

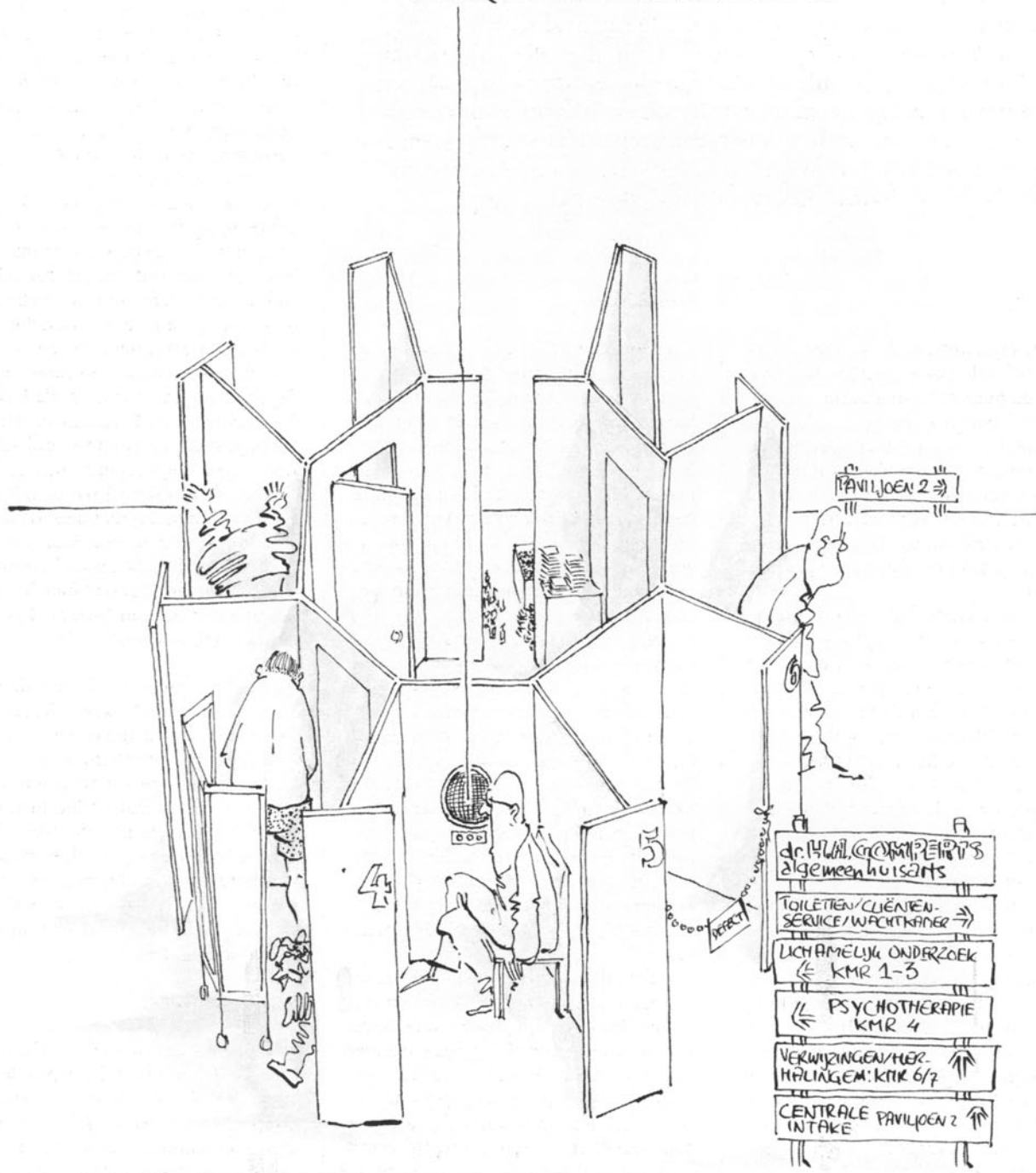
# Psychotherapie door huisartsen

Elders in dit nummer wordt stilgestaan bij de wettelijke taak van de huisarts als toezichthouder op de toegangspoort tot de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg. Behalve verwijzen kan de huisarts bij psychische problemen echter ook zelf de hulpverlening ter hand nemen. Dit komt vaak voor en kan uiteenlopende vormen aannemen, veelal zonder dat expliciet van psychotherapie

wordt gesproken. Sommige huisartsen beschouwen dergelijke psychotherapie als een integraal onderdeel van hun taak, anderen stellen zich veel terughoudender op of zien zelfs overwegende bezwaren.

Het is een vraag die we bij open-hartchirurgie niet stellen, maar bij psychotherapie wel: is psychotherapie een taak voor de huisarts?

EN VERTELT U NU EENS RUSTIG,  
WAAR 'T HEM PRECIES IN ZIT



DR. H. LAMBERTS

## Psychotherapie: geen taak van de huisarts

Huisartsen dienen goed te zijn in het voeren van gesprekken met hun patiënten en in therapie voor psychische en sociale problemen. Er is dan echter geen sprake van psychotherapie. Desondanks kunnen huisartsen best een bepaalde, specifiek psychotherapeutische benadering toepassen. Daaraan zijn echter twee risico's verbonden: in de eerste plaats zijn niet alle vormen van psychotherapie onder alle omstandigheden en voor alle patiënten zonder meer nuttig – ze kunnen zelfs schadelijk zijn; in de tweede plaats kan er een conflict ontstaan tussen de psychotherapeutische benadering en de specifiek huisartsgeneeskundige aanpak, zoals die in de gezinsgeneeskunde tot uitdrukking komt.

### Inleiding

Het uitgangspunt van deze, voor de gelegenheid polemisch gestelde bijdrage is, dat de huisarts systematisch en professioneel een omschreven taak heeft bij patiënten met probleemgedrag en hun gezinsleden – niet alleen bij de diagnostiek, maar ook bij de therapie en de bewaking van het verdere verloop. De huisartsgeneeskundige benadering van probleemgedrag is echter *geen* psychotherapie.

Indien een huisarts zich toch op psychotherapie wenst toe te leggen, verdraagt de huisartsgeneeskunde zich daar met de nodige voorzorgen wel mee. Essentieel is niet alleen, dat de vraag om hulp bij leefproblemen een professioneel antwoord van de huisarts verdient. Dit antwoord wordt bovendien goeddeels bepaald door in de beroepsgroep en in de maatschappij levende opvattingen over ziekte en gezondheid en over de normen en waarden met betrekking tot „la condition humaine”.<sup>1</sup> Hoe kijkt men tegen mensen met leefproblemen aan, op wie kunnen mensen met verdriet en met ernstige problemen een beroep doen, en wat is de positie van de psychisch ernstig gestoorde mens?

In dit kader is naar mijn mening psychotherapie geen taak van de huisarts; het is zelfs mogelijk dat de huisarts die ook psychotherapeut is, een langdurig goede relatie met zijn patiënten en hun gezinsleden bemoeilijkt.

### Definiëring

Op voorhand wil ik ten aanzien van het begrip psychotherapie geen semantisch probleem opwerpen. Zo goed als de huisarts niet met dermatologische problemen maar met huidziekten te maken heeft, en zo goed als er in de huisartsgeneeskunde geen sprake is van psychiatrische ziektebeelden maar van mensen met psychische en sociale problemen, zo goed is het ons begonnen om huisartsgeneeskunde en niet om impliciete psychotherapie.

