

- Hannay, D. R. Postgraduate training in family medicine: McMaster University and West Scotland. (1980) *Canad. Fam. Physician* **26**, 448-452.
- Lamberts, H. De co-assistent en het geval van de ingeknipte step-in. (1972) *Huisarts en Wetenschap* **15**, 285-293.
- Lamberts, H. Primary health care monitoring project. (1980) *Huisarts en Wetenschap* **23**, 293-304.
- Lamberts, H. Hoe beïnvloedbaar is de huisarts. (1981) *Huisarts en Wetenschap* **24**, 371-378; 424-430.
- McWhinney, I. R., J. E. Molineux, B. K. E. Hennen et al. The evolution and evaluation of a clinical clerkship in family medicine. (1977) *J. Fam. Practice* **4**, 1093-1099.
- Pereira Gray, D. J. A system of training for general practice. (1977) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **27**, Occasional paper 4.
- Profile of the residency trained family physician in the United States 1970-1979. (1980) *J. Fam. Practice* **7**, supplement october.
- Stubbings, C. A. and J. Gowers. A comparison of trainee and trainer clinical experience. (1979) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **29**, 47-52.
- Swart, G. T. and P. McAvoy. Residents evaluate their training in family practice. (1978) *Canad. Fam. Physician* **24**, 487-491.

Nota bene

Uit ergonomisch oogpunt verdient het aanbeveling de teksten op de ruggen van boeken alle op dezelfde wijze aan te brengen: van boven naar beneden, dan wel van beneden naar boven. (Stelling bij: E. M. G. Creusen. Inkomsten uit andere arbeid. *Diss. Groningen*, 1981.)

Sportbeoefening betekent voor de gehandicapte een positieve mentaliteitsbeïnvloeding.

De motorisch gehandicapte wordt door de arts onvoldoende tot sportieve activiteiten gestimuleerd en geactiveerd.

De huisarts dient periodiek contact te hebben met de bedrijfsarts in zijn gebied om zich een oordeel te vormen over de werkomstandigheden – in de ruimste zin – van zijn patiënten.

(Stellingen bij: W. Y. Sijtsema. De gehandicapte en de sportgezondheidszorg. *Diss. Amsterdam*, 1981.)

Psyche of soma: blijft het een dilemma?

DR. D. POST*

Psyche en soma zijn geen scheidbare categorieën, maar onderling samenhangende uitingen van die ene mens. De huisarts dient zich dat te realiseren en moet op geen enkel aspect van de mens in het bijzonder de nadruk leggen: hij mist dan het wezen van de klacht, die veel meer inhoudt dan alleen in woorden kan worden uitgedrukt.

Inleiding

„Het trekken van niet al te slechte conclusies uit onzekere feiten is vanouds de taak der artsen, waarin zij zonder twijfel een zekere bekwaamheid hebben verworven” (*Wibaut*).

Wat maakt dat de arts, en vooral de huisarts, zo vaak onzekere feiten tegenkomt? Hoe komt het, dat de huisarts altijd met onzekerheden zal moeten leven? Verschillende factoren spelen hierbij een rol. In de eerste plaats wordt in de medische wetenschap over verschillende feiten zeer uiteenlopend gedacht. In *Controversen in de geneeskunde (Querido en Roos)* wordt op indringende wijze gedemonstreerd, dat waarheid een zeer betrekkelijk begrip is. De Melker wijst er op, dat men zich door het lezen van dit boek kan bezinnen op de vele onzekerheden binnen de geneeskunde.

Een andere factor is de patiënt. Hij is geen machine waaraan een hapering is vast te stellen, geen object waaraan is te sleutelen. Wat hij als klacht naar voren brengt, kan iets anders te betekenen hebben dan wat oppervlakkig zou kunnen worden vermoed. Bovendien is het zo, dat de patiënt zijn klachten het liefst uit in een lichamenlijk verschijnsel, omdat dit in onze maatschappij beter geaccepteerd wordt dan een minder goed sociaal functioneren.

