

Die Mens is nie net 'n Nommer nie

O. A. A. BOCK

SUMMARY

Man is not just a number, but a unique blend of body, personality and social being. Everyone will become ill at some stage of his or her life, because nobody enjoys perfect health. To understand fully the nature of this illness, the doctor should be aware of (i) stress, and the ways in which a human being can respond to it; (ii) the concepts of incompetence and psychosocial life crises; (iii) the postulates of Halliday; and (iv) the importance of good communication with the patient.

S. Afr. Med. J., 49, 593 (1975).

Die mens is vinnig besig om sy individualiteit te verloor. Daar is 'n toenemende neiging om hom slegs as 'n liggaam te beskou. Orals waar hy gaan, by die bank, by die werk, by die poskantoor — en selfs by die winkel — word sy naam herlei na 'n nommer sodat 'n masjien die betrokke gegewens kan hanteer. Dit is net 'n kwessie van tyd voordat sy persoonlike gegewens, insluitende dié waaroor hy skaam voel en graag sou wou vergeet, onder één nommer in 'n sentrale komper ingevoer sal word, vanwaar dit dan na willekeur verhaal kan word.

In die daaglikse gang van die mediese praktyk is daar ook 'n neiging om die mens slegs as 'n liggaam te beskou. In hospitale, en veral in opleidingshospitale, bestaan die gevaar dat pasiënte as gevalle beskou word. 'n Pasiënt word bv. 'n man met 'n massa in die buik wat in die sesde bed aan die regterkant in Saal A lê. 'Gaan betas die massa, dit is nogal interessant'. Niemand wonder of die pasiënt se spanning oor die moontlikheid van kanker vererger word wanneer soveel dokters hom kom ondersoek nie. Dieselfde neiging is merkbaar in die opleiding van die mediese student, wat aan die einde van sy kursus 'n uitstekende kennis van die mens se siektes het, en vertrouwd is met al die moderne tegnieke waarmee hulle gediagnoseer en behandel kan word, maar wat vind dat hy as dokter sy medemens nie doeltreffend kan behandel nie omdat hy so min weet omtrent die mens as persoon.

Indien daar nie vroegtydig iets hieromtrent gedoen word en die mens as persoon in ere herstel word nie, sal die dokter en die samelewing wat hy moet dien nog verder van mekaar vervreemd raak.

'n Gesonde mens is nie iemand wat nie siek is nie: 'n gesonde mens is iemand wat in algehele fisiese en psigologiese gesondheid verkeer, en wat 'n volmaakte sosiale aanpassing gemaak het. So 'n mens bestaan nie. Elke mens het sy ingebore swakhede, hetsy aan sy liggaam, sy

persoonlikheid of in sy vermoë om in die samelewing aan te pas, en vroeër of later sal die swakhede ontbloot word — die faktor wat dit gewoonlik doen is stress.

STRESS

Stress is 'n onverwagte psigologiese, liggaamlike of sosiale prikkel. Dit is 'n alledaagse verskynsel, en die meeste mense ondervind feitlik daaglik een of ander verrassing wat dreig om voorafbeplande roetine in die wiele te ry. Die oorsaak daarvan is nie noodwendig iets onplesierigs nie, maar kan bv. die vooruitsig na 'n partytjie of na 'n internasionale rugbywedstryd wees. 'n Sekere mate van stress of druk is nodig vir die volle ontwikkeling van die mens, en die meeste mense is meer doeltreffend wanneer hulle onder 'n mate van stress verkeer. Maar 'n mens moet leer om daarmee saam te leef: soos Selye,¹ die vader van die begrip stress, dit stel: 'This book is dedicated to those who are not afraid to enjoy the stress of a full life, nor too naive to think that they can do so without intellectual effort.'

