

Wat kunnen huisarts en psycholoog bij hun dagelijkse praktijkvoering van elkaar verwachten?*

DOOR DRS. B. M. VAN DER ZIJL, PSYCHOLOGE TE AMSTERDAM

Inleiding. Het plan tot een meer gerichte samenwerking tussen huisarts en psycholoog en tot een betere verkenning van beider functioneren in de praktijk van elke dag, ontstond tijdens en als gevolg van een jarenlange praktijkervaring als psychologe. Zowel in de particuliere praktijk als in instituutverband werden en worden door mij principieel van iedere door mij onderzochte cliënt(e) — met toestemming van de opdrachtgevers, meestentijds de ouders — enerzijds nadere (anamnestische) gegevens aan de betreffende huisarts gevraagd, terwijl anderzijds de door mij verkregen gegevens aan laatstgenoemde worden verstrekt.

Als motief voor het erbij betrekken van de huisarts ten aanzien van de door mij te verrichten en reeds verrichte psychologische onderzoeken geldt het volgende:

1 Het feit dat de psycholoog nauwelijks tot in het geheel niet is opgeleid tot het onderkennen van somatische gedragsaspecten, waardoor foutieve diagnostische conclusies zouden kunnen ontstaan uit het psychologische onderzoek. Immers, ten alle tijde dient men ervan uit te gaan dat een voortdurende interactie bestaat tussen de biologische, intrapsychische en socio-psychologische aspecten van het te onderzoeken gedrag van de cliënt.

Mijns inziens zal de huisarts in de meeste gevallen waardevolle aanvullende gegevens kunnen verstrekken op het biologische vlak, eventueel ook nog aan te vullen met die van de erbij betrokken specialisten. Bovendien is de huisarts in vele gevallen als diagnosticus(ca) over de mogelijk van belang zijnde milieu-invloeden anderszins geïnformeerd dan de psycholo(o)ge.

2 In het voorafgaande ging het om de informatie van de huisarts aan de psycholoog, thans betreft het de informatie in omgekeerde zin. Immers, de huisarts als voornamelijk (tot op heden) medisch geschoolde, heeft mijns inziens evenzeer gegevens van de psycholoog-diagnosticus(ca) of psycholoog-therapeut(e) over het door beiden geobserveerde of

te observeren gedrag van de gemeenschappelijke cliënt voor een meer juiste en verantwoorde diagnose, advisering en eventueel in te stellen behandeling(en).

Naar mijn mening is er in deze geen principieel verschil tussen de functie welke de specialist-medicus ten aanzien van een cliënt (gezin) heeft en die van de geconsulteerde psycholoog in zijn of haar specialisme. Beiden kunnen immers zowel door de huisarts als door de cliënt zelf of ook door derden worden geraadpleegd en beiden wordt de vraagstelling gedaan om, ieder op eigen terrein, meer inzicht te verstrekken in de eventuele samenhang tussen een bepaald waarneembaar (visueel, auditief) gedrag, symptoom en het bij het gevraagde onderzoek gediagnostiseerde.

Kunnen er bijvoorbeeld factoren worden gevonden die in causale zin (mede)verantwoordelijk zijn voor het dysfunctioneren of het niet-functioneren van bepaalde gedragsaspecten (bijv. motorisch; eten; zindelijkheid) in bepaalde leefsituaties? Dit zou een vraag kunnen zijn van de huisarts aan de daartoe gespecialiseerde psycholoog.

Het antwoord daarop, in positieve of negatieve (bevestigende of ontkennende) zin wordt door mij vastgelegd in een schriftelijk rapport, meestal identiek aan het verslag dat aan de ouders of betreffende instanties, specialisten en anderen wordt verzonden, dit voornamelijk uit efficiëntie-overwegingen van degene die rapporteert. Ten alle tijde is namelijk mondelinge toelichting mogelijk en ook vaak wenselijk.

