

De dokter als medicijn

Alternatieve verklaringen

In de serie 'De dokter als medicijn' zijn negen casus gepresenteerd waarbij de hoofddoelstelling luidde: 'Waarom is deze patiënt op dit moment voor deze dokter een probleem'. In dit commentaar heb ik getracht een aantal alternatieve verklaringen te geven voor de problemen die desbetreffende artsen ervoeren in de door hen gepresenteerde casus. Hiermee wilde ik aantonen dat 'eenvoudiger' verklaringen de arts duidelijker aanknopingspunten geven, om zijn problemen met bepaalde patiënten aan te pakken.

Het doel van probleemverheldering is een duidelijker beeld te krijgen van het probleem. Het is daarbij verleidelijk om te gaan spreken van 'verdieping' van inzichten en van 'ware' oorzaken. Hierbij blijkt vaak dat een probleem ingewikkelder wordt, naarmate we er meer over praten en er meer bij halen. De begeleiders van de groepen waaruit de gepresenteerde casus voortkomen, hebben een voorkeur voor de psychoanalytische theorie als verklaringmodel, terwijl die weinig aanknopingspunten geeft voor ander gedrag. Mijn kritiek op de serie 'De dokter als medicijn' luidt dat er te weinig 'dichter bij huis'-verklaringen voor het gedrag van de huisarts en van de patiënt worden gegeven: verklaringen waardoor de huisarts een andere kijk op het probleem krijgt en anders kan handelen. De casus zouden aan duidelijkheid gewonnen hebben als steeds expliciet onderscheid gemaakt was tussen het aanvankelijk gepresenteerde probleem en de meer genuanceerde probleemformulering ná bespreking.

- In de eerste casus, over het sterven van een jongen, wordt in de probleemverheldering de nadruk gelegd op de persoonlijke gevoelens van de arts. Deze gevoelens, die zijn gebaseerd op jeugdervaringen, hebben een storende invloed op zijn contact met de jongen en de moeder. Als oplossing wordt genoemd: het niet verwerken van de eigen innerlijke problematiek door de huisarts, zodat deze mee speelt in de relatie met deze zieke jongen en zijn ouders.

Deze verklaring en bijpassende oplossing geven de huisarts weinig aanknopingspunten hoe hij nu verder moet met deze patiënten. Een ander verklaring die hem wellicht meer openingen biedt, is de volgende. De huisarts wordt afgewezen door zijn patiënten: op een directe manier door de ouders en op een indirecte manier door de jongen. De arts wil op zijn manier helpen, maar het gezin heeft daar geen behoefte aan.

Het verhaal geeft de indruk dat de ouders en met name de moeder zich buitengesloten voelen

door de arts. Dit zou voldoende reden kunnen zijn voor hun afwijzing. De arts veronderstelt een strijd tussen moeder en zoon. Het is verhelderend de arts erop te wijzen dat kinderen, wat hen ook aangedaan wordt door hun ouders, zich meestal vanuit hun afhankelijkheid solidair met hun ouders opstellen. Dit kan de achtergrond zijn van het feit dat de jongen niet met de arts over zijn gevoelens wil praten. Vanuit deze verklaring kan men de arts aanmoedigen meer te luisteren naar de behoefte van zijn patiënten en met name ook de ouders; hij is immers gezinsarts.

Tenslotte lijkt het mij verhelderend voor de huisarts erop te wijzen dat een jongen van 16 jaar (puberteitsleeftijd) zich wisselend gedraagt als kind en als volwassene. De wens van de huisarts – 'ik wil graag dat de jongen op een volwassen manier afscheid neemt van zijn ouders' – is in dit licht een wel erg hoog gegrepen doelstelling.

- In de tweede casus over de twijfelende dokter wordt het probleem niet verhelderd. De dokter twijfelt en zijn antwoord op de vraag waar die twijfel vandaan komt, levert weinig op: 'Eigenlijk vind ik het een gek idee. Ik heb dit nooit meegemaakt. Ik denk dat ik buiten iets gebleven ben dat me erg in verwarring gebracht zou hebben.'

