

Het handelen van de huisarts bij mensen met psychosociale klachten

PROF. DR. H. J. DOKTER

Jaren geleden, toen ik mij in Amsterdam als huisarts vestigde, had ik een patiënte in de praktijk, een vrouw van ongeveer 70 jaar, die om mij onduidelijke redenen in bed lag. Samen met de nieuwe wijkverpleegster heb ik geprobeerd die dame uit bed te krijgen. Het is niet gelukt. Enerzijds zijn er de almacht-gevoelens van de arts, anderzijds zijn er patiënten die hem onmachtig maken en frustreren.

Almacht-gevoelens en onmacht

Tijdens een gesprek dat ik met een van mijn patiëntes had, vertelde zij mij dat zij vroeger had gemeend, dat ik „alles kon“. Nu, na zoveel jaren, denkt zij daar anders over.

Ik vond dit een karakteristieke uitspraak van iemand die ik al vele jaren ken. De verwachting van deze patiënte speelt in op gevoelens van almacht die ik zeer duidelijk in mijzelf herken: het gevoel dat je alles voor je patiënten kunt oplossen.

Jaren geleden, toen ik mij in Amsterdam als huisarts vestigde, had ik een patiënte in de praktijk, een vrouw van ongeveer 70 jaar, die om mij onduidelijke redenen in bed lag. Samen met de nieuwe wijkverpleegster heb ik geprobeerd die dame uit bed te krijgen. Het is mislukt. In de jaren die ik in Amsterdam praktijk heb gedaan, is deze patiënte vrijwel niet uit bed geweest; zij liep steeds in nachtkleding. Ik ben er niet in geslaagd mijn opvatting over de wijze waarop zij behoorde te leven, over te brengen. Zij achtte zichzelf ziek en zij bleef dat. Zij was machtiger dan ik.

Enerzijds zijn er de almacht-gevoelens van de arts; anderzijds zijn er patiënten die hem onmachtig maken en frustreren. Ik acht het herkennen van deze gevoelens van grote betekenis voor de verhouding tussen arts en patiënt bij de behandeling van de zogenaamde psychosociale klacht. Als het over de benadering van psychosociale problemen gaat, is immers de persoonlijkheid van de arts in het geding. Bij klachten die hun oorsprong in het lichaam vinden,

kan de arts afstand nemen. Hij kan zeggen dat hij de aandoening zelf niet heeft. Bij klachten die hun oorsprong in de psyche vinden, is dat veel moeilijker. Ook de arts voelt zich weleens angstig of ongerust. Hij is boos of geïrriteerd en hij herkent de gevoelens waarover de patiënten spreken.

Het inzicht in de eigen persoonlijkheid is belangrijk om anderen te kunnen helpen. Wat speelt zich in de dokter af vanaf het moment dat hij de klacht krijgt aangeboden tot het moment dat hij op grond van een besluitvormingsproces komt tot een handeling in de zin van voorschrijven, verwijzen of het geven van advies.

Welke factoren spelen in dit proces een rol? Ik heb al genoemd de almacht-gevoelens en de gevoelens van frustratie. Er zijn er echter meer. Om hier meer inzicht in te krijgen, ben ik in 1980 samen met een psychoanalyticus gaan werken met twee groepen huisartsen. Deze groepen komen om de veertien dagen bijeen gedurende anderhalf uur. Er wordt gewerkt op basis van de methode van Balint.

Een van de deelnemers presenteerde tijdens de groepszitting mevrouw A.

Mevrouw A en haar dokter

Mevrouw A is 50 jaar oud. Zij is gehuwd met een winkelier. Een volwassen dochter woont nog thuis. Patiënte is ruim vijf jaar geleden door een psychiater behandeld voor alcoholisme. Een jaar geleden was zij depressief. Zij werd door de huisarts behandeld met ludiomil, maar reageerde daar niet goed op en werd depressiever. De huisarts verwees pa-

tiënte toen naar de psychiater die zij van vroeger kende. Deze schreef tryptizol voor, waarna zij last kreeg van hartkloppingen. Zij werd ook duizelig en kreeg van haar huisarts het advies met de psychiater te overleggen over de medicatie. De huisarts schreef viskeen voor tegen de hartkloppingen en de duizeligheid en adviseerde temesta in plaats van tryptizol. Wat de psychiater precies heeft geadviseerd, is door de huisarts niet gevraagd. Het probleem waar de huisarts nu mee zit en dat hij in de groep brengt, is het feit dat mevrouw A hem drie à vier maal per week opbelt met de vraag hoeveel en welke tabletten zij zal innemen. Ook tijdens de tweewekelijkse bezoeken die de huisarts bij haar aflegt, gaat het gesprek uitsluitend over de pilletjes. Zij klaagt over duizeligheid, hartkloppingen en depressieve gevoelens. Sociaal is zij uitgeschakeld, haar man „baalt“ ervan en de dochter wil er niet over spreken.

