is of adviezen die voor de patiënt, om wat voor reden dan ook, zeer moeilijk of niet zijn op te volgen.

Tenslotte bestaat ook nog de mogelijkheid dat de patiënt met een probleem wordt geconfronteerd waarvan het evident is dat hij alleen zelf erover kan beslissen. Een voorbeeld (uit Prof. Van den Berg's „Metabletica”): Martin Buber ontmoette een rechtenstudent die hem vroeg of hij in de advocatuur of in de rechterlijke macht zijn carrière moest zoeken. Buber concludeerde terecht dat de student behoefte had aan een autoritaire uitspraak en hij had achteraf spijt dat hij die niet had gedaan. Deze spijt is ten onrechte, want alleen de student kan oordelen over wat hij het liefste wil. De knoop zit hem hierin dat de student met een bepaalde verwachting bij hem kwam en dat Buber geen alternatief zag dan het gratificeren of het frustreren van deze verwachting (tussen het zich laten aanleunen dat men tot een autoriteit wordt gemaakt en het afwijzen daarvan).

Er is nog een andere mogelijkheid namelijk deze, dat men weliswaar de ten onrechte opgedrongen autoriteit afwijst, maar daarvoor in de plaats zijn deskundigheid stelt: „Ik kan niet voor je beslissen maar laten we eens kijken hoe het komt dat je het zo moeilijk vindt”. Het fenomeen dat iemand zijn gedrag laat bepalen door datgene wat hij denkt dat de ander van hem verwacht, is in de neuroseleer een goed bekend fenomeen; het treedt op de voorgrond bij patiënten met insufficiëntiegevoelens en onzekerheid.

Normaal is, dat de verwachting van de ander

mede bepalend is voor het eigen gedrag, voor zover de eigen identiteit geen afbreuk wordt gedaan, maar een psychisch gezond mens kan ook tegen de verwachting van anderen ingaan, wanneer hij dat nodig of goed vindt. Naar mijn mening ligt het onderlinge verwachtingspatroon van huisarts en patiënt vaak zeer ingewikkeld. Zo verwacht de patiënt bijvoorbeeld dat zijn huisarts een lichamelijke klacht wil horen en dus presenteert hij hem deze; de huisarts verwacht dat de patiënt een medicatie wil en dus verstrekt hij hem deze, ook als hij alleen maar een placebo effect ervan verwacht. Het cruciale punt is, dat de huisarts soms een dergelijke medicatie niet geeft omdat hij deze (placebo) therapie geïndiceerd vindt, maar omdat hij niet kan ontkomen aan de verwachting welke de patiënt volgens hem koestert.

Het gaat hier dan om de directe relatie-verwachtingen, die nog worden gecompliceerd door de meta-relaties: de patiënt denkt dat de arts van hem verwacht dat hij een lichamelijke klacht zal presenteren; hij verwacht dat de arts zal verwachten dat hij daarvoor een recept denkt te krijgen enzovoorts. Nogmaals, er is nog niets aan de hand wanneer een recept een adequate therapie is, maar dat behoeft natuurlijk niet altijd zo te zijn. Het belangrijkste is dat een aantal projecties en introjecties plaats vinden, waardoor geen van beide in de relatie nog goed de realiteit kan zien, terwijl het juist in feite het onvermogen van de patiënt is om zijn eigen realiteit te zien en ermede te leven, die hem naar zijn arts deed gaan.

De situatie waarin de arts wordt gevraagd een autoriteit te zijn, is zozeer aan de orde van de dag dat in de praktijk de relaties van de arts met de meeste patiënten erdoor worden gekenmerkt. Dat blijkt bijvoorbeeld ook bij de psychotherapie, waar men zorgvuldig een horizontale relatie met de patiënt handhaaft. Daarbij ziet men dat de patiënt niet alleen vaak protesterend, maar ook onwennig staat tegenover het fenomeen van de niet autoritaire arts. Het is een waarheid met een dubbele bodem: men wordt door zijn patiënten tot een autoriteit gemaakt, versus men dringt zijn patiënten een autoriteit op.