In genoemd verslag wordt door mij een psychodynamisch beeld opgebouwd van de betrokken cliënt, zoals deze zich in de testsituatie heeft gedragen. In feite betreft dit: het eerste persoonlijke entree en het verder zich al of niet ontwikkelende contact met degene die test(en); de werkinstelling en -methodiek(en); het al dan niet intelligent zijn; op welk niveau; op verbaal, motorisch, praktisch, sociaal gebied e.a.; een korte analyse van de testresultaten, om aldus een inzicht te geven in bijvoorbeeld de interrelatie van de genoemde gebieden, zodat duidelijk wordt dat en waardoor het totale intelligentieniveau kan dalen of stijgen door de invloed (prestatie) van één daarvan. Bijvoor-

* Inleiding, gehouden tijdens de contact-dag Huisartsen-Psychologen, september 1971; zie ook (1972) huisarts en wetenschap 15, 119.

beeld doordat er sprake is van een niet eerder ontdekte, lichte, motorische storing; dan volgt een samenvatting van het zojuist gebrachte en tenslotte het advies, gericht op de vraagstelling.

In dat advies worden mogelijke verwijzingen naar de huisarts zelf of naar artsen-specialisten nogmaals in het kort nader gemotiveerd, zodat desnoods kan worden volstaan met genoemde gegevens ten aanzien van dát speciale onderzoek.

3 Naast het vragen en geven van informatie en in samenhang hiermede is mijns inziens tot op heden de huisarts in de meeste gevallen nog altijd een centrale vertrouwensfiguur van het gezin, ook al zullen enkele gezinsleden (bijvoorbeeld de opgroeiende pubers en adolescenten) zich ten aanzien van hun niet-specifieke-medische problematiek wat meer gaan distantiëren van de huisarts als vertrouwensfiguur.

Uit hoofde van deze functie ten aanzien van het gezin, maar ook van hen die niet in gezinsverband leven, maar bij wie de arts wel „in huis” komt, zowel letterlijk alsook vaak figuurlijk, ben ik van mening dat het beroeps-ethisch noodzakelijk is, dat ook het contact tussen huisarts en psycholoog in voorkomende gevallen van beide kanten wordt gelegd. Maar ook uit wetenschappelijk en uit daarmee samenhangende psycho- en socio-hygiënische oogpunten is samenwerking tussen beiden (tezamen met vertegenwoordigers uit andere disciplines) mijns inziens ten zeerste gewenst. Bovendien kan mede daardoor het zelfvertrouwen bij de arts en bij de psycholoog zelf en het vertrouwen van de cliënt in hen beiden gaan toenemen, zoals ikzelf menigmaal mocht ervaren.

4 Verder bestaat bij mij altijd de hoop, — afgaande op mijn eigen leerervaringen — dat de huisarts bij somatische klachten van zijn patiënten, door de samenwerking met psychologen, alsook door deelneming aan gesprekgroepen, Balint-groepen en uitwisseling met vakgenoten met min of meer eenzelfde, meer medisch-psychologisch gerichte instelling, steeds bedacht zal zijn op mogelijke psycho-sociale, psychosomatische, somatopsychische, of/en intrapsychische factoren, die (mede)verantwoordelijk kunnen zijn bij een bepaalde constitutionele dispositie voor de genoemde somatische klachten.

Met het leggen van het contact mijnerzijds wordt tevens beoogd dat naast de curatieve kant meer gelegenheid zal kunnen ontstaan voor preventie! Immers, wanneer de arts in een vroeger stadium van de ontwikkeling van het kind (en met hem de kinderarts) meer alert zou leren te zijn (opleiding) op die bio-sociopsychologische gedragskenmerken die een tekort, een achterstand of een verstoring aangeven, dan zou veel kinderleed, thuis en op school,

alsook in andere leeftijdssituaties kunnen worden voorkómen of verminderd.

