

zou de door *Medalie* ingevoerde, door *Ten Cate* c.s. aangehaalde en onlangs door *Ian Tait* weer verder uitgewerkte indeling in niveaus van de huisartsgeneeskunde kunnen zijn:

- De huisarts als eerste-echelons-arts
- De huisarts als persoonlijk arts
- De huisarts als gezinsarts
- De huisarts als maatschappelijk arts.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap lijkt soms door de stormachtige ontwikkeling, onder meer van de universitaire huisartsgeneeskunde, in een impasse te zijn geraakt. Is er naast de instituten nog een wetenschappelijke taak voor het N.H.G.? Zal het zich bepalen tot het zijn van „mouvement”? In het verder uitwerken van een operationeel huisartsmodel ligt in elk geval een taak waarop het N.H.G. zich zal kunnen werpen met dezelfde energie als die uit de oprichtingsfase en met behulp van een nu veel beter uitgewerkt apparaat.

Bertels, K., en D. Nauta. Inleiding tot het Modelbegrip. W. de Haan, Bussum, 1969.

- Blom, J. van der en J. C. van Es (1972) huisarts en wetenschap 15, 325
- Cate, R. S. ten en medewerkers (1970) huisarts en wetenschap 13, 313.
- Bruins, C. (1971) Medisch Contact 36, 1175.
- Dijkhuis, H. J. P. M. en S. van der Kooij (1971) huisarts en wetenschap 13, 234.
- Gellner, E. A. in A dictionary of the social sciences. Unesco, J. Gould en W. C. Kolb editors, 1964.
- Giel, R. en W. C. le Nobel (1971) Ned. T. Geneesk. 115, 949.
- Giel, R. (1972) huisarts en wetenschap 15, 203.
- Giel, R. (1972) T. Soc. Geneesk. 50, 365.
- Hout, W. P. van den (1971) huisarts en wetenschap 14, 129.
- Kuiper, J. P. (1972) T. Soc. Geneesk. 50, 44; 79; 148; 188; 224; 287.
- Loon, P. C. J. van (1972) Stencil voor de conferentie over samenwerking van het N.H.I., maart 1972.
- Mechanic, D. Medical Sociology. The Free Press, New York, 1968.
- Medalie, J. H. (1965) huisarts en wetenschap 8, 333.
- Peursen, C. A. van (1965) Wijsgerig Perspectief 4, 205.
- Rogier, J. (1971) Vrij Nederland 17 april 1971.
- Schlempers, M. S. H. (1965) Wijsgerig Perspectief 4, 190.
- Tait, I. (1971) J. Royal Coll. Gen. Pract. 21, 221.
- Trimbos, C. J. B. J. (1971) Mbl. Geest. Volksgezondheid, 26, 311.
- Trommel, J. M. van (1972) huisarts en wetenschap 15, 38
- Weed, L. C. The Press of Case. Western Reserve University, Cleveland, 1969.

## Integrale geneeskunde: een onmogelijke opgave?

DOOR DR. M. J. VAN TROMMEL, LECTOR HUISARTSGENEESKUNDE TE ROTTERDAM

*Inleiding.* Het beoefenen van „integrale geneeskunde” en het zich bedienen van een „integraal medische” denkwijze wordt op het ogenblik geacht bij uitstek tot het terrein van de huisarts te behoren. In Nederland heeft vooral *Querido* de aanzet gegeven tot de ontwikkeling van deze benaderingswijze. Genoemde auteur onderscheidde in het totaal van de betrekkingen van de mens ten opzichte van zijn omgeving drie krachtvelden: het somatische, het psychische en het sociale veld. Om optimaal te kunnen functioneren dient evenwicht te bestaan tussen deze drie velden. Verbreking van het evenwicht kan ontstaan doordat een of meer betrekkingenvelden afzonderlijk of door onderlinge verschuiving, een te groot gewicht krijgen en daardoor in hun functioneren worden belemmerd. Bij het diagnostiseren van ziekten dient men volgens *Querido* zich af te vragen in welk betrekkingenveld of in welke velden de evenwichtsverstoring is opgetreden, opdat men op meer verantwoorde wijze dan voorheen een passende behandeling kan instellen.

„Vooraf bij de gevallen die reeds lang onder medische aandacht waren, kan worden aangetoond, dat

*Samenvatting.* Het in de praktijk brengen van een integrale geneeskundige denkwijze impliceert een integrale benadering bij het stellen van een diagnose. Getracht wordt een methode aan te geven, waarbij het mogelijk is de verschillende factoren, die in de huisartspraktijk een probleem vormen, te benoemen. Het is te verwachten dat de hierop aansluitende behandeling meer op het probleem zal zijn gericht.

een groot deel van de bemoeienissen als verspild moet worden beschouwd, hetzij omdat zij het eigenlijke vraagstuk niet raakten, hetzij omdat een deel van het vraagstuk als het gehele vraagstuk werd opgelost. Men kan deze situatie vergelijken met het geval van iemand, die een vat moet vullen, doch weet dat er een scheur in de zijwand is. Hij zal eerst trachten deze opening te dichten, doch ook als hij hierin slaagt, zal hij moeten constateren dat het

vat weer leegloopt, omdat hij niet tevens onderzocht of er ook nog een lek in de bodem is.

