

## INGEZONDEN

*Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten*



### OPEN BRIEF

Aan zijne Excellentie de Minister van  
Sociale Zaken te 's-Gravenhage

Excellentie!

In Arnhem beweegt zich te midden van de inwoners al een jaar of tien een zeer besmettelijke lijder aan open longtuberculose, onderhouden door overheidssteun.

Tallose pogingen, deze man in zijn eigen belang en dat der bevolking be hoorlijk geneeskundig te doen behandelen, zijn op zijn onwil afgestuit. Telkenmale is zijn behandeling in ziekenhuizen en sanatoria — waaraan voor hem geen kosten verbonden waren — ontijdig beëindigd of doordat hij zelf tegen medisch advies vertrok of doordat hij wegens wangedrag moest worden verwijderd.

Zo is deze man jaar in jaar uit een gevaarlijke bedreiging voor de gezondheidstoestand zijner medeburgers. Hoevelen hij reeds besmet heeft, ontgaat de beoordeling; in ieder geval is als hoogst waarschijnlijk aan te nemen, dat vastgestelde tuberculose van zijn echtgenote en enige zijner kinderen, van welke reeds een aan die ziekte is overleden, aan hem te wijten is.

De strafwet staat daar machteloos tegenover. Het is immers nooit voor bewijs vatbaar, dat een bepaalde persoon een bepaalde andere persoon op een bepaalde plaats en op een bepaald tijdstip opzettelijk of door grove nalatigheid heeft besmet, met ernstige gevolgen.

Excellentie! In de omheining, die men steeds nauwer om de tuberculose als volksziekte poogt te trekken, is een gat. In het vat, waarin de millioenen voor tuberculose bestrijding worden gestort, is een gat.

*Het staat iedere tuberculeuse Nederlander vrij, zijn landgenoten willens of wetens met tuberculose te besmetten.*

Arnhem, 1 Juli 1949

Met verschuldigde eerbied,

Uw dienstvaardige

Dr. J. G. SCHNITZLER

### PSYCHOTHERAPIE IN DE ALGEMENE PRACTIJK BIJ PATIËNTEN DIE NIETS MANKEREN

Naar aanleiding van de artikelen van dr. G. T. VAN VALKENBURG en dr. A. TH. L. MERTENS het volgende:

De moeilijkheid bij de psychotherapeutische behandeling zit in hoofdzaak hierin, dat de therapiebedrijvende arts min of meer tot het nerveuze type moet behoren om de patiënt niet van de wal in de sloot te drijven.

Natuurlijk moet bij iedere patiënt (indien de tijd het toelaat) een grondig somatisch onderzoek plaats vinden, ook wanneer men verwacht op psychische oorzaken van de klachten te zullen stuiten (al is het alleen maar uit psychologische overwegingen). Indien de huisarts nu niet spontaan „aanvoelt” op psychische oorzaken te zullen stuiten is hij ongetwijfeld in het nadeel. Hem rest alleen een eliminatie van alle organische mogelijkheden via alle specialismes voor hij zich met een gerust hart aan psychotherapie zal wagen; want inderdaad mist psychisch aanvoelingsvermogen alle wetenschappelijke basis . . . het is een „kunst” die gebaseerd is op een (zij het slechts rudimentaire) gelijkgeaardheid van patiënt en medicus voor zover het de gevoels sfeer betreft en het enige (matig wetenschappelijke) uitwendige houvast dat men heeft is de studie van gelaats- en taalnuances en de kennis van het milieu van de patiënt.

Heeft men nu na een oriënterend onderzoek de overtuiging gekregen, dat er een psychische oorzaak aan de klachten ten grondslag ligt, dan lukt het gewoonlijk wel de oorzaak te vinden (huizenmisère, huwelijksmoeilijkheden, onrust

over zieke familieleden, overwerktheid (of het tegendeel daarvan) oeconomische conflicten enz.) . . . terwijl in een aantal gevallen alleen de nerveuze aanleg de klachten bepaalt.