De laatste factor is de huisarts zelf. De dokter is geen neutraal of objectief werker, die uitsluitend volgens objectieve maatstaven werkt. Als hij denkt dat hij

wel objectief handelt, gaat hij voorbij aan een aantal half- of onbewuste motieven die zowel in zijn eigen persoonlijkheid, als in de normen en waarden van de (medische- en niet-medische) groeperingen waarvan hij deel uitmaakt, gefundeerd zijn. In de relatie met de patiënt resoneert hij als persoon, of hij wil of niet. Hoe meer inzicht hij in zijn eigen persoon heeft, des te meer kan de persoon van de arts een positieve rol spelen in het arts-patiënt contact. De dokter beschouwt zich echter meestal in de eerste plaats als deskundige voor het diagnostiseren en behandelen van lichamenlijke klachten en ziekten (*Pols*). Zo is hij immers opgeleid. Hij is dan ook altijd bang lichamenlijke ziekten over het hoofd te zien. Voor psychosociale problematiek vindt men in het algemeen de mens zelf verantwoordelijk.

Misschien is dit er wel de oorzaak van, dat de huisarts bij een bepaalde vraag, een bepaalde klacht van de patiënt, steeds twijfelt of hieraan een lichamenlijke dan wel een psychisch lijden ten grondslag ligt. Daar komt dan nog bij, dat de huisarts beperkt is in zijn technische mogelijkheden, waardoor het oplossen van het dilemma psyche of soma nog wordt bemoeilijkt.

Vanuit bovenstaande overwegingen kom ik tot de volgende vraagstellingen: – kan een klacht worden geduid als psychisch of somatisch, of bestaat er een andere betekenis?

– is er een oplossing voor de onzekerheid van de huisarts in het dilemma van psyche of soma?

Aan de hand van een ziektegeschiedenis wil ik hierop nader ingaan.

* Huisarts te Wezep



TOCH HOU IK 'T GEVOEL DAT
'T MEER PSYCHISCH IS

Ziektegeschiedenis

Een patiënte van 50 jaar kwam op mijn spreekuur met de klacht hoofdpijn, gepaard gaande met duizelingen. In het eerste gesprek, waarin ik nader inging op de hoofdpijn, werd duidelijk dat patiënte meende dat de klachten te maken hadden met de extractie van haar gebit, enkele maanden geleden: ze was al bezig met haar zesde of zevende prothese! Ze vroeg zich af, of ze ooit wel een passend gebit zou kunnen krijgen. Ook was ze erg boos op de tandarts, die haar nog steeds niet had kunnen helpen.

Daarnaast bleken er nog andere moeilijkheden te zijn, die haar erg deprimeerden. Haar beide kinderen waren snel na elkaar getrouwd en woonden nu elders. Haar echtgenoot, een industrieel, was veel van huis, zodat ze vaak alleen zat. Bij het verdere gesprek bleek, dat de hoofdpijn nogal frequent voorkwam, ongeveer eens in de drie dagen; de pijn was gelokaliseerd in het hele hoofd en was bonzend van aard. Ze had ook zo nu en dan vlekken voor de ogen en wilde van mij een verwijskaart voor de oogarts, „omdat de hoofdpijn ook wel eens met de ogen te maken kan hebben”.

Een lichamenlijk onderzoek leverde niets op en ook de oogarts vond geen afwijkingen. Ik behandelde haar met Bellergal[®], continu driemaal daags een tablet, en een analgeticum voor de aanvallen.

Na twee weken kwam ze weer op het spreekuur en vertelde ze, dat ze minder klachten had. Toch vond ik de presentatie van de klachten op dat moment wat vreemd: er verontrustte mij iets. Ze bracht haar verhaal op zeer theatrale wijze, wat ik van haar helemaal niet gewend was. Ik onderzocht haar nogmaals en meende toen een beperking van het rechter gezichtsveld vast te stellen met een nystagmus. Een verwijzing naar de neuroloog volgde met de vraagstelling, of hier een proces in cerebro gaande was.

De brief van de neuroloog vermeldde, dat ook hij een nystagmus vond maar waarschijnlijk een instelnystagmus. Letterlijk schreef hij: „Het geheel doet toch licht psychogeen aan, mogelijk een reactie op het tanden gebeuren”. Valium[®] 5 mg driemaal daags, was zijn antwoord op haar klacht. Vanwege een hoog cholesterolgehalte stuurde hij patiënte door naar een internist, die echter geen afwijkingen vond.