Wanneer wij aannemen, dat het constateren van de scheur in de zijwand en van het gat in de bodem een geheel verschillende techniek vereisen, evenals het dichten van de twee openingen, hebben wij hier een vrij vergaande analogie. De „scheur in de wand” is het somatische probleem; het „gat in de bodem” de problematiek op het psychologische en (of) op het sociale vlak” (*Querido*).

Hoewel de wenselijkheid van het toepassen van deze denkwijze door velen wordt onderschreven, moet worden erkend dat een en ander in de dagelijkse praktijk op moeilijkheden stuit. Als verklaring hiervoor kan mijns inziens het feit gelden, dat artsen tot nu toe onvoldoende in staat zijn gesteld de beschreven denkwijze te beoefenen. Wel heeft een aantal onderzoekers uit de veelheid van extra-somatisch ziektebevorderende factoren die psychische factoren belicht die hun invloed kunnen doen gelden op het somatisch dysfunctioneren van de mens. In Nederland hebben met name *Bastiaans*, *Weijel* en *Groen* op dit gebied bijgedragen tot het verbreden van de kennis omtrent de psychosomatische geneeskunde.

Steeds duidelijker blijkt echter dat met het toepassen van onze huidige kennis en ons inzicht in de geneeskunde de medicus in een gestadig groeiend aantal gevallen niet meer in staat is om zijn patiënt met raad en daad bij te staan. Vroeger kon hij zich hoofdzakelijk tot het somatisch dysfunctioneren beperken, thans wordt hij veelvuldig geconfronteerd met problematiek waarbij dooreen verweven somatische, psychische en sociale factoren worden aangeboden. Bovendien zijn de inwerkende psycho-sociale factoren zowel in complexiteit als in kwantiteit toegenomen. Aan de behandeling van een somatisch lijden dient een nauwkeurige diagnostiek vooraf te gaan; bij meer complexe problematiek zal de arts eveneens moeten trachten te onderkennen wat de betekenis is van de verschillende gezondheidsverstorende factoren. Sommige van de gevonden factoren zullen als weinig ter zake doende kunnen worden bestempeld, terwijl andere voor behandeling in aanmerking dienen te komen. In hetgeen volgt zal ik mij bepalen tot het determineren van ziektegevallen gezien vanuit een integrale benaderingswijze.

Wanneer de arts een ziektegeval krijgt voorgelegd, zal hij door het opnemen van de anamnese en het verrichten van verschillende onderzoekingen de beschikking krijgen over een aantal gegevens, die zullen leiden tot het uitstippelen van zijn beleid. Het zal vaak gewenst zijn om uit de veelheid van de verkregen gegevens een keuze te maken. Dat wil zeggen dat hij een aantal gegevens als relevant zal bestempelen, terwijl hij andere voorlopig of voor

goed als niet ter zake doende terzijde moet schuiven. Een dergelijke reductie is noodzakelijk om een hanteerbaar aantal gegevens over te houden. Met andere woorden, om de gecompliceerde werkelijkheid te kunnen begrijpen en te beïnvloeden, gebruikt de arts een bepaald denkkader of denkmodel, waarbij hij de reductie van die werkelijkheid op de koop toe moet nemen.

*Medisch-biologisch denkmodel.* Bij het geneeskundig denken en handelen wordt hiervoor het medisch-biologische denkmodel gehanteerd. Dit model werd door *Trimbos* op treffende wijze als volgt omschreven: „Het medische model betekent het vaststellen van een „ziekte”, met oorzaak, verschijnselen, verloop, diagnose en prognose: voerend tot therapeutische of preventieve actie. De ziekte is iets, zit ergens *in* het individu, moet *in* diens structuren gelokaliseerd en *in* het individu aangepakt worden.”

Aan dit denkmodel kleven enkele bezwaren, die het patiënt en arts bemoeilijken om in een aanzienlijk aantal ziektegevallen datgene te bereiken waarvan beide partijen vinden dat van genezing kan worden gesproken. Deze bezwaren werden door onder anderen *Balint*, *Bloemsma*, *Foudraïne* en *Trimbos* duidelijk naar voren gebracht. *Bloemsma* wijst bijvoorbeeld op de gevolgen die het hanteren van het medische denkmodel voor de patiënt met zich brengt. Wil de patiënt gehoor bij zijn arts vinden, dan moet hij bijvoorbeeld zijn problematiek waarvoor hij voor zichzelf of voor anderen problematisch is geworden, aanbieden binnen het kader van het medische model. „Men treedt het medische model binnen en „vertaalt” zijn problematiek, waarvoor binnen de sociale systemen, waarin men functioneert geen oplossing kan worden gevonden, in symptomen, in binnen het medische model verstaanbare taal” (*Bloemsma*).