De huisarts probeert haar uit de sfeer te halen van „een pilletje meer of een pilletje minder“. Dat lukt hem niet. Deze patiënte maakt hem onmachtig. Dit uit zich een enkele maal in een woedeuitbarsting tijdens een telefoongesprek. De huisarts zegt in de groep: „Het zal je toch maar gebeuren dat je getrouwd bent met iemand die alleen maar over pillen praat“. Hij wil haar graag in het gezin en in de winkel terug hebben. Hij wil dat ze weer een beetje meeleeft. Een half jaar geleden is mevrouw A nog uitgebreid door een internist onderzocht en via deze naar een neuroloog verwezen. De huisarts zegt hierover: „Bij al die lichamelijke dingen moet je natuurlijk ook aan zaken denken als pernicioze anemie“ en „Toch ben ik bang dat er een of ander merkwaardig neurologisch ziektebeeld speelt en daar-



TOEVALLIG MAAKT DEZE JONGEN
DAT ZELF WEL UIT

om dring ik ook regelmatig bij haar aan op een herhaling van het neurologisch onderzoek". Op de vraag van een van de groepsleden naar het waarom, antwoordt de huisarts: „Omdat het klagepatroon me uiterst bizar voorkomt, dat klagen zonder enig zelfinzicht”.

We zijn hier gekomen bij de somatisatie van de klacht. Deze komt voort uit de angst van de dokter dat de patiënte een lichamelijk lijden heeft en voorts uit het te geringe vermogen een „psychosociale diagnose” te stellen. Door een van de groepsleden wordt opgemerkt, dat de huisarts toch maar door gaat, ondanks het feit dat hij eigenlijk wel beter weet. „Omdat hij bang is dat ze een tumor heeft; dat ze een ernstig inwendig lijden heeft”. Maar, „dat is toch uitgesloten!” De huisarts antwoordt dan: „Het is niet het centrale idee bij mij, maar wel een vaag gevoel, dat ze misschien niet helemaal in orde is. De hoofdzaak is dat ik het mesjokke vind dat je drie of vier keer in de week de dokter belt over die pilletjes”. Een groepslid: „Die situatie heb je zelf geschapen. Dus je bent ook de enige die er wat aan kan doen”.

In het verloop van het groepsbesprek komt ook de boosheid van de huisarts aan de orde. Op een eerste suggestie in die richting wordt niet ingegaan. Later zegt hij dat hij niet kan uitstaan, dat hij in een dergelijke situatie is gemanipuleerd: „Ik ben niet echt kwaad op haar, maar ik ben kwaad over het feit dat een heel gezin de vernieling indraait.” Hij wordt ook boos over het gerepeteer van patiënte.

De huisarts ontkent eerst zijn boosheid. Merkwaardig is evenwel dat hij in het begin reeds heeft gezegd dat hij weleens tegen de patiënte uitvalt, tijdens het telefoongesprek. Later wordt de boosheid gedeeltelijk toegegeven. Deze gevoelens van boosheid moeten een signaal zijn dat er iets aan de relatie schort. Zij worden in dit geval onvoldoende als zodanig herkend en daardoor niet gebruikt.

Naast de boosheid van de dokter zijn ook zijn vooroordelen van betekenis. In het verloop van de groepsbespreking komt de rolverwachting van de huisarts aan de orde. De huisarts meent te weten wat goed is voor de patiënte. Hij vindt dat ze weer in haar gezin moet, zoals het een goed huisvrouw betaamt. De vraag wordt gesteld of zij dat wel wil. Heeft patiënte niet genoeg van de oude situatie en wil zij wat anders? En is de huisarts, samen met de man, de dochter en anderen niet bezig haar daar te krijgen waar zij niet zijn wil? Bovendien vindt de dokter, al zegt hij dat niet met zoveel



EN NOU SPREKEN WE EEN
DING AF, VAN NIET: PSYCHISCH
OF NIET PSYCHISCH, MAAR WE
HOUDEN NOU ES OP MET ZEUREN

woorden, dat een patiënt hem niet drie of vier keer per week moet opbellen over zoiets onbenulligs als een pilletje meer of een pilletje minder.