Maatschappelijk gezien zou dit ook verstrekkende consequenties kunnen hebben. Immers, een in de jeugd biologisch-psychisch- en sociaal „doorvoed” mens, zal later ten opzichte van zichzelf en anderen beten in staat zijn tot het leggen van affectieve contacten. En zal met minder opgekropte gevoelens van onmacht, angst, haat en andere verstorende emoties en driftmatigheden zijn eigen kinderen en die van anderen, alsook zijn of haar partners kunnen „ontmoeten”. Dat dit bijna een „must” is in de huidige en waarschijnlijk ook toekomstige maatschappij is een ieder duidelijk!

Bovenstaande inleiding geeft een samenvatting weer van de op 25 september 1971 geponeerde stellingen die als volgt luiden:

I De psycholoog kan de huisarts inlichten over zijn eigen rol in de medische situatie.

II De psycholoog kan o.a. via de diagnostiek informatie geven.

III De psycholoog als niet-medisch geschoolde, vraagt aan de huisarts een medisch onderzoek van de cliënt of nadere medische informatie, ter voorkoming van een onjuiste diagnose en advisering.

IV Het doel van de samenwerking huisarts-psycholoog is, om zowel curatief als preventief efficiënter onze gemeenschappelijke cliënten te kunnen helpen.

Thans volgen enkele illustratieve voorbeelden uit mijn praktijk, afkomstig vanuit verschillende werkt terreinen.

a Als psychologe werkzaam in een team op een M.O.B. (medisch opvoedkundig bureau) vond het contact met de huisarts plaats via de psychiatrisch sociaal werker (p.s.w.) of/en de psychiater, elders via de psycholoog) die onder andere de diagnostische gegevens van ieder der teamleden over een bepaald aangemeld kind aan de huisarts doorgaven. Aldus krijgt de arts een meer gedifferentieerd beeld van de persoonlijkheidsstructuur van het kind, alsook van de totale gezinssituatie, terwijl in bepaalde gevallen ook zijn bijdrage kan worden gevraagd, bijvoorbeeld in de vorm van een somato-psychische begeleiding van het kind zelf of van de moeder, vader of andere sleutelfiguren.

Dit zou kunnen voorkomen, wanneer een therapeutische behandeling van het kind lijkt geïndiceerd en het kind of de moeder gedurende het behandelingsproces, als gevolg van de psychische stress of anderszins, somatiseren. Ook kan, bij minder diepliggende neurotische gedragingen of neurotiserende milieufactoren, de huisarts worden gevraagd zelf een bepaalde begeleiding ter hand te

willen nemen. Vooral de in Balint-groepen of in gespreksgroepen getrainde arts zal bijvoorbeeld bij rouwprocessen (verlies van een geliefde figuur, reëel onherstelbaar of door volledige scheiding, als plotseling gebeuren), dat wil zeggen bij de verwerking van dat verlies, de adequate begeleiding kunnen geven, eventueel in samenwerking met een daartoe getrainde psycholo(o)g(e).

b Als psychologe werkzaam op een instituut voor kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheden (l.o.m.). Door bepaalde gegevens, verkregen uit een uitgebreid testonderzoek, aan de huisarts te verstrekken, kon laatstgenoemde een meisje dat was getest, door zijn gezag als arts, tezamen met de specialist, geruststellen betreffende de aard van haar ziekte.

Het betrof een meisje, dat medisch gezien min of meer dezelfde verschijnselen vertoonde als haar broertje. Bij deze laatste was de prognose infaust; bij haar, voor zover de wetenschap op dat moment strekte, echter niet. Door een sterke identificatie (en rivaliteit) met haar broertje, deels op grond van schuldgevoelens als gevolg van jaloezie ten aanzien van de aan hem bestede zorg van de ouders en anderen, deels onder andere op grond van bewondering voor zijn moedig gedrag als jongen, werd dit meisje geremd in haar verdere ontplooiing en neigde zij zelfs ertoe haar toevlucht te nemen tot steeds meer passiviteit. Door ons met deze gegevens tot de huisarts en de specialist te wenden, was zij na „medische” geruststelling van laatstgenoemde zijde weer in staat en bereid om, zelfs met grote inzet, aan haar toekomstplannen mede te werken. (De identifikatie nam af, doordat de arts met zijn feitelijke gegevens de psycholoog de kans gaf die remmende gevoelens te relativieren, respectievelijk te doen afnemen of zelfs op te heffen. Hierbij werden ook de ouders in een deel van het gesprek met hun dochter betrokken.)