In de psychiatrie is gebleken dat het contact met de patiënt wellicht het kostbaarste en meest waardevolle therapeutische instrument is dat de psychiater ter beschikking heeft. Het vormt dan ook een wezenlijk deel van zijn opleiding om contacten te leren hanteren dat wil zeggen te voorzien in welke rol de patiënt hem wil zien en waarom. Verder moet de arts zichzelf de vraag voorleggen of hij deze vorm van contact in een bepaalde situatie therapeutisch acht of dat hij een andere weg wil volgen.

Bij de bestudering van deze problemen kwam aan het licht dat een autoritaire houding van de arts weliswaar in een aantal gevallen de afhankelijkheidsbehoefte van de patiënt bevredigt, maar in

andere gevallen de infantiel-afhankelijke, dat is neurotische, tendensen van de patiënt kan versterken en fixeren, terwijl in nog andere gevallen het contact kan worden bemoeilijkt en zelfs onmogelijk kan worden gemaakt.

Dit laatste is in zeer sterke mate het geval bij die patiënten, die een strijd voeren om de eigen onafhankelijkheid, die krampachtig zoeken naar een eigen identiteit en dat is nu juist de groep die vandaag in het focus van de aandacht staat, namelijk de groep van pubers en adolescenten en daarbij met name diegenen die zijn gevlucht uit de relatie-structuur thuis en die koste wat het kost hun eigen weg willen gaan. Het komt erop neer dat men vrijwel zonder meer kan stellen dat de huisarts, die door zijn patiënten tot een autoriteit is gemaakt, respectievelijk zich thuisvoelt in een vaderlijk, directief contact nemen, zichzelf buitenspel zet bij de behandeling van deze groep jongeren indien hij niet bereid is het hanteren van zijn contacten in deze gevallen te herzien en te corrigeren.

Samenvattend zou ik willen pleiten voor het zeer bewust hanteren door de huisarts van het contact met patiënten. Pas dan kan het maken van dit contact tot een therapeutisch instrument worden afgestemd, op de vorm van therapie welke de patiënt behoeft.

Factoren betreffende de opvatting van de taak. De arts voelt zich het meest vertrouwd met de situatie, wanneer hem een somatisch probleem wordt voorgelegd. Hij weet waarnaar hij moet vragen en hoe hij moet handelen. Indien het echter om een levensprobleem gaat of om een probleem dat slechts zijdelings lichamelijke aspecten heeft, wordt de situatie moeilijker. Hierover de volgende opmerkingen.

Hoewel het duidelijk is, dat de adequate medische handelwijze in deze gevallen is dat de arts een dergelijk probleem ernstig neemt en zich bereid toont, er op in te gaan en het door te spreken, blijkt daar in de praktische realiteit een opmerkelijk grote tegenzin tegen te bestaan. Deze tegenzin kan soms zijn oorsprong vinden in de gedachte van de arts, dat van hem een oplossing van het probleem wordt gevraagd: als de patiënt het probleem uitsprekt voelt de arts zich verplicht, het voor de patiënt op te lossen.

De aangeboden problemen zijn in de meeste gevallen niet zomaar op te lossen (anders had de patiënt zelf dat immers allang gedaan) en de arts wil zichzelf niet manoeuvreren in een positie waarin hij moet gaan zeggen: „ik weet het ook niet”. Het enige redmiddel is dan, de patiënt geen gelegenheid te geven, zijn problemen uit te spreken.

Deze vooronderstelling van de arts — namelijk dat van hem verwacht wordt dat hij het probleem oplost — houdt in feite in, dat hij zichzelf niet meer ziet als de beoefenaar van een beroep, iemand die bereid is de ten dienste staande middelen ten bate van de patiënt aan te wenden, maar als een

magiër, wiens taak het is de problemen op te lossen, de plooiën in het leven glad te strijken. Vraagt men dit van zichzelf dan loopt men het gevaar dat men de problemen, juist omdat men deze toch niet kan oplossen, niet meer wil zien.

Een andere mogelijkheid is, dat de arts vreest dat een onoplosbaar probleem nog veel schrijnender is wanneer het op tafel ligt dan wanneer het nog in een voor de patiënt onduidelijke vorm in diens hoofd rondspookt.