De arts zal trachten de patiënt weer zo goed mogelijk te laten functioneren in diens eigen milieu, dat wil zeggen hij zal trachten de patiënt zich te laten inpassen of aanpassen. Het therapeutisch handelen van de arts is, volgens *Bloemsma*, gericht op de patiënt als variabele. De patiënt is degene die voor zichzelf of voor anderen problematisch werd en bij wie nu een verandering moet worden bewerkstelligd zodanig, dat hij weer past in de maatschappelijke orde. De samenleving is de constante, de onaanastbare.

*Sociaal denkmodel.* Naast het hanteren van het beschreven denkmodel, kunnen ook andere referentiekaders worden gehanteerd. Zo kan men bijvoorbeeld in het kader van een sociaal denkmodel trachten te onderkennen welke milieufactoren hebben bijgedragen tot het dysfunctioneren van het individu.

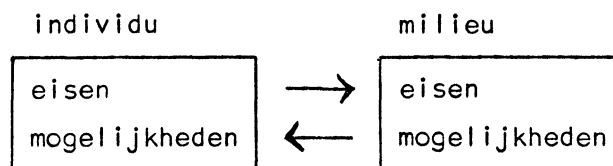
Voorts kan men zich afvragen of behandeling van een stoornis die verband houdt met maatschappelijke impulsen moet bestaan uit het zich laten aanpassen van de patiënt aan zijn omgeving. Het is eveneens denkbaar dat men tracht de patiënt te steunen in zijn verzet tegen de hem bedreigende impulsen vanuit zijn omgeving. Dit kan op tweeërlei wijze geschieden: gericht op het individu door bijvoorbeeld gesprekvoering en psychotherapie of door terugkoppeling van de gevonden verstoringen naar de samenleving, ten einde te trachten het milieu zich te laten aanpassen aan de „patiënt”. In het laatstgenoemde geval is het milieu de variabele.

Men kan zich voorstellen dat dit voor velen een onmogelijke opgave lijkt. Anderzijds echter blijkt dat de tot nu toe nagestreefde aanpassing van de patiënt aan zijn omgeving eveneens in vele gevallen niet kan worden gerealiseerd. Het gevaar is niet denkbeeldig dat het krampachtig laten aanpassen van de patiënt aan de omgeving ertoe leidt dat de omringende samenleving eisen stelt die voor het merendeel van de mensen niet meer aanvaardbaar blijken te zijn. Ongemerkt moeten dan steeds meer mensen zich — wellicht op onnatuurlijke wijze — gaan aanpassen. Een minderheid van deze groep, die om andere redenen hiertegen niet is opgewassen, wordt als patiënt bestempeld, terwijl in werkelijkheid de verstoringe maatschappelijke factor geleidelijk door een steeds groter aantal individuen als onaanvaardbaar wordt aangevoeld. Het is derhalve van groot belang inzicht te verkrijgen in de krachtvelden die zich bevinden tussen de mens en zijn omgeving, zodat niet alleen het individu, doch ook het milieu beter dan voorheen kan worden „behandeld”.

Zo heeft bijvoorbeeld een veranderde opvatting van onze samenleving ten aanzien van seksualiteit ertoe geleid dat velen, die zichzelf eerst hadden beschouwd als op dit gebied inadequaats of zelfs ziekelijk, zich nu zonder schuldgevoelens en dus met veel minder psychische spanningen en conflicten hebben kunnen opstellen ten opzichte van hun omgeving. Deze veranderde opvatting is voornamelijk te danken aan herhaalde terugkoppeling van belevingen van individuen naar het milieu.

Vanuit dit kader bezien kunnen de pogingen van *Aakster* om te komen tot een betere sociale diagnostiek verhelderend werken. Hij geeft een overzicht van de verschillende eisen welke de omgeving aan het individu kan stellen en van de mogelijkheden welke het individu heeft om hieraan te beantwoorden. Hieruit blijkt zeer duidelijk dat op verschillende wijzen het evenwicht tussen individu en omgeving kan worden verstoord, namelijk zowel door te sterke druk van het ene systeem op het andere (in-

dividu versus milieu) als door het ontbreken van voldoende prikkels in een van beide systemen. Daarnaast kan op analoge wijze verstoring optreden wanneer te sterke of juist te geringe mogelijkheden van het ene systeem ten opzichte van het andere aanwezig zijn. Dit kan — enigszins gemodificeerd naar *Aakster* — in de volgende figuur schematisch worden voorgesteld.



Figuur 1. Voor verklaring zie tekst.

*Psychisch denkmodel.* In het kader van de psychosomatische geneeskunde is reeds veel onderzoek verricht naar de invloed die psychologische factoren uitoefenen op ontwikkeling, aard en verloop van zich op lichamelijk gebied uitende ziekten. In het algemeen kan men stellen dat de persoonlijkheid van het individu in sterke mate bepalend is voor de wijze waarop een groot aantal ziekten zich uit. De persoonlijkheid is mede gevormd door het verwerken van vele prikkels, maar is tevens beïnvloed door het ontbreken van bepaalde prikkels. Genoemde prikkels zijn enerzijds op het niveau van primaire reflexmechanismen vastgelegd, anderzijds op een hoger, meer beheerst niveau van geconditioneerde reflexmechanismen. De persoonlijkheid van een volwassen mens omvat dan ook karakteristieke mechanismen van reageren op de hem toegediende prikkels, karakteristieke kwetsbaarheden, karakteristieke momenten van psychische regressie, karakteristieke wijzen van reageren bij het optreden van ziekten en derhalve ook karakteristieke factoren die het beloop van ziekten bepalen.

