

Driemaal een casus en psycho-socio-somatiek*

DOOR DR. H. G. M. VAN DER VELDEN, HUISARTS TE NIJMEGEN

Integrale benadering van een patiënt die met klachten bij de huisarts komt — de huisarts kent nu eenmaal patiënten met en patiënten zonder klachten — houdt in aandacht voor alle factoren die ertoe kunnen hebben bijgedragen dat de patiënt deze klachten als zodanig ervaart en ter kennis van de arts brengt. Een en ander impliceert ook het moment en de wijze waarop de patiënt deze klachten presenteert.

Aan het proces dat leidt tot het ervaren en het vervolgens al of niet presenteren van klachten kan men globaal een „horizontale” en een „verticale” dimensie onderscheiden. Met horizontaal wordt bedoeld dat naast somatische ook psychologische en sociale factoren invloed doen gelden, met verticaal dat de tijdsduur, de geschiedenis, een rol speelt. Vooral ten aanzien van dit verticale chronologische aspect van de integrale benadering bestaat het gevaar van onderschatting van de betekenis van met name psycho-sociale invloeden op ziekte en gezondheid. Het continuïteitsprincipe — zo karakteristiek voor de geneeskunde van de huisarts — dient doelbewust in de begeleiding van de patiënt, en in de benadering van diens klachten, te worden betrokken. Om verschillende redenen ontbreekt het hieraan nogal eens, tot nadeel zowel van de patiënt als van de arts. Een en ander zal worden geïllustreerd aan de hand van drie casus uit de praktijk.

Patiënt A, 18 jaar oud, van beroep kantoorbediende, is de jongste uit een gezin van vier kinderen. Zijn broer en twee zusters zijn al geruime tijd gehuwd en naar elders vertrokken. Sinds het overlijden van zijn vader (aan maagcarcinoom) woont patiënt alleen met zijn moeder. In leeftijd verschilt hij als nakomer ongeveer tien jaar met zijn jongste zuster. Op het moment waarop op zijn levens- en ziektegeschiedenis wordt ingegaakt, was deze man al dikwijls bij de huisarts geweest, meestal met vage en in de regel niet te objectiveren klachten. Vooral sinds de dood van zijn vader klaagde hij over slapeloosheid, hoofdpijn en soms angstig dromen. Hij was in korte tijd tweemaal van baan veranderd omdat hij „zijn draai niet kon vinden”. Buiten zijn werk was hij meestal thuis bij zijn moeder die hem met overmatige zorg bejegende. Onlangs was een kortstondige verkering uitgeraakt; hij had zich daarover nogal opgewonden. Vrienden had hij eigenlijk niet en bij gelegenheid liet hij zich ontvallen dat hij zich thuis soms ergerde aan de bemoeienissen van zijn moeder. Hij had weinig contact met

zijn broer en zusters. Op een wintermiddag was hij vroeger dan gewoonlijk van zijn werk thuisgekomen. Hij voelde zich niet lekker en was daarom meteen naar bed gegaan. Zijn moeder belde de huisarts op met het verzoek „nog even naar haar zoon te komen kijken”.

Bij het huisbezoek begeleidde zij de huisarts naar de patiënt, terwijl zij haar beklag deed over het wanbegrip dat bij diens huidige werkgever ten aanzien van haar zoon bestond. A ging op dit verhaal gretig in, maar vond het overigens overdreven dat zijn moeder de dokter zo snel had ontboden. Hij was wat „verkouden” en het „zou wel gauw overgaan”. Patiënt vertelde dat hij pijn in de rechterschouder had en dat hij de afgelopen nacht slecht had geslapen. Bij de tractus-anamnese kwamen geen bijzonderheden naar voren. Het routine-onderzoek leverde een lichte temperatuurverhoging op, 38,3° Celsius. De frequentie van de pols bedroeg 92 slagen per minuut, deze waren regulair en aequaal. Keel, neus en oren vertoonden geen afwijkingen; de functie van hart en longen werd normaal bevonden. De buik voelde soepel aan, lever en milt waren niet te palperen. Vergrote lymfklieren werden niet gevonden. De reflexen waren normaal. Er waren geen huidafwijkingen.

