

Soma en psyche: harmonie of dilemma

De Artsencursuscommissie 1974 van de Afdeling Zwolle en Omstreken van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst organiseerde in 1974 op 29 en 30 oktober haar ééndaagse cursus in duplo. Het aantal deelnemers (ongeveer 140 huisartsen en 10 specialisten) was wederom verheugend groot. De cursus wordt bij toerbeurt in een van de Zwolse ziekenhuizen, of extra-muraal gegeven. Dit jaar vond het door de huisartsen zelf georganiseerde buitengebeuren plaats in het Congrescentrum 't Voorhuis te Emmeloord. Hoewel de Van Hoytemacursus Psychosomatiek — van spreekuur tot gesprek — nog vrij vers in het geheugen lag, hebben de organisatoren de psychische beïnvloeding van lichamelijke klachten nog eens uitdrukkelijk als gesprekstema centraal willen stellen.

In het ochtendprogramma hield als eerste de psychiater Pols, hoofd van de polikliniek van „Licht en Kracht” te Assen, zijn inleiding over het psychosomatisch dilemma. Patiënten, die lichamelijke klachten hebben zonder dat daar een lichamelijke oorzaak voor aanwijsbaar is, vormen steeds weer een groot dilemma voor de (huis-)arts. In welke richting moet hij verder zoeken? Een nader onderzoek naar psychische en sociale achtergronden zou met zich kunnen brengen dat men toch nog een somatische oorzaak over het hoofd ziet; steeds maar verder zoeken in organische richting kan een iatrogene fixatie veroorzaken aan klachten, die niet van somatische origine zijn. Het dilemma zou vooral ontstaan doordat de huisarts weliswaar wordt gezien en zichzelf ziet als de centrale instantie in het eerste echelon van de volksgezondheid, maar dan toch voornamelijk als probleemoplosser van somatische klachten. Wil hij de psychosociale problematiek geïntegreerd betrekken in de benadering van zijn patiënt, dan zal de huisarts minder moeten vragen en meer moeten luisteren, passiever moeten zijn, minder moeten leiden en meer begeleiden. Hij zal zich niet autoritair moeten opstellen doch empathisch in een dialoog met zijn patiënt moeten treden. Somatische, psychische en sociale problematiek zullen daarbij niet los van elkaar kunnen worden gezien, doch dienen als een ondeelbaar gestructureerd en geïntegreerd geheel in de probleem-oplossing te worden betrokken. Veel huisartsen zouden nog te sterk somatisch curatief zijn ingesteld: men ervaart het als een aanmerkelijk grotere frustratie een organische diagnose over het hoofd te zien

dan ernstige psychosociale problematiek te missen.

In zijn op de voordracht van Pols aansluitende inleiding betrok Prof. Dr. F. J. A. Huijgen, praktizerend huisarts te Lent en hoofd van het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut, vooral de gezinsachtergronden van het ziek zijn. Hij wees daarbij in het bijzonder op de noodzaak onderscheid te maken tussen ziekte en ziektegedrag. Hoewel het vooral Groen was die adviseerde zoveel mogelijk helpers uit het eerste echelon aan te trekken om de patiënt in zijn psychische nood te helpen en allerwege de roep wordt gehoord om de psycholoog in de eerste lijn, meende Huijgen hierbij toch een kanttekening te moeten plaatsen. De mogelijkheden van coöperatie met maatschappelijk werkers en gedragswetenschappers (denk aan het home-team) zijn er zeker, maar deze samenwerking kent toch ook zijn beperkingen. De samenwerking met andere disciplines in de eerste lijn zal pas goed tot zijn recht komen als ziekte en ziektegedrag van de patiënt in gezinsgeneeskundig perspectief worden gezien.

Huijgen, die zijn gedachten over deze materie binnenkort zal publiceren, illustreerde zijn betoog aan de hand van een verslag van onderzoekresultaten uit zijn praktijk en een indrukwekkend aantal case-studies.

Het gedeelte van de ochtend na de koffie werd besteed aan een demonstratie van de werkwijze van enkele studiegroepen medische psychologie, die in de regio Zwolle hun activiteiten ontplooiën. Het middagprogramma was gewijd aan groepsbesprekingen van de volgende onderwerpen: psychosomatische aspecten van diabetes mellitus, medisch psychologische aspecten in de gynaecologie, psychosomatische rugklachten, enuresis en buikpijn bij kinderen, hart en emotie.

Hoewel de diabetes voor de arts een uitgesproken somatische ziekte is, vergt deze ongeneeslijke ziekte een duidelijk psychologische begeleiding, vanwege de persoonlijke en sociale restricties, veroorzaakt door de nauwkeurige somatische controle en de noodzaak van dieet houden en regulair moeten leven. Niet alleen bij de letaal verloopende ongeneeslijke ziekte speelt de acceptatieproblematiek een grote rol, maar evenals bij het rouwproces, geldt ook voor de diabetespatiënt dat: ontkenning-verzet-depressie-aanvaarding, een logische evolutie voor hem is. Na het stellen van de

diagnose is het verstandiger de patiënt te laten praten en naar hem te luisteren, dan hem te overladen met voorschriften.