Bezieet men nu de gegevens van de patiënt, verkregen na het opnemen van de anamnese en door het verrichten van het onderzoek, niet uitsluitend vanuit een medisch-biologisch model, doch ook vanuit een psychisch denkmodel, dan kan men zich voorstellen dat al hetgeen door de arts wordt waargenomen omtrent een bepaalde zieke of ziekte tevens verband houdt met de opgedane levenservaringen van de arts zelf. Dat wil zeggen dat niet alleen de patiënt reageert op een voor hem typische wijze op het optreden van ziekte; ook de arts kan slechts op bepaalde wijzen de ziekteverschijnselen van de patiënt interpreteren. Voorts geeft hantering van dit psychische denkmodel de arts de mogelijkheid tot inzicht in de eigen wijze van reageren op bepaalde ziektebeelden of patiënten.

Met gebruikmaking van dit denkmodel is het mogelijk een andere dimensie toe te voegen aan de behandeling van een aantal ziekten. Zo is het bekend dat ziektebeelden zoals vetzucht en verslaving moeilijk zijn te behandelen, met name wanneer deze patiënten slechts vanuit een van de beschreven denkmodellen worden benaderd. De patiënt lijdende aan een van de genoemde ziekten, geeft gehoor aan de bij hem ontstane onlustgevoelens, welke hij op deze wijze direct kan beantwoorden. Het geeft hem een gevoel van onafhankelijkheid ten opzichte van zijn omgeving. Door het toepassen van zijn reactiepatroon op de onlustgevoelens behoeft hij zich niet aan te passen aan de door de omgeving gestelde normen.

Hiernaast is het echter zeer wel mogelijk, dat de genoemde ziektebeelden worden veroorzaakt door een biologische dysfunctie van het organisme, waardoor een bepaald psychisch reactiepatroon is ontstaan. De behandeling van een patiënt met vetzucht kan dan ook niet alleen geschieden door zich te richten op een organische component zoals het voorschrijven van een vermageringsdieet, doch zal zich bijvoorbeeld ook moeten richten op het onderzoeken van de aard van de onlustgevoelens. Hierbij kan men dan trachten een ander reactiepatroon op te bouwen wanneer de patiënt de onlustgevoelens krijgt aangeboden. Tevens zal men dienen te onderzoeken waardoor de onlustgevoelens ontstaan, alsmede of de mogelijkheid bestaat dat het optreden van de onlustgevoelens kan worden voorkomen, bijvoorbeeld door het maatschappelijk functioneren van het individu te beïnvloeden.

*Integraal denkmodel.* Het is duidelijk dat een integrale wijze van behandelen voor alles een integrale methode van diagnostiek vereist. Dat wil zeggen men heeft kennis nodig om de waarde te kunnen schatten van de veelheid van ziekmakende factoren die bij een bepaalde ziekte worden gevonden. Over de betekenis welke men moet hechten aan milieufactoren als ziekteverwekkende agentia, is nog weinig wetenschappelijk onderzoek verricht. Niettemin dienen wij reeds nu te trachten vooral ziekten die door eenvoudige behandeling niet tot genezing kunnen worden gebracht, met hantering van een integrale denkwijze te benaderen. Hierbij is het gewenst om door rubricering van de gevonden ziekmakende factoren te komen tot een verantwoorde reductie van de werkelijkheid, waarbij men uiteraard ervoor moet waken dat deze werkelijkheid — dat wil zeggen de patiënt — geweld wordt aangedaan door een al te eenvoudige voorstelling van zaken.

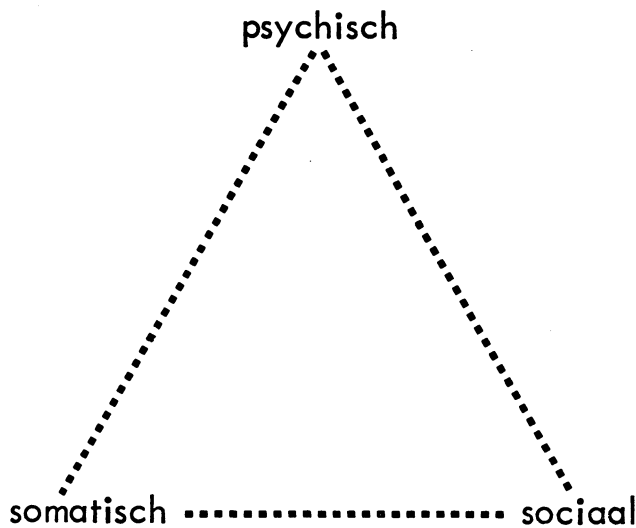
Het is naar mijn mening noodzakelijk om het door *Querido* omschreven schema (*figuur 2*), waarbij ziekten worden geacht te kunnen ontstaan vanuit

drie krachtvelden — somatisch, psychisch en sociaal — enigszins uit te breiden.