Aan de onderste extremiteiten kon niets bijzonders worden vastgesteld. De linkerschouder echter was in tegenstelling tot de rechterschouder pijnlijk, zowel bij actieve als bij passieve beweging. De rechter bovenarm was drukpijnlijk ter hoogte van het tuberculum majus. De desbetreffende plaats voelde enigszins warm aan. Bij verdere navraag bleek patiënt al eerder lichte pijn in de rechterschouder te hebben gevoeld, doch hij had dit toegeschreven aan een onbeduidende slip met zijn bromfiets. Met hulp van de praktijk-assistente werd het routine-onderzoek uitgebreid met enkele gegevens over bloed en urine. De bezinkingssnelheid van de erythrocyten (B.S.E.) bleek te zijn verhoogd — 36 mm in het eerste uur — bij een hemoglobinegehalte van 82 procent. Het aantal leukocyten bleek verhoogd tot 16000 per mm³, de differentiatie vertoonde een geringe linksverschuiving. De urine bevatte geen reducerende stoffen en geen eiwit. Het urobilinegehalte was licht verhoogd.

Resumerend was dus sprake van een pijnlijke rechterschouder, lichte temperatuurverhoging en een gevoel van malaise bij een jonge man, die vooral de laatste tijd had te kampen met diverse problemen in de leef- en werksituatie. Het onderzoek wees in de richting van een ontstekingsproces.

Een van de „instrumenten” van de huisarts is zijn continue registratie van de gegevens van patiënt en gezin. Op de patiëntenkaart van A werd herinnerd aan een hepatitis infectiosa, enkele jaren geleden doorgemaakt. Voorts bleken meer recente aantekeningen betrekking te hebben op consulten voor „puistjes in het gezicht” en een „furunkeltje”.

De in het werk van de huisarts gebruikelijke benaderingswijze volgend, werd de voorlopige dia-

* Uit het Nijmeegs Universitair Huisartsen-Instituut. Hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen

gnose gesteld op „acute osteomyelitis”. Een hypothese: geen ongegronde veronderstelling maar een waarschijnlijkheidsdiagnose, gebaseerd op een beperkt aantal gegevens. De huisarts vroeg zich af, op welke wijze voor hem meer zekerheid zou zijn te verkrijgen omtrent het al dan niet juist zijn van deze hypothese. Een röntgenfoto zou hem niet veel verder brengen. Een beginnende osteomyelitis is immers in de regel niet röntgenologisch vast te stellen. Het probleem werd anderzijds bemoeilijkt door de weinig zieke indruk welke de patiënt maakte. Toch waren er geen aanvaardbare alternatieven ter verklaring van de huidige klachten van de patiënt.

Traditioneel wordt osteomyelitis beschouwd als een chirurgische aandoening en hoewel met de ontwikkeling van de antibiotica een verschuiving in de richting van niet-chirurgische therapie valt waar te nemen, zal de huisarts een patiënt bij het vermoeden van beenmergontsteking in de regel naar een chirurg verwijzen. Patiënt A werd dan ook na overleg met een chirurg in het ziekenhuis opgenomen.

Tijdens de tweede dag in het ziekenhuis werd de man veel zieker, zijn arm werd pijnlijker en de temperatuur liep op. Röntgenologisch kon op de derde dag een subperiostale zwelling worden gelokaliseerd, waaruit door punctie pus werd verkregen. Onder een „parapluie van antibiotica” werd patiënt geopereerd waarbij een holte in het bot werd uitgekrabd. De bacteriologische kweek duidde op een infectie met *Staphylococcus aureus*, gevoelig voor penicilline. De wond genas fraai en patiënt werd na zes weken uit het ziekenhuis ontslagen.