Er zijn uiteenlopende definities voor psychotherapie, die door de verschillende disciplines – psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers en soms ook huisartsen – kunnen worden gehanteerd. Zo geeft Crisp een zeer ruime definitie van psychotherapie, als een behandeling die erop gericht is iemand te helpen zijn manier van omgaan met zichzelf en met de wereld, door middel van „interpersonal transactions” tussen patiënt en therapeut, zodanig te wijzigen dat hij er beter mee uit de voeten kan.<sup>2</sup>

Een dergelijke definitie maakt dat iedere poging van een hulpverlener om met een patiënt over zijn problemen te spreken, psychotherapie is. Mij gaat het hier om een meer beperkte benadering, waarbij de therapeut zich, op grond van zijn opleiding, als veranderingsdeskundige opstelt en waarbij gestreefd wordt naar een wijziging in de persoonlijk-

heidsstructuur en de diepste ervaringswereld van de patiënt of cliënt.<sup>3</sup>

De Jong citeert een vijftal definities, waarvan die van Blankstein voor Nederland in brede kring acceptabel lijkt: het aangaan van een meer of minder geëxpliciteerd contract tussen de cliënt of een cliëntsysteem met problemen van psychische aard, en een beïnvloedingsdeskundige, met het oogmerk om met behulp van psychologische middelen, in het bijzonder het op methodische wijze vestigen, structureren en hanteren van de hulpverleningsrelatie door deze deskundige, niet alleen de betreffende psychische problemen op te heffen, of althans te verminderen, maar ook de mogelijkheden voor zelfrealisering voor de betrokken cliënt te vergroten en daarmee zijn beslissingsvrijheid en keuzemogelijkheden te vergroten. Wanneer men oog heeft voor de maatschappelijke context van de psychotherapie in ons land, kan men ook zeggen dat een psychotherapeut iemand is die behoort tot de selecte groep van mensen die elkaar als zodanig erkennen: als iemand lid is van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie of van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, dan mag hij ongestraft en gehonoreerd het epitheton psychotherapeut dragen; indien hij niet tot een dergelijke sociale groep behoort, omdat hij niet door de ballotage komt, is er een forse kans dat zijn – door hem zelf als heilzaam beoordeelde – inspanningen door de officiële psychotherapeuten als van bedenkelijk allooi worden gekenschetst.

Nu hoeft de huisarts zich daar allerm minst door te laten afschrikken: het zou niet de eerste keer zijn dat een aspect van de hulpverlening door hem op een onwillige beheerder wordt bevochten. De essentie is echter, dat de huisartsgeneeskunde niet aansluit op de culturele omstandigheden en op de sfeer waarin de psychotherapie in de westerse landen groeit en bloeit; wij hebben daar als huisarts naar mijn mening praktisch geen binding mee.

### Probleemgedrag

Waar de huisarts wél een sterke binding mee heeft, is zijn rol bij probleemgedrag, met de preventie van somatische fixatie en met methodisch werken. Het gaat hier onmiskenbaar om taken van de huisarts, waarover veel wetenschap-

pelijk werk is verricht, waarvoor in de basis- en de beroepsopleiding plaats wordt ingeruimd, en die een bijdrage leveren tot de normering van goed huisartsgeneeskundig handelen.

Het is de *norm* dat de huisarts probleemgedrag onderscheidt van ziektegedrag en dat hij de psychische en sociale problemen van zijn patiënten goed diagnostiseert, van elkaar onderscheidt en afgrenst van somatisch bepaalde gezondheidsproblemen. De huisarts is een deskundige in leefproblematiek en hij weet, gesteund door een omvangrijke internationale literatuur, hoe hij met anderen in de eerste lijn (de maatschappelijk werker, de fysiotherapeut, de wijkverpleegkundige) lege artis moet delen. Wanneer de huisarts daarin te kort schiet, voldoet hij niet aan de norm.

Wanneer de huisarts echter op een geheel eigen manier, op grond van voor hem belangrijke en ook duidelijke overwegingen, een zeer specifieke psychotherapeutische handelwijze kiest, gaat het om de *waarden* in de huisartsgeneeskunde.

Soms is duidelijk dat een bepaalde handelwijze niet alleen niet goed is, maar zelfs verwerpelijk. Een bijzondere waarde en een groot goed in de huisartsgeneeskunde is het feit dat de persoon van de huisarts zo'n grote rol in zijn werk speelt. Een grote inter-dokter variatie is dan ook niet alleen acceptabel, maar zelfs toe te juichen. Dit is een waarde voor de huisarts-geneeskunde, die het er allemaal niet eenvoudiger op maakt, maar anderzijds ook de diepgang in onze professie ten goede komt.

### Hulpverlening bij psychische en sociale problemen

Williams heeft recent nog eens uiteengezet waar het voor de huisarts om draait, wanneer hij mensen met leefproblemen helpt.<sup>5</sup> Het gaat niet om psychotherapie, het gaat om *counselling*: „General practice has, however, developed a quite specific type of technique which can be described as a counselling approach. It can be defined as a helping process, the aim of which is not to change the person but to enable him to utilize the resources he already has for coping with life. It is therefore an enabling or facilitating response, the aim being to change behaviour and not personality”. In deze benadering komen belangrijke verworvenheden, zoals deze ook in verband zijn gebracht met mensen als Balint, Caplan en Rogers, tot hun recht.

Het belangrijke paradigma van het open en het gesloten contact sluit daar volledig op aan.

Mij beperkend tot de essentiële betekenis van het open contact, zoals dat door Stevens zo goed is beschreven, wil ik op een drietal mogelijke complicaties wijzen waarmee huisartsen zelfs in de „simpele” counsellende benadering<sup>6</sup> te maken hebben.

Men is geneigd een bijna onontkoombare relatie te leggen tussen enerzijds grote stress en ernstige rampen in het leven van de mens en anderzijds daaropvolgende gezondheidsproblemen. Daarbij spelen in de literatuur allerlei interverniërende variabelen, zoals sociale laag, opleidingsniveau, geslacht en wat niet al, een rol, zodat de kans op een zichzelf waarmakende voorspelling bestaat. Ik ontken niet dat dergelijke relaties in goed onderzoek onweerlegbaar naar voren komen. Het is de huisarts echter gegeven om de feitelijke betekenis ervan, in de relatie met zijn patiënten met stress, te exploreren. Het is een waarde in de huisartsgeneeskunde om het gecompliceerde, het individuele en het soms niet te verklaren beeld van „la condition humaine” recht te doen.

Een tweede complicatie, het psychosomatisch paradigma, lijkt de afgelopen jaren in belang af te nemen. Er ontstaat een, vooral door huisartsen gesteunde, meer „humanistische” en minder mechanistische benadering van de psychosomatosen.<sup>11</sup> Eigenlijk kan men zich langzamerhand permitteren het begrip psychosomatisch uit het huisartsgeneeskundig jargon te bannen, zonder dat de patiënt met een *ulcus duodeni*, astma of hypertensie daarmee te kort wordt gedaan.

De derde complicatie is het labelen van afwijkend gedrag, dat eveneens onderworpen is aan een groot aantal normen en waarden. Transcultureel zijn er grote verschillen, maar ook in Nederland speelt het labelen een grote rol. Ook psychotherapeuten hebben daar last van. Recent beschrijven Lange & Van der Valk hoe het oordeel van 58 ervaren psychotherapeuten door labelen verwrongen wordt bij het bekijken van videofragmenten van een echtparentherapie.<sup>7</sup> Negatief gekleurde voorkennis heeft invloed op het oordeel van de therapeut.