Het is belangrijk te constateren dat dit een onjuiste premisse is. In het algemeen ziet een patiënt heel duidelijk dat een probleem, indien het onoplosbaar is, ook niet door de medicus kan worden opgelost. Het probleem is als regel echter zo groot door een combinatie van twee factoren, namelijk de eigenlijke inhoud en de emotionele lading ervan. Meestal maakt juist dit laatste het probleem tot een onverdragelijk probleem.

Door een en ander te bespreken, door begrip ervoor te tonen, door te trachten de moeilijkheden te begrijpen, kan de patiënt een enorme opluchting ervaren; hij voelt zich niet meer alleen met zijn onoplosbare moeilijkheden, hij ziet in dat zijn probleem voor een ander niet onzinnig behoeft te zijn en dat hij zijn moeilijkheden met iemand kan delen.

Daarnaast is het bij het bespreken natuurlijk altijd mogelijk dat nieuwe aspecten opdoemen omdat het zich duidelijker bewust worden van diverse implicaties van het probleem kan betekenen dat een nieuwe aanpassing, nieuw experimenteren mogelijk wordt. Bijvoorbeeld: een ieder die erop let zal het zijn opgevallen dat wanneer van een echtpaar een van de partners sterft, de ander zeer veel behoefte heeft aan het steeds maar weer vertellen van verhalen over hoe het allemaal is gegaan. Het bezoek aan de weduwe of weduwnaar heeft een duidelijke functie, omdat men kan ervaren dat door het steeds herhalen van wat er is te vertellen, de overlevende het gebeuren als het ware van zich kan afpraten.

Men ziet evenzeer, dat mensen die een sterfgeval in hun naaste omgeving hebben meegemaakt, dikwijls door vrienden en kennissen worden gemeded. De kennissen hebben hiervoor het motief dat zij toch geen daadwerkelijke troost kunnen bieden, terwijl degene wie het betreft, dit des te smartelijker ervaart, omdat hij niet slechts alleen is achtergebleven, maar omdat hij zich ook nog verder in het isolement gedrongen voelt. Niemand wiens man of vrouw is overleden zal van zijn arts verwachten dat deze de overledene weer tot leven wekt, niettemin kan het spreken erover met een patiënt een bijzonder sterke therapeutische uitwerking hebben.

Wanneer iemand met een probleem komt, heeft het in het algemeen weinig zin om te moraliseren of de patiënt aan te sporen flink te zijn en zich er „niets van aan te trekken”. Men kan veilig aannemen dat vele anderen iets dergelijks tegenover

de betrokkene en ook hijzelf, dat al lang hebben gedaan en dat hij alle argumenten kent. De patiënt komt juist omdat deze benadering geen succes kon boeken, zelfs wellicht schuldgevoelens wekte, waardoor hij zijn situatie wel als conflictueuzer maar niet als beter oplosbaar ondergaat.

Speciaal bij problemen, jeugdige personen betreffende, is het relevant zich af te vragen wat voor iemand de patiënt is.

Uitgaande van de situatie dat de arts als huisarts in een gezin fungeert, zou het kunnen zijn dat hij bijvoorbeeld door een der ouders op het probleem van een druggebruikend kind wordt geattendeerd. In een dergelijk geval lijkt het mij het beste het zo te stellen dat er minstens drie objecten van onderzoek zijn, elk met een eigen problematiek, die apart aandacht verdienen.

In de eerste plaats de betreffende ouder, in de tweede plaats de druggebruikende jongere en in de derde plaats de verstoorde relatie tussen beiden, want de ouder die om hulp vraagt, voelt zich vastgelopen in een probleem met het kind, terwijl de relatie van het kind uit een weerspiegeling van dit probleem vormt.

