

Ich möchte meine Ausführungen nicht abschliessen, ohne auf einen Punkt hinzuweisen, durch welchen der soziologische Aspekt im Aufgabenbereich des Praktikers ein besonderes Gewicht bekommt. Die Rollen, welche die Medizin in den Spezialfachern entwickelt hat, lassen dem Arzt nur noch sehr wenig Freiheit, sie seiner Persönlichkeit entsprechend zu modifizieren. Für die vielberufene Persönlichkeit des Arztes, oder weniger anspruchsvoll ausgedrückt, für das was er von sich aus für die Gestaltung des Verhältnisses zum Patienten mitbringt, bleibt dem Spezialisten nur noch wenig Spielraum.

Die Frage, ob diese Entwicklung für die Aufgabe der Medizin als „Heilkunst“ nützlich oder schädlich ist, wurde bisher fast nur emotional beantwortet, wobei idealisierende Selbstinterpretationen des ärztlichen Berufes die wichtigste Rolle spielten. Trotzdem gibt es bereits einige Untersuchungen, deren Resultate in diesem Zusammenhang aufschlussreich sind. Ich erwähne nur die Arzneimittelprüfung, die mit Hilfe des Blind- und doppelten Blindversuches sehr exakte, sogar quantitativ formulierbare Aussagen über den Anteil der Persönlichkeit des Arztes an dem Erfolg einer Behandlung erlauben. *Balint* hat gezeigt, dass die Persönlichkeit des Arztes einen sehr nachhaltigen Effekt auf den kranken Menschen hat. Er fordert daher eine Pharmakologie und Toxikologie dieser „Droge Arzt“ welche die heutige

Medizin anwendet, ohne über ihre Wirkungsweise und Toxizität Bescheid zu wissen. Auch hier bieten sich dem Praktiker, der seine Rolle noch nach seiner Persönlichkeit modifizieren kann, Möglichkeiten, die dem Spezialisten weitgehend verschlossen sind. Aus all dem ergibt sich also, dass die Erfahrungen, welche der praktische Arzt auf seinem Gebiet sammelt, der Medizin unersetzliche Impulse für eine Selbstkorrektur geben können. Wir brauchen die Institution der Allgemeinpraxis, in der bestimmte Aufgaben der soziologischen Medizin geleistet werden können, auch um die unkontrollierten Gewalten der technischen Entwicklung nach den wirklichen Bedürfnissen der Heilkunde lenken zu können.

- Balint, M. (1957) *The doctor, his patient and the illness*. Pitman Medical Publishing Co. Ltd., Londen.
Benedict, R. (1948) *Pattern of culture*. Houghton Mifflin Co., New York.
Braun, R.N. (1957) *Die gezielte Diagnostik in der Praxis*. Schattauer, Stuttgart.
Chapman, L. F., L. E. Hinkle en H. G. Wolff (1960) *Amer. J. Psychiat.* 117, 193.
Geiger, F. (1961) *Münch. med. Wschr.* 103, 411.
Hinkle, L. E. e.a. (1957) *Amer. J. Psychiat.* 114, 212.
Huguenard, P. (1956) *Triangel*, 216, deel II.
Laborit, H. en P. Huguenard (1951) *J. Chir. (Paris)* 67, 631.
Lidz, Th. (1959) *Psyche (Heidelberg)* 13, 516.
McGregor, R.M. (1953) *Hlth. Bull. (Edinb.)* 11, 14.
Pflanz, M. (1961) *Sozialer Wandel und Krankheit*. Stuttgart.
Strauss, R. (1957) *Amer. soc. rev.* 22, 203.
Wolff, H. G. (1953) *Stress and disease*. Thomas, Springfield.

BOEKBESPREKING

M. G. van Nieuwenhuysen. Persoon en milieu van de ulcus duodenilijder. n.v. Winants te Heerlen 1961. 328 bladzijden.

Het is altijd een verheugende gebeurtenis wanneer een huisarts een proefschrift heeft bewerkt en vooral als het onderwerp uit de eigen praktijk afkomstig is. Het laatste is het geval in deze dissertatie. Men moet grote bewondering hebben voor de schrijver, die een zeer grote huisartsenpraktijk in Limburg heeft, om naast zijn drukke werkzaamheden een omvangrijk onderzoek te verrichten en ook te voltooien.