De essentie van hulpverlening door de huisarts – ook bij probleemgedrag – heeft nu net betrekking op het feit, dat hij heel lang en soms heel vaak met een heel gezin te maken heeft. Episoden

wisselen elkaar af: ups en downs, perioden met zeer intensief contact en tijden dat men elkaar bijna niet ziet, zijn heel gewoon voor de relatie van de huisarts met zijn patiënten. Het is een norm voor een continue relatie, dat hij steeds toegankelijk is voor alle soorten gezondheidsproblemen, inclusief psychische en sociale problemen. Het is echter een waarde, hoe iedere individuele huisarts, gelet op zijn persoonlijke voorkeur, zijn maatschappelijke opvattingen en zijn ethiek, dat doet. In de termen van Wulff: de huisarts wil doen wat het beste voor de patiënt is (*act utilitarianism*), en het effect van zijn inspanning met betrekking tot het nut voor de patiënt maximaliseren.<sup>8</sup> Het probleem van een patiënt-georiënteerd waardeoordeel is echter, dat vaak niet uit te maken valt wát het beste voor de patiënt is. Clements & Sider wijzen hegemonie van het autonomie-principe af.<sup>9</sup>

De opvatting die de patiënt heeft over beslissingen met betrekking tot zijn lief en leed, dient door artsen niet altijd als het laatste woord te worden opgevat. Er is wel degelijk een filosofische en ook een ethische grond voor een snuifje paternalisme: „So although clinical ethics recognize the importance of respecting the patient's wishes and the value of sharing relevant information with the patient, these issues take their rightful place within a larger context. Such a posture is not arrogant or Godlike paternalism. More consistent with the Hippocratic tradition, it insists that autonomy or formalism is an inappropriate foundation upon which to build medical ethics”.<sup>9</sup>

Welke andere waarden komen dan als medebeslissend naar voren? Daartoe behoren zeker ook waarden die te maken hebben met het beroep: *rule utilitarianism*.<sup>8</sup> Er zijn tal van aspecten van de huisartsgeneeskunde, die soms een negatief oordeel over het handelen toelaten, maar het veel vaker mogelijk maken om binnen de beroepsgroep uiteen te zetten waarom een bepaalde handelwijze goed te verdedigen is. Dit is de essentie van toetsing. McIntyre & Popper steken huisartsen, die bovendien van nature gewend zijn met een grote mate van onzekerheid om te gaan, een hart onder de riem: „In clinical practice many issues are clouded, and there are often times when there is no clear solution to a medical problem. This reinforces a relativistic approach – the view is that truth is relative, that there are no objective standards, that standards vary from individual to individual or from group to group”.<sup>10</sup>

## Het effect van therapie

De psychotherapie mag zich niet verheugen in voldoende onderzoek waaruit het effect voor de patiënt ondubbelzinnig blijkt. De uiterst sceptische benadering van Eysinck, en later van Truax & Carkhuff, is inmiddels wel afgezwakt.<sup>11,12</sup> Shapiro & Shapiro geven een goed overzicht van de stand van zaken.<sup>13</sup>

Vooraf wanneer men de doelen van psychotherapie precies definieert en compartimentaliseert, gebeurt er soms wel degelijk iets. Of het veel is, en vooral of het, gelet de immense inspanning, voldoende is, vraagt een waardeoordeel. Ook al is het direct aanwijsbare nut van psychotherapie niet zo duidelijk dat er niet over de indicatiestelling getwijfeld hoeft te worden, dit vormt geen verwijt dat alleen de psychotherapie treft. Veel onderdelen van de geneeskunde berusten op niet veel steviger grondvesten, en talrijke behandelingen en ingrepen kunnen in het schrille licht van de effectiviteitsmeting evenmin het hoofd geheven houden. Het gevolg is echter wel, dat er voor huisartsen ook andere overwegingen moeten gelden, als zij zich tot een bepaalde vorm van psychotherapie bekeken.

## De hulpverlening door de huisarts

Huisartsen zien veel psychische en sociale problemen, zij hebben daarover met vele hulpverleners in de eerste lijn contact en slechts zeer sporadisch verwijzen zij mensen voor psychotherapie naar de tweede lijn.<sup>1</sup> Het is een norm dat huisartsen probleemgedrag niet miskennen. Het is evenzeer een norm, dat zij iedere patiënt die met leefproblemen te kampen heeft, adequaat helpen. Zo goed als alle mensen met hypertensie en alle vrouwen die de pil gebruiken, recht hebben op hulp door hun huisarts, zo goed hebben alle mensen die in een leefprobleem vastlopen, recht op hulp. Vooropgesteld zij dat het vooral een culturele verworvenheid is, dat in Nederland mensen met sociale en psychische problemen zich met zoveel verwachtingen tot de huisarts wenden en niet tot een andere hulpverlener, of tot mensen in de eigen omgeving. Het is een waardeoordeel of dat goed of slecht is. In ieder geval ligt het in ons land nu eenmaal zo.

Voor de huisarts heeft dit als gevolg, dat hij in zijn dagelijkse praktijk – bijna nooit meer dan gemiddeld tien minuten per consult – recht doet aan het hele scala van de huisartsgeneeskundige pro-

blematiek. Dat getuigt, ook als er probleemgedrag bestaat, van werkelijkheidszin. Huisarts en patiënt kennen elkaar vaak lang en goed. De kwaliteit van de gesprekstherapie is dan ook niet zonder meer afhankelijk van de hoeveelheid daaraan bestede tijd. Regelmatig komt in een open contact de essentie van het probleem zo snel en zo helder naar voren – een *flash* – dat meteen aan de eerste vraag om hulp is voldaan. Een half uur is niet hetzelfde als drie keer tien minuten. De huisarts verbijzondert het probleem dan niet, de patiënt heeft in eerste instantie gekregen waar hij op mocht rekenen.

Natuurlijk doen zich situaties voor waarbij het nodig is aparte afspraken met patiënten te maken om langdurig en systematisch over een meer ingewikkeld probleem te praten. Dat is niet alleen voor probleemgedrag, maar ook voor andere gezondheidsproblemen een heel gewone zaak. Uitgangspunt blijft voor mij, dat de hulpverlening past in het totaal van de huisartsgeneeskundige benadering: het hele gezin met veel verschillende problemen gedurende een lange tijd. Daarop kan een gestructureerde psychotherapeutische benadering voor een relatie-probleem van een of meer gezinsleden gedurende bijvoorbeeld zes keer drie kwartier slecht aansluiten.

Betekent dit dan dat huisartsen zich niet in een bepaalde vorm van psychotherapie mogen bekwamen?

Allerminst. Huisartsen hebben net zo goed als ieder ander het recht om, al naar gelang hun persoonlijke voorkeur, dingen te doen die zij extra leuk of extra interessant vinden. Evengoed kan het voor de ontwikkeling van iemand belangrijk zijn, zich in een bepaalde techniek te bekwamen. Het leereffect daarvan kan naar de rest van zijn werk uitstralen.

Hij dient zich echter wel te realiseren dat hij bezig is met de verbijzondering van een klein stukje van zijn werk. Dat geldt bijvoorbeeld voor een huisarts die een bijzondere belangstelling voor re-fractie-afwijkingen heeft, en zelf zijn patiënten een bril wil aanmeten; het geldt evengoed voor de huisarts die Gestalttherapie of gedragstherapie in zijn praktijk wil toepassen.

## Conclusie

Huisartsen dienen goed te zijn in het voeren van gesprekken met hun patiënten en in therapie voor psychische en sociale problemen. Er is dan geen

sprake van psychotherapie. Desondanks kunnen huisartsen best een bepaalde, specifiek psychotherapeutische benadering in hun praktijk toepassen. Het is echter mogelijk, dat onder bepaalde omstandigheden bepaalde vormen van psychotherapie voor bepaalde patiënten niet altijd nuttig zijn, maar ook soms schadelijk. De huisarts die psychotherapeutisch werkt, loopt dit gevaar net zo goed als alle andere psychotherapeuten. Een extra gevaar is, dat hij daarbij de specifiek huisartsgeneeskundige benadering die hij in de gezinsgeneeskunde tot uitdrukking brengt – en het is een norm dat hij die benadering voor al zijn patiënten veilig stelt – op het spel zet.

