

teruggekeerd in het ouderlijke milieu, deze „kennis” moeten kunnen effectueren.

Het is ons gebleken dat de plaats van de vader in de keten van interacties een voor het ziektebeeld van deze jongen determinerende grootheid is. Een plan tot begeleiding van het gezin, een wezenlijk deel van de therapie ten aanzien van patiëntje, zal in eerste instantie een begeleiding van de vader betekenen. De aanpak van deze gezinstherapie maakt een samenspraak noodzakelijk tussen huisarts en maatschappelijk werkster enerzijds en M.O.B. en eventueel sociaal-psychiater anderzijds. Aandacht zal verder moeten worden besteed aan onder meer de woonsituatie, de budgettering en de houding van de moeder, die straks het kind op een adequate manier in haar gezin moet weten op te vangen. Alhoewel de evaluatie van de vele gegevens nog wel meer problemen zal opwerpen lijkt het erop, dat er goede kansen zijn de gezinsituatie zodanig te beïnvloeden, dat met het normaliseren van de gezinsrelaties de genezing van patiëntje zal worden bestendig.

Met bovenstaand referaat wordt bedoeld een indruk te geven van de gang van zaken bij een meer adequate gezinsdiagnostiek. Het moge een zeer illustratief voorbeeld zijn, maar daarom is juist dit „ziektegeval” gekozen. Alle aandacht was in eerste instantie op de patiënt gericht, niet op „de patiënt in zijn milieu”. De vader was in dit geval wellicht meer patiënt dan het kind, althans in het begin. Bij een juiste interpretatie van de „voor het grijpen liggende” gegevens, was het mogelijk geweest eerder tot een gezinstherapie over te gaan. Tot deze zeer dreigende toestand bij patiëntje, die nu hopelijk

nog ten goede keert, was het dan misschien niet gekomen.

Summary. Reflections on the discussion of a sociomedical status at Nijmegen University Medical School. The importance of systematic familial diagnosis is illustrated by the „case history” of an 11-year-old boy showing severely disturbed behaviour. The occurrence of phenomena of interaction between the family members constitutes a phenomenological aspect of illness and health which has so far not been adequately studied and which is of importance for correct diagnosis and effective therapy. It is postulated that timely and adequate familial diagnosis might have prevented the disease picture from advancing so far. Finally, accompaniment of the family is a fundamental component of the treatment this patient should receive.

- Balint, M. The doctor, his patient and the illness. Pitman Medical Publications, London, 1957.
Bos, G. J. (1962) huisarts en wetenschap 5, 312.
Buck, C. W. en K. B. Laughton (1959) Acta psychiat.scand. 34, 165.
Es, J. C. van (1961) huisarts en wetenschap 4, 334.
Hare, E. H. en G. K. Shaw (1963) Brit. J. psychiat. 3, 467.
Huygen, F. J. A. (1959) r.k. Artsenblad 38, 297.
——— (1963) huisarts en wetenschap 6, 305.
Hoffmeyer, H. (1965) Publ. Hlth. Papers, Geneva W.H.O. 28, 9.
Kellner, R. Family Ill-health. Tavistock Publications, London, 1963.
Mertens, A. Th. L. M. (1951) Med. Contact 4, 697.
——— (1962) huisarts en wetenschap 5, 54.
Mertens, A. Th. L. M. e.a. De patiënt als gezinslid. Dekker en van de Vegt, Utrecht - Nijmegen, 1965.
Meuleman, L. E. (1967) huisarts en wetenschap 10, 319.
Meurs, A. W. van (1966) huisarts en wetenschap 9, 97.
Nieuwenhuizen, M. G. van. Persoon en milieu van de ulcus duodeni-lijder. Academisch proefschrift, Utrecht, 1961.
Pel, J. Z. S. (1964) huisarts en wetenschap 7, 17.
Richardson, H. B. Patients have families. Oxford University Press, London, 1948.
Uexküll, Th. von (1961) huisarts en wetenschap 4, 315.
Vlamings, A. L. H. (1962) huisarts en wetenschap 5, 52.
Westreenen, E. van (1964) huisarts en wetenschap 7, 103.

Berichten uit de psychosomatische studiegroep Zwolle*

DOOR DR. R. BLIJHAM

Inleiding. De aanleiding tot deze berichten was een verzoek namens de afdeling Zwolle der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst om op een afdelingsvergadering van één der afdelingsleden, tevens lid van genoemde studiegroep, een korte voordracht te mogen hebben over deze groep. De vijf in aanmerking komende groepsleden schreven ieder hun verhaal; uit deze vijf verhalen werd er één gekozen voor genoemde afdelingsvergadering; voor publikatie in dit tijdschrift werden de hierna volgende twee op-

stellen door de redactiecommissie gekozen. Het volgende diene ter inleiding.

Centraal staat de behoefte aan „explicitering”, verdieping en verbetering van de psychosomatische beschouwingwijze in het werk van de huisarts. Men dient het woord psychosomatiek op te vatten in zijn ruime betekenis, dat wil zeggen niet begrensd tot bepaalde groepen patiënten of bepaalde specificiteitshypothesen. Het gaat hierbij om een analyse van de ontmoetingsrelatie huisarts-patiënt. Iedere huisarts zal zich in die ontmoeting anders gedragen, overeenkomstig zijn persoonlijke instelling, voorgeschiedenis, mogelijkheden, karakterstructuur en opleiding. Anderzijds is iedere patiënt een unicum; hij past hoogstens min of meer doch vrijwel nooit exact in een hoofdstuk uit een leer-

* Zwolse studiegroep psychosomatiek van het N.H.G. Correspondentie-adres Dr. H. Blijham, Savornin Lohmanlaan 92, Groningen.

boek. De interactie tussen huisarts en patiënt is steeds opnieuw een uniek gebeuren, waarin de patiënt symptomen aanbiedt of klachten presenteert, terwijl hij van de dokter hulp, steun, aandacht, begrip en behandeling verwacht.

Anderzijds kan de inbreng in die ontmoetingsrelatie van de kant van de huisarts zijn: voorschrijvend, regulerend, directief, verbiedend, waarschuwend, angstaanjagend, doch ook begrijpend, luisterend, rustgevend, geruststellend, „empathisch”. Overdracht en tegenoverdracht spelen een grote en vaak niet herkende rol. Zo zijn er oneindig veel mogelijkheden van interactie. In deze interactie speelt het psychofysisch aanwezig zijn van de patiënt, ook voor zover zijn existentie pathologische kenmerken of aanpassingsstoornissen vertoont, een op de voorgrond staande rol omdat het gaat om een medische situatie. Een Cartesiaans-dualistische visie op de patiënt schiet hier tekort. De noodzaak van een voortdurende aandacht voor de totaliteit van de patiënt, hier en nu op een bepaalde wijze aanwezig, moet duidelijk zijn. De implicaties van het bovenstaande zijn vele, doch hierop kan in het kader van deze inleiding niet verder worden ingegaan.

Onderstaande opstellen zijn, in verschillende toonaarden, illustraties. De lezer moge tot nadenken en tot bezinning worden gebracht ten aanzien van het werken in de medische situatie, waarin enerzijds een gedegen natuurwetenschappelijke scholing onmisbaar is, doch waarin anderzijds de psychologische en sociale dimensie zich steeds weer onontkoombaar presenteert.

* * *

Psychosomatiek als facet van huisartsgeneeskunde. Psychosomatiek, medische psychologie of hoe men deze werkwijze in de hedendaagse geneeskunde ook wil noemen, is natuurlijk niet een kort geleden ontdekte wetenschap. Naar mijn mening zijn zeer vele reputaties mede gevestigd doordat de huisarts bewust of onbewust zijn patiënten psychosomatisch „hanteerde”, al zullen onze voorgangers deze benaming er niet aan hebben gegeven. Het opstellen van een definitie van psychosomatiek tegenover bijvoorbeeld psychiatrie, psychologie of andere medische specialismen zou echter thans te ver voeren. In het kader van dit opstel gaat het om een verslag van de Werkgroep Psychosomatiek, zoals deze sedert 1961 in Zwolle functioneert.