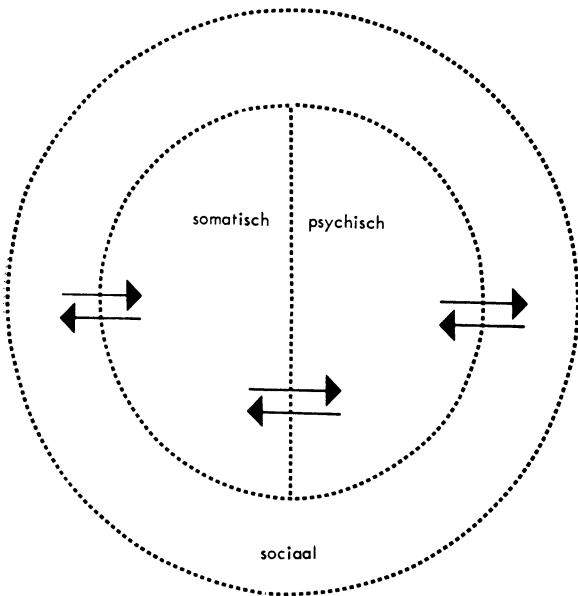
Wil men zich meer inzicht verwerven in het tot stand komen van een bepaald ziektebeeld, dan is het noodzakelijk niet alleen de belangrijkste ziekmakende factoren op te sporen, doch ook te onderkennen op welke wijze zij in het ziektegeval tot uiting komen. Bij het determineren van de ziekmakende of ziektebevorderende factoren, kan men dan onderscheid maken in zuiver oorzakelijke en onafhankelijk aanwezige factoren. De laatstgenoemde categorie kan weliswaar van invloed zijn op de ernst of de omvang van de ziekte, zij behoeft echter niet verantwoordelijk te worden gesteld voor het ontstaan ervan.

De zuiver oorzakelijke factoren zou ik als het inductiemechanisme van het ziektebeeld willen bestempelen, de onafhankelijk aanwezige factoren als een parallelmechanisme. Dit onderscheid is van groot belang, aangezien hieraan therapeutische consequenties moeten worden verbonden. Immers de beste behandelingsresultaten kan men bereiken wanneer men het voornaamste inductiemechanisme weet uit te schakelen, terwijl het lang niet altijd noodzakelijk is de parallel aanwezige ziekmakende factoren te bestrijden.

Hiernaast is het, zoals reeds werd gesteld, gewenst te onderzoeken op welke wijze de ziekmakende factoren tot uiting komen. Men kan zich voorstellen dat een ziekmakende somatische factor zich uit als een somatische ziekte, bijvoorbeeld een kind dat brandwonden oploopt doordat het kokend water over zich heen krijgt gegoten, hetgeen resulteert in littekenvorming in het gelaat, een somatisch inductiemechanisme. Wanneer zich nu een neurotisch gedrag van dit kind ontwikkelt dat kan wor-



*Figuur 2.* Voor verklaring zie tekst.



*Figuur 3. Voor verklaring zie tekst.*

den toegeschreven aan deze littekenvorming, dan kan men tevens van een psychisch inductiemechanisme spreken. Voorts is het geenszins uitgesloten dat dit kind, wanneer het is opgegroeid, grote moeilijkheden zal ondervinden bij het verkrijgen van een passende werkkring. Dit probleem zou men parallel naast het genoemde psychisch inductiemechanisme, een sociaal inductiemechanisme kunnen noemen.

In *figuur 3* is een aantal factoren en uitingsvormen geschetst, die een rol spelen bij het ontstaan van ziekte.

Men kan aan de hand van dit schema trachten de mogelijk ziekmakende factoren te benoemen. Voorts kan men de onderlinge relatie van deze factoren aangeven, bijvoorbeeld of zij parallel naast elkaar bestaan of dat zij als inductiemechanismen moeten worden aangemerkt, terwijl tevens een bepaalde factor, afkomstig uit het ene betrekkingveld en tot uiting komend in een ander betrekkingveld (psychosomaatich, sociopsychisch enzovoort) kan worden benoemd. Tenslotte kan hierdoor gemakkelijker een indruk worden verkregen over de relevantie van de gevonden componenten, bijvoorbeeld of het gewettigd lijkt in het betrokken ziektegeval een of meer factoren als minder relevant te bestempelen. Met twee voorbeelden zal worden getracht een en ander te verduidelijken.

Een 82-jarige man had klachten van urineretentie ten gevolge van prostaathypertrofie, waarvoor een catheter à demeure werd aangebracht in afwachting van operatieve behandeling. Tweemaal per week kwam de wijkverpleegster thuis een blaasspoeling verrichten. Eenmaal per twee weken kreeg hij poliklinisch van de uroloog een nieuwe catheter.

Voorts vertoonde deze patiënt verschijnselen van matige arteriosclerotische dementie: hij was vergeetachtig, doch hij kon zich thuis met behulp van zijn echtgenote redelijk goed handhaven.