<sup>1</sup> Lamberts H, Hartman B. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 333-42, 376-88, 393.

<sup>2</sup> Crisp AH. Interpersonal psychotherapies in medicine. Lancet 1977; ii: 1342-4.

<sup>3</sup> Derksen J. Psychotherapieën in het geding. Baarn: Nelissen, 1983.

<sup>4</sup> Jong CAJ de. Huisarts en psychotherapie. Med Contact 1983; 38: 1081-3.

<sup>5</sup> Williams J. The counselling approach in general practice. Update 1983; 16: 1815-23.

<sup>6</sup> Stevens J. Factors and fallacies in learning and teaching the science of consultation for the future general practitioner. JR Coll Gen Pract 1974; 24: 5-22.

<sup>7</sup> Lange A, Valk F.v.d. Labelingsprocessen en het oordeel van psychotherapeuten. Een experimenteel onderzoek. Nederlands Tijdschr Psychol 1983; 38: 286-300.

<sup>8</sup> Wulff H. Probabilities and value judgements in clinical decision making. In: Alperovitch/de Dombal/Gremy, eds. Evaluation of efficacy of medical action. Amsterdam: North Holland Publishing Company, 1979.

<sup>9</sup> Clements CD, Sider RC. Medical ethic's assault upon medical values. JAMA 1983; 250: 2011-15.

<sup>10</sup> McIntyre M, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. Br Med J 1983; 287: 1919-23.

<sup>11</sup> Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: an evaluation. J Consult Psychol 1952; 16: 319-31.

<sup>12</sup> Truax CB, Carkhuff RR. Towards effective counselling and psychotherapy. Chicago, Aldine, 1969.

<sup>13</sup> Shapiro DA, Shapiro D. Meta analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. Psychol Bull 1982; 92: 581-604.

JOOP STAM EN TOM POSTMA

## Psychotherapie en huisartsgeneeskunde: meer overeenkomsten dan verschillen

Onvermijdelijk werkt de huisarts vanuit een psychotherapeutisch referentiekader, zoals hij ook werkt vanuit een medisch-somatisch of een gezinsgeneeskundig referentiekader. Het verschil is dat de theorie erachter nog onvoldoende is geëxpliciteerd, al zijn met Methodisch Werken en Preventie van Somatische Fixatie wel al de eerste aanzetten daartoe gedaan. Huisartsgeneeskunde heeft meer overeenkomsten met psychotherapie dan met psychiatrie. Het verschil is vooral gelegen in de *setting* van waaruit gewerkt wordt.

### Concurrentiestrijd

Bij de discussie over de huisarts als psychotherapeut (ja dan nee) zijn in feite drie partijen betrokken: de „echte” psychotherapeut, de huisarts en de patiënt.

Wat psychotherapie in de huisartsensetting voor de patiënt betekent werd mij (TP) beter dan door discussies in vakbladen duidelijk, toen een brandweerman met wie ik een aantal gesprekken gevoerd had me vroeg: „Wat doet U nou eigenlijk?”

Ik antwoordde: „U heeft er nu inmiddels zelf wel een idee over gekregen, denk ik”.

Hij: „Ja, ja... een vriend van me vroeg aan me... wat doet zo iemand met je... nou toen heb ik uitgelegd... hij werkt eigenlijk zo als een detective... hij laat je dingen vertellen waar je anders niet zo gauw over praat”.

Dát is nu de kern van psychotherapie, zoals ik denk dat veel patiënten het beleven. De therapeut laat je praten (in zekere zin ook „doen”, bij bijvoorbeeld een gedragstherapeutische benadering).

Als het daar in wezen voor patiënten op neer komt, maakt het voor hen niet zoveel uit of dat nu gebeurt met behulp van een huisarts, een echte psychotherapeut of een maatschappelijk werker. Daarmee is niet gezegd dat deze drie hulpverleners niet over kwalitatief verschillende vaardigheden zouden beschikken, maar voor de patiënt staat dat niet op de voorgrond, als hij zich een-

maal aan de *talking cure* heeft overgegeven.

Voor de „echte” psychotherapeuten die nu in de organisatorische eenheden voor psychotherapie (OEP's) van de RIAGG's werken, is psychotherapie op het ogenblik allereerst een boterham waar al het beleg van afgehaald dreigt te worden.<sup>1</sup> Nog steeds moet het beroep van psychotherapeut wettelijke erkenning krijgen. Binnenshuis is men nog niet over de aanpassingsmoeilijkheden heen tengevolge van de samensmelting van verschillende hulpverleningsinstellingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg; er woedt daar, zoals te verwachten viel, een heftige concurrentie- en professionaliseringsstrijd.<sup>3</sup> En met de buitenwereld, in het bijzonder met de huisartsen, is het voor hen niet leuk kersen eten, als zij er ook nog van beschuldigd worden dat zij zich in het verleden weinig aan de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg van de huisarts gelegen hebben laten liggen.<sup>4</sup> Dan zorg je voor een keiharde definitie van psychotherapie die de ander laat voelen waar zijn plaats is:

Psychotherapie is:

- het op wetenschappelijk verantwoorde wijze behandelen,
- door een deskundige, die daarvoor is opgeleid,
- van patiënten, in die zin dat zij hulp behoeven voor psychische moeilijkheden, conflicten of stoornissen,
- door middel van het op methodische wijze vestigen, structureren en hanteren van een relatie,

– teneinde de psychische stoornissen op te heffen of te verminderen.<sup>5</sup>

De sleutelwoorden uit deze definitie, die steeds weer in discussies terugkeren, zijn het „ervoor *opgeleid* zijn” en het „op *methodische* wijze hanteren van de relatie”.

Of huisartsen zich echter vanwege deze twee sleutelwoorden buitengesloten behoren te voelen, is zeer de vraag. Voor huisartsen is, met het aannemen van het basistakenpakket van de huisarts<sup>6</sup>, het onderkennen (diagnostiseren) van psychische en sociale problemen norm geworden, waarnaar zij zich ook behoren te gedragen. Het behandelen (de therapie) van psychosociale problemen verkeert echter voorlopig nog in het stadium van waardeoordelen – visies waarover verschil van mening kan zijn. Juist door die waardeoordelen en visies te expliciteren voor het forum van beroepsgenoten wordt het mogelijk het behandelen van psychosociale problemen uit te tillen boven de vrijblijvendheid van weleer, en er normen voor te ontwikkelen. De ontwikkelingsgang van de huisartsgeneeskunde gaat, net als bij ieder ander beroep, van waarden naar normen.

### Overeenkomsten

De huisarts en de echte psychotherapeut stemmen in hun manier van werken in een aantal opzichten overeen. Allereerst geldt voor beiden het hanteren van de eigen persoon (gewaarwordingen, gevoelens) als middel in de relatie met de patiënt om een bepaald doel te bereiken. Voorbeeld: de huisarts gebruikt een opkomend irritatiegevoel als signaal voor wat er met de patiënt aan de hand zou kunnen zijn, en leeft die irritatie niet uit door de patiënt eens goed de waarheid te zeggen.<sup>7,8</sup> Zo gaan ook psychotherapeuten te werk.

Volgens de definitie moet het hanteren van de relatie op *methodische* wijze gebeuren en niet onsystematisch of incidenteel van aard zijn. De psychotherapeut zou dan getraind zijn in deze of gene methode en in het structureren van de relatie volgens die methode. De huisarts zou zo'n methodische benadering niet kennen en er niet in opgeleid worden.