Na de tweede wereldoorlog kwam in diverse landen, temidden van velerlei vernieuwingen op vrijwel ieder wetenschappelijk of cultureel gebied, op medisch gebied een groep wetenschapsmensen naar voren met een werkwijze, een manier van medisch denken, zoals deze tot op dat moment eigenlijk niet in Nederland aan de universiteit werd gedoceerd, al werd ook hier in kleine kring al voorbereidend werk gedaan. De psychosomatiek deed haar intrede in de medische wereld en vanaf dat moment werden Balint, de psycholoog van de

Tavistock Clinic in Londen, Jores, internist in Hamburg, Groen en ook Weyel in Amsterdam, in de medische vakliteratuur bekende namen. Eén van de meest gelezen boeken op dit gebied is „The doctor, his patient and the illness” van Balint. In dit boek doet laatstgenoemde verslag van zijn werk met een door hem geselecteerde groep huisartsen. In Nederland komt de psychosomatiek als eerste punt op het programma van de Commissie Nascholing van het inmiddels opgerichte Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.). Hierdoor werden aanvankelijk het N.H.G. en de psychosomatiek wel met elkander geïdentificeerd.

Het is moeilijk om de vraag, waardoor de belangstelling voor de psychosomatiek zo groot werd, nauwkeurig te beantwoorden. Genoemd zouden kunnen worden de problematiek in de arts-patiëntrelatie, het gebrek aan kennis omtrent de medische psychologie, persoonlijkheidsstructuren en psychologische mechanismen. Wanneer wij een en ander nader concretiseren, dan is hetgeen zich bij tien tot vijftien procent van onze consulten afspeelt niet te begrijpen met onze natuurwetenschappelijke denkwijzen en methoden. Sommige onderzoekers komen zelfs tot veel hogere percentages. Genoemd percentage van onze bemoeiingen met patiënten is gedoemd om vast te lopen, omdat wij hebben geleerd een andere taal te spreken en in andere categorieën te denken dan zij. Dit veroorzaakt bij ons onbehagen, schuldgevoel door eigen falen, agressie ten opzichte van „zeur-patiënten”, hetgeen door hen met het optreden van gelijksoortige negatieve gevoelens wordt beantwoord. Dit is beslist een van de oorzaken van de devaluatie van het huisartsberoep. Fry, een Amerikaans onderzoeker op dit gebied, zegt op goede gronden dat negen van de tien patiënten met psychosomatische klachten door de huisarts zijn te behandelen mits deze zich hiervoor enige inspanning getroost, de problemen met zijn patiënten aandurft en niet toegeeft aan een psychologisch afweermecanisme zoals „Geen tijd hebben voor het praten met patiënten”.

Om aan de nodige kennis op dit gebied te komen blijkt een cursus niet de meest efficiënte werkwijze, omdat de toehoorder te passief blijft. Het bespreken in een kleine werkgroep van ten hoogste tien tot twaalf deelnemers, geeft vele voordelen: men raakt erbij betrokken met al zijn emoties, irritaties, medelijden, afweer en men merkt diezelfde gevoelens bij de allengs vertrouwd geworden groepsleden. Het merkwaardige is dat alleen in Nederland deze werkgroepen door de huisartsen zelf zijn opgericht, terwijl elders psychiaters een aantal huisartsen hebben geselecteerd tot werkgroepen.

In Nederland zijn momenteel tussen de dertig en veertig werkgroepen op dit gebied werkzaam. Niemand weet tot nu toe precies hoe een dergelijke werkgroep optimaal zou moeten werken. Er bestaan zeer uiteenlopende gegevens over samenstelling, frequentie van samenkomst en plaats van samenkomst. Volgens sommigen verdient het beurte-

lings samenkomen bij ieder van de deelnemers de voorkeur; anderen menen dat dan de gezelligheidsfactor te veel gaat meespelen. Een ander nog niet vastgesteld punt is de rol van de psychiater, bijvoorbeeld liever meer als adviseur naast de huisarts-discussieleider om vooral niet teveel een leeraar-pupil-verhouding te krijgen. Er zijn ook groepen, die onder andere om deze reden zonder psychiater werken. Onze werkgroep is ervan uitgegaan dat een psychiater wel is gewenst om zo nodig voorlichting te geven en behulpzaam te zijn bij het uitzoeken van literatuur over de te bespreken onderwerpen.