Ook bij de volledig door de specialist begeleide patiënt, is het van belang om patiënt en specialist te motiveren tot gezamenlijke begeleiding met de huisarts.

Bij ontregeling moet de arts verdacht zijn op liefde- of communicatietekorten. Eten kan, evenals drinken, drugmisbruik of roken een compensatiemechanisme zijn. Zowel bij de patiënt die zijn dieet niet houdt, als degene, die zichzelf kwelt met te stipte naleving, moet de arts niet beleeren maar luisteren.

Een coma kan een even grote kreet om psychische hulp zijn als een poging tot suïcide. De vraag naar het bij zich hebben van een suikerklontje kan een aanwijzing geven voor de ziekteacceptatie door de patiënt.

Bij adviseren van opleidings- en beroepskeuze moet de arts zich meer toeleggen op het motiveren van de patiënt, dan op het streven naar een theoretische ideaaloplossing.

De begeleiding van het diabetische kind wordt gecompliceerd door de grotere afhankelijkheid van zijn omgeving, namelijk de ouders, met hun eigen karakterologische interacties (schuldgevoel, maatschappelijk verwachtingspatroon en onderlinge huwelijks- en gezinsproblematiek).

De theoretisch zo gewenste inbreng van de arts bij de partnerkeuze lijkt illusoir.

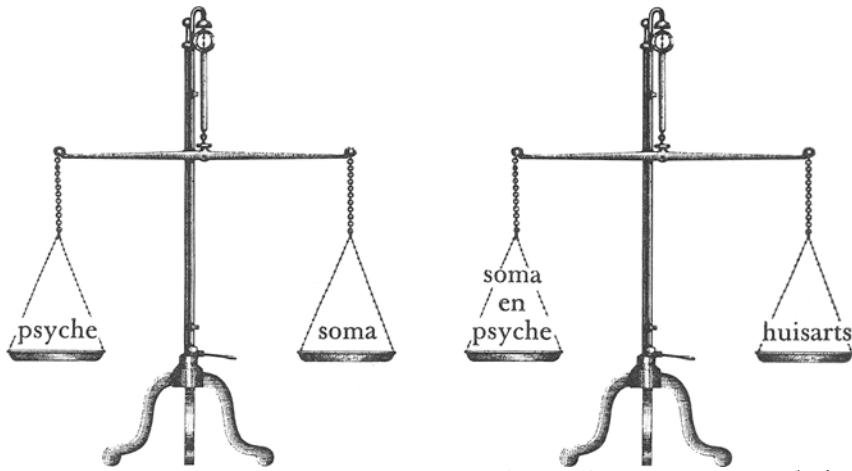
Het is gewenst elke jongere dieticus in contact te brengen met de Nederlandse Diabeten Vereniging en/of gespreksgroepen, ook al herbergt dit het gevaar van een vergrote kans op onjuiste partnerkeuze.

De begeleiding van latente of potentiële diabetici vereist een zo weinig mogelijk agressieve benadering.

Het lijkt in strijd met het voorafgaande, dat bij sollicitatie- of andere keuringen een onbekende arts vergaande beslissingen moet nemen ten opzichte van het maatschappelijk functioneren van de suikerpatiënt, hoewel toch de maatschappij beschermd moet worden (spoorwegen - buschauffeur - verkeersveiligheid - fabriekswerk met machines).

De kern van de begeleiding ligt in het samen met patiënt, vallend en opstaand, de motivatie te vinden voor een aangepast levenspatroon.

Ook in de gynaecologie speelt het psychosomatisch dilemma vaak een belangrijke rol. De medisch psychologische aspecten van het premenstruele



Het vignet van de cursus (links), door de psychiater-adviseur enigszins misleidend genoemd, en (rechts) zoals het volgens deze had moeten zijn.

spanningssyndroom, pruritus vulvae, climacteriële problematiek, anorgasmie, het vaginisme, de chronische onderbuiks- en bekkenpijn en de repercussies van de (orale) anticonceptie werden ter discussie gesteld. Seksualiteit en relatie-problematiek in het algemeen blijken belangrijke factoren te zijn bij het ontstaan van niet organische onderbuiksklachten en zijn nogal eens de oorzaak van (situatief) vaginisme.

De psychosomatische rugklachten werden beschouwd aan de hand van het draagkracht-draaglast model. Het lichaam kan als expressiemiddel voor emoties dienen. In symbooltaal: de rug-

pijn als uiting van het dragen van een te zware last.