We sukkelde toen wat door, terwijl de hoofdpijn steeds erger werd. Patiënte kon soms niet uit bed komen en was minder aanspreekbaar. Ik dacht, evenals de neuroloog, aan een hysterische schemertoestand. Na een paar maanden vond ik toch lichte neurologische stoornissen in de vorm van een lichte ataxie, valneiging naar links en dysdiadochokinese. Aan reflexen, motoriek en sensibiliteit vond ik geen afwijkingen. Deze bevindingen waren voor mij toch reden

haar nogmaals naar de neuroloog te verwijzen met de vraagstelling, of hier niet een of ander hersenproces achter kon zitten. Mijn gedachten gingen in de richting van een cerebellair proces.

De neuroloog nam haar op in het ziekenhuis. Een oogheelkundig onderzoek toonde een rechter en linker homonieme onderkwadrantopsie aan en de oogarts meende op grond daarvan de suggestie tumor cerebri te moeten doen. Een EEG was diffuus licht gestoord. Bij neurologisch onderzoek was er een hemi-atactisch syndroom links aanwezig. Verder onderzoek toonde aan, dat we hier te maken hadden met een gegeneraliseerde arteriosclerose van de hersenvaten. Vooral de arteria vertebralis was sterk aangedaan, waardoor naar het cerebellum slechts een geringe hoeveelheid bloed ging via de carotiden, hetgeen de cerebellaire symptomatologie had veroorzaakt.

Patiënte verslechterde zeer snel na een toenemende uitbreiding van de symptomatologie in de zin van tetraparese. Ze ontwikkelde bovendien het beeld van een akinetisch mutisme met dwanghulpen en dwanglachen. Langzaam raakte ze in een coma; ze overleed vier maanden na de ziekenhuisopname.

De klacht

Patiënte kwam bij me om hulp voor de klachten hoofdpijn en duizeligheid. Zoals ik in een eerder artikel heb vermeld kan de arts op verschillende manieren op deze klacht ingaan (*Post* 1981). Naar mijn mening is het echter essentieel er achter te komen, wat de patiënt precies bedoelt met de hulpvraag. De huisarts moet komen tot een vraagverheldering. Een klacht kan immers meer te betekenen hebben dan alleen een aanduiding van een lichamenlijk stoornis. *Weyel* schreef eens, dat de vraag naar het waarom van de klacht veel belangrijker is dan de vraag naar wat de patiënt heeft. Hij zegt letterlijk: „Het is naïef te menen, dat de patiënt zonder reden zou klagen, zoals het naïef is de hele medische procedure op gang te brengen op grond van de inhoud van de klacht”. De patiënt wil iets vertellen met zijn klacht. *Bastiaans* noemt dit het noodkreetaspect van de klacht, terwijl *Diamond and Baltes* spreken van metacommunicatie. Heel treffend zeggen *Garner et al.* dat „het lichaam voor de patiënt spreekt, als de patiënt een belangrijke reden heeft om niet te spreken”.

Al deze interpretaties van het begrip klacht zou ik willen samenvatten in het woord „signaalfunctie”. In het beschre-

ven ziektegeval lokaliseerde ik, samen met de patiënte, het signaal dat er iets mis was in haar functioneren, hetgeen mogelijk verband hield met de problemen met haar gebit en met haar eenzaamheid.

Wanneer we over de signaalfunctie van de klacht spreken, wordt dit al gauw geïnterpreteerd als een uiting van psychisch dysfunctioneren. Een klacht kan echter evengoed een uiting zijn van lichamelijke stoornissen. Beide gebieden, die erg met elkaar samenhangen, moeten worden bekeken en dan vooral in hun onderlinge samenhang. Een klacht moet dus niet worden geduid als een psychisch of een somatisch fenomeen, maar als een uiting van dysfunctioneren van de gehele mens. Met deze klacht wil de patiënt aan de arts duidelijk maken, dat hij zich niet goed voelt: de klacht is een communicatiemiddel.