c Als psychotherapeute, particulier en verbonden aan het instituut voor medische psychotherapie (I.M.P.) kon een therapie al in het beginstadium, dank zij de medische begeleiding, op mijn verzoek, beter verlopen. Toen in een verder stadium de cliënt en de therapeut een duidelijker „inzicht” kregen in de betekenis-kwaliteit van het medicament en vooral betreffende de toediening zelf, kon de medicatie langzamerhand worden verminderd en zelfs afgeschaft.

Ook kan de huisarts in een therapeutisch proces tijdelijk bijvoorbeeld de vaderrol, respectievelijk de moederrol (vrouwelijke arts) en andere rollen vervullen op verzoek van de psychologe, hetgeen bij één van mijn cliënten met succes werd bekroond. Helaas ontmoette ik als therapeute ook een enkele maal een arts die uiterst wantrouwend

stond tegenover psychogene factoren. In een bepaald geval weigerde deze een panische angst bij een door psychische en psychosomatische uitputting doodzieke tot suïcide neigende man, van wie n.b. deze arts wist, dat hij aan een lichte vorm van epilepsie leed en in therapeutische behandeling was, te onderkennen. Gelukkig waren er compenserende omstandigheden die erger voorkwamen.

d Bij de opleidingscursussen voor wijkverpleegsters en montessorri-kleuterleidsters werd steeds de huisarts, als de verwijzende of eerst te raadplegen vertrouwensfiguur, dus als een soort sleutelfiguur ter sprake gebracht, wanneer het bijvoorbeeld een niet-specifiek schoolprobleem betrof.

Moge het bovenstaande enig inzicht hebben gegeven in zowel de motivering als het praktisch noodzakelijke en bereikbare ten aanzien van het samenwerken van huisarts en psycholoog in zijn of haar verschillende functies. Voor de naaste toekomst zou misschien het volgende ter voorbereiding kunnen worden besproken bij de werkbijeenkomsten:

I. Regionale werkgroepen; II. Naast Balint-groepen ook gespreksgroepen onder leiding van psychologen, agogen, eventueel huisartsen en anderen, die daarvoor zijn opgeleid; III. Aan de hand van de verschillende gevallen het inlassen van informatie uit de ontwikkelings- en sociale psychologie aan de huisartsen en medische informatie (expliciet) voorzover bruikbaar, aan de niet-medisch geschoolden (o.a. psychologen). Dit zou kunnen in die gespreks-groepen of/en in de wederzijdse vakbladen.

ad I. Hier wordt door een werkcommissie, bestaande uit enige psychologen en huisartsen, reeds hard aan gewerkt.

Binnenkort kunt u hieromtrent nadere informatie tegemoet zien in dit maandblad of langs andere weg.

De vele reacties uwerzijds op onze vraag mee te willen werken aan het contact met psychologen en de eveneens getoonde belangstelling in deze van de kant van de psychologen, geven ons de moed en het vertrouwen om als beginopzet verder te werken aan I.

Kritische kanttekeningen van huisartsen, bijvoorbeeld in ons vakblad de „Psycholoog”, worden gaarne tegemoet gezien. Men kan de kopij zenden aan de redactie van „De Psycholoog”, Nicolaas Maesstraat 122, Amsterdam.

Als laatste een vraag en tegelijkertijd een voorstel!): Zou het in de naaste toekomst mogelijk zijn om regelmatig in de praktijk bruikbare informatie door middel van onze wederzijdse vakbladen uit te wisselen? Wat is hierop uw antwoord?