De periodieke controle is inmiddels door de chirurg geruime tijd geleden beëindigd, omdat de osteomyelitis — onder het noodzakelijke voorbehoud — als „genezen” kan worden beschouwd. Waarom het thans gaat is het feit dat de man niet zonder klachten is. De verzekering van de chirurg dat „alles goed is en zijn arm is genezen” bleek voor patiënt A tot nu toe geen reden te zijn om het werk te hervatten. De huisarts ziet hem geregeld op het spreekuur. Hij blijft over zijn rechterarm klagen; „het schrijven gaat hem nog niet zo goed af”. Hij slaapt ook slecht en hij is steeds zo moe. Zijn moeder vertelde onlangs dat haar zoon nog zo „zwakjes” is.

De man is dus niet „genezen”. Hij kan het werk nog niet aan. Hij voelt zich niet gezond. De huisarts kan zijn huidige somatische klachten niet objectiveren (B.S.E. bij herhaling normaal, evenals de uitslagen van een aantal andere laboratoriumbepalingen en van een recente röntgencontrole). De taak van de chirurg is beëindigd, doch de huisarts blijkt slechts weinig te zijn gevorderd in de begeleiding van de patiënt naar „herstel”. Weliswaar is, althans op dit moment, geen somatische problematiek meer aanwezig, maar „gesomatiseerde” klachten bestaan nog wel degelijk.

Voor de huisarts rijst andermaal de vraag hoe zijn verdere benadering zal moeten zijn. Moet hij opnieuw een beroep doen op een andere hulpverlener bijvoorbeeld op een maatschappelijk werker of een psychiater of was het juist geweest indien hij zich reeds vanaf het eerste contact met de pa-

tiënt had verdiept in de betekenis van alle factoren die ziekte kunnen begeleiden of kunnen veroorzaken?

Bij nadere beschouwing vormt de, overigens indrukwekkende, episode van de beenmergontsteking toch slechts een momentopname — post aut propter — in het ziekteproces van deze jongeman. Voor de patiënt bestaat slechts problematiek; of deze psychisch, sociaal of somatisch is doet weinig ter zake. Wanneer zijn psycho-sociale problemen niet worden benaderd zal hij „ziek” blijven. De osteomyelitis is genezen; sedert deze gebeurtenis functioneert de patiënt echter nog steeds niet op zijn vroegere niveau. Zijn „herstel” is dus betrekkelijk.

Misschien was het bij meer aandacht voor de verticale dimensie van de integrale benadering mogelijk geweest te anticiperen op de relatief grote invloed van de intercurrente somatische aandoening op de subjectieve gezondheidsbeleving van deze patiënt. De huisarts was immers reeds tevoren op de hoogte van de problemen welke de patiënt in zijn werksituatie, maar vooral thuis, reeds gedurende lange tijd ondervond.

Patiënte B, oud 35 jaar, van beroep huishoudelijke hulpkracht in een inrichting voor bejaarden, consulteerde haar huisarts enkele malen wegens hardnekkige otitis externa. In plaats van verbetering, constateerde de huisarts een zich steeds meer over de oorschelp uitbreidende pyogene dermatitis rond de gehoorgang. Ondanks antibiotische therapie en lokale behandeling met verschillende zalven breidde het eczeem zich zienderogen uit. Het leek een zeer hardnekkige en moeilijk behandelbare infectie.

De huisarts kende deze vrouw al lang. Periodiek frequenteerde zij het spreekuur met verschillende, waaronder duidelijk nerveuze, klachten zoals globusgevoel, afonie en moeheid. Als jongste en enige ongehuwde dochter uit een gezin met vijf kinderen, woont zij met haar moeder die sinds vele jaren weduwe was, nogal geïsoleerd. De relatie tussen patiënte en haar oudere broers en zusters is niet optimaal. Het was de huisarts bekend dat laatstgenoemden zich ook niet veel aan hun jongste zuster gelegen lieten liggen.