De werkgroep Zwolle werd door Brouwer, vroeger huisarts in Emmeloord, in 1961 opgericht. Aanvankelijk werden ongeveer tien artsen uitgenodigd van wie werd verondersteld dat zij waren geïnteresseerd; er werd besloten een psychiater uit Groningen aan te trekken, die in andere steden al ervaring met het werken op dit gebied had opgedaan. Mede gezien de grote afstand en het gebrek aan tijd van de psychiater werd besloten tot een maandelijks bijeenkomst in een centraal punt — de deelnemers kwamen uit de Noordoostpolder, uit Groningen, uit de Wijk! — namelijk de leskamer van het Sofia-Ziekenhuis te Zwolle. De duur der samenkomst van acht uur tot half elf werd bepaald door de treinenloop van en naar Groningen. Er werd ten aanzien van de opkomst geen dwang ingesteld, maar de reden tot eventueel verzuim moest wel zeer dringend zijn.

Er zijn in de verstreken zes jaar wel enige wijzigingen in de groep opgetreden, onder andere door verandering van werkkring van de oprichter, terwijl ook een enkele deelnemer zich na een aantal zittingen niet geheel thuis bleek te voelen. De open plaatsen werden meestal meteen ingenomen door nieuwe leden. Sedert de oprichting doen twee ambtenaar-artsen mee en sinds vorig jaar komt ook een specialist de avonden bijwonen. In de loop der jaren is er een grote verandering gekomen in de werkwijze van de groep. In het begin werd voor de pauze bij toerbeurt door een der groepsleden een theoretische inleiding of een referaat gehouden naar aanleiding van een artikel of een boek, bijvoorbeeld over maagklachten, hartklachten, migraine, anorexie. Dit moest wel gebeuren teneinde de nieuwe taal, die wij leerden, ook te verstaan en om vertrouwd te raken met alle nieuwe begrippen. Vooral de oudere artsen hadden hier grote moeite mee. De tweede helft van de avond werd gevuld met het beurtelings bespreken van een probleempatiënt. Wij volgden dus min of meer bewust de methode van Balint.

Niet alleen de probleempatiënt kwam ter tafel, ook het probleem voor de arts en de te volgen voortgezette bemoeienis, soms ook een „follow-up” na enkele maanden. Bij het brengen van een dergelijk probleem bleek telkens weer hoeveel de huisarts eigenlijk al weet voordat hij begint te behandelen; deze grote informatiebron wordt door ons steeds weer gevoeld als een argument vóór de be-

handeling door de huisarts zelf. Ook bleek telkens opnieuw hoeveel informatie de arts vooronderstelt bij de andere groepsleden, doch evenzeer kwam aan het licht het „vergeten” van informatie, de blinde vlekken, misschien veroorzaakt door eigen problematiek op dat speciale terrein. Naarmate de groep langere tijd functioneerde, veranderde de manier waarop werd gediscussieerd. Het groepsverband ging spreken, er werden meer persoonlijke gesprekken gevoerd en minder theoretische beschouwingen gehouden. Aan de ene kant werd de kritiek wat scherper en gedurfter, aan de andere kant werd deze milder door het gevoel zelf evenzeer op kritieke momenten te falen.

De laatste twee jaar worden hoofdzakelijk geluidsbanden, opgenomen tijdens een willekeurige spreekuur, soms ook van een afspraak met een probleempatiënt, besproken. Bij enkele leden van de groep bestonden aanvankelijk nogal wat weerstanden tegen deze werkwijze. Hoe invoelbaar deze weerstanden zijn, er bestaan echter onmiskenbare voordelen. De gesprekken zijn reproduceerbaar; intonatie, irritatie, spontaniteit van patiënten tot en met een huilbui toe zijn meer „life” dan welk verhaal ook. De patiënt, het probleem en niet te vergeten de huisarts zelf zijn „aanwezig” en niet alleen diens zorgvuldig geselecteerd verhaal. Overdrachtsverschijnselen, tegenoverdracht, irritatie bij de arts, het duiden van een klacht of opmerking, het laten voorbijgaan van een gelegenheid tot duiden, het ontwijken van een probleem zowel door arts als door patiënt, komen soms hinderlijk duidelijk naar voren en zijn naar believen opnieuw te beluisteren. Er is destijds een demonstratie door onze groep gegeven voor de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. Eén onderdeel van onze activiteiten moet in dit verband ook nog worden genoemd, namelijk een weekeinde, gehouden onder leiding van mejuffrouw Gaubitz, waar gesprekstechniek werd beoefend en wel speciaal zoals deze wordt gebruikt door Rogers. De deelnemers waren bijzonder tevreden over deze korte cursus.