De vraag wie de patiënt is, is voor de huisarts in deze gevallen dus minder gemakkelijk te beantwoorden dan in het geval van een somatische ziekte, maar het wijkt in principe niet af van de vraag wie de patiënt is, bij welke relatieproblematiek dan ook in het gezin. Het is dan ook niet zo, dat de benaderingsmethoden bij het probleem van het druggebruik principieel anders zijn dan de benadering van andere psychische problemen. Men kan hierbij dezelfde technieken en methoden hanteren als in de psychiatrie en psychologie zijn ontwikkeld. Toch stelt de aard van deze en dergelijke problemen de huisarts voor een ingewikkelde situatie, terwijl veel van zijn flexibiliteit, tolerantie en improviserend vermogen wordt gevraagd. Het hierna volgende voorbeeld kan dit wellicht verduidelijken.

Een moeder komt op het spreekuur, zij vertelt dat haar zoon de laatste tijd gedachten heeft dat hij homoseksueel zou zijn en zij vraagt de huisarts of hij eens met de zoon zou willen spreken om hem deze dwaze gedachte uit het hoofd te praten. De huisarts kan na nog wat informatie te hebben ingewonnen de moeder met een geruststelling naar huis sturen. De bezwering van onrust door geruststelling is pseudo-causaal gedacht, hetzelfde principe wordt gehanteerd wanneer men een te dikke patiënt adviseert minder te eten en een te magere patiënt om meer te eten. Het is duidelijk dat de diagnostiek, evenals de relatie-diagnostiek van deze patiënten is achterwege gebleven.

Het zou kunnen zijn dat de geruststelling van de huisarts voor het moment voldoende is en dat hij niets meer over een en ander hoort. De mogelijkheid bestaat dan dat de arts zich voldaan voelt en zijn therapeutisch inzicht prijst. Deze gedachte is bijzonder gevaarlijk; goede therapie heeft namelijk ook de functie de preventie te dienen en in

feite is het mogelijk dat de huisarts in het hierbovengenoemde geval zich ziet gesteld tegenover het begin van een relatie-conflict, dat in de verdere ontwikkeling steeds dieper zou kunnen invreten, tot verdergaande vervreemding voeren en wie weet, later de zoon zal doen vluchten in een subcultuur of aanleiding zal geven tot fixatie van een homoseksueel gedragspatroon. Het vervelende in zekere zin is, dat men onvoldoende feed-back krijgt over een foutieve behandeling; pas jaren later wanneer het voorval mogelijk reeds lang is vergeten, kan men met de gevolgen worden geconfronteerd.

Stel dat men aan het verzoek van de moeder voldoet en met de jongeman gaat praten, dan kan men dat doen in deze vorm dat men ook in het gesprek met de jongen aan het verzoek van de moeder voldoet en dat men hem probeert ervan te overtuigen dat zijn homoseksuele gedachten niet terecht zijn. Doet men dit, dan maakt men zich tot een verlengstuk van de moeder, de jongen voelt zich in de kou staan en hij ervaart de arts niet als een verstandige en begrijpende gesprekspartner. Laatstgenoemde zal dus nooit aan het verzoek van de moeder geheel en al kunnen voldoen wil hij een therapeutische rol spelen en hij zal dit ook tegenover de moeder moeten verduidelijken. Een gesprek met de zoon heeft pas zin wanneer men hem met zijn angsten en onzekerheden wil aanvaarden, hetgeen de arts tevens de gelegenheid geeft de relatie-moeilijkheden die beiden hebben, ter sprake te brengen.

Emotionele factoren. Tenslotte nog een en ander over een aantal individuele emotionele factoren, die het contact met patiënten kunnen bemoeilijken respectievelijk onmogelijk kunnen maken.

Iedere volwassene, ook de arts, staat in de maatschappij met zijn eigen problematiek, met zijn eigen sterke en zwakke punten. Verlangens die voor de één uiterst belangrijk zijn, behoeven voor een ander niet veel te betekenen. De problemen waarmee een puber of een adolescent worstelt, zijn voor de arts niet nieuw, ook niet in die zin dat hij immers zelf een puber en een adolescent is geweest en zijn eigen strijd om volwassenheid en om zelfbeschikking heeft moeten strijden; een strijd die zich weliswaar misschien in een andere vorm manifesteerde, maar waaraan in principe dezelfde themata ten grondslag lagen. Het zou kunnen zijn dat dit feit tot problemen kan voeren, die in principe van tweeërlei aard kunnen zijn.