Inderdaad is de huisarts meestal niet opgeleid in de psychoanalyse, gedragstherapie, Rogeriaanse benadering of gezinstherapie. Maar de (nieuwe) huisarts

wordt opgeleid in andere methoden: Methodisch Werken en Preventie van Somatische Fixatie. Natuurlijk is het zo dat deze methoden nog in ontwikkeling zijn, en dat Methodisch Werken en Preventie van Somatische Fixatie nog geen duidelijk aanwijsbare methoden opleveren voor behandeling van psychosociale problemen door de huisarts. Zo'n methode is in ontwikkeling en zal moeten uitgaan van en voortbouwen op die twee eerdergenoemde methoden.

De huisarts moet voor het ontwikkelen van een eigen „psychotherapie” voor patiënten met psychosociale problemen geen leentjebuur gaan spelen bij de Rogerianen, gedragstherapeuten of psychoanalytici, al is bestudering van psychotherapeutische theorieën wel gewenst om de verschillen en overeenkomsten te ontdekken. De huisarts moet echter uitgaan van de patiënt hoe die zich bij hem manifesteert met zijn psychosociale problemen. En dat is al-

leen al op grond van de startpositie bij het aangaan van het contact volstrekt anders dan bij de tweedelijns psychotherapeuten.

Of die methodische benadering van patiënten met psychosociale problemen in de eerste lijn nu psychotherapie moet heten of niet, is dan een woordenspel. Maar naamgeving en terreinclaim is in tijden van economische recessie, verre-gaande specialisatie en professionalise-ring niet zo'n onbelangrijke zaak! Dat

### De geschiedenis van een „slappeling”

De heer A, een 56-jarige stucadoor, komt op het spreekuur met als klacht duizeligheid. Hij is zes jaar in de praktijk en slechts één keer eerder geweest, wegens neklachten. Hij wil nu iets hebben voor zijn duizeligheid, die optreedt als hij wil opstaan. Hij moet dan weer gaan liggen om de optredende misselijkheid en braakneigingen te doen verminderen.

Ik (J.S.) heb symptoomassociaties (positienystagmus?), maar de symboliek van het tafereel maakt de meeste indruk op mij: „Zo kan ik niet naar m'n werk, dokter”. Een harde werker lijkt gevloerd.

Bij onderzoek vind ik geen afwijkingen. Dat stelt hem teleur. Deze teleurstelling blijkt voort te komen uit zijn idee dat, als de dokter niet weet wat het is, deze het ook niet (snel) kan genezen.

Ik heb dan wel geen geneesmiddel aan te bieden, ik kan hem wel een nieuwe afspraak aanbieden. Bij het volgende contact raken we aan de praat. Hij heeft een jachtige baan als stucadoor in de nieuwbouw. Hij is weliswaar in loondienst, maar als voorwerker runt hij grotendeels het bedrijf. Hij begint 's morgens als eerste en houdt er 's avonds als laatste mee op. Hij heeft al vele jaren slechts vijf à zes uur per nacht geslapen. Hij geniet van zijn werk: „Ik kan nog tegen de jongelui op”. De eerste keer dat hij duizelig werd, overkwam hem dat „op de steigers”.

Het meest ongewoon voor mij is dat hij zijn relaas zo luchthartig vertelt. Mijn gedachte is dat zijn lichaam zich niet verder laat exploiteren. Liggen: zo niet, dan wordt hij duizelig en misselijk.

Hij vindt het erg vervelend om naar de controlearts te gaan: „Wat moet ik zeggen tegen die man, want er is toch niks gevonden?”. Ik kan me zijn moeite daarmee goed voorstellen: geen duidelijke somatische afwijking bij een man die in het klagegedrag een joviale variant vertoont. Hij kan niet *down*, denk ik, dan zal z'n controlearts dat ook wel niet doen. Ik meen er dan ook goed aan te doen om als advocaat voor zijn klachten te gaan optreden. Ik vraag hem hoe hij tegen mensen aankijkt die al een tijd in de ziektewet lopen. Slappelingen zijn het, vertelt hij onomwonden.

Duizeligheidsklachten blijven een entree voor de spreekuurcontacten, maar hierna

komen nu ook verhalen over gebeurtenissen uit het verleden, toen alles nog goed ging, afgewisseld met moeilijk te verwerken hedendaagse ervaringen. In dit stadium durf ik het aan om zijn ideeën over hoe hij vroeger functioneerde, aan de orde te stellen en om voorzichtig daarachter een vraagteken te plaatsen. Zo vraag ik hem of die goeie tijden in alle opzichten en altijd even goed waren. Hij vertelt me dan dat zijn vrouw die vroegere tijden zeker niet zo goed gevonden heeft. Ze vond dat hij te weinig thuis was, maar „je hebt nu eenmaal een baan of niet soms?”

Ik stel hem de vraag hoe oud hij geweest zou zijn als hij, evenveel werk verzet hebbend, er een achturige werkdag op na gehouden zou hebben. Hij zou dan dichtbij de 65 jaar uitkomen.

„Toch niet zo'n slappeling dus?”

Zijn reactie is er een tussen aarzeling en instemming.

Als de klachten meer dan een half jaar duren verwijst de verzekeringsgeneeskundige hem naar een psychiater. De patiënt vindt dat onzin: „Ik ben toch niet gek”, maar hij durft er niet tegenin te gaan.

Zou ik voor hem gaan bellen? Misschien maak ik hem dan nog meer afhankelijk van mij dan hij al is. Als advocaat voor zijn klachten besluit ik het toch te doen en ik bel mijn collega om naar de achtergrond van de verwijzing te vragen. Na enig aandringen blijkt dat deze gedekt wil zijn, „ook naar boven toe”. Ik benadruk in dit gesprek de ernst van de klachten en de integriteit van de patiënt, ook al is er niets gevonden.

Deze en andere informatie van de kant van de verzekeringsgeneeskundige bespreek ik uitvoering met de patiënt. Samen bespreken we ook hoe zo'n keuring door een psychiater zou kunnen verlopen en wat de gevolgen kunnen zijn. Daarbij vind ik het nodig om hem duidelijk te maken waar ik sta als zijn huisarts: „U hebt lang genoeg gewerkt en als u klachten houdt en toch goedgekeurd wordt, dan zal ik proberen die beslissing om te draaien, als u het er tenminste mee eens bent”.

Kort na de keuring heb ik telefonisch contact met de psychiater. Ik geef duidelijk en uitvoerig mijn mening over de arbeidsongeschiktheid van de patiënt. Als de psychiater lijkt over te hellen naar een mening die tegenovergesteld is aan de mijne, stel ik

om tactische redenen een vervolgonderzoek van de KNO-arts voor. Ik verwacht daar weliswaar weinig heil van in medisch opzicht, maar er zou enige tijdswinst voor de patiënt van komen. Misschien zou ook hier gelden, dat uitstel tot afstel leidt.

De uitslag van de keuring is een teleurstelling voor de patiënt. De psychiater is van mening dat hij aangepast werk kan verrichten, als het KNO-onderzoek geen afwijkingen oplevert. In zijn rapport beschrijft hij de patiënt als een vriendelijke, coöperatieve man. Er is, schrijft hij verder, een discrepantie tussen de heftige duizeligheid en het actuele licht vitaal-depressieve beeld, maar psychiatrisch gezien is hij niet arbeidsongeschikt.

Bijna twee maanden later wordt hij door de KNO-arts gezien en „goed bevonden”. Deze stuurt hem, zonder overleg met mij, naar een neuroloog. Dit keer heb ik geen bezwaar tegen de somatiserende activiteiten van een collega. Als er geen aanknopingspunten voor een neurologisch lijden gevonden worden, schrijft de neuroloog Sinequan® voor vanwege het licht depressieve beeld.