Opvallend in deze casus is dat in het commentaar meegegaan wordt in het oordeel van de huisarts, dat er sprake is van een absurde vraag van de patiënten. In de contactreden van de patiënt ligt de nadruk op de kinderwens. Het echtpaar zegt bevredigend te vrijen. Het is dus zeer de vraag of zij zonder kinderwens de huisarts geconsulteerd zouden hebben. Is er inderdaad sprake van een strak hymen dat de coïtus onmogelijk maakt? Andere mogelijkheden zijn vaginisme bij de vrouw en/of angst voor doorstoten bij de man. Alleen een seksuele anamnese aangevuld met lichamelijk onderzoek kan hier uitsluitsel geven.

Het komt tamelijk vaak voor in de huisartspraktijk dat patiënten een bepaalde oorzaak en bijpassende oplossing voor hun klacht hebben bedacht, die in de ogen van de arts niet juist is. Na het tweede gesprek, waarin ook geen verdere anamnese en onderzoek hebben plaatsgevonden, komt de vrouw nog een keer alleen en vertelt zij onder andere dat ze seksueel abnormaal is. In het commentaar wordt gesuggereerd dat de vrouw kennelijk met de dokter alleen over haar probleem wilde praten. Mij lijkt het minstens zo aannemelijk dat de man de moed al opgegeven had enig begrip voor hun klacht te krijgen en dat de vrouw een laatste poging deed. Opgemerkt wordt dat veel vrouwen zichzelf seksueel abnormaal vinden wanneer ze niet aan de standaardnormen voldoen, zoals drie keer per

week zin in vrijen en bij elke coïtus een gelijkijdige orgasme.

In het licht van deze andere mogelijkheden komt het overige commentaar wel erg ver af te staan van de gepresenteerde casus. Mijn veronderstelling is dat de betreffende huisarts twijfelde en blokkeerde, omdat seksualiteit voor hem een beladen onderwerp is. Het gegeven commentaar versterkt deze beladenheid eerder dan dat het de huisarts helpt om adequater om te gaan met een dergelijke klacht.

- In de derde casus wordt duidelijk dat dokter C in de war geraakt is na de tweede suïcidepoging van haar patiënte. Hiervoor wordt haar twijfel met betrekking tot de bedoeling van de patiënte genoemd: wil ze wel euthanasie en wil ze wel suïcide.

Het ligt meer voor de hand dat de arts zelf de verwarring schept. Naar aanleiding van de vraag van de patiënte om slaapmiddelen met als toelichting deze te sparen om suïcide te plegen, verstrekt de huisarts dagelijks drie tabletten, maar ze vermeldt niet dat dit middel ongeschikt is om suïcide te plegen. De dokter hinkt op twee gedachten: ze vindt de wens van de patiënte reëel maar wil er niet aan meewerken. Dit is voldoende om haar verwarring te verklaren. Dat de patiënte doet denken aan de moeder van de arts, is een complicerende factor waardoor zij extra emotioneel betrokken raakt bij de patiënte. De patiënte voelt zich zeer ongelukkig en de dokter is niet in staat de patiënte een gelukkiger leven te geven. Meegaan in de wens tot euthanasie betekent echter ook dat ze moet erkennen dat ze patiënte als het ware 'opgeeft'.

Overigens geeft de arts na de eerste suïcidepoging aan welke weg ze wil bewandelen: 'ik wil er wel over praten, maar ik werk er niet aan mee. Ik wil haar ook wel verwijzen'. Mogelijk is bovengenoemde verwarring er de oorzaak van dat ze haar voornemen niet heeft uitgevoerd. Dat een bezoek aan patiënte nog moeilijker is na de tweede suïcidepoging en de beschuldiging van de patiënte is zeer invoelbaar.

- In de vierde casus blijft het onduidelijk waarom de dokter geblokkeerd raakt. Net als bij de twijfelende dokter gaat het hier om een seksueel probleem. De sympathie van de dokter gaat duidelijk uit naar de mannelijke patiënt. Hij is bezorgd over de man en vindt dat de vrouw een overheersende indruk maakt. Mogelijk dat de dokter geblokkeerd raakte doordat de vrouw tegen de heersende normen ingaat. Van vrouwen wordt veelal niet verwacht dat ze seksuele prestaties eisen van hun man. In de praktijk heeft men juist veel eerder te maken met vrouwen die de impotentie van hun echtgenoot nauwelijks als probleem ervaren. Juist de onervarenheid met

betrekking tot het omgaan met seksuele problemen maakt dat de hulpverlener zich normatief opstelt en zich daarbij gemakkelijk afzet tegen de gene die er andere normen op na houdt.