Als eerste probeem kan worden genoemd dat in het contact met een jeugdig persoon de therapeut zich meer en meer gaat realiseren hoe moeilijk deze het heeft en hoe moeilijk hij het zelf indertijd heeft gehad. Hij kan dermate worden bewogen dat hij ten opzichte van de patiënt de nodige distantie gaat verliezen; hij kan zich te veel met hem gaan identificeren en in zijn behandeling te sterk de nadruk gaan leggen op bevrediging van die behoeften bij de patiënt, waarvan hij zelf indertijd de be-

vrediging zo smartelijk heeft gemist: hij gaat zich tegenover de patiënt gedragen op de wijze waarop hij indertijd wenste dat men zich ten opzichte van hem zou hebben gedragen. Heeft dit het voordeel dat de patiënt veel begrip ondervindt, het nadeel is dat de patiënt, komend vanuit een bepaalde spanning en een bepaalde behoefte om problemen anders op te lossen dan hij tot nu toe heeft geprobeerd, als het ware te weinig groeikracht in de relatie kan op doen en te weinig motivatie om zichzelf inderdaad te veranderen.

De arts kan ook de neiging krijgen zichzelf te presenteren als de man die van de dwaalwegen van destijds is teruggekeerd en nu beter weet, waardoor hij een moraliserende houding respectievelijk een verwijtende of bestraffende houding gaat aannemen. Hij maakt zichzelf dan tot de strenge vader van het kind en het is te verwachten dat de patiënt net als voor zijn echte vader ook voor hem op de vlucht zal gaan.

Beide benaderingen, zowel de moraliserende als ook, men zou het kunnen noemen de verwenende, kunnen ook onbewust verlopen; de therapeut realiseert zich niet dat hij is gevangen in een patroon dat niet op de realiteit, maar op eigen vroegere gevoelens is gebaseerd. Wanneer het contact met vertegenwoordigers uit deze leeftijdsgroep herhaaldelijk mislukt, is het aan te bevelen dat de arts zich erop beraadt of dergelijke mechanismen bij hemzelf een rol zouden kunnen spelen.

De huisarts is vaak bekend met het gezin waaruit de jeugdige patiënt komt en het zou kunnen zijn dat juist deze factor: bekendheid met de ouders en de relatie welke de arts met hen heeft — te meer wanneer het ook nog vrienden van hem zijn — hem parten speelt bij de behandeling van het „kind”.

Ook de puber heeft als patiënt recht op volledige voelens, zonder dat hij angstig behoeft te worden, bemoeilijkt wanneer de huisarts in het gesprek voortdurend de ouders de hand boven het hoofd houdt en de patiënt geen gelegenheid geeft zijn agressie of onvrede ten aanzien van de ouders te uiten of hem niet de vrijheid geeft ideeën te hebben die op zichzelf gezond zouden kunnen zijn, maar door de ouders worden afgewezen. Men kan het de patiënt vergemakkelijken aan dergelijke gevoelens, zonder dat hij angstig behoeft te worden, uiting te geven door bijvoorbeeld te zeggen: „Het gaat er hier niet om je ouders te beoordelen, het gaat er om welke gevoelens je tegenover hen hebt en de problemen die je daarmee hebt”.

Het is belangrijk dat de arts zich in elk geval realiseert wat de patiënt in wezen bij hem zoekt, dus wat diens wezenlijke motivatie is. Men kan dan met verschillende mogelijkheden te maken krijgen.

De patiënt kan min of meer zijn gedwongen om te komen, bijvoorbeeld door zijn ouders of de school. Hij beleeft het contact met de arts als een straf of als een bittere plicht waaraan hij niet

kan ontkomen. Ondanks alle pogingen van de arts en zijn bereidheid tot helpen, stuit elke bemoeiing af op de onwil van de patiënt, er komt geen „Arbeitsbindnis” tot stand, er is geen basis tot samenwerking te vinden. Dit kan, wanneer men zich dat niet realiseert, tot aanzienlijke ergernis en twijfel aan eigen competentie voeren. Wanneer de patiënt niet is te motiveren, blijft het contact zonder perspectief.