Psyche en soma

Vanuit de oudheid zitten we in de geneeskunde nog steeds opgescheept met de tweedeling van de mens in een psychisch en een somatisch deel. Nog steeds leeft het gevoel, dat de arts er is om de lichamelijke kwalen te herstellen en de psychiater (vroeger de pastor) om de psychische noden op te lossen.

Langzamerhand heeft de huisarts geleerd met psychosociale problematiek om te gaan, mede onder invloed van de gedragswetenschappers die zijn terrein binnenkwamen. Deze verandering in het geneeskundig handelen heeft echter nog bitter weinig geleid tot een andere kijk op de geneeskunde. Bovendien kwam er een tendens om minder waarde te hechten aan het lichamenlijk onderzoek. Terecht wijst *Van der Voort* op deze bedreiging van de eerste lijn: „De huisarts wordt dan immers een soort somatisch onderlegde sociaal werker”. Een te grote nadruk op het psychische aspect van de mens, of op het somatische aspect, heeft een nadelige invloed op de patiënt en diens ziekte. Beide aspecten zijn niet afzonderlijke terreinen, maar twee kanten van dezelfde werkelijkheid: de mens. Beide aspecten zijn ook dermate met elkaar verweven, dat vaak niet gesproken mag worden over causaliteit, wanneer we een lichamenlijke ziekte constateren op grond van psychische problematiek. Veeleer zal moeten worden gesproken over een samenhang. Het is dan ook onjuist het niet tijdig vaststellen van een ernstig somatisch lijden als een grotere fout te zien en te waarderen dan het over het

hoofd zien van psychische problematiek.

In zijn boek *Pokerspel geneeskunde* laat *Verhulst* zien, hoe funest het voor de patiënt is, als er niet op de juiste wijze wordt ingegaan op de psychische problemen. Aan de andere kant wijst *Grol* er op, dat een overwaardering van de somatische symptomatologie de patiënt in een toestand kan brengen van somatische fixatie, waarmee bedoeld wordt, dat de patiënt zijn klacht, door toedoen soms (meestal) van de huisarts in een orgaan lokaliseert (organiseert), en niet ontdekt wat hij eigenlijk bedoelt te zeggen met de klacht.

Bij mijn patiënte trachtte ik er telkens achter te komen wat er bij haar niet in orde was, wat het signaal van de klacht had te betekenen. Ik ging met haar in gesprek, maar deed ook telkens een lichamenlijk onderzoek. Door deze handelwijze kwam ik op het spoor, dat de hoofdpijnklacht niet alleen betekende dat patiënte met moeijlichkeiten zat, maar ook dat er een lichamenlijk lijden aanwezig was. Ik verkeerde in onzekerheid doordat ik zag dat de klachten verergerden, niet doordat ik bang was iets

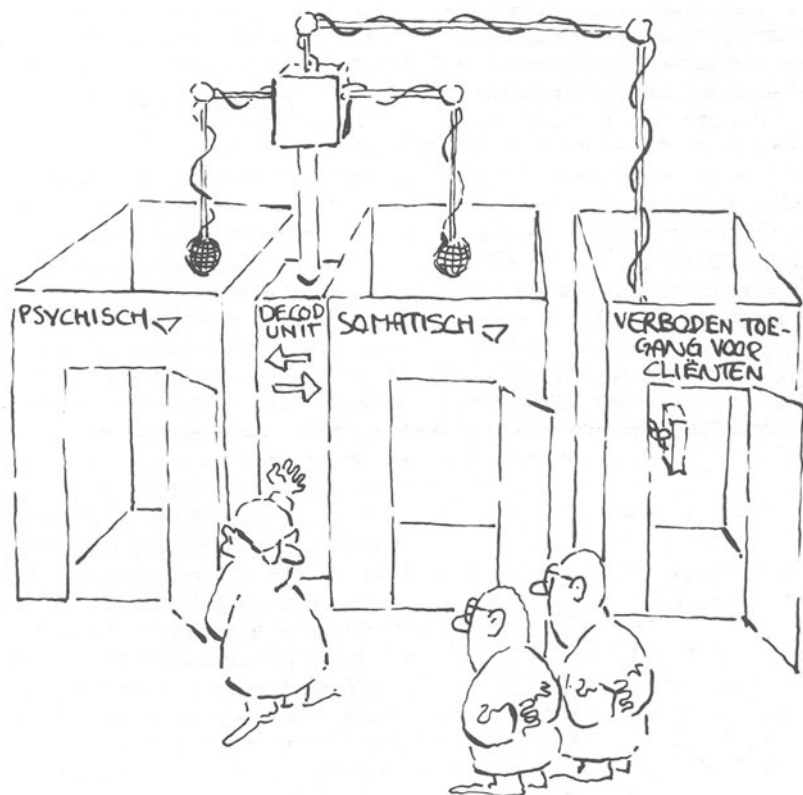
over het hoofd te zien. Ik probeerde bij deze patiënte psyche en soma niet als afzonderlijke eenheden te zien, maar als een dooreengeweven twee-eenheid.