Op de avond van de eerste dag dat hij in het ziekenhuis werd opgenomen voor operatieve behandeling werd hij onrustig; 's nachts werd hij zelfs delirant. De volgende dag was geen geestelijk contact met hem te verkrijgen. Hij herkende ook zijn eigen vrouw niet meer. Hij weigerde alle voedsel en was erg recalcitrant. Laboratoriumonderzoek bracht geen afwijkingen aan het licht, met name waren het ureumgehalte en het glucosegehalte van het serum normaal. Toediening van medicamenten om de onrust te dempen hadden onvoldoende resultaat.

Na overleg tussen uroloog en huisarts werd besloten patiënt zonder operatie uit het ziekenhuis te ontslaan. Reeds na twee dagen verblijf in zijn vertrouwde omgeving thuis, was het mogelijk patiënt te mobiliseren, zijn onrust was volledig verdwenen. Het normale leefpatroon kon ongestoord worden voortgezet.

Wanneer wij nu volgens de geschetste indeling de ziekmakende factoren trachten te determineren, dan kunnen wij bij deze patiënt als parallelcomponenten de somatische factoren arteriosclerose cerebri en prostaathypertrofie onderkennen en een sociogene factor, zich uitend in psychomotorische onrust (sociopsychisch inductiemechanisme). Deze onrust en desoriëntatie beruften op het feit dat patiënt uit zijn omgeving, waar hij zich nog juist kon handhaven, werd weggehaald. Het viel dan ook niet te verwonderen dat behandeling van de psychische component door sedering niet de juiste wijze van behandeling kon zijn. Deze handelwijze zou echter wel zijn te verdedigen, wanneer operatieve behandeling zonder uitstel noodzakelijk zou zijn geweest. In dit geval was het adequaat aandacht schenken aan de milieufactoor als ziektebevorderend agens voldoende om de psychomotorische onrust te bestrijden, terwijl de parallel aanwezige somatische factoren niet voor verdere behandeling in aanmerking konden komen.

Als tweede voorbeeld volgt de ziektegeschiedenis van een 24-jarige vrouw.

Zij is gehuwd en woont met echtgenoot en twee kinderen van respectievelijk vier jaar en drie maanden bij haar schoonouders. Het gezin bewoont de zolderetage, vierhoog achter. De zolder bestaat uit een kleine woonkamer, een keukentje en een slaapkamertje. Hierin staan links en rechts van het tweepersoonsbed — met nog geen halve meter tussenruimte — de beide ledikantjes van de kinderen. De woning is duidelijk te klein. Patiënte had echter nog niet eerder bij haar huisarts over de woonsituatie geklaagd. Wel had de huisarts zich erover verbaasd, dat de woonomstandigheden tot nu toe geen aanleiding hadden gegeven tot het optreden van klachten of ziektesymptomen. Het gezin had zich reeds geruime tijd geleden laten inschrijven voor een grotere woning.

Patiënte bezocht het spreekuur met klachten van een pijnlijke nek. Deze klachten bestonden sinds enige dagen. Bij gericht lichamelijk onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Zij kreeg analgetica voorgeschreven met het ver-

zoek terug te komen wanneer de klachten na een week nog niet waren verdwenen. Enige dagen later ging zij klagen over duizeligheid, hoofdpijn boven het rechter oog en pijn rond het rechter oor. Voldoende redenen voor patiënte om haar huisarts wederom te bezoeken.

De huisarts had sterk het vermoeden dat haar erbarmelijke woonomstandigheden verantwoordelijk moesten worden gesteld voor haar klachten, temeer daar zij een verscheidenheid aan klachten ten toon spreidde. Hierdoor bekwam hem het gevoel, dat hij weinig succes behoeft te verwachten van verdere medicamenteuze behandeling. Hij verzocht de co-assistent die gedurende deze periode een stage in zijn praktijk doorbracht, een integraal-geneeskundige status van deze patiënte op te stellen, waarbij derhalve ook de woon- en leefomstandigheden van patiënte in ogenschouw dienden te worden genomen.

Ten einde de patiënte niet te ontmoedigen, diende hij haar met tussenpozen van een week driemaal 50 mg vitamine B1 intramusculair toe. De pijn in de nek was vrij spoedig verdwenen, doch geleidelijk aan ging zij klagen over het linkeroog. Met dit oog zag zij alles „steeds waziger en kleiner”. Ongeveer synchroon met deze somatische ongemakken voelde patiënte zich in toenemende mate lusteloos, afwezig, verdoofd en onverschillig worden. Met steeds kortere tussenpozen werden huisarts en co-assistent door dit gezin benaderd.

Reeds een dag na een langdurig gesprek tussen onze patiënte en de co-assistent, belde patiënte wanhopig op om te vertellen dat zij de toestand waarin zij verkeerde, niet meer aankon. Zij kon het niet meer opbrengen haar kinderen te verzorgen. Twee dagen later belde zij op om te vertellen dat het wazig zien met haar linkeroog in ernst toenam en ook dat zij veel last had van huilbuien. Wederom werden bij lichamelijk onderzoek — dat nog diezelfde dag plaatsvond — geen afwijkingen gevonden.