- In de vijfde casus van de schuldige dokter wordt sterk de nadruk gelegd op de neurotische schuldgevoelens van de dokter. Tegelijkertijd wordt echter erkend dat de dokter ook een reële schuld heeft aan de dood van patiënte's echtgenoot. De redenering dat schuldgevoelens als gevolg van een gemaakte fout zouden moeten verdwijnen bij het inzicht dat we allemaal fouten maken, vind ik weinig aannemelijk. De spanning van de arts lijkt opgeroepen te worden doordat hij denkt dat de vrouw hem nog steeds iets verwijt. Hij zegt letterlijk: 'Ze had kunnen zeggen, ik vind u een lummel en ik ga naar een ander, maar dat is niet gebeurd.' Of deze gedachte klopt, kan hij alleen achterhalen door zijn patiënte daarnaar te vragen.

In het voorbeeld, aangehaald door een van de groepsleden lijkt dit zeer positief te werken. Tevens kan men aan dit voorbeeld een ander fenomeen illustreren. Bij gemaakte fouten met dodelijk afloop – meer of minder verwijtbaar – is het direct erkennen van de fout en excuses aanbieden vaak niet voldoende. De patiënt krijgt dan te weinig gelegenheid zijn boosheid te uiten. Het is immers moeilijk boosheid goed te uiten, wanneer iemand direct 'schuld' bekent. In dergelijke situaties is het goed om in een later stadium terug te komen op het gebeurde, om nogmaals de patiënt de kans te geven zijn gevoelens te uiten. Dit initiatief mag van de huisarts verwacht worden, aangezien hij de hoofdverantwoordelijke is voor de arts-patiënt relatie.

- In de achtste casus van de adviserende dokter wordt door de groepsbegeleiding gekozen in te gaan op de systeemleer. Mijns inziens is het belangrijker in te gaan op het feit dat bij een dergelijk probleem geen direct advies gegeven kan worden. Patiënte zegt (kort samengevat): 'Ik wil iets (niet meegaan met vakantie), maar dat krijg ik niet voor elkaar'. De dokter zegt dan: 'Toch moet je het doen.' Een dergelijk gesprek is een variant van 'dokter ik pieker zo', met als advies 'u moet ophouden met piekeren'. Ongevraagde adviezen worden bijna nooit opgevolgd. Zie ook de casus van de overbezorgde dokter.

Meer uitleg over het adviesgesprek volgens het participatiemodel, is beschreven door *Vrolijk e.a.*¹ De irritatie van de dokter kan ook verklaard worden uit het feit dat hij zich gekwetst voelt. Ten eerste heeft hij veel tijd aan haar besteed, terwijl achteraf blijkt dat dit weinig effect heeft gehad. Ten tweede moet de dokter concluderen dat zijn invloed kleiner is dan die van de echtgenoot.

- In de negende en laatste casus over de geïrriteerde dokter, wordt veel aandacht besteedt aan de medische kant van de klachten van de patiënt. Hierdoor wordt duidelijk hoe 'gevaarlijk' een dergelijke gevoel kan zijn voor het handelen van de arts. Het gevoel van irritatie wordt verklaard vanuit de machteloosheid die de dokter voelt, en het 'doorzettingsvermogen' van de patiënt. Het is juist de combinatie van deze twee fenomenen die nogal eens irritatie oproept. Machteloosheid die de dokter kan voelen bij chronische dan wel 'fatale' ziektes, leidt meestal niet tot irritatie, omdat de patiënt de onmacht van de dokter accepteert. In deze casus accepteert de patiënt de onmacht van de dokter niet. Het vervelende effect van een geïrriteerde houding is dat men minder dan wel verkeerde aandacht geeft aan de patiënt en daarmee zijn 'kleverige' gedrag als het ware aanmoedigt.

Jannie Gal

¹ Vrolijk A, e.a. Gespreksmodellen. Een geprogrammeerde instructie. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1976.