Na de bespreking van het ontstaan van psychosomatische werkgroepen en speciaal van de Zwolse werkgroep, lijkt het mij nuttig om tot een evaluatie van ons werk te komen, respectievelijk de balans hiervan op te maken, vanuit een persoonlijk standpunt. Waarom zijn in diverse landen psychosomatische werkgroepen opgericht, waarom ben ik toegetreden tot een dergelijke werkgroep en tenslotte welke invloed heeft dit alles gehad op mijn werk als huisarts of op mijzelf als mens? Dit lijken mij de vragen die dienen te worden beantwoord. Op een antwoord op de eerste vraag werd door mij al terloops gezinspeeld. Vele onderzoekers komen tot de conclusie dat bij alle bemoeienissen tussen artsen en patiënten men in een betrekkelijk groot percentage, laten wij zeggen tien procent, niet tot een diagnose komt, ook niet wanneer wij het gehele natuurwetenschappelijk apparaat tot onze beschikking hebben. Vroeger en daarmee bedoel ik mijn begin-

periode als arts, was dan de „diagnose” aanstellerij of „de zenuwen”! Deze bemoeienissen leverden noch de arts noch de patiënt enige bevrediging op, integendeel. Arts en patiënt spraken een verschillende taal, begrepen elkander niet, vervreemden van elkander en dit gaf wederzijds aanleiding tot onlustgevoelens.

Dergelijke patiënten, die weliswaar met klachten, gepaard gaande met gevoelens, gelokaliseerd in bepaalde organen, maar bij wie dit niet door onze gebruikelijke methoden is „waar te maken”, blijken nu in een aantal gevallen te helpen te zijn. De huisarts kan hierbij belangrijk werk doen door methoden toe te passen die in de psychosomatiek en psychiatrie worden gebruikt. Het is niet zeker welke de beste methode is. Sommige patiënten blijken heel goed te helpen te zijn met het zogenaamde „counselen”, een methode ontwikkeld door Rogers; anderen zijn meer gebaat bij de methode Balint. Een en ander zal ook wel afhankelijk zijn van de persoon van de huisarts en van de persoonlijkheid en aard der klachten van de patiënt. Patiënten, die soms hinderlijk vaak of op een hinderlijke tijd en wijze beslag legden op de huisarts, omdat zij zich steeds weer letterlijk en figuurlijk voelden afgescheept met een recept of een andere dooddoener, blijken in enkele zittingen van bijvoorbeeld een uur op een afgesproken tijdstip zodanig te kunnen worden geholpen, dat zij niet meer tot de lastige „zeurpieten” behoren. Hun levenssituatie, waarin zij waren vastgelopen, is door de gesprekken in een andere sfeer gekomen, ofwel er is een nieuw inzicht ontstaan. Soms is al voldoende dat de patiënt weet dat er iemand is op wie hij kan terugvallen bij een recidief. In deze gesprekken komt soms veel ongekende of onvermoede tragiek naar voren.

Hiermede zijn indirect de eerste twee vragen beantwoord, zij het summier. Zonder hulp van de werkgroep, met de theoretische en praktische scholing die daarvan uitgaat, zonder de hulp welke de groepsleden daarbij elkander bieden — alleen al doordat men dezelfde moeilijkheden, emoties, irritaties en wat dies meer zij aanwezig weet bij de medeleden — gaat het werken niet zo goed. Dat ikzelf behoefte had aan bijscholing op dit gebied is duidelijk: in mijn studiejaren in Groningen werden deze problemen nooit besproken en in de jarenlange praktijk was mij wel duidelijk geworden dat ik niet die hulp bood, welke sommige patiënten vroegen, ja eisten. Toen ik pas in de praktijk was en mijn tien jaar oudere collega zuchtte en zwoegde onder zijn probleempatiënten, dacht ik vaak dat hij speciaal een samenraapsel had van de plaatselijke „zeurpieten”. Het blijkt dat ik jarenlang ben voorbijgelopen aan minstens even erge problemen, omdat ik er geen oog voor had en als duidelijke wisselwerking, door mijn patiënten er ook niet mee werd lastig gevallen.

Tenslotte de vraag over de invloed van het werken in deze werkgroep op de eigen werkwijze. Men moet niet denken dat ik daardoor van een dirigerende boeman in een zachtaardig lam ben veran-

derd. Zover gaat die verandering niet, maar ik heb wel het gevoel, dat ik toch toleranter, minder agressief ben geworden ten opzichte van de patiënt en tevens oplettender voor de mogelijkheid dat sommige klachten zeer bijzondere achtergronden kunnen hebben, die door mij anders moeten worden benaderd. In de discussies in de groep leert men zijn eigen emoties, irritaties, weerstanden en medelijden beter kennen. Men zou haast kunnen spreken van een zich veranderende persoonlijkheid door een soort mini-psycho-analyse (Brouwer, voordracht Boerhaave-cursus Medische psychologie, okt. '67). Het werk in deze werkgroep werd door mij als bijzonder prettig ervaren; hiermede is ook meer reliëf gekomen in mijn werk als huisarts. De hoop lijkt gerechtvaardigd dat deze veranderinge instelling ten goede komt aan de patiënten, want dat is toch het uiteindelijke streven: de nood van de patiënten op de beste manier te helpen dragen en als het mogelijk is deze nood te verhelpen.

* * *

Bericht over de werkzaamheden der psychosomatische werkgroep Zwolle. De groep is samengesteld uit acht huisartsen, een bedrijfsarts, een verzekeringsgeneeskundige en een kinderspecialist; er wordt gewerkt onder begeleiding van de psychiater Blijham te Groningen. Alle leden zijn voortgekomen uit de afdeling Zwolle of de afdeling Noordoostpolder (N.O.P.) van het N.H.G. De deelnemers kennen elkaar goed door een jarenlange, intensieve samenwerking en door het geven van een uitvoerig levensbericht. Wij menen als werkgroep positieve resultaten te bereiken op de volgende punten.

1. Door bespreking van probleempatiënten die door alle deelnemers bij toerbeurt worden gepresenteerd. Voor bijkans ieder lid der werkgroep doet een dergelijke bespreking een identiek probleem uit eigen praktijk herleven. Wij krijgen op deze manier een zeer grote casuïstiek over psychosomatische probleempatiënten.

2. Doordat men een gericht advies krijgt van de psychiater en van de collegae voor eigen probleempatiënten.

3. Door een exploratie van eigen gevoelens en emoties ten opzichte van de patiënt. Balint toonde aan hoe belangrijk het is, dat wij onze eigen agressies en de negatieve en positieve overdrachtgevoelens tegenover bepaalde patiënten kennen en in ons werk integreren. Vooral de bandopnamen van onze gesprekken in de spreekkamer, welke wij in onze kring reproduceren, zijn vaak een openbaring wat betreft onze attitude ten opzichte van de patiënt.

4. Door deze bandopnamen hebben wij ook een goede controle op onze gesprekstechniek, die tijdens de spreekkameractiviteiten wordt gedemon-

streerd. Een goede gesprekstechniek is natuurlijk niet alleen belangrijk tijdens de behandeling van psychosomatische patiënten, maar ook voor onze contacten en de dagelijkse praktijk.

5. Door een betere opleiding in begeleidings-techniek van die patiënten, die oncorrigeerbare probleempatiënten zijn.

Ter verduidelijking van het voorafgaande volgt een ziektegeschiedenis waarin de behandeling van psychosomatische problemen duidelijk wordt gedemonstreerd.

De patiënt is een man, die in 1933 is geboren. Hij is momenteel afdelingschef in een grote fabriek. Sinds 1962 staat hij in mijn praktijk als patiënt ingeschreven. Hij meldde zich op het spreekuur met maagklachten. Deze maagklachten bestonden reeds sinds 1957. In 1959 was er een internistisch onderzoek geweest zonder positieve bevindingen. De waarschijnlijkheidsdiagnose was: chronische gastritis. De therapie bestond uit een Meulengracht-dieet en antacida, maar er werd geen overtuigend resultaat verkregen. In navolging van deze diagnose en therapie begon ook ik met een Meulengracht-dieet plus spasmolytica en fenobarbital (Luminal). Na een lichte verbetering der klachten recidiveerden de maagbezwaren. Een hernieuwd door mij aangevraagd onderzoek gaf als resultaat: geen duidelijke tekenen van een ulcuslijden. Indirecte aanwijzingen in deze richting waren: verhoogde zuurwaarden en een zeer vlakke glucosebelastingcurve. Tot zijn ontsteltenis werd de patiënt medegedeeld dat hij op dat moment niets mankeerde, maar dat er onherroepelijk wel een maagzweer zou ontstaan.

Gezien de duur der klachten en het resultaat van het specialistische onderzoek heb ik een gespreksterapie bij deze patiënt ingesteld. Betrokkene was het tweede kind in een groot gezin van het lagere middenstandsniveau. Hij was streng gereformeerd opgevoed. De instelling ten opzichte van de vader is negatief. De vader wordt als streng, driftig en dirigerend beschreven. Moeder was zeer zorgzaam en beschermend, maar zij stond sterk op de achtergrond tegenover de dominerende vader. Na een succesvol beëindigde middelbare schoolopleiding voelde patiënt de ambitie om dominee te worden, maar dit was niet realiseerbaar wegens financiële redenen, verder omdat de man geen gymnasiale opleiding had genoten en omdat hij een ondefinieerbare angst koesterde voor falen tijdens of na de studie. Betrokkene ging naar kantoor en volgde een bedrijfseconomische cursus. Hij is geleidelijk opgeklommen tot afdelingschef.

Objectief gezien was zijn carrière geslaagd. Hij wordt zeer gewaardeerd door zijn superieuren. Hij heeft echter een panische angst om in zijn beroep te falen. Patiënt kan zeer slecht delegeren aan ondergeschikten. Hij wenst zijn afdeling perfect te beheersen en te kennen. Hij is zeer ge-

voelig voor kritiek van zijn medestafleden op de fabriek. Betrokkene ervaart iedere structurele verandering in de fabriek als een bedreiging. Hij wilde bijvoorbeeld, toen de afdeling inkoop van zijn afdeling werd gesplitst, ontslag nemen en zich herscholen tot sociaal werker. Hij is op stafvergaderingen zeer prikkelbaar, hij voelt zich al gauw bedreigd en belaagd door zijn collegae, alhoewel hij zich deze irritatie goed bewust is. Patiënt is gehuwd met een vroegere collega van kantoor, hij heeft twee kinderen. Het huwelijksleven is goed en verloopt naar mijn mening zeer geslaagd. Volgens betrokkene maakt hij echter dezelfde fout als zijn vader: driftig, te dominant en egocentrisch. Frappant vond ik echter verder nog, dat deze vlotte, perfect geklede, wat gemaniëerde man geen grote of buitenlandse autoreizen durft te maken, wanneer hij zelf moet chaufferen.

Na enige gesprekken van een half uur en een medicamenteuze therapie bestaande uit lichte sedering waren de maagklachten verdwenen. In de laatste vijf jaar bestonden er geen gastritisverschijnselen van enig belang. Wel meldde patiënt zich nog enige malen met klachten als bij pseudo-angina pectoris, obstipatiebezwaren en tweemaal bezocht hij mij wegens nachtelijke angsten. Na korte gesprekken bleek er dan steeds een actuele conflictsituatie te bestaan in de beroepssfeer. Deze intelligente man heeft nu veel begrip voor zijn eigen problematiek. Hij is zich bewust dat hij zichzelf zeer grote verplichtingen oplegt, hij kent zijn angst voor het falen, de neiging tot perfectie en de grote onzekerheid waarin hij spoedig komt te verkeren.

Naar mijn mening is psychosomatische begeleiding van de hiervoor beschreven patiënt de enige mogelijkheid om hem te helpen. Zijn lichamelijke klachten zijn niet goed bereikbaar voor een intensieve therapie op het somatische vlak. Zijn neurotische gedragspatroon is niet omvangrijk genoeg voor een langdurige psycho-analytische behandeling. Patiënt dreigt tussen de wal en het schip te verdrinken.

Een huisarts met medisch-psychologische scholing krijgt nieuwe mogelijkheden om dergelijke patiënten te begeleiden. Uit statistieken van het spreekuurbezoek bij de algemene medicus practicus blijkt in de gehele westerse wereld een sterke toename van het aantal patiënten met zogenaamde nerveuze klachten. Vooral de huisarts zal zeer vele van deze patiënten moeten opvangen. Ik hoop, dat door de uitbreiding der medisch-psychologische kennis vele collegae dergelijke patiënten nog beter zullen kunnen benaderen. Naar mijn mening zal in de toekomst door alle praktiserende medici juist aan de medische psychologie nog veel meer aandacht moeten worden besteed.