Arts en patiënte zijn in een uitzichtloze strijd gewikkeld, die door de gespreksgroep duidelijk wordt herkend en door de huisarts met enige schroom wordt toegegeven. De huisarts is verstrikt geraakt in een gezinssysteem waarin de vrouw wordt gepresenteerd als de zieke. Hij maakt er deel van uit en kan zich daar moeilijk uit losmaken. Opgemerkt wordt dat alle betrokkenen, inclusief de huisarts, even verantwoordelijk zijn voor het voortbestaan van de situatie. Iemand zal iets moeten veranderen, óf de huisarts óf een ander.

Uiteindelijk geeft een groepslid als suggestie: „Accepteer de situatie, vecht niet meer. Je bent als huisarts aanwezig om haar leven mogelijk te maken. Je ergert je dan niet meer. Als je kunt accepteren dat deze mensen „gelukkig” zijn bij de gratie van hun klacht, dan kun je weer een tijdje vooruit. Houd op met haar te vechten. Waarom kom je niet van je troon als dokter en wacht je tot zij aankondigt op te zullen stappen?” Dan komt het dilemma waarin deze huisarts zich bevindt: „Ik ben zo'n deel van die familie geworden dat ik dat als een scheidingsproces zou ervaren”. De cirkel is gesloten.

Handelen bij dysfunctionele systemen

Ik heb dit geval zo uitvoerig besproken, omdat het een diepe indruk op mij heeft

gemaakt. Het antwoord op de vraag wat zich in de dokter afspeelt wanneer hij te maken krijgt met patiënten met (psychosociale) problemen, is dat hij vaak geconfronteerd zal worden met onmacht-gevoelens, boosheid, vooroordelen en de angst een somatische diagnose te missen. Op grond daarvan is de huisarts onvoldoende in staat tot een bevredigende oplossing voor beide partijen te komen en zoekt hij een uitweg naar de specialist (somatisatie van de klacht - Grol; organisatie van de klacht - Balint). Bovendien is hij verstrikt geraakt in het systeem van het gezin (Huygen) en kan hij zich daaruit niet bevrijden. De Vries wijst erop dat het medisch handelen zich niet uitsluitend moet richten op de zieke maar veel meer op veranderingen van het gehele systeem. Daarbij moeten wij erkennen dat het individu in veel gevallen zelf bijdraagt tot het in stand houden van het dysfunctionele systeem waarvan hij deel uitmaakt.

De huisarts zal de komende jaren methoden moeten ontwikkelen die hem in staat stellen veranderingen in dysfunctionele systemen aan te brengen. Ik denk dat dit niet moet gebeuren met methoden die wezensvreemd zijn aan de huisartsgeneeskunde. Hij zal dat grotendeels zelf, in samenwerking met anderen, moeten ontwikkelen.

Naarmate hij dit probleem beter kan hanteren en meer inzicht heeft in eigen vooroordelen en gevoelens van boosheid, irritatie, almacht en onmacht, zal hij beter in staat zijn tot adequaat handelen bij patiënten met psychosociale problemen. Ik sluit daarbij aan bij de huispsycholoog Postma, die stelt dat „het aan den lijve ervaren van bijvoorbeeld eigen verdrongen onmacht/almachtgevoelens en grootheidsfantasiën de huisarts verder helpen”. „Een nieuwe injectie van de Balintgedachte moeten we voorstaan, maar dan niet door een nieuwe behandelingstechniek aan te leren, maar door zelf als huisarts je blinde vlek te gaan beleven”.

Ik ben daar samen met een psycholoog-analyticus en twee groepen huisartsen opnieuw mee bezig en het geeft vrij veel voldoening. Ik verwacht hier veel van voor de toekomst van de huisartsgeneeskunde.

Grol, R. Huisarts en somatische fixatie. *NUHI, Nijmegen*, 1981.

Postma, T. Over de psychohygiëne van de huisarts. (1981) *huisarts en wetenschap* 24, 233.

Vries, M. J. de. Systeemtheorie en algemene ziekteleer. (1979) *Med. Contact* 34, 1585-1588; 1621-1624.