De empirie en de groepsbesprekingen (Naschrift)

Wij zijn het met mw. Gal eens dat alternatieve verklaringen mogelijk zijn. Analooq aan de psychotherapie maakt het nogal wat uit vanuit welk theoretisch kader er gewerkt wordt. Wij hebben duidelijk laten weten dat wij werken vanuit een psychoanalytische visie op het functioneren van de huisarts, waarvoor indertijd de grondslag is gelegd door de Hongaarse Engelsman Michael Balint.

Uit onze keuze blijkt niet dat een probleem ingewikkelder wordt, naarmate we er meer over praten en er meer bij halen', zoals collega Gal schrijft; integendeel: een van de tekortkomingen van de door ons weergegeven besprekingen is juist dat we vaak te beperkt op de gepresenteerde casus konden ingaan, waardoor een zekere eenzijdigheid ontstond. Maar wij zijn uitgegaan van een leesbare ordening van met de geluidsband opgenomen besprekingen. Pure empirie dus. Wat we nagestreefd hebben, is een zo duidelijk mogelijke beschrijving van die empirie. Ieder die anders werkt, kan dan zijn werkwijze ernaast leggen en ermee vergelijken. De bruikbaarheid in de praktijk maakt dan wel uit wat de vruchtbaarste is.

Wij menen dat we het tot zover met elkaar eens zijn. Op twee punten zien we een duidelijk verschil tussen wat mw. Gal voorstelt en wat wij zelf doen. In mw. Gals 'dichter bij huis'-verkla-

ringen lijkt zij zich meer op het actief helpen van de arts te richten dan wij. Wanneer wij dat proberen te verduidelijken aan de eerste twee casus, dan kunnen wij bij casus 1 stellen dat mw. Gal de arts verder wil helpen 'hoe (het) nu verder moet met de patiënt'. Voor ons lag daar in het geheel geen probleem. De huisarts had naar ons idee alle 'dichter bij huis'-verklaringen al nagegaan en wist precies wat hij eigenlijk met de patiënt verder zou moeten doen in medisch opzicht, maar hij bleef met een onbegrepen ontevredenheid zitten. Wij meenden dat hij het verstrikt zijn in zijn eigen emoties beter zou kunnen begrijpen als hij duidelijker zijn eigen emotionaliteit kon zien.

In de tweede casus hadden we er geen enkele behoefte aan de arts te helpen, 'omdat de seksualiteit een beladen onderwerp is voor hem'. We zouden ook hier kunnen zeggen: integendeel, we hebben de arts erop gewezen hoe beladen dat wel niet was voor hem. Het verschil is vermoedelijk dat wij meer de nadruk leggen op die aspecten van het werk waarbij het de arts niet lukt te begrijpen waarom iets gaat zoals het gaat; daarin spelen dan immers niet bewuste factoren een grote rol. Mw. Gal legt meer de nadruk op de hulp aan de arts bij de behandeling van diens patiënt.

Een tweede verschil is van meer technische aard. In onze benadering probeerden wij juist een meer algemene benadering, zoals mw. Gal die voorstelt, te vermijden. Opmerkingen als: 'een jongen van 16 jaar (puberteitsleeftijd) zich wisselend gedraagt als kind of als volwassene', konden we soms ook niet laten, maar we proberen ze wel zo min mogelijk te uiten. De reden hiervoor was dat wij wilden proberen zo dicht mogelijk te blijven bij de concrete arts/patiëntrelatie zoals die door de arts in de groepsbespreking werd gebracht. Dat was natuurlijk vaak moeilijk, want al heel gauw was het: 'maar dat zie je toch heel dikwijls...', of: 'dat ken ik wel, dat heb je bij dat soort patiënten ...' etc. Zoals gezegd, vaak konden wij ook niet ontkomen aan dergelijke algemeenheden, maar het was zeker niet een doel waarnaar wij hebben gestreefd.

De verschillen zijn niet groot, het zijn nuances. Maar het zijn wel nuances die niet gebagatelliseerd behoeven te worden. Wellicht kan ook mw. Gal eens het volledige protocol van haar werk publiceren, zodat de lezer een vergelijking kan maken tussen haar benadering en die van ons, want het gaat om het vinden van de beste benadering; dat wil zeggen: de benadering die het beste de huisarts helpt om te begrijpen waarom hij doet zoals hij doet (of nalaat).

H.J. Dokter
F. Verhage