Ik meen, dat wij hierbij twee groepen scherp moeten onderscheiden:

a. die groep, waarbij de neurasthenische, resp. hypochondrische klachten nog niet gefixeerd zijn, waarbij de patiënt zich nog de mogelijkheid van een psychische oorzaak bewust is.

Hierbij is een somatisch onderzoek met geruststelling van de patiënt gewoonlijk reeds voldoende om de klachten te doen verdwijnen.

Zonder bezwaar kan hier een specialistisch onderzoek worden ingeschakeld indien de suggestie niet werkt, waarbij enige hierbij te gebruiken imponerende machines nog een magische invloed kunnen uitoefenen.

Anders echter staat het bij:

b. de groep waarbij de sensaties zodanig gefixeerd zijn, dat er voor de patiënt geen twijfel meer bestaat omtrent de organische aard van zijn klachten.

Bij deze patiënten nu is een doorzenden naar de specialist m.i. als een kunstfout te beschouwen. De patiënt ziet in dit geval in de aarzeling van de huisarts een bevestiging van de organische aard van zijn ziekte, en daar zich hieronder de lieden bevinden, die zich via hun neurose aan de moeilijkheden van de maatschappij trachten te onttrekken is hem dit zelfs vaak welkom, omdat hij nu ook beter zijn omgeving van de „organische aard” van zijn ziekte kan doordringen. Hier kan alleen een resoluut ingrijpen van de huisarts (en van de huisarts alleen) de situatie redden. Iedere ingeschakelde specialist vergroot patiënt's wantrouwen in de medische wetenschap en drijft hem verder in de armen van de kwakzalver; hij wil „behandeld” worden, niet tot in den treure onderzocht . . . en de mededeling „dat hij niets mankeert”, wekt alleen maar zijn verontwaardiging op (ik herinner mij hoe ik in het holst van de nacht gealarmeerd werd door een patiënte met globegevoel, die ik (omdat ik de sterke gefixeerdheid van de klachten niet herkend had) ter geruststelling naar een keel-, neus- en oorarts verwezen had en die thans de stikkingsdood nabij was, omdat deze haar vertelde had, dat zij niets mankeerde.

Dit zijn de gevallen waar de huisarts het volle risico moet durven dragen, zelfs om de magische poespas van de kwakzalver uit te spelen. Hij is hierbij ongetwijfeld in het nadeel ten opzichte van deze „zijtak” der medische wetenschap, want zijn angst, zich toch nog in de aard van het lijden te vergissen, remt vaak in zekere mate zijn uitspraken, van welke alleen de resolute mededeling, de patiënt van zijn klachten af te zullen helpen psychotherapeutisch verantwoord is.

Maar de patiënt met gefixeerde neurotische klachten die een aantal specialismes heeft afgewerkt gaat niet meer naar de zenuwarts, maar naar de kwakzalver, en het is m.i. de taak van de huisarts deze mensen vroegtijdig op te vangen.

Amstelveen, 3 Juli 1949

K. J. JAMES

#### VROEG OF LAAT AFBINDEN VAN DE NAVELSTRENG?

Bij de beschouwingen van dr. VERHAGE over het vroeg of laat afbinden van de navelstreng (*N.T.v.G.* 93, blz. 2235, 1949) bleef één zijde van dit vraagstuk buiten beschouwing, n.l. de obstetrische. Verdere ervaring zal moeten leren of het kind van laat afbinden op de duur voordeel ondervindt. Men zal daarbij echter ook dienen te letten op de gevolgen voor de moeder, n.l. op de mogelijke verhoogde kans, die deze behandeling schept voor het ontstaan van retentio placentae.

Inderdaad laat men bij primitieve volken het kind lang in verbinding met navelstreng en moederkoek. Ik heb mij in Indonesië nooit kunnen onttrekken aan de indruk, dat hierin de oorzaak ligt van het aldaar vaak voorkomen van achterblijven van de placenta. De slappe, bloedloze placenta biedt aan de uteruscontracties vermoedelijk veel minder aangrijpingspunt voor de losmaking