Het kan ook zijn dat de patiënt uitsluitend affectie, troost en bemoediging zoekt in het contact met de arts, zonder te zijn gemotiveerd zichzelf te veranderen. Hier bestaat wel een motivatie voor contact, maar de motivatie om dit contact in therapeutische zin te gebruiken, ontbreekt. In deze gevallen kan men trachten, de patiënt meer gemotiveerd te maken om zichzelf te veranderen. Dit kan in sommige gevallen lukken, in andere gevallen is de behoefte aan warmte en affectie zo groot, dat deze behoefte onstilbaar is, dat alle moeite van de arts als het ware in een bodemloze put terechtkomt. Ook dan komt er geen „Arbeitsbindnis” tot stand.

Datgene wat een puber of adolescent in het contact met de ander, ook met de arts dus zoekt, is zeer gecompliceerd. Hij toont vaak een mengsel van zelfverzekerdheid en onzekerheid omtrent eigen identiteit, een overmatige onafhankelijkheid naast een sterke afhankelijkheid. Kortom, hij komt gedeeltelijk als de volwassene voor wie hij wil doorgaan, gedeeltelijk als het kind dat hij niet meer wil zijn. Dit laatste impliceert dat hij zo al niet de gebiedende ouder, dan toch de liefdevol zorgende ouder mede zoekt in de relatie met de arts. Daarom kan een contact ook draagkrachtig worden en therapeutisch werken. Men verlieze echter nimmer uit het oog dat datgene wat de arts kan bieden in het contact met de patiënt, kwantitatief noch kwalitatief ook maar enigszins kan benaderen hetgeen de vader of de moeder aan een kind kunnen bieden.

Indien behoefte aan veiligheid en bescherming bestaat, kan de patiënt iets dergelijks voor zichzelf al bijzonder moeilijk toegeven, laat staan tegenover een arts. Gaat de arts zich nu tegenover de patiënt gedragen alsof hij die behoefte aan afhankelijkheid doorziet, daarbij de patiënt als het ware ontmaskerend als het kind dat deze ook nog is, dan betekent dat in de meeste gevallen het einde van het contact. Men moet proberen de patiënt te aanvaarden zoals hij is en in dit geval zou men kunnen zeggen als een vat vol tegenstrijdigheden. Als men op één factor teveel de nadruk legt, komt onherroepelijk het tegendeel daarvan naar voren.

Ik zou met het volgende willen besluiten. Nooit kan de arts het probleem van zijn patiënt oplossen, hij kan uitsluitend de patiënt behulpzaam zijn met het zoeken naar een oplossing. Wie de verplichting in zich voelt de patiënt een pasklare oplossing voor diens problemen voor te schotelen, zal in zijn werk eindeloos worden gefrustreerd.

De patiënt is altijd een medemens die zijn eigen weg moet zien te vinden. Dat behoeft in het geheel niet de weg te zijn welke de arts heeft gevonden, welke de arts aanlokkelijk zal vinden of die de arts het beste lijkt. Het zoeken naar oplossingen vóór de patiënt en niet met de patiënt, is in de grond van de zaak ook uiterst pretentius: alsof iemand voor een ander zou kunnen uitmaken hoe

hij het beste kan leven. Hetgeen naar mijn mening essentieel is voor al het medische handelen, is dat men tracht een medemens te helpen bij het zoeken naar zijn eigen bestemming. Het is een uitgangspunt dat voor alle levensproblemen geldt welke de patiënten met hun artsen bespreken. De rol van helper en begeleider te zijn is de rol van de arts; wil hij meer, dan zal hij zich minder verwerven.

Rationele en praktische farmacotherapie voor een groepspraktijk

DOOR F. J. LANCÉE, APOTHEKER EN DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM

De moderne geneeskunde is in vele opzichten geëvolueerd van een op ervaring en intuïtie berustende individuele bekwaamheid naar een toegepaste natuurwetenschap. Kenmerk van de exacte wetenschappen is het geven van objectieve beschrijvingen met behulp waarvan met een grote mate van zekerheid voorspellingen kunnen worden gedaan. Ook de huisartsgeneeskunde ontwikkelt zich in deze richting.