Van Nieuwenhuysen heeft een bijdrage willen leveren tot de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde door een intensieve bewerking van 26 ziektegeschiedenissen van lijders aan een ulcus duodeni. Hiervoor heeft hij een zeer uitvoerige status samengesteld waarmee een integrale benadering van de patiënt werd beoogd. In deze status komen de volgende aspecten naar voren: organisme, persoonlijkheid, gezin, werk en verdere omgeving.

Naast het somatisch onderzoek werd voor het gesprek een grote plaats ingeruimd, waarbij vooral de „non-directive” methode werd toegepast. Ten slotte werd ook informatie van derden verkregen. Aan de hand van de ziek(t)egeschiedenis van één patiënt, de chef-monteur, werd de toepassing van deze status gedemonstreerd. Vervolgens werd het resultaat van het onderzoek van de 26 patiënten beschreven, waarbij zeer vele aspecten achtereenvolgens de revue passeerden. Zeer belangrijk is het onderscheid, dat Van Nieuwenhuysen maakt tussen 22 senioren en 4 junioren. Onder de eersten verstaat hij hen, die het ulcus pas in het eigen gezin verkregen, terwijl de anderen reeds een ulcus in het ouderlijke gezin verwierven. Het blijkt, dat er grote structuurverschillen tussen vertegenwoordigers van beide groepen voorkomen.

De senioren vertonen het beeld, dat ongeveer overeenkomt met andere beschrijvingen van ulcus duodenilijders in de psychosomatische literatuur, en waaraan door de schrijver nog een aantal elementen wordt bijgedragen. Het zijn oorspronke-

lijk driftige, later uiterlijk beheerste mensen, die bij voorkeur anderen domineren, maar anderzijds grote behoefte aan koestering blijken te hebben. Er bestaat zeer vaak de behoefte op de maatschappelijke ladder te stijgen, wat zowel in de huwelijkskeuze als in het beroep tot uiting kan komen.

De junioren bleken daarentegen vereenzaamde mensen te zijn, die een weinig dominerende rol vervulden. Er was weinig eerzucht te constateren, terwijl de ijver niet zeer groot was. De stemming was vaak vlak en weinig gedifferentieerd. In tegenstelling tot de senioren werd de moeder weinig geïdealiseerd. Bij beide groepen bleek „stress” in de overgrote meerderheid uit de sfeer van het gezin voort te komen en in mindere mate uit het arbeidsmilieu. Veelal neemt de ulcuslijder een marginale positie in, waardoor hij zich bijvoorbeeld juist tussen twee maatschappelijke klassen bevindt, welke situatie uiteraard ook zeer vaak „stress”-verwekkend kan zijn.

Als de schrijver uitvoerig de ziek(t)egeschiedenis van de chef-monteur beschrijft, dan volgt men hem als lezer geboeid. Hier wordt het wel en wee van een patiënt geschilderd en leert men iets kennen van een arts-patiëntrelatie. De andere patiënten leert men echter niet kennen, omdat er geen ziektegeschiedenissen van worden gegeven. De gegevens van de 26 patiënten worden facet voor facet bekeken, waardoor het gezicht op de zieke niet mogelijk is, maar alleen op de deelfacten. Aangezien alle punten uit de zeer uitvoerige status stuk voor stuk worden behandeld is het lezen hiervan zeer vermoeiend, mede omdat men de draad temidden van alle details wel eens kwijtraakt.

Eigenlijk bevat deze dissertatie stof voor verscheidene proefschriften. De schrijver heeft een zware taak op zich genomen door de problemen integraal te willen benaderen. Wellicht zou dit proefschrift aan kracht en diepte hebben gewonnen als de schrijver zich op een beperkter aantal facetten zou hebben geconcentreerd; het zou dan ook een geringere omvang hebben gekregen, wat een winstpunt zou hebben betekend.

Ik zou dit boek graag in handen van vele huisartsen willen zien.
Dr J. C. van Es.