In mijn contacten met de patiënt komt nu zijn gang door de medische wereld steeds meer centraal te staan. „Had ik maar een hartinfarct of zo iets, dan geloven ze je wel”. „Ik voel me met de nek aangekeken”. Zo'n reactie was voor mij begrijpelijk in het licht van wat hij eerder gezegd had over lopers in de ziektewet. Voor mij was het nu veel luisteren en af en toe wat informatie geven over de (denk)wereld van artsen.

De dag voor z'n definitieve WAO-keuring hebben de patiënt en ik de strategie voor de volgende dag doorgenomen. Sinequan® maakt meestal wel indruk, zeg ik tegen hem, als je zegt dat je er absoluut niet buiten kan. Ik zeg ook dat hij z'n vriendelijk gedrag voor één keer beter kan verwisselen voor dat van een „lijer”. Hij begrijpt het en lijkt er ook een heimelijk plezier in te hebben. Precies na een jaar klachten krijgt hij de WAO (voorlopig voor een jaar). Ik vind dat een terecht beslissing. Terecht ook in het licht van het door mij veronderstelde rouwproces van deze patiënt die niet kon klagen (verlies van identiteit als hardwerkende man). Dit proces in goede banen te leiden en niet af te remmen zag ik als mijn taak.

levert geld en banen op en creëert verwachtingen bij de patiënt. De officiële definitie van psychotherapie zegt veel te weinig over de specifieke inhoud van dat methodische van psychotherapeuten om huisartsen te kunnen buitensluiten.

## Setting

Er zijn wel andere gronden om staande te houden dat huisartsen iets anders doen dan psychotherapeuten. Hier voor is het nodig het begrip *setting* in te voeren. Setting – of met een Nederlands woord: werkkader – is het geheel van geschreven en ongeschreven *regels* die de relatie tussen de therapeut en de patiënt bepalen. Schnabel onderscheidt regels die de grens tussen de therapie en de wereld markeren (bijvoorbeeld regels over hoe lang en hoe vaak, en over wie naar wie komt), regels die de verhouding tussen de therapeut en de patiënt regelen ter wederzijdse bescherming (bijvoorbeeld ambtsgeheim) en regels die de omgang tussen therapeut en patiënt regelen (bijvoorbeeld geen rolverwisseling tussen therapeut en patiënt, geen seks).<sup>9</sup>

Psychotherapie wordt gekenmerkt door een doel (hoe moet een patiënt functioneren wil zijn therapie geslaagd genoemd worden), door een techniek (hoe te handelen teneinde het doel te bereiken) en tenslotte door een setting van waaruit getracht wordt met die techniek het gestelde doel te bereiken. Het is onze indruk dat het beschrijven van een concrete setting het meest verraadt van wat er werkelijk gebeurt in de hulpverleningsrelatie en waar de patiënt concreet mee te maken krijgt. Meer dan de inhoud of de vorm van het hulpverleningsgesprek maakt de setting het verschil tussen lekenhulp en professionele hulp zichtbaar.<sup>9</sup>

Ook het werk van huisartsen kenmerkt zich door een streven naar zorgvuldigheid in de omgang met patiënten. Welke regels zijn het die deze zorgvuldigheid moeten waarborgen en die als kenmerken van de specifieke huisartsensetting gezien moeten worden? De twee belangrijkste lijken ons:

- De huisarts behoort direct toegankelijk te zijn voor zijn patiënten,
- De huisarts onderhoudt een continue relatie met zijn patiënten, in tegenstelling tot de medisch-specialist of de psychotherapeut, die iemand behandelen voor de duur van zijn klachten of problemen.

Vele andere regels zijn hiervan afgeleid, of zijn er het noodzakelijk gevolg van.

Als het psychotherapeutisch werk van de huisarts anders van aard zou zijn dan dat van de officiële psychotherapeuten, dan is dat vooral vanwege het doorwerken van de invloed van deze twee regels op de methode van hulpverlening. Het is evident dat het verschil uitmaakt of men een keer per week een kwartier met de huisarts praat over problemen, of dat men dat vijf keer per week gedurende drie kwartier doet. Maar ook maakt het verschil of men midden in de nacht een huisarts kan roepen, omdat men bang is te stikken, of dat zoiets niet kan, omdat zo'n sterke *acting-out* en psychotherapie niet samengaan. Daarmee wil niet gezegd zijn dat de ene benadering of patiënt beter is dan de andere; ze zijn anders!

Juist vanwege de regel van directe toegankelijkheid kan de huisarts niet recht toe rechtaan psychotherapie bedrijven met een patiënt die zich met psychosociale problemen bij hem aanmeldt; zijn eerste verantwoordelijkheid is de pluis/niet-pluis taak. Maar te beweren dat hetgeen de echte psychotherapeuten doen, geen enkele relevantie voor de huisartsgeneeskunde zou kennen, is even onlogisch en ontactisch als wanneer men zou beweren dat huisartsgeneeskunde niets te maken heeft met bijvoorbeeld interne geneeskunde. De benaderingen zijn eerder anders en meer complementair van aard, dan dat zij niets met elkaar te maken hebben. De klachten van patiënten laten zich niet zo gemakkelijk in het professionele kader van hun hulpverleners persen. De huisartsen moeten zelf bepalen welke aspecten van de specialistische hulpverleningsmethoden geïntegreerd moeten worden in hun eigen methoden van hulpverlening. Grote behoefte is er aan het ontwikkelen van een eigen begripkader van waaruit gewerkt wordt met patiënten met psychosociale problemen.<sup>10</sup>

## Problempatiënten

„Doet de huisarts psychotherapie of niet?” is een veel te algemene vraag om met ja of nee te kunnen beantwoorden. Allereerst moet men de specificering *voor welke patiënten* de huisarts psychotherapeutische zorg verleent, toevoegen. Komt een patiënt op het spreekuur met de expliciete vraag om psychotherapie, dan lijkt het ons wenselijk de patiënt, na een gesprek waarin onder meer naar voren komt waar de patiënt voor zijn vraag het beste naar toe kan gaan, te verwijzen. Deze situa-

tie komt in de huisartspraktijk niet zo veel voor en is niet zo tijdrovend. We menen overigens te kunnen stellen dat deze handelwijze als norm beschouwd kan worden en niet alleen voor ons geldt.

Wel frequent voorkomend en tijdrovend zijn de patiënten over wie de medisch-specialist schrijft: „Op mijn terrein geen afwijkingen, ik heb de patiënt gerustgesteld” (wat niet gelukt is), van wie de tweedelijns psychotherapeuten zouden zeggen dat motivatie en zelfinzicht onvoldoende zijn, en van wie de huisarts denkt: „Ik zit ermee opgescheept.” Kortom, patiënten die zich bevinden in het niemandsland van de hulpverlening.

Dit zou niet zo'n probleem zijn, als deze patiënten wegbleven bij de huisarts. Dit is echter niet het geval.<sup>12</sup> Zij worden de patiënten met probleemgedrag, probleempatiënten of somatisch gefixeerden genoemd.<sup>13</sup>

Wat doet de huisarts dan als de patiënt blijft komen? Omtrent de benadering van deze patiënten in de Nederlandse spreekkamer is nauwelijks beschrijvend onderzoek gedaan. Wel is onderzocht hoe het er zou moeten toegaan.<sup>11,13</sup> Duidelijk is dat er vooral op dit gebied grote verschillen bestaan tussen huisartsen. Nogal wat collega's doen een beroep op de draagkracht van de patiënt met verwijzing naar *la condition humaine*<sup>14</sup> (je moet ermee leren leven). Als dat niet helpt – en waarom zou dat helpen? – volgt vaak een verwijzing naar een medisch specialist.

Bij dit soort verwijzingen staat de zin ervan voor de patiënt in schril contrast met de verwachte zinloosheid ervan voor de dokter. Maar voor deze laatste is de zin van zo'n verwijzing gelegen in de adempauze in de strijd om de macht (eloesheid) die beiden ervaren. Want gevoelens van machteloosheid zijn het meest kenmerkende, zoals uit onderzoek gebleken is, tenminste bij Nederlandse huisartsen ten aanzien van probleempatiënten.<sup>11</sup> De huisarts kan bij hen zijn medisch-technische deskundigheid niet kwijt. Ze kosten hem ook veel tijd.

## Methodisch Werken

Als de huisarts wel probeert het niemandsland van de hulpverlening te betreden, hoe gaat hij dan te werk? Met het Methodisch Werken<sup>15</sup> heeft men geprobeerd een leidraad te geven voor het huisartsgeneeskundig handelen, ook in deze gevallen. Over de benade-

ringswijze wordt hierin gesteld dat de huisarts zowel in de *intake*-fase alsook bij het opmaken van de tussen- en eindbalans het spoor van de patiënt moet volgen. Bij de *intake* (vraagverheldering) betekent dit dat de patiënt ruim baan krijgt voor zijn klachten en de beleving ervan.

Ons inziens is dat een adequate benadering in deze fase van het hulpverleningsproces. Bij het opmaken van de balans (probleemdefiniëring en vaststellen van het behandelingsplan) in het geval van een psychosomatische klacht is zo'n non-directieve houding echter vaak verwarrend voor de patiënt: de dokter tracht het spoor te volgen van een patiënt die het spoor bijster is geraakt.

Een voorbeeld hiervan dat mij (J.S.) bij het opleiden van een arts-assistent elke keer weer treft, is het omgaan met seksuele problemen van patiënten. Al methodisch werkend wordt de klacht alsook de beleving daarvan door de patiënt volgens de regels der kunst duidelijk. Maar als dat eenmaal gebeurd is, stopt het gesprek. Het blijkt dan dat de arts-assistent niet weet hoe dit soort problemen in elkaar kunnen zitten.

Het Methodisch Werken is op zijn sterkst wat betreft de *intake*-fase (en hoe dat te doen). Daarnaast biedt het een structuur voor het gehele hulpverleningsproces, maar het geeft weinig aanwijzingen voor het „doorwerken” van de problemen door de patiënt en de dokter. Wat verder opvalt, is dat het Methodisch Werken veel vraagt van het introspectief en abstraherend vermogen van de patiënt (welke vraag steekt er achter de beginvraag?). Ook wordt er te veel bijvoorbaat uitgegaan van de idee dat er een open contact tussen de huisarts en de patiënt bestaat, op basis waarvan een heldere vraagstelling naar voren kan komen. Onze casus demonstreert goed dat het wat te optimistisch zou zijn wanneer de huisarts van zo'n open contact uitgaat.

De op het spreekuur frequent voorkomende schaamte- en schuldgevoelens, neerslachtigheid en angst, alsook ziekte winst zijn onderwerpen die, ondanks het Methodisch Werken, niet goed over tafel komen, mede gezien de korte tijdspanne waarover de huisarts per patiënt beschikt. Persoonlijke gevoelens vertellen waar de dokter niet op ingaat, is pijnlijk. Bij ziekte winst is het vaak onzeker aan welke kant de huisarts gaat staan, die van de controlerend geneeskundige of die van de patiënt.

Over hoe patiënten te benaderen die geregeld om een onduidelijke reden het

spreekuur bezoeken gaat het Methodisch Werken al helemaal niet.

### Preventie van Somatische Fixatie

Dit laatste is wel het geval bij de benadering van de patiënt zoals beschreven in het project Preventie van Somatische Fixatie.<sup>13</sup> Hierin wordt een leidraad geboden voor het handelen in somatisch en psychosociaal opzicht. Eigen processen binnen de patiënt, processen vanuit diens omgeving en het handelen van de dokter worden onder de loep genomen. Het zwakke punt in het geheel blijft dat preventie van somatische fixatie het probleem van de dokter is, en niet de hulpvraag van de patiënt.

Preventie van Somatische Fixatie biedt, net als het Methodisch Werken, een (te) algemeen stramien en het biedt weinig houvast voor het maken van een keuze of men wel of niet zijn energie moet richten op het tegengaan van somatiseringstendenzen bij de individuele patiënt. Bij onze casus valt er een somatiseringstendens te bespeuren bij de patiënt (maar in welke mate?), bij de artsen en vanuit de maatschappelijke structuren waarmee de patiënt verweven is. De huisarts beschrijft hoe hij op een bewust gehanteerde, strategische wijze daartussendoor probeert te manoeuvreren. Maar algemene richtlijnen voor dit strategisch manoeuvreren zijn er nog niet.

De preventie van Somatische Fixatie heeft ook geen oog voor het praktijkprobleem dat *borderline* patiënten bij dreigende psychotische decompensatie een sterke somatiseringsneiging hebben. In zo'n geval zal de huisarts zich niet in de eerste plaats moeten richten op preventie van dat somatiseren. Het mee helpen structureren van de dreigende chaos is belangrijker en soms is het gegund krijgen van somatisering zo'n ordening.

Vroeger had de huisarts een hogere status en meer autoriteit en kon hij zich dientengevolge meer dan nu autoritair opstellen. Maar het effect van de veranderde scholing van de huisarts is aan de patiënten niet geheel onopgemerkt voorbij gegaan. Er is „contactgroei” opgetreden tussen de huisarts en zijn patiënten, juist door het hanteren van bovengenoemde technieken, en de mening van de patiënt wordt meer gehoord. Deze methodieken geven de patiënt in de spreekkamer zijn gevoelens terug (die moesten uitgebannen). Patiënten laten zich niet meer zo gauw afschepen. Voordat de huisarts het goed en wel beseft, wordt hij door de patiënt

in de rol van de psychotherapeut geplaatst, of hij dat nu wil of niet. De patiënt is er assertiever op geworden, en de dokter... minder autoritair maar zich vaak machteloos voelend.<sup>11</sup>

Dat hindert niet, vinden wij, dat is een goed startpunt voor het uitbouwen en verfijnen van de eigen methodiek bij de behandeling van psychosociale klachten door de huisarts.

### Theoretisch referentiekader

Methodisch Werken en Preventie van Somatische Fixatie fungeren als theoretisch referentiekader voor het handelen van de huisarts bij probleempatiënten. Deze behandelingstheorieën zijn echter te beperkt, en moeten aangevuld en verfijnd worden.

Hoe moet de huisartsgeneeskunde bij dat verder ontwikkelen van een theoretisch kader te werk gaan? Ons inziens zouden uitgebreide gevalbeschrijvingen, zoals ons (wegens ruimtegebrek beperkte) voorbeeld – discussiemateriaal kunnen leveren voor zo'n theoretisch referentiekader. Naast epidemiologisch-statistisch onderzoek<sup>16</sup> zouden dergelijke gevalbeschrijvingen een zeer belangrijke bron van nieuwe inzichten kunnen zijn.<sup>17,18</sup>

De gevalbeschrijvingen moeten niet lukraak gekozen worden en dienen aan twee eisen te voldoen:

- De motieven van de huisarts bij zijn handelen ten aanzien van het beschreven geval moeten geëxpliciteerd worden. Op basis hiervan kan dan een discussie over waardeoordelen gevoerd worden. Een forum van ter zake kundigen (de Commissie Medische Psychologie van het Nederlands Huisarts Genootschap?) kan vervolgens trachten vanuit deze waardendiscussies te komen tot normafspraken die in het officiële takenpakket opgenomen kunnen worden.

Het komt daarbij vooral aan op het ontwikkelen van een begrippenapparaat vanuit de huisartsgeneeskunde waarmee het gedrag van de patiënt in de spreekkamer begrepen kan worden. Anders wordt de huisarts zelf chaotisch of sluit hij zich af. En het is nodig om het eigen handelen niet alleen te kunnen structureren maar ook te toetsen. Bij wijze van voorbeeld: de begrippen „overdracht” en „tegenoverdracht” zijn in de loop van de geschiedenis van de psychoanalyse ontstaan om de psychoanalyticus (i.c. Freud) greep te geven op het ingewikkelde relatieproces dat ontstaan was als gevolg van de intensieve behandeling.



De door ons voorgestelde vorm van gevalsbeschrijving is in huisartsgeneeskundig Nederland bij ons weten nooit eerder systematisch toegepast. Spreeuwenberg, die onderzocht heeft hoe Nederlandse huisartsen omgaan met stervensbegeleiding,<sup>19</sup> benadert het dichtst de methode die wij voorstaan, hoewel de gevalsbeschrijvingen veel uitgebreider moeten. Huygen heeft deze benadering ook toegepast om het gezinsgeneeskundig aspect van de huisartsgeneeskunde te belichten.<sup>20</sup> Toch wordt daar nog te weinig de denkwereld van de huisarts ten aanzien van de behandelende gevallen ontvouwd.

In de wereld van de psychotherapie in Nederland zijn zulke uitgebreide gevalsbeschrijvingen niet ongevoel, maar ze blijven meestal ongepubliceerd en slechts ter beschikking van groepjes ingewijden (intervisie- en opleidingsgroepen). Dat gaat zo vanwege het gevaar de vertrouwelijkheid die vereist is voor het ontwikkelen van een psychotherapeutisch proces te schaden (medisch ambtsgeheim). Hoe huisartsen bij hun gevalsbeschrijving dit probleem behoren op te lossen, moet overwogen worden.<sup>20</sup> Wij hebben getracht het beschreven geval onherkenbaar te maken door een aantal vertekeningen aan te brengen.

• De te beschrijven gevallen moeten zo gekozen worden dat vooral aandacht besteed wordt aan het voorkómen van schadelijke effecten van „antipsychotherapeutisch” handelen door de huisarts (bijvoorbeeld geruststellen waar dat niet op zijn plaats is). Een beschrijving in de trant van: „Ik meende als huisarts met deze patiënt dit te moeten doen, omdat naar mijn idee het anders zo en zo fout gelopen zou zijn.”

In onze casus treedt de huisarts actief op als advocaat voor deze patiënt; dat is een bewust gekozen, strategische en daarom „psychotherapeutische” zet om erger te voorkomen. Wat dat erger precies is, valt vaak moeilijk te concretiseren. Het impliceert een waarde van de huisarts. Het is aan het forum van beroepsgeheten om te beslissen hoe uiteindelijk in dit soort gevallen gehandeld behoort te worden.

Gevalsbeschrijvingen die geschikt zijn

om discussies over waarden te stimuleren zouden kunnen zijn:

– gevalsbeschrijvingen waarbij de huisarts een psychotische decompensatie door zijn handelen meent te kunnen voorkomen;

– casus die laten zien hoe de schadelijke effecten van een eenzijdig medisch-technische benadering (somatische fixatie) worden tegengegaan;

– gevallen waarbij de huisarts beschrijft hoe hij het chronisch worden van psychosociale klachten tracht te ondervangen, wanneer ook afhankelijkheid van psychofarmaca een rol speelt;

– gevallen waarbij het gevaar van bagatelliseren – vooral bij psychoneurotische aandoeningen – wordt omzeild; en hoe het gevaar van psychische fixatie – door het overijld stellen van een diagnose en vooral door het ondoordacht uitspreken van een prognose daarbij – voorkomen kan worden.<sup>22</sup>

Dit soort gevalsbeschrijvingen leveren – dan meestal nog impliciet – persoonlijkheidsmodellen, psychopathologieën, maatschappijvisies en visies op de hulpverleningstaak van de huisarts op. van waaruit getracht moet worden een begrippenapparaat te ontwikkelen waaraan de individuele huisarts steun heeft bij zijn handelen en van waaruit hij uiteindelijk ook getoetst kan worden. Van waarden naar normen!

De historie van het onderzoek naar het effect van psychotherapie leert ons trouwens ook dat gevalsbeschrijving waarbij het niet goed ging of had kunnen gaan, voor de ontwikkeling van wetenschappelijk inzicht momenteel van meer nut is dan alle statistisch en methodologisch gezien ingenieuze effectonderzoeken (die al gedaan zijn en weinig nieuwe inzichten opgeleverd hebben<sup>23</sup>).

<sup>1</sup> Postma T. AGGZ vrij toegankelijk. Huisarts en Wetenschap 1984; 27 (suppl Huisarts & Praktijk 8): 4-8, 11.

<sup>2</sup> Vervallen.

<sup>3</sup> Mispelblom Beyer F. Hebben de RIAGG's een toekomst? Maandbl Geestel Volksgez. 1983; 9: 919-34.

<sup>4</sup> Bruins C. Moet de ambulante geestelijke gezondheidszorg vrij toegankelijk zijn? Maandbl Geestel Volksgez 1981;6: 517-28.

<sup>5</sup> Thiel JH. Wat is psychotherapie? I. Achtergronden. Ned Tijdschr Geneesk 1977; 47: 1891-4.

<sup>6</sup> Concept-rapport basistakenpakket van de huisarts. Ledenbrief LHV 1982 (dec.): 1-45.

<sup>7</sup> Dokter HJ, Voorhoeve NAJ. De irritatie van de dokter als signaal. Huisarts en Wetenschap 1962; 5: 280-2.

<sup>8</sup> Dokter HJ, Verhage F, Balint herzien. In: Es JC van, Joossens JV, Mandema E, Olt-huis G, red. Het Medisch Jaar 1984. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1984.

<sup>9</sup> Schnabel P. De psychotherapeutische situatie en het psychotherapeutisch kader: verborgen factoren in het evaluatie- en effectonderzoek. Tijdschr Psychother 1981; 5: 267-79.

<sup>10</sup> Dokter HJ. Is de huisarts psychotherapeut? Huisarts en Wetenschap 1984; 27 (ter perse).

<sup>11</sup> Sanavro FL. Probleempatiënten in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.

<sup>12</sup> Lamberts H. Probleemgedrag in de eerste lijn. Huisarts en Wetenschap 1975; 18: 492-502.

<sup>13</sup> Grol RPTM, red. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

<sup>14</sup> Lamberts H. De huisartsgeneeskunde als leer der kruispunten in de gezondheidszorg. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 465-76.

<sup>15</sup> Holten-Vriesema J, C Tompot, HJ van Aalderen e.a. Methodisch Werken. Huisarts en Wetenschap 1978; 2: 322-35.

<sup>16</sup> Lamberts H, Hartman B. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 333-42, 376-88.

<sup>17</sup> Es JC van. Huisarts en universiteit [Afscheidscollege]. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1982.

<sup>18</sup> Fahrenfort M. Over kwalitatief onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 57-60.

<sup>19</sup> Spreeuwenberg C. Huisarts en stervensbegeleiding. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.

<sup>20</sup> Huygen FJA. Family medicine. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1978.

<sup>21</sup> Gerechtelijke uitspraken. Over de herkenbaarheid van een patiënt in een publicatie. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 5: 230-1.

<sup>22</sup> Mangold B. Psychotherapie in de huisartspraktijk. Consult voor de huisarts 1977; juli: 1-9.

<sup>23</sup> Shapiro DA, Shapiro D. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. Psychol Bull 1982; 92: 581-604.