De therapie met moderne geneesmiddelen staat in nauw verband met de vlucht welke de natuurwetenschappen hebben genomen. Bij het voorschrijven van geneesmiddelen wordt echter niet altijd dezelfde discipline in acht genomen welke het natuurwetenschappelijk denken kenmerkt, met als gevolg dat een optimale therapie niet altijd wordt bereikt en wij voor de patiënt soms schade zien ontstaan.

Uit het onderzoek van *Hurwitz* (1969a) blijkt dat 2,1 procent van de patiënten in de kliniek wordt opgenomen ten gevolge van het — om therapeutische redenen — gebruiken van geneesmiddelen. *Meyler* vermeldt dat 1,8 procent van de sterfgevallen in een kliniek met 350 bedden op rekening moet worden gebracht van de toegepaste geneesmiddelen.

Bij een rationele farmacotherapie is men zich van de gewenste en ongewenste gevolgen van het gebruik van de voorgeschreven medicamenten voor de patiënt bewust. Alvorens over te gaan tot een therapie met actieve substanties heeft het zin na te gaan of de patiënt het zonder geneesmiddelen kan stellen. In vele gevallen kan een behandeling met placebo's (*Kalsbeek*) tot een bevredigend resultaat leiden. Is therapie met een werkzaam geneesmiddel gewenst, dan heeft het voordelen in beginsel zoveel mogelijk gebruik te maken van bekende enkelvoudige geneesmiddelen.

Het toepassen van een nieuw geneesmiddel is een minder vrijblijvende handeling dan wel eens bij het aanbieden van artsenmonsters „om ze te proberen” wordt gesuggereerd. Het toxicologische onderzoek op dieren kan bepaalde aanwijzingen geven. Het is echter allerminst toegestaan de resul-

taten daarvan zonder meer op de mens te betrekken. Het klinische vooronderzoek van een preparaat kan enige honderden patiënten omvatten. Dit sluit echter de mogelijkheid van zeldzaam voorkomende, maar niettemin ernstige bijwerkingen ten gevolge van allergie, idiosyncrasie en intolerantie niet uit. Chloramfenicol is een der vele voorbeelden van een geneesmiddel waarvan pas lang na de introductie de zelden voorkomende maar uitermate gevaarlijke bijwerkingen algemeen bekend werden.

Modell stelt dat in aansluiting aan de klinische research de eerste drie jaren dat een nieuw geneesmiddel in de praktijk wordt gebracht, moeten worden beschouwd als het sluitstuk van het onderzoek. Hij ziet de arts die een nieuwe substantie toepast als een wetenschappelijke onderzoeker, die de betreffende patiënt speciale aandacht moet schenken, terwijl hij eventuele bijwerkingen direct behoort door te geven aan de betreffende instanties. De huisartspraktijk — ook indien door de vorming van een groep een „collectief” geweten ontstaat — is naar onze mening niet de aangewezen plaats om snel naar een nieuw geneesmiddel te grijpen.

Tegen het willekeurige gebruik van verschillende werkzame substanties wordt van vele kanten gewaarschuwd. Zo wordt in het *Geneesmiddelenbulletin* (1968a) een artikel hierover van *McIver* gerefereerd. De mogelijkheden waarop geneesmiddelen op elkander kunnen inwerken, zijn van verschillende aard. Zo kunnen zij elkanders resorptie vanuit het maagdarmkanaal beïnvloeden, terwijl competitie in binding aan het bloedplasma en in de depots moeilijkheden kan geven evenals interactie aan het te beïnvloeden systeem. De eliminatie kan door de activiteit van lever en nier positief of negatief worden beïnvloed. Een combinatie van deze wijzen van interactie behoort ook tot de mogelijkheden. Wisselwerking tussen geneesmiddelen treedt vooral duidelijk naar voren wanneer farmaca met een smalle therapeutische breedte erbij zijn betrokken, zoals de verbindingen die