Bij enuresis bij kinderen spelen naast organische factoren etiologisch hereditair, emotie en gezinsproblematiek een rol. Therapeutisch komen goede voorlichting, motivatie van het kind en de ouders, conditionerende en medicamenteuze behandeling (parasympatholytica, wekaminen en psychofarmaca) naast psychotherapie in aanmerking.

Bij de niet organische buikpijn (in 80 procent van de gevallen is buikpijn bij kinderen psychogeen!) zal de anamnese moeten worden uitgediept in de richting van relatiestoornissen (gezin, buurt,

school, sport en spel). De buikpijnklaarten gaan vaak gepaard met andere nerveuze en gedragsstoornissen.

De cardiologische problematiek brengt de huisarts ook vaak in een somatopsychisch dilemma. Wanneer speelt de emotie de belangrijkste rol in het klagedrag. Wanneer moeten wij de in ons westers-industrieel cultuurpatroon al op jonge leeftijd dichtslibbende vaten voor de symptomatologie verantwoordelijk stellen?

Aan het eind van de middag werd door Van der Pot een medische quiz gelanceerd, waarop alle deelnemers vóór aperitief en diner nog even „bloedserius” hebben gezwogen.

Blijham (psychiater-adviseur van één van de medisch-psychologische werkgroepen in Zwolle) evalueerde de bijzonder geslaagde dag door op te merken dat het vignet van de cursus eigenlijk enigszins misleidend was: de huisarts zal niet slechts (en zeker niet geblinddoekt als Vrouwe Justitia) psyche en soma tegen elkaar af moeten wegen, maar hij zal bereid moeten zijn met open oog voor interacties z'n plaats op de weegschaal in te nemen.

De Zwolse artsencommissie 1974, waarvan Brouwer (Zwolle) het veel tijd vragende secretariaat voerde, met Post (Wezep) en Jacobse (Kampen) als actieve leden onder de inspirerende leiding van voorzitter Van der Pot (Dalfsen), kan op een geslaagd evenement terugzien.

Dr. P. Th. Smit

Tweede internationale Balint-congres, Brussel 1974

„De dokter, de patiënt en de ziekte” van Michael Balint was voor mij verplichte examenliteratuur, en opende voor iemand die huisarts wilde worden en tot dan toe alleen van Kraepelin en Freud had gehoord, enorm veel perspectieven. Je stort je dan ook na je vestiging in een Balint-groep, en zes jaar later ga je naar Brussel. Balint is dan al vier jaar dood; zijn echtgenote Enid, co-trainer, wordt naar voren gehaald en houdt de inleiding: over verleden en over het laatste researchobject: de ontwikkeling van het „long interview”-gesprek in een „normal time” (= „six minutes”)-gesprek (1). Hierbij wordt gebruik gemaakt van de flashtechniek. Techniek blijkt een rot woord in dit verband. Zodanig contact met een patiënt hebben dat daaruit een zinvolle relatie ontstaat, waaraan arts en patiënt iets hebben, is niet een techniek, maar een bewust je open stellen voor de ander. Geen wonder dat het haar moeilijk bleek die flash te beschrijven of over

te dragen. In het boek over dit onderwerp lukt dit overigens wel.

Eigenlijk lukt het de vice-president van het congres, de Belg Moreau, in zijn openingswoord veel beter. Dankzij het langzaam — dus verstaanbaar — uitgesproken Frans, de individuele wijze van aanspreken, zijn persoonlijke inzet, de communicatie-oefeningen waartoe hij de zaal bij de opening reeds direct aanzette, wat redelijk gelukte, ondanks het grote aantal (ongeveer 600) aanwezigen, of dankzij de woorden van Perls die hij citeerde (Er blijken meer profeten dan Balint te zijn). Hoe dan ook, het congres werd een groep mensen die bij elkaar behoorde, ondanks verscheidenheid in taal, beroep en technieken.

Het verdere programma was zeer gevarieerd: Ofwel korte inleidingen — met daarna discussies — rond een bepaald thema, bijvoorbeeld:

— facetten van de Balint-„opleiding” in de verschillende landen,

- invloed van langdurige trainingen (weekends, weken),
- psychosomatische ziekten en de Balint-methode,
- studenten/verpleegsters en de Balint-methode.

Ofwel groepsdemonstraties, eveneens gevolgd door discussies. Door het gebruik van een eidofoor (een enorm televisiescherm, waarop de groepen, of personen uit de groep direct voor de gehele zaal duidelijk werden overgebracht) werden deze demonstraties veel levendiger dan in zo'n grote zaal mocht worden verwacht (2).

Ofwel Brussel zelf.

Ofwel het programma voor „vergezelden”.

Het lezingen-gedeelte voldeed minder dan de groepsdemonstraties. Je blijft er te passief bij, ook al waren er interessante voordrachten, zoals:

Steel: Waarom komen Balint-groepen buiten Londen zo slecht van de grond,