Sinds enkele maanden werkt patiënte in een verzorgings-tehuis, alwaar zij huishoudelijk werk doet. Zij is er niet graag, maar haar moeder, een dominante vrouw, en haar oudste zuster oordeelden het toch het beste dat zij daar bleef. Enkele weken geleden was het zelfs tot een hooglopende ruzie gekomen tijdens een „gezellig avondje”, waarna patiënte van huis was weggegaan. „Zij willen toch nooit naar mij luisteren” stelde patiënte tijdens een kort gesprek met de huisarts enkele dagen daarna. Zij was „toch maar weer naar huis gegaan”, want zij kon „moeder toch niet in de steek laten”.

Met gevoelens van irritatie, tijdens een van haar laatste spreekuurbezoeken, aarzelde de huisarts tussen verwijzing naar de dermatoloog en een gesprek met patiënte diezelfde avond. Om wat voor reden ook besloot hij tot het laatste. Tijdens dit gesprek kwam een scala van agressieve gevoelens los welke patiënte jegens haar oudste zuster en eigenlijk ook jegens haar moeder koesterde. Met enige spijt, of misschien angst voor hetgeen waaraan hij nu toch was begonnen, werd door de huisarts een afspraak gemaakt voor een vervolgesprek, enkele dagen later. De behandeling van het

„eczeem” werd onveranderd gecontinueerd. Tijdens het daaropvolgend bezoek van patiënte bleek het eczeem aanzienlijk verbeterd! Patiënte was minder opgewonden en vertelde ronduit hoe zij zich zorgen maakte over haar toekomst. Moeder kon ten gevolge van haar „reumatiek” (arthritis deformans) steeds minder goed uit de voeten.

Het „eczeem” is sindsdien steeds meer verbeterd en na enkele weken was het geheel genezen. De huisarts heeft zijn intussen ontstane vermoeden van „artefact” nooit uitgesproken. Hij heeft wel naar patiënte „geluisterd” en dat bleek op zichzelf effectiever dan steeds drastischer medicamenteuze therapie, hoewel zowel het ene als het andere de „genezing” zal hebben bewerkstelligd. Patiënte krabde zich als het ware een „roep om gehoor”, omdat zij op de gewone wijze geen gehoor vond. Krabben kan soms als een symptoom van opgekropte agressieve gevoelens worden geïdentificeerd (*Musaph*). Patiënte zocht aandacht voor haar problemen en zij bracht dit op een haar eigen, niet mis te verstane wijze ter kennis van de huisarts.

* * *

Voor de arts die pretendeert integrale geneeskunde te willen bedrijven is vrijwel nooit scheiding van psychische, sociale en somatische problematiek aanvaardbaar. Dit geldt met name voor de huisarts. De patiënt komt in de regel met een somatische klacht waardoor hij op weliswaar onbewuste doch „legitieme” wijze de hulp van een hem vertrouwde figuur — de huisarts — kan inroepen. Er zijn geen redenen om aan te nemen dat dit op korte termijn anders zal worden. Dit legt de huisarts de verplichting op, ernaar te streven elk voorgelegd probleem te benaderen op een wijze waarbij zowel de somatische als de psycho-sociale aspecten recht wordt gedaan. Oversimplificatie van het probleem hetzij in somatische hetzij in psycho-sociale richting bedreigt het integrale karakter van de benadering en daarmee de hulpverlening aan de patiënt.

De derde casus betreft een jongetje van negen jaar dat door zijn moeder aan de huisarts werd gepresenteerd omdat het kind zo bleek zag, slecht at en elke avond herhaalde malen slaapwandelen naar beneden kwam. Het was volgens de moeder altijd al een „zenuwachtig kind” geweest. Zij vond dat haar zoontje „maar eens goed moest worden nagezien”. De moeder had bovendien reden zich enigermate zorg te maken daar haar zoontje, zoals haar al lang bekend was, „een geruisje aan het hart” had. Het jongetje was het tweede kind uit een gezin van drie kinderen. Het oudste kind, ook een jongen (tien jaar), was kerngezond en zeer speels. Het jongste, een dochtertje van zes, gaf volgens de moeder nooit problemen.