In aansluiting hierop werd nog nader ingegaan op haar psycho-sociale achtergrond. Hieruit bleek, dat zij zich de laatste weken steeds eenzamer voelde, vooral wanneer zij 's morgens alleen met haar kinderen thuis was. Zij voelde zich dan angstig en beklemd („de muren komen op me af”). Zij ontvluchtte regelmatig haar huis. Wanneer zij dan even buiten had rondgewandeld, luchtte dat haar enigszins op.

Uit het gesprek bleek voorts, dat zij geen enkele steun ondervond van haar echtgenoot. Zij had sinds de laatste partus — drie maanden tevoren — elke vorm van seksuele toenadering van haar echtgenoot afgewezen. Patiënte had vier jaar geleden een gedwongen huwelijk gesloten. Er was in de afgelopen periode veel onenigheid geweest tussen de beide partners. Hoewel beiden nauwelijks anticonceptie hadden toegepast — af en toe coïtus interruptus — nam zij het haar echtgenoot ten zeerste kwalijk dat zij opnieuw zwanger was geworden.

Patiënte beleefde haar baby als een niet te dragen last. Zij had zelfs een hekel aan haar dochtertje. Zo vond zij het vervelend haar te moeten voeden en voelde zij het als een grote last dat zij ten gevolge van deze gezinsuitbreiding zo aan huis was gebonden. Zij ondervond overigens veel steun en gehoor bij haar schoonmoeder en schoonzusters, die een verdieping lager wonen. Met hen had zij zeer veelvuldig contact.

Na dit laatste gesprek was zij duidelijk opgelucht. Het leek gewettigd voorlopig niet dieper op haar problemen in te gaan, doch eerst af te wachten wat het effect kon zijn van dit gesprek, waarin zij de gelegenheid had gekregen haar onlustgevoelens te uiten. Wel werd ingegaan op de mogelijkheden van anticonceptie. Op haar verzoek kreeg zij een oraal anticonceptivum voorgeschreven.

Twee dagen later belde de echtgenoot 's morgens wanhopig op om te vertellen dat de toestand thuis onhoudbaar was geworden. Patiënte was tijdens het prepareren van de flesvoeding flauwgevallen. Na enige minuten was zij weer tot bewustzijn gekomen en was zij in huilen uitgebarsten. De echtgenoot werd voor een gesprek uitgenodigd in de namiddag.

Uit dit gesprek bleek, dat hij geen raad wist met de reacties van zijn vrouw. Hij nam thuis een houding aan van „ik weet ook niet wat je moet doen. Je zoekt het maar uit en ga maar eens naar de dokter”. Hij maakte de indruk een wat onvolwassen, onrustige en wat agressieve man te zijn. Na dit gesprek kreeg hij voor zijn echtgenote een recept voor een antidepressivum mee: drie maal daags 25 mg doxepin (Sinequan). Deze medicatie heeft zij zelf na een week gestaakt.

Reeds vijf dagen later, toen patiënte ter controle op het spreekuur verscheen, bleek zij vrijwel geen klachten meer te hebben. Zij voelde zich opgewekter, kon haar werk weer aan en zag alles niet meer zo somber in. Ook had voor het eerst sinds de partus weer een coïtus plaatsgevonden.

Het verloop van deze ziektegeschiedenis is voor de huisarts een vertrouwde ervaring. Desalniettemin is het dienstig om de hiervoor beschreven rubricering aan dit ziektebeeld te toetsen. Achtereenvolgens werd een groot aantal symptomen, voornamelijk in de somatische sector gepresenteerd, terwijl anderzijds de frequentie van de verschillende klachten als bij een stroomversnelling toenam. Hierdoor ontstond een onrust in het gezin, die zowel voor de man als voor de vrouw als ondraaglijk werd ervaren.

Het was niet ondenkbaar geweest dat de huisarts hierdoor eveneens geprikkeld was geworden en zich van dit probleem had gedistantieerd met de gedachte dat ook dit gezin, zoals vele andere, gebukt ging onder de door hem onoplosbare woningnood.

Dat wil zeggen: in termen van oorzaak en gevolg zou dit ziektebeeld kunnen worden gekenmerkt als sociosomatisch, voor zover het de somatische presentatie en sociopsychisch, voor zover het de psychische uitingen betrof. De huisarts was van mening dat als sociogene component de woningsituatie verantwoordelijk moest worden gesteld voor het ontstaan van het ziektebeeld. De gesprekken die door de co-assistent met patiënte werden gevoerd, brachten echter aan het licht dat de psychische beleving van de huwelijkssituatie alsmede de tweede zwanerschap een veel ernstiger aanslag op haar evenwicht hadden gepleegd dan de woonsituatie. Patiënte wilde weliswaar naar een grotere woning verhuizen, doch onder de gegeven omstandigheden ondervond zij van haar familie veel steun, die zij niet graag zou willen missen.

Ook na de aanvullende gegevens kon de huisarts in dit depressief gekleurde ziektebeeld parallel de sociosomatische en sociopsychische factoren blijven onderkennen, met dit verschil echter, dat nu de huwelijkssituatie en de gezinsgrootte verantwoorde-

lijk moeten worden gesteld voor het ontstaan van het klachtenpatroon. Door de meer overzichtelijke rubricering van de voornaamste ziektebevorderende factoren kan men nu met meer inzicht en dus ook meer verantwoord, een behandeling voorstellen.