Mense verskil in hul reaksie op stress. Die ideale reaksie is om dit te benut, of indien dit iets onaangenaams is, dit so gou moontlik af te skud. Min mense is egter so gelukkig om alle stress te kan benut of te ignoreer, en dus volg 'n reaksie. Die reaksie volg gewoonlik onmiddellik maar kan soms eers dae, weke of selfs maande later te voorskyn kom, op 'n tydstip wanneer die persoon moontlik al daarvan vergeet het. Wanneer die mens op stress reageer, kan een van die volgende dinge gebeur: hy kan angstig word, wat, indien dit erg word, vir hom paniekerig kan maak; hy kan liggaamlike simptome ontwikkel wat die dokter kan laat vermoed dat daar in een of ander orgaan iets verkeerd is, maar wat op ondersoek sal blyk om normaal te wees — konversie histerie (dit is iets wat veral gebeur as daar voorheen in daardie orgaan werklike organiese siekte was); hy kan 'n werklike organiese siekte soos duodenale ulserasie ontwikkel — die sogenaamde psigosomatiese of psigofisiologiese siektes; hy kan bedruk word; of hy kan 'n psigose ontwikkel.

BEVOEGDHEID

Stress kom voor in die alledaagse lewe. Die lewe stel eise aan 'n mens, en sommige mense is nie in staat om maklik die mas op te kom nie — hulle is daartoe onbevoeg. Die konsep van onbevoegdheid het begin by Peter en Hull.² Hulle was van mening dat 'n mens in 4 afsonderlike aspekte van sy persoonlikheid bevoeg behoort te wees; intellektueel, sosiaal, moreel en fisies. Die liggaam moet die inspanning van die daaglikse lewe kan dra — dit is een van die belangrikste eienskappe wat enige persoon kan besit. Daar steek waarheid in die ou Engelse spreek-

Departement van Interne Geneeskunde, Tygerberg-hospitaal en Universiteit van Stellenbosch, Parowvallei, KP

O. A. A. BOCK, B.S.C., M.A., D.M., L.K.L. (S.A.)

Ontvangsdatum: 7 Oktober 1974.

woord: 'A sound body, a sound mind'. Die reaksie wat stress uitlok sal in 'n mate afhang van watter gedeelte van die betrokke individu onbevoeg is.

Halliday³ het die psigiese en sosiale aspekte van pasiënte nagegaan en voorgestel dat dit raadsaam is om die volgende 4 vrae in verband met elke pasiënt se siekte te kan beantwoord: (i) hoekom het die pasiënt siek geword op die betrokke tydstip toe hy siek geword het?; (ii) hoekom het die pasiënt siek geword soos hy siek geword het?; (iii) watter soort persoon is hy?; en (iv) watter voordeel, indien enige, bied sy siekte aan hom? Die antwoorde op die vrae is soms ooglopend, soos in die geval van 'n persoon wat in 'n motorongeluk betrokke was, sy been gebreek het en nou groot ongerief verduur omdat die gips hom verhinder om sy besigheid te bestuur. 'n Ander persoon, egter, kom kla van allerhande pyne wat ontstaan het na 'n ongeluk. Met ondersoek is daar min verkeerd te vind, maar wanneer die vierde vraag ondersoek word, blyk dit dat hy 'n werksku individu is wat 'n groot klomp huurkoopskuld aangegaan het, en, so wil dit voorkom, hoop om genoeg uit kompensasie te kry om nie alleen al sy skulde te delg nie, maar om ook te sorg dat hy nooit weer hoef te werk nie.

Meer dikwels, egter, is dit nie duidelik hoekom 'n pasiënt op 'n betrokke tydstip siek geword het nie. Daar kan 2 redes hiervoor gegee word: die pasiënt en die geneesheer is dalk nie daarvan bewus dat daar 'n sterk verband tussen voorafgaande psigiese en sosiale spanninge en liggaamlike siekte bestaan nie; 'n tweede rede kan wees dat belangrike inligting wat betrekking het op die pasiënt se siekte weens 'n kommunikasiegebrek tussen pasiënt en geneesheer verlore gaan.