Wat wist de huisarts omtrent dit gezin? Patiëntje had een klein septum atriorum defect dat volgens de kindercardioloog geen functionele consequenties deed verwachten. Het kind had enkele kinderziekten (mazelen en waterpokken) zonder complicaties doorstaan en was eigenlijk zelden ziek. Trouwens het gehele gezin was niet zo „consumptief”, behalve dat de vader bij perioden het spreekuur bezocht vanwege aanvallen van migraine. Juist de laatste maanden was hij daarvoor nogal eens op het spreekuur geweest. Hij had de gewoonte zich daarbij uitgebreid te verontschuldigen omdat hij „een hekel eraan had de dokter lastig te vallen”. De

man had een drukke baan met veel verantwoordelijkheden; vooral de laatste tijd had hij zorgen omdat de afzet van het bedrijf waar hij werkte terugliep.

Bij zijn bezoek aan het spreekuur nam de huisarts de tijd het jongetje geheel na te zien, waarbij een lichte anemie werd vastgesteld (hemoglobinegehalte 62 procent, aantal en differentiële telling der leukocyten evenals de B.S.E. waren normaal), terwijl overigens geen afwijkingen werden gevonden. Het was niet duidelijk hoe deze anemie was ontstaan, mogelijk betrof het een gevolg van inadequate voeding. Bij herhaling van het onderzoek, respectievelijk drie en negen weken later, was de bloedarmoede verdwenen. Het kind zag bij het laatste spreekuurbezoek veel beter eruit. Als therapie was ferrofumaraat gegeven. De moeder vertelde dat het kind beter sloep en rustiger was.

Men kan zich bij beschouwing achteraf afvragen of de medicamenteuze therapie het enige was dat heeft bijgedragen aan de verbetering van de conditie van het patiëntje. Uit recent onderzoek (*Elwood en medewerkers, Elwood*) is gebleken dat een aantal voor ferriprive anemie pathognomisch gehouden symptomen zoals moeheid, bleekheid, traagheid en hoofdpijn bij patiënten met een vastgestelde ijzergebreksanemie niet significant frequenter voorkomen dan bij controlepersonen met een normaal hemoglobinegehalte der erythrocyten. Evenmin bleek verbetering van deze klachten significant te correleren met een medicamenteus bewerkstelligde stijging van het hemoglobinegehalte.

Wat zou, in het geval van ons patiëntje, eerder dan de min of meer toevallig ontdekte „bloedarmoede” de oorzaak zijn geweest van de klachten van het kind of misschien juist van die van de moeder? Enige dagen na het eerstgenoemde contact met het jongetje en zijn moeder consulteerde de vader de huisarts op het afspraakspreekuur wegens hoofdpijnklachten: „Ik heb weer zo’n last van mijn migraine”. Bij deze gelegenheid kwam het gesprek op de klachten van het zoontje, waarbij de man zich meer zorgen over zijn vrouw dan over zijn zoontje leek te maken. Zijn vrouw had „zeker niet verteld dat zij zelf altijd moe was en dat zij volgens hem zelf maar eens naar de dokter moest gaan”.

Het zou te ver voeren om de historia morbi van patiëntje en — dat is nu wel duidelijk — van het gehele gezin uitvoerig te behandelen. Volstaan wordt met te vermelden dat, na een gesprek met beide ouders, deze casus door de huisarts werd verwezen naar de „case-worker”. De ogenschijnlijk gezonde gezinssituatie bleek ernstig te worden bedreigd door een huwelijks crisis waarvan het bestaan de huisarts in eerste instantie was ontgaan. Toch had hij het kunnen weten. Uit zijn herinnering — zijn kaartstelsel was zovele jaren geleden nog niet zo geperfectioneerd — wist hij bijvoorbeeld op te diepen dat het tweede kind „per ongeluk” vrij snel na het eerste was geboren. Een en

ander had nogal wat problemen gegeven tussen beide jonge echtelieden.

Hoewel men kan stellen „al doende leert men”, is dit „trial and error”-leerproces hopelijk voor versnelling vatbaar. Een werkelijk integrale visie op de problemen van ziekte en gezondheid dient dan echter gemeengoed te worden. Voor de huisarts betekent dit eerst en vooral dat hij de „instelling hiertoe” moet bezitten. Zijn continue zorg mag niet losstaan van zijn integrale zorg, zodat hij kan anticiperen op ziekte en in staat is gezondheid te helpen bevorderen. Dat anticiperen is dus een attitude, een wijze van benaderen. Hierbij spelen verticale en horizontale dimensies een rol. Elke klacht, elke aandoening en zelfs elke ziekte is slechts een momentopname in de levens- en ziekte-geschiedenis van de patiënt. De huisarts is vrijwel de enige hulpverlener die in de situatie verkeert zoveel aspecten van ziekte en gezondheid in zijn begeleiding te kunnen betrekken.

Bespreking. In het bovenstaande werden drie patiënten beschreven uit de praktijk van een huisarts. Naast de relatief zeldzame aandoening van de eerste patiënt vormt de casuïstiek van de tweede en vooral die van de derde patiënt een meer vertrouwd beeld uit de huisartspraktijk. Het gemeenschappelijke in deze geschiedenissen is gelegen in het momentane, meer somatische karakter van de gepresenteerde stoornissen en in de daarop aansluitende te zeer „incidentele” aanpak door de huisarts. Incidenteel, omdat de huisarts pas tot een meer integrale benadering kwam toen duidelijke somatische klachten werden gepresenteerd. Toch bereikten hem — bij ieder van de beschreven patiënten — voordien signalen die erop duiden dat zich vroeg of laat een langer durende stoornis van de gezondheid zou kunnen voordoen. In het geval van de eerste patiënt realiseerde de huisarts zich te laat de ongunstige psycho-sociale situatie. Bij de tweede en bij de derde patiënt werd weliswaar niet vroegtijdig, maar toch nog wel tijdig het goede spoor gevolgd.

Voor de huisarts als integrale hulpverlener, blijft het een moeilijke opgave om behalve evidente somatische klachten ook psychische en sociale stoornissen tijdig te onderkennen en juist te interpreteren. Eerst en vooral zal hij verdacht moeten zijn op alle in de tijd aanwezige, mogelijk pathogene factoren.

Misschien zal menige huisarts deze benaderingswijze bij zichzelf herkennen, mogelijk geldt dit voor anderen niet. Een van de grote problemen blijft echter dat bij een tijdige signalering ook een tijdige adequate hulpverlening mogelijk moet zijn. Dit laatste is evenwel een vereiste waaraan slechts in zeer onvoldoende mate kan worden voldaan. Niet alleen de deskundigheid maar ook de beschikbare tijd van de huisarts is nu eenmaal aan grenzen gebonden. De huisarts zal derhalve de deskundige hulp van anderen niet kunnen ontberen. Hij beschikt in deze over voldoende mogelijkheden ten aanzien van somatische problemen, doch helaas over te enen male onvoldoende middelen wat betreft de door hem gesignaleerde psycho-sociale noden van zijn patiënten.

Een en ander neemt niet weg dat tijdige signalering van vooral psychische en sociale dysfuncties op zichzelf al therapeutische consequenties kan hebben, omdat hierdoor dikwijls fixatie aan somatische klachten wordt voorkómen. Daarom blijft aandacht voor zowel de psychische als de sociale en de somatische aspecten van belang, zowel naar de actuele situatie, dus horizontaal, als naar de levensgeschiedenis van de patiënt, dus verticaal.

Dool, C. W. A. van den (1970) huisarts en wetenschap 13, 59.

Huygen, F. J. A. (1971) huisarts en wetenschap 14, 447.

Janse de Jonge, A. L. (1964) huisarts en wetenschap 7, 326.

Musaph, H. Itching and scratching. Psychodynamics in Dermatology. S. Karger, Basel, 1964.

Querido, A. (1961) huisarts en wetenschap 4, 283.

Querido, A. (1959) T. Soc. Geneesk. 39, 69.

Elwood, P. C., W. E. Waters en W. J. W. Greene (1970) Lancet II, 175.

Elwood, P. C. (1972) Update 5, 123.