Onder de gegeven omstandigheden leek het inderdaad gewettigd op de beleving van de huwelijks-situatie van onze patiënte niet verder in te gaan. De gesprekken die met beide partners werden gevoerd, hebben duidelijk bevrijdend gewerkt, zij het dan dat het vrijkomen van de emoties gedurende korte tijd moeizaam te hanteren bleek te zijn. De angst voor uitbreiding van het gezin kon met toepassing van deugdelijke anticonceptie worden weggenomen. De hiervoor geschetste indeling heeft nu bovendien het voordeel dat bij recidief van klachten met de kennis van zaken kan worden besloten de tot nu toe onbehandelde factor alsnog in behandeling te (laten) nemen.

*Beschouwing.* In het voorgaande werd getracht te verduidelijken dat hantering van alleen een medisch-biologisch denkmodel in een aanzienlijk aantal ziektegevallen de patiënt onvoldoende recht doet, hetgeen echter nog niet wil zeggen dat hem onrecht wordt aangedaan. Het is reeds lang bekend dat elke ziekte multifactorieel wordt bepaald en dat elke ziekte zijn gevolgen heeft, zowel op lichamelijk, op psychisch, als op sociaal terrein. In hoeverre men meer dan een factor bij het ontstaan en behandeling van ziekte in ogenschouw moet nemen, hangt steeds weer in elk geval afzonderlijk af van de ziekte, de zieke en de dokter. Toch moet men ervoor waken om aan het „niet-identieke” van elke situatie zoveel waarde te hechten, dat een reproduceerbare indeling van ziekmakende factoren onmogelijk wordt gemaakt.

Wanneer men een ziektegeval al te zeer individualiseert en subtiliseert, zal men voor grotere moeilijkheden komen te staan om een beslissing te nemen. Wel heeft men zich dan een goed beeld van de „zieke” gevormd. Wie echter het wetmatige en rubriceerbare laat prevaleren boven het individuele, zal eerder de „ziekte” dan de „zieke” ontmoeten. Het is duidelijk, dat de waarheid steeds tussen deze twee uitersten moet worden gezocht.

Ik zou met enige nadruk willen stellen, dat de geschetste wijze van benadering van patiënt of ziekte

niet wil zeggen, dat hierdoor een minder persoonlijke wijze van benadering wordt gehanteerd, ook al suggereert elke classificatie van een ziektegeval een koel wetenschappelijke benadering. Het behoeft geen betoog dat een persoonlijke benadering van de patiënt te allen tijde moet worden nagestreefd.

Dit is echter geenszins synoniem met het onderkennen en begrijpen van alle relevante factoren die bij ontstaan en behandeling van elk ziektegeval van belang zijn. In de uitvoering van de dagelijkse praktijk is mij reeds overtuigend gebleken, dat toepassing van de beschreven integrale denkwijze kan bijdragen tot meer uniforme benadering van gelijksoortige problemen. Aangezien hierbij een beter inzicht in de aangeboden problematiek kan worden verkregen, kan ook een meer gerichte behandeling worden ingesteld. In sommige gevallen betekende dit, dat een multidisciplinaire behandeling moest worden nagestreefd. Ik wil echter met nadruk stellen dat het toepassen van een integraal medisch denkmodel bij de behandeling van patiënten zeker niet impliceert dat dit slechts door vertegenwoordigers van verschillende disciplines tezamen kan worden uitgevoerd.

Vele problemen zijn met hantering van deze integraal geneeskundige wijze van benadering door de huisarts zelfstandig op te lossen. Geen onmogelijke, wel een moeilijke en boeiende opgave.

Ik ben collega D. de Heer, huisarts en A. Hagenbeek, co-assistent zeer erkentelijk voor het beschikbaar stellen van hun gegevens.

*Summary. Integral medicine — an impossible venture?* The application in actual practice of concepts of integral medicine implies an integral approach in establishing a diagnosis. Efforts are made to outline a procedure which makes it possible to denominate the various factors which constitute a problem in general medical practice. A therapeutic approach on the basis of these factors can be expected to focus more exactly on the problem.

- Aakster, C. W. (1971) huisarts en wetenschap 14, 296  
Balint, M. The doctor, his patient and the illness. Pitman 1957. Medical Publishing Company, London.  
Bloemsma, F. (1970) Ned. T. Psychiat. 12, 353  
Foudraine, J. Wie is van hout... Ambo, Bilthoven, 1971.  
Groen, J. (1965) huisarts en wetenschap 8, 435  
Querido, A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. Stenfert Kroese n.v., Leiden, 1955.  
Trimbos, C. J. B. J. (1971) Mbl. Geestel. Volksgez. 71, 311.  
Weijel, J. A. Medische Psychologie. De Tijdstroom, Lochem, 1969.  
Weijel, J. A. De mensen hebben geen leven. De Erven F. Bohn n.v., Haarlem, 1970