In die vroeë vyftiger jare het Wolff⁴ die gesondheid van die werknemers van die Bell Telephone Company bestudeer en gevind dat, alhoewel elke werknemer elke jaar 'n konstante aantal dae van ongesteldheid gehad het, daar tye was wanneer verskeie siekte-episodes kort op mekaar gevolg het. 'n Kwart van die werknemers was verantwoordelik vir 50% van die aantal siekte-episodes, terwyl 6% feitlik nooit siek geword het nie. Dié met die meeste episodes van siekte het nie alleen meer ernstige siektes gehad nie, maar die siektes het meer dikwels verskeie organe van die liggaam aangetas, en psigiatriese siektes het meer dikwels onder hulle voorgekom. Die psigososiale omstandighede van dié persone gedurende die voorafgaande 20 jaar is nagegaan en 'n duidelike verband tussen episodes van siekte en lewensbedreigende of onplesierige situasies is gevind, veral gedurende die 2 jaar voor 'n ernstige siekte.

Uit dié en ander soortgelyke waarnemings het die gedagte ontstaan van psigososiale lewenskrisisse.⁵ Die heel belangrikste psigososiale lewenskrisis is die afsterwe van 'n eggenoot of eggenote. Daarna volg egskeiding en tronkstraf en, in die geval van die man, verandering van werk. So het Rees,⁶ in 'n studie van 'n semi-plattelandse bevolking in Engeland, gevind dat 5% van die bedroefde naasbestaandes binne 'n jaar na die dood van 'n familielid gesterwe het, in vergelyking met 0,7% van 'n kontrolebevolking: die risiko was groter in die manlike familieledede as in die vroulike familieledede. 'n Sekere middeljarige Blanke man wat, soos die baie ander mense gereeld griep

kry, se griep is een jaar gekompliseer deur enkefalitis. Gedurende die voorafgaande 6 maande het die volgende met hom gebeur: hy was in 'n motorongeluk betrokke; hy moes 'n groottoonnael laat verwyder op 'n tydstip toe dit nie vir hom moontlik was om 'n paar dae by die huis te rus nie; sy huis is gedeeltelik deur 'n brand in puin gelê; en hy moes ook die werk doen van 'n kollega wat oorsee was. Persoonlik is ek oortuig van die belangrikheid van psigososiale lewenskrisisse, en ek ontmoet elke dag pasiënte wat hierdie konsep illustreer, veral pasiënte met hoofpyn, borskasypyn of buikongemak.

'n GEHEELBEELD

Om al die inligting te verkry wat nodig is om 'n geheelbeeld van die pasiënt te vorm, is nie maklik nie. Daar is nie tyd om lank genoeg met elke pasiënt te gesels nie. Ook is die pasiënt dikwels nie lus om die inligting te verstrek nie, juis omdat hy geen verband tussen voorafgaande psigososiale lewenskrisisse en sy huidige siekte kan sien nie, en ook omdat hy verwag dat die dokter hom sal sê dat daar iets met sy liggaam verkeerd is wat nie ernstig is nie en dat daar 'n pil is wat hom gou gesond sal maak. Die dokter moet onthou dat die meeste mense nie daarvan hou dat daar vermoed word dat daar iets met hulle psige skort nie, en hulle verwerp gewoonlik die voorstel dat hulle 'n psigiater of sielkundige moet gaan spreek en sê: 'Maar ek is nie mal nie!' Indien dit egter nodig is, kan daar voldoende tyd gevind word sodat goeie kommunikasie tussen pasiënt en dokter bewerkstellig word. Soms help dit om aan die pasiënt te sê dat die notas wat tydens die onderhoud geneem word nie in sy lêer sal verskyn nie, want 'n pasiënt is soms traag om vrylik te praat wanneer hy daarop let dat alles wat hy sê neergeskrywe word. Dit is waarskynlik beter om geen notas tydens 'n onderhoud te maak nie. Veral waar dit nodig is om na 'n skynbaar teer punt terug te keer, behoort die notas opsygesit te word, sodat die dokter en pasiënt makliker openhartig met mekaar kan gesels. Watter beter beloning is daar as dié van die pasiënt wat self die onderhoud afsluit met die woorde: 'Dankie vir die gesels, dokter; ek voel al klaarder sommer baie beter. Baie dankie dat u soveel tyd aan my afgestaan het.'

Alhoewel dit ideaal sou wees om so 'n volledige geskiedenis van elke pasiënt te neem, is dit nie altyd nodig nie, en slegs sekere pