

Huisarts en somatiek

Drie zaken verdienen tot slot nog speciale aandacht.

NHG-voorzitter Tielens vroeg aan het begin van het congres om een nieuw elan: 'Het NHG in beweging'. Het NHG moet zich sterk maken voor de deskundigheid van huisartsen en voor kwaliteit in de huisartsgeneeskunde. Huisartsen moeten hun beroep serieuzer gaan nemen en aan anderen duidelijk maken waar ze voor staan. Het congres was daar in ieder geval een aanzet toe of een voorbeeld van.

Vervolgens de terechte toekenning aan Frans Meijman van de NHG-prijs voor een serie uitstekende artikelen en voor het samenstellen van het Register 1972-1986 van *Huisarts en Wetenschap*.

Tenslotte de aankondiging door Toine Lagro-Jansen van het thema van het volgende congres. Met een sprookje waarbij de vermoeide zaal nog even de adem inhield en waarin de huisartsgeneeskunde werd aangeduid als een 'jonge, wonderschone, intelligente vrouw', werd de toon gezet voor het NHG-congres 1988 over 'Huisarts en Somatiek'.

Oude jaargangen

Veel huisartsen die het vak verlaten, zullen hun oude jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* van de hand willen doen. Anderzijds zijn er beginnende huisartsen die geïnteresseerd zijn in overname van oude jaargangen. De redactiecommissie wil in dezen een bemiddelende rol spelen. Huisartsen die oude jaargangen hebben aan te bieden, en huisartsen die geïnteresseerd zijn in overname van oude jaargangen, kunnen zich *schriftelijk* wenden tot het redactiesecretariaat; beide partijen worden dan met elkaar in contact gebracht. De redactiecommissie gaat er daarbij van uit dat voor een dergelijke overname niet meer hoeft te worden betaald dan de verzendkosten. Overigens aanvaardt de redactiecommissie generlei aansprakelijkheid voor de transacties die uit haar bemiddeling mochten voortvloeien.

JAN MOORS, MARIETTE MOORS-MOMMERS, FONS SIPS EN THEO VOORN

Psychosomatiek en gynaecologische problemen

Van 27 t/m 29 maart 1987 werd in Helvoirt (N.Br.) de eerste cursus 'Postgraduate Education Rosmalen' gehouden. Er kwamen vier onderwerpen aan de orde: chronische adnexitis, het pelipathiesyndroom, pruritus vulvae en fluor vaginalis. De eerste twee onderwerpen worden in dit verslag besproken.

Inleiding

De psychosomatische geneeskunde is in Nederland in discredit geraakt. Men gelooft niet (meer) in straffe connecties tussen persoonlijkheidsstructuren en klinisch duidelijk te onderscheiden somatische ziektebeelden. Algemeen is men ervan overtuigd, dat de connecties niet zo specifiek zijn geweest als werd gesuggereerd door Groen.^{1,2} Ook een levenslange 'labeling' van een patiënt(e) aan een bepaalde ziekte of syndroom heeft de sympathie in Nederland niet (meer).

In andere landen, waaronder vooral Duitsland, bloeit de psychosomatiek als nooit tevoren. Jonge (huis)artsen bekwamen zich via deelname aan Balint-groepen in het omgaan met de psychosomatische aspecten. Ook gynaecologen zijn daar gevoelig voor een psychosomatische aanpak. De Nederlandse lezer zal zich misschien verbazen of zelfs ergeren aan de verbanden die tussen lichaam en geest worden gelegd. Als dat tot een discussie zou kunnen leiden, is die wat ons betreft in ieder geval welkom. De opleiding en praktijk in ons land overziende kan men zich afvragen: 'Is dit nog wel iets voor de Nederlandse arts?'

Onder leiding van Priv. Doz. Dr. Dietmar Richter, gynaecoloog en psychotherapeut werd van 27 t/m 29 maart 1987 de eerste cursus 'Postgraduate Education Rosmalen' gehouden. De workshop vond plaats in Helvoirt (N.Br.) en er waren 29 deelnemers, 25 huisartsen, drie gynaecologen en een psychiater. Het nagestreefde ideaal, een gelijke verdeling van mannen en vrouwen, bleek niet haalbaar.

Er kwamen vier onderwerpen aan de orde: chronische adnexitis, het pelipathiesyndroom, pruritus vulvae en fluor vaginalis. Alleen de eerste twee worden in dit verslag besproken.

De deelnemers was tevoren gevraagd in hun kaartsysteem te zoeken naar patiënten bij wie de (huis)arts een van de aangekondigde syndromen meende te herkennen. Zo kon tijdens de workshop gediscussieerd worden aan de hand van feitelijke aantekeningen van de deelnemers.

Onderzoeksmethoden

Prof. dr. Walter Everaerd stelde in zijn inleiding over onderzoeksmethoden dat het begrip psychosomatiek ons niet vreemd is. In de psychosomatiek maakt men gebruik van een aantal min of meer specifieke onderzoeksmethoden:

- de biografische en medische anamnese; de psychosomatische specificiteit van syndromen kon nooit bewezen worden;
- het opsporen van *life events* en medische parameters;
- gestandaardiseerde tests;
- fysiologische functietests onder variërende gedragscondities;
- epidemiologisch onderzoek om na te gaan of er een samenhang is tussen psychologische factoren en het voorkomen van bepaalde ziekten;
- tijdens psychotherapie kunnen de psychosomatische hypothesen getest worden.

Everaerd brak een lans voor goed gesystematiseerd onderzoek naar mogelijke verbanden tussen psychische en somatische aspecten van aandoeningen en klachten. Waarschijnlijk zijn deze verbanden veel genuanceerder dan in de vijftiger jaren werd aangenomen door Groen.¹ Dat bepaalde type mensen hartklachten, colitis of een maagzweer zullen krijgen, kan niet staande gehouden worden.

Chronische adnexitis

Adnexitis kan men onderverdelen in een acute, een subacute en een chronische vorm. Elke vorm heeft zijn eigen karakteristieke verschijnselen. Richter vond bij 97 procent van de vrouwen met een ongenueanceerde diagnose adnexitis een pijnlijk vaginaal touché. Bij 54 procent vond hij een fluor vaginalis en bij slechts 48 procent was er koorts.³

Er ontstond onder de deelnemers enige discussie of men wel kon spreken van chronische adnexitis, of dat men beter het begrip recidiverende adnexitis kon gebruiken. Opmerkelijk was dat een aantal van de aanwezige huisartsen eigenlijk nooit de diagnose chronische of recidiverende adnexitis stelt. Zij hadden in hun kaartsystemen geen casus kunnen vinden. In de discussie bleek dat men dan vaak andere 'etiketten' op het klachtenbeeld van patiënten plakt, zoals vage onderbuiksklachten zonder somatische afwijkingen of 'irritable bowel syndroom'.

Het is gynaecologen bekend dat de behandeling van recidiverende adnexitis vaak onbevredigend is. Het spreekt vanzelf dat een acute adnexitis een antibiotische behandeling en bedrust behoeft, waardoor de ontstekingsverschijnselen snel verdwijnen. Vol-

gens *Richter* heeft het recidiverende karakter van adnexitis te maken met de karakterstructuur van deze vrouwen.⁴

Wat de pathogenese betreft wordt over het algemeen in de somatische geneeskunde uitgegaan van een opstijgende infectie. Menstruatie, bevalling, abortus of gynaecologische ingrepen zouden aan de ontsteking voorafgaan. Uit onderzoeksliteratuur blijkt echter dat dit hoogstens in 45 procent van de gevallen inderdaad het geval is. In een groot aantal andere gevallen is er geen samenhang tussen het 'openstaan' van de cervix en het optreden van een adnexitis.⁵ Diverse onderzoekers vonden ook andere bacteriën in het cervixslijm dan in punctaten van tuba of Douglas-ruimte. Een infectieweg via de darm behoort tot de mogelijkheden. *Krebs* en *Parker and Jones* vonden bij bacteriologisch onderzoek van cellen uit de ontstekingshaard overwegend anaerobe bacteriën die behoren tot de normale darmflora.^{6,7} Andere mogelijke verspreidingswijzen zijn hematogene en lymfogeen.

De vraag dringt zich op waardoor de ene vrouw wel een (hematogene/lymfogene) infectie krijgt en de andere vrouw niet. Misschien kunnen andere (etiologische) factoren dit verklaren. Zo wijst *Van der Wal* op de mogelijkheid dat een afname van de algemene weerstand onder invloed van zware, vooral emotionele belasting een sleutelrol zou kunnen spelen bij het ontstaan van pelvic inflammatory disease.⁸

Gemeenschappelijke kenmerken

Enkele deelnemers, vooral de aanwezige gynaecologen, gaven een korte beschrijving van de gevallen die zij uit hun kaartsysteem hadden geselecteerd. Het ging in de meeste gevallen om vrouwen van 20 - 30 jaar, met recidiverende buikpijn en een pijnlijk vaginaal toucher. Het bleken doorgaans actieve vrouwen te zijn, actief in hun baan of in allerlei vrijwilligerswerk. Zij zijn doorgaans getrouwd met een oudere partner. Seksualiteit wordt door hen negatief beleefd. Zij zien er doorgaans, in de ogen van de arts, aantrekkelijk uit. Zij hebben verschillende relaties (gehad), soms na elkaar, soms tegelijkertijd.

Richter heeft psychologisch onderzoek gedaan bij een aantal vrouwen met een adnexitis. Hij stelde vast dat deze vrouwen zich verrassend vaak in eenzelfde conflictsituatie bevonden. Vrouwen met adnexitis hebben vaak twee partners, waartussen zij moeilijk kunnen kiezen. De ene partner is een vaderfiguur en kameraad, bij wie ze begrip en geborgenheid vinden, maar geen seksuele lust. Aan de andere kant zoeken ze echter afwisseling, ongebondenheid en een soort erotische spanning. Deze mannen zijn doorgaans actief, dynamisch en maken snel contact. Zij zijn echter ook vaak egoïstisch en onbetrouwbaar. Zo worden deze vrouwen heen en weer geslingerd. Bij de vaste partner missen zij het avontuur en de seksuele bevre-

diging. Bij de andere partner missen zij de warmte en de geborgenheid.⁹

Flak voor het ontstaan van de adnexitis kan men situaties vinden waarin de vrouw een keus moet maken voor één van de partners, of afgezien heeft van het bevredigen van de seksuele wensen en verlangens van haar vriend. De levensgeschiedenissen van deze vrouwen vertonen overeenkomsten die kunnen verklaren waarom zij seksualiteit en geborgenheid niet met een en dezelfde partner kunnen beleven. Uit de 'Neurosenleer'¹⁰, is bekend dat stoornissen in bepaalde fasen van de ontwikkeling daarbij behorende syndromen tot gevolg kan hebben.

Hypothese

Patiënten met een adnexitis maken hun geslachtsorganen tot strijdtoneel van het werken van hun woede en agressie. Hoe meer zij zich ingeperkt voelen in een afhankelijk partnerrelatie, des te sterker onthouden zij onbewust hun partner hun seksuele overgave. Dit uit zich in dyspareunie en anorgasmie.¹¹ Tegelijkertijd echter wordt het verlangen naar een andere, overwegend seksuele relatie steeds sterker. Zolang zij deze ook kunnen bewerkstelligen, en zo als het ware in evenwicht zijn, treden er geen adnexitiden op. Een recidief treedt op wanneer de sterke wens naar seksuele ontspanning niet kan worden vervuld, of omdat de vrouw haar vaste partner wil sparen, of omdat het mis gaat met haar andere relatie.

Richter veronderstelt dat opgekropte agressie die niet via een bevredigend seksleven kan afvloeien, kan leiden tot tubair spasmen en niet-fysiologische contracties van de spieren in het kleine bekken. Als gevolg hiervan treedt er een stase van bloed op met hypoxemie, oedeem in de perisalpinx en hypersecretie van het tuba-epitheel. Plaatselijke weerstandvermindering geeft de aanwezige microbiële kiemen een kans en een nieuwe ontsteking is het gevolg.

Behandeling

De behandeling is niet eenvoudig en langdurig. Belangrijk is het contact met patiënte niet te verliezen. Stap voor stap wordt de vrouw inzicht in de eigen situatie aangeboden. Adnexitis-patiënten kunnen beter geholpen worden door een mannelijke arts dan door een vrouwelijke arts, blijkt in de Duitse praktijk.⁹ De arts dient voor hen de verpersoonlijking te zijn van de 'ideale' partner, waarbij ze zowel de geborgenheid en warmte van de vaderfiguur kunnen vinden, als ook de spanning en opwindning met hun alter ego. De therapie is erop gericht hen te leren de twee tendenzen die ze in zich hebben, bij één partner tot uitdrukking te brengen. Daarom is vaak (echt)paartherapie nodig.

Nederlandse situatie

De Nederlandse huisarts zal in het algemeen slechts eenmaal per twee jaar geconfron-

teerd worden met een acute adnexitis.¹² Als de criteria aanwezig zijn, kan hij deze patiënten zelf thuis behandelen. Bedrust is een voorwaarde naast een antibioticum, meestal doxycycline 2 dd 100 mg gedurende 10 dagen (bij voorkeur gecombineerd met metronidazol 2 dd 500 mg). Vaak wordt een ijsblaas op de buik gelegd. Zo'n ijsblaas op de buik remt niet alleen de ontsteking, maar vergemakkelijkt ook het opvolgen van het advies tot absolute bedrust. Meestal is na 10 dagen de koorts verdwenen.

Overigens is de buikpijn vaak al eerder in ernst afgenomen, zodat het de vrouwen moeite kost het bed te houden. Is de koorts weg en is de BSE aan het dalen, dan kunnen we voorzichtig mobiliseren. In de loop van de komende bezoeken zal de huisarts pogen de biografische en seksuele anamnese af te nemen. Soms is daarvoor een uitleg nodig. Men kan bijvoorbeeld zeggen dat een ontsteking vele oorzaken heeft. In een uitgebreide anamnese kunnen we zonder moeite een seksuele en biografische anamnese invoegen. Komen we op een duidelijke relatie tussen het tijdstip van het begin van de klachten en een cruciaal 'beslismoment', zoals Richter beschreef, dan geven we dat verband aan patiënte terug. Daar laten we het dan voorlopig bij.

Bij een subacute of chronische adnexitis is het aan te bevelen de klachten van patiënte werkelijk serieus te nemen. Vaak heeft ze daarvoor al verschillende artsen geraadpleegd, die gezegd hebben dat 'het wel psychisch zal wezen'. Bij het lichamenlijk onderzoek doen we meestal ook een uitstrijk van de vagina en de cervix uteri. Als we geen duidelijke afwijkingen vinden, maar wel symptomen die op een recidiverende adnexitis wijzen, maken we een afspraak voor een uitgebreide anamnese. Omdat dat in het verleden vaak niet is gebeurd, en deze vrouwen nu de indruk krijgen dat er 'eindelijk' eens serieus naar hen geluisterd gaat worden, waarderen ze deze aanpak in het algemeen zeer.

Alle aspecten van het seksuele en emotionele leven worden niet meteen vlot verteld. Dat is ook niet erg. In een serie retourafspraken, bijvoorbeeld vijf maal 20 minuten met steeds een pauze van 10 tot 14 dagen diepen we de ontbrekende gebieden uit. De vrouw krijgt daartoe opdrachten, concreet geformuleerd en met het verzoek een dagboek bij te houden. Hebben patiënte en arts een goed overzicht en inzicht in de emotionele beleving van seksualiteit en relatie(s), dan kan er gewerkt gaan worden aan het leggen van verbanden tussen het ontstaan van de adnexitis en de emotionele gesteldheid van patiënte. Het wordt haar duidelijk dat ze op momenten waarop ze moet kiezen tussen een van haar twee 'persoonlijkheden' een nieuwe 'aanval' van adnexitis krijgt.

Nogal eens is het nodig dat de partner deelneemt aan de gesprekken, niet alleen

opdat hij beter inzicht krijgt in de problemen van zijn vrouw, maar ook om zijn bijdrage te kunnen leveren aan een oplossing. Als ook hem duidelijk wordt dat zijn vrouw een hang heeft naar avontuur, spanning en nieuwe uitdagingen en, aan de andere kant, graag een beschermende vaderfiguur heeft, dan kan hij proberen haar beide te bieden. Het is moeilijk zo'n serie gesprekken tot een goed einde te brengen. Nogal eens zal deze werkwijze de competentie van de doorsnee huisarts te boven gaan en is een verwijzing naar een psychotherapeut die oog voor en kennis van deze beelden heeft, het beste.

Er liggen een paar valkuilen. De vrouw heeft haar partner meestal gekozen vanwege zijn degelijke, betrouwbare, rustgevende karakter. Als die partner nu allerlei flitsende zaken gaat doen, kan ze dat als onecht ervaren. En ze schrikt van haar 'nieuwe' man. Beiden zullen dus een beetje moeten veranderen en om dat proces in harmonie te laten verlopen, is vakkennis en ervaring vereist. In de Nederlandse situatie zou een goede samenwerking met een eerstelijns psycholoog of een terzake deskundige maatschappelijk werker ideaal zijn. Huisarts en agoog zouden via een frequent contact op één lijn kunnen komen, zodat ieder van hen vervolgens geruisloos in de eigen spreekkamer een deel van de counseling kan doen.

Pelipathiesyndroom

Het pelipathiesyndroom is een ziektebeeld dat moeilijk valt te omschrijven. Het gaat om een organisch onverklaarbare, meestal chronische pijn in de onderbuik. Er zijn talloze benamingen voor dit syndroom: bekkenpijn-syndroom, hysteralgie, pseudo-adnexitis spastica, pelvic congestion, pelvipathie, enz. Dit groot aantal 'etiketten' suggereert al dat het gaat om een ziektebeeld met veel symptomen en bijkomende psychosomatische klachten, waarbij meestal de pijn in de onderbuik op de voorgrond staat. Daarnaast ziet men in volgorde van voorkomen: seksuele problemen, maagklachten, vasovagale reacties, hoofdpijn, dysmenorroe, psychogene fluor, obstipatie, oligomenorroe, slaapproblemen en het premenstrueel syndroom.

Bij lichamenlijk onderzoek vallen drie zaken op:

- pijnlijke organen in het kleine bekken, zonder dat daarvoor een organische verklaring gevonden kan worden;
- bij palpatie van de buik vindt men geen afwijkingen;
- bij vaginaal toucher is het inwendig genitaal 'deegachtig', vermoedelijk door stuwingsgevolg van vasocongestie;
- de baarmoeder, een of beide adnexeën, de parametriën, de sacro-uteriene ligamenten en de buikwand kunnen pijnlijk zijn; de pijn in de buikwand zit vaak op een typische plaats en is bekend als buikwandneuralgie.¹³

Met een laparoscopie kunnen organische

oorzaken van de pijn worden uitgesloten. Soms zijn er extragenitale oorzaken van de pijn. Men kan hierbij denken aan orthopedische oorzaken, neurologische en gastro-intestinale oorzaken: spastisch colon, diverticulose, obstipatie, chronische appendicitis, M. Crohn.

Neurotische reactie

Pathogenetisch gaat het om een neurotische reactie op niet opgeloste onbewuste conflicten. Men ziet hierbij nogal eens vereenzaamde vrouwen die geïsoleerd leven en veel ruzies hebben over de seksualiteit met hun partner. Vrouwen met een depressieve persoonlijkheidsstructuur lukt het nauwelijks in het dagelijkse leven hun eigen wensen en verwachtingen te verwezenlijken. Scheidingsituaties en werkloos worden, kunnen buikpijn veroorzaken.

Achter het pelipathiesyndroom kan ook een afweer van de seksuele wensen van de partner schuil gaan. Deze vrouwen zoeken in de eerste plaats warmte en geborgenheid, en voelen zich misbruikt als seksobject, of zij voelen zich overvraagd door hun partner.

Men kan twee groepen vrouwen met een pelipathiesyndroom onderscheiden. De ene groep wordt het best gekarakteriseerd met 'de geërgerde' patiënte. Deze vrouwen uiten tegenover artsen hun ontevredenheid over het niet opschieten van de diagnostiek en hebben kritiek op de behandeling. Deze houding kan tot gevolg hebben dat de arts de behandeling maar opgeeft, of dat hij zich laat verleiden tot een (ongewenste) operatie.

Bij de tweede groep gaat het om een gemaskeerde depressie. Allerlei lichamelijke klachten staan op de voorgrond en de psychische problemen blijven buiten beschouwing. Alle depressieve symptomen (slapeloosheid, lusteloosheid, moeheid, geen eetlust, libidoverlies) worden beleefd als een gevolg van de chronische pijn in de onderbuik. Deze vrouwen ontkennen niet alleen hun depressie, maar ook enigerlei psychisch probleem. Deze ontkenning maakt een behandeling bijzonder moeilijk.

Ook nu weer brachten de deelnemers gegevens uit de dagelijkse praktijk ter tafel. Ditmaal was de oogst bij de huisartsen zeer groot. Er was na de inleiding enige huiver of het door Richter geschetste beeld wel zou kloppen met onze ervaringen. En het is frappant, de overeenkomsten zijn duidelijk.

Behandeling

De eerste stelregel voor de behandeling is dat men interesse toont in deze mens met haar klachten. De vrouw wordt uitgelegd dat er vele oorzaken zijn voor pijn in de onderbuik. Daarna gaan we samen op zoek naar de mogelijke oorzaken. Eerst nemen we (opnieuw) een volledige algemene anamnese af. Daarna volgt een pijnanamnese: wanneer is het begonnen, hoe is het begonnen, waar is het begonnen, hoe is het op dit moment, en

waar zit het precies op dit moment? Vooral dit laatste is van belang: veel vrouwen met onderbuiksklachten kunnen de pijnplek niet precies lokaliseren. Tijdens het onderzoek vragen we om met één vinger aan te wijzen waar 'het' nu precies zit.

Het gynaecologisch onderzoek wordt (eventueel) gevolgd door een aantal onderzoeken op andere vakgebieden, zoals urologie of orthopedie, om extragenitale oorzaken uit te sluiten.

De huisarts stelt samen met de vrouw een handelingsplan op. Hierbij hoort het bijhouden van een dagboek, waarin nauwkeurig wordt genoteerd wanneer de pijn optreedt, hoe lang die duurt, hoe ernstig die is, enz. Met vaste intervallen heeft de vrouw een afspraak met de huisarts. Deze consulten behoeven niet lang te duren; het voornaamste is, dat de vrouw alle aandacht krijgt voor haar klachten en vooral dat elke verwijzing naar een eventuele psychosomatische oorzaak achterwege blijft. Men is nog steeds op zoek naar een organische oorzaak van de pijnklachten. Alleen de vrouw bepaalt, door haar houding, wanneer en hoe de overgang van organisch naar psychosomatisch plaatsvindt. Een diagnostische laparoscopie kan hierbij behulpzaam zijn. Na het uitsluiten van extragenitale oorzaken, kan de vrouw nogal eens haar laatste hoop hebben gevestigd op het 'in de buik kijken'.

Als bij de laparoscopie, zoals verwacht, niets wordt gevonden, deelt men de vrouw mee dat er gelukkig geen ernstige ziekten zijn gevonden, maar dat de pijn afkomstig is van stuwingen en verkrampingen in het kleine bekken, dat immers zoveel bloedvaten en zenuwen bevat. Men weet dat verkrampingen en spanningstoestanden heel pijnlijk kunnen zijn en kunnen ontstaan door overbelasting, zorgen en stress van welke aard dan ook. Daarna biedt men de vrouw aan om met haar na te gaan of er inderdaad sprake kan zijn van stress of spanningen.

Deze manier van behandelen blijkt in de praktijk effectief te zijn. De uitgebreide somatische diagnostiek speelt een grote rol om het vertrouwen van de vrouw te winnen. Het kan nog lange tijd duren voor de vrouw zover is, dat zij geleerd heeft haar eigen wensen en behoeften te onderkennen en ook te kunnen duidelijk maken aan haar naaste omgeving.

Nederlandse situatie

Het pelipathiesyndroom komt in de huisartspraktijk vaker voor dan men op het eerste gezicht zou denken. Het komt echter niet als zodanig in de registratiesystemen voor. Vaak zullen huisartsen een ander etiket plakken op klachten die in dit syndroom passen. Het is ook moeilijk een goed onderscheid te maken tussen de vele psychosomatische syndromen die als hoofdklacht 'pijn in de buik' hebben. Het spastisch colon, maagklachten en zelfs galblaasklachten zijn daar voorbeelden van.

Het zou een aanwinst zijn een begin van

duidelijkheid als iedere arts de klachten zeer nauwkeurig zou omschrijven. Dan kunnen scherpe differentieële diagnoses worden gemaakt en kunnen de criteria waaraan die moeten voldoen ook zo hard mogelijk worden gemaakt. Een prachtig terrein voor nader onderzoek in de huisartspraktijk. Vooralsnog gaan wij ervan uit dat de trias onderbuikklachten, maagdarmlklachten en seksuele aversie belangrijke bestanddelen van zo'n onderzoek zouden kunnen zijn. Een huisarts zal een geduldig oor moeten hebben en verder vooral via het meersparenbeleid te werk moeten gaan.

- ¹ Groen J, Horst L, Bastiaans J. Grondslagen der klinische psychosomatiek. Haarlem: Bohn, 1951.
- ² Groen J. Gedachten naar aanleiding van en ontleend aan de Boerhaave cursus medische psychologie 1960. Huisarts Wet 1960; 13: 348-51.
- ³ Richter D. Die Adnexitis aus psychosomatische Sicht. Therapiewoche 1979; 28: 9508.
- ⁴ Richter D. Recurrence of adnexitis-specific conflict. In: Dennerstein L, Senarclens M, eds. The young woman psychosomatic aspects of obstetrics and gynecology. Amsterdam: Excerpta Medica, 1983; 618-65.
- ⁵ Richter D, Strauber M. Psychosomatik in Gynäkologie und Geburtshilfe. In: Von Vexküll Th, Red. Psychosomatische Medizin. 3. Auflage. Urban & Schwarzenberg, 1986; 910-45.
- ⁶ Krebs G. Bakteriologische Probleme bei der Adnexitis. Gynäkologie 1972; 5: 214.
- ⁷ Parker RT, Jones CP. Anaerobic pelvic infections and development in hyperbaric oxygen therapy. Amer J Obstet Gynec 1966; 96: 645.
- ⁸ Van der Wal G. IUD en pelvic inflammatory disease. Huisarts Wet 1985; 28: 11-5.
- ⁹ Richter D. Psychoanalytic differential diagnosis of different neurotic disturbances in patients with pelvic pain and adnexitis. In: Carezza L, Zichella L, eds. Emotions and reproduction. 5th International Congress of Psychosomatic in Obstetrics and Gynecology. London: Academic Press, 1979.
- ¹⁰ Rümke HC. Psychiatrie I. Inleiding. Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1954; 268-75.
- ¹¹ Everaerd W, Moors JPC. Psychosomatiek en seksualiteit. In: Slob AK e.a. red. Seksuologie voor de arts. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom Stafleu, 1987.
- ¹² Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1983.
- ¹³ Kloosterman GJ. Pijn in de onderbuik. Ned Tijdschr Geneesk 1963; 107: 101.

IRENE VAN HAM

SIMG-congres in Klagenfurt

Wachtend op een taxi na mijn aankomst in Klagenfurt bedacht ik mij hoe snel een jaar voorbij gaat. Even lijkt het of je gisteren pas bent weggegaan: het weer (nog) altijd even prachtig, veel oude bekenden in dezelfde entourage van gezelligheid. En ook de opzet van dit 37ste SIMG-congres (Societas Internationalis Medicinæ Generalis) was dezelfde als de voorgaande jaren: 's morgens lezingen en 's middags workshops.

Verskillend niveau

De thema's van dit congres waren: de patiënt met bewegingsbeperkingen, bevordering van gezondheidsbewustzijn door de huisarts, de factor tijd in de huisartsgeneeskunde, het belang van het gezin in het leven van patiënten, dokters en hun teams, wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde en onderwijs in de huisartsgeneeskunde. De workshops sloten aan bij het thema van de dag (bijvoorbeeld manuele geneeskunde, research) of hadden betrekking op een meer algemeen onderwerp (bijvoorbeeld Balintgroep, computers in de huisartsgeneeskunde, onderwijspraktijken) en bestreken soms ook een aantal middagen.

De eerste drie dagen waren vooral bedoeld als nascholing voor de Duitstalige collega's, de laatste drie dagen waren internationaler, hetgeen zich uitte in een grotere verscheidenheid aan sprekers en toehoorders. Dit jaar was er voor het eerst simultaanvertaling in Frans, Duits en Engels.

Hoewel er in grote lijn een verbetering in de kwaliteit en de presentatie van de voordrachten zit, blijft het niveau erg wisselend. Deels kan dit worden verklaard uit het feit dat de organisatoren proberen zoveel mogelijk landen aan bod te laten komen. Daar de huisartsgeneeskunde niet in alle landen even ver gevorderd is (bijvoorbeeld Hongarije staat nog in de kinderschoenen), zijn de voordrachten inhoudelijk van heel verschillend niveau. Soms is dit ronduit storend: als op een dag waarop het gezin centraal staat, geen enkele spreker uit Nederland een voordracht houdt, ook niet uit Nijmegen, dat toch wel de bakermat van de gezinsgeneeskunde genoemd mag worden, dan komt men inhoudelijk niet uit boven het peil van het NHG in de zestiger jaren. En wat betreft de presenta-

tie mag men toch op zijn minst leesbare sheets of dia's verwachten.

De dagen over research en onderwijs hadden gelukkig meer te bieden: veelal goede voordrachten uit verschillende Europese landen. Verder was er dit jaar voor het eerst een posterpresentatie: ongeveer 30 posters gaven een indruk van onderzoeksactiviteiten op verschillende plaatsen in Europa. Helaas was West-Duitsland (23 posters, waarvan 8 van één inzender) hier sterk oververtegenwoordigd. Hier ligt nog een mooie taak voor Nederlandse onderzoekers.

Uitspraken

In plaats van een gedegen opsomming van alle voordrachten wil ik de lezer hier enkele uitspraken van sprekers doen toekomen:

- Riese uit West-Duitsland zei dat men bij iedere verwijzing naar de fysiotherapeut op het verwijsbriefje moet schrijven dat de patiënt oefeningen voor thuis moet krijgen. Als de patiënt niet thuis oefent, is alle inspanning tevergeefs. Dit lijkt mij een goed uitgangspunt, met name om somatische fixatie en onnodige afhankelijkheid te voorkomen.
- Klinger uit Oostenrijk merkte op in het kader van gezondheidsvoorlichting, dat voor de leek gezondheid, in strijd met de WHO-definitie, slechts afwezigheid van ziekten betekent. Bestaat er geen ziekte, dan hoeft er ook verder niet aan de gezondheid gewerkt te worden.
- Vagn-Hansen uit Denemarken benadrukte dat voorlichting aan leken dient te geschieden via die media waartoe de doelgroep toegang heeft, bijvoorbeeld video, tv, geïllustreerde tijdschriften, enz. De huisarts moet daarop inspelen.
- Almagor uit Israël formuleerde de uitkomst van zijn onderzoek naar de rol van de huisarts als volgt: 'Patients expect both good medical care as well as sympathy and a caring approach of their family physician'.
- Härter uit West-Duitsland zei: een goede huisarts is nog geen goed docent.

En met deze laatste opmerking nog in het achterhoofd verlieten wij wederom het zonnige Karintheë met de hoop door dit congres een iets betere huisarts te kunnen zijn en een iets betere docent te worden.

Volgende congressen

Ook de gezelligheid ontbrak dit jaar niet. Oude contacten werden hernieuwd en nieuwe gelegd. Op de vrijdagavond was er de traditionele internationale zang, waarbij dit jaar een Griek de hoofdprijs kreeg.

Over het partnerprogramma dit jaar kan ik u helaas niets vertellen, maar mocht u inmiddels zin krijgen om ook eens een SIMG-congres te bezoeken dan zijn de volgende data voor u van belang:

- 29 mei - 1 juni 1988: voorjaarscongres in Trondheim;
- 12 - 17 september 1988: najaarscongres in Klagenfurt.

I. van Ham, huisarts, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.