De conclusie van *Pols*, dat men nooit per exclusionem mag vaststellen dat een klacht op een psychische oorzaak is terug te voeren, onderschrijf ik helemaal. Men moet duidelijk aanwijzingen hebben voor sociale problematiek of voor een psychische ziekte, wil men de lichamenlijke klachten hiermee in verband brengen. *Pols* stelt dan ook:

- het is alleen mogelijk een lichamenlijke stoornis aan te tonen door lichamenlijk onderzoek en een psychische stoornis door een onderzoek van de psyche;
- men kan nooit door een lichamenlijk onderzoek het bestaan van een psychische stoornis bewijzen en nooit met een psychiatrisch onderzoek het bestaan van een lichamenlijke stoornis uitsluiten.

Is er een oplossing voor het dilemma?

In mijn dissertatie (*Post* 1981) typeerde ik de huisarts als vertrouwensman. Iemand in vertrouwen nemen veronder-



EN DIT ONDERDEEL VAN ONZE NIEUWE BEHANDELINGSUNIT GARANDEERT U EEN OBJECTIEVE BENADERING VAN PSYCHE EN SOMA

stelt onder meer, dat hij een zekere deskundigheid heeft. De huisarts dient op een deskundige manier om te gaan met de klacht van de patiënt, hierbij lettend op diens totale functioneren. Mijn patiënte was eigenlijk een uitzondering. In verreweg de meeste gevallen wordt er bij de klacht hoofdpijn geen lichamelijke afwijking aangetoond. Toch is het altijd nodig de signaalfunctie van de klacht niet te beperken tot het psychosociaal functioneren.

Een aantal factoren kan helpen het moeilijke dilemma van psyche en soma te verkleinen. Misschien zal het daarvoor mogelijk zijn iets van de onzekerheid te verminderen.

- *Onderkennen van de signaalfunctie van de klacht.* Het luisteren naar de patiënt levert een van de basisgegevens voor het goed beoordelen van de klacht. De patiënt seint met zijn klacht iets over naar zijn omgeving en ook naar de arts. De arts dient het signaal op te vangen en te decoderen. Wijst het naar een dysfunctioneren van het lichamelijke aspect van de mens of naar een dysfunctioneren op andere niveaus? Heeft het te maken met relationele problematiek in het gezin of op het werk? Om dit na te gaan is, na het luisteren naar de patiënt, een lichamenlijk onderzoek even nodig als een onderzoek naar het functioneren van de patiënt op zijn werk, in zijn gezin, etcetera.

- *Het systematiseren van medische kennis.* De huisarts dient zijn medische kennis op huisartsgeneeskundige wijze te systematiseren. Hij dient daartoe te beschikken over epidemiologische kennis: hoe vaak komen bepaalde ziekten voor? Ook dient hij op de hoogte te zijn van vage symptomen en het natuurlijk beloop van verschillende ziekten. Aan de



andere kant dient hij ook kennis te hebben van het functioneren van de patiënt in zijn relaties. Het leren kennen van de communicatie van de patiënt in al zijn relaties is vaak van belang voor het doorschouwen van de klacht. Hiertoe is het nuttig voor de huisarts zich te verdiepen in de systeem- en communicatietheorieën (Watzlawick et al.). Een zeer belangrijke factor in het omgaan met het dilemma psyche/soma is dan ook de permanente na- en bijscholing van de huisarts.

- *Het leren accepteren van onzekerheden.* Hoezeer de huisarts ook attent is op de betekenis van de klacht, het is onmogelijk dat alle onzekerheden zullen kunnen worden opgelost. Vele feiten, ontwikkelingen en onverwachte zaken zullen niet grijpbaar zijn. Diagnostiek van bijvoorbeeld een appendicitis acuta is zo moeilijk, dat sommige patiënten te laat zullen worden verwezen naar de chirurg en anderen onnodig worden geopereerd, waarbij een appendix sana wordt verwijderd. Ook het niet volledig onderkennen van de „zwaarte” van de psychische problematiek zal frustrerende gevolgen kunnen hebben. Deze onzekerheden dienen door de huisarts te worden ingecalculeerd, en hij zal moeten leren hiermee om te gaan.

Slotbeschouwing

Mijn patiënte was aanleiding in te gaan op het dilemma tussen psyche en soma. Ze vertoonde een klacht die moeilijk te decoderen was. Aanvankelijk meende ik, dat de patiënte signaleerde dat ze in de problemen zat, terwijl bij nadere beschouwing steeds meer duidelijk werd, dat de klacht signaleerde dat er iets ernstig mis was in haar lichaam. Bedoelt men dit als men spreekt over integrale benadering?

In elk geval bedoel ik, dat psyche en soma niet afzonderlijk moeten worden onderzocht, dat het geen afzonderlijke categorieën zijn, maar dat ze beide een bepaalde uiting zijn van de ene mens. De huisarts heeft daar mee te maken en dient op geen enkel aspect van de mens in het bijzonder de aandacht te leggen, omdat er dan iets fout kan gaan: men mist dan immers het wezen van de klacht, die veel meer inhoudt wat in woorden kan worden uitgedrukt.

Samenvatting. De verdeling van de mens in psyche en soma leidt een hardnekkig bestaan in de geneeskunde. Klachten worden dan ook meestal geduid als van

psychische dan wel somatische origine. Aan de hand van een ziektegeschiedenis wordt op een andere benadering van de klacht gewezen. Het dilemma tussen psyche en soma wordt op deze wijze van veel minder betekenis en de onzekerheid van de arts kan hierdoor wellicht worden verkleind.

Summary. Psyche or soma: does it remain a dilemma?

The psyche/soma dichotomy is a persistent phenomenon in medicine. Symptoms are accordingly described as of psychological or of somatic origin. A different approach to a complaint is discussed on the basis of a case history. The dilemma between psyche and soma loses some of its significance in this way, and the physician's uncertainty may be somewhat alleviated.

Bastiaans, J. Psychiatric aspects of migrainous headache. In: P. R. Saxena (ed.). *Migraine and related headaches. Erasmus Universiteit, Rotterdam, 1975.*

Diamond, S. and B. J. Baltes. The diagnosis and treatment of headache. (1974) *Med. Trial Techn. Quart.*, 222-231.

Garner, H. H. et al. Psychiatric aspects of headache. (1976) *Headache* 17, 1.

Grol, R. (red.) Huisarts en somatische fixatie. *Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen, 1981.*

Melker, R. A. de. Controversen in de geneeskunde. (1981) *Med. Contact* 36, 163.

Pols, J. Een somatopsychisch dilemma. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1204.

Post, D. De huisarts en zijn hoofdpijnpatiënten. *Stafleu, Alphen aan den Rijn, 1980.*

Post, D. Hoofdpijn en de huisarts-patiënt relatie. (1981) *Huisarts en Wetenschap* 24, 9-12.

Querido, A. en J. Roos. Controversen in de geneeskunde. *Bunge, Utrecht, 1980.*

Verhulst, J. Pokerspel geneeskunde. *Nederlandse Boekhandel, Utrecht, 1972.*

Voort, H. van der. Altijd is Kortjakje ziek. (1980) *Huisarts en Wetenschap* 23, 109-111.

Watzlawick, P., J. H. Beavin en D. J. Jackson. De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie. *Van Loghum Slaterus, Deventer, 1970.*

Weyel, J. A. Medische psychologie. *De Tijdstroom, Lochem, 1971.*

Wibaut, F. De methode der geneeskunde. *Erven Bohn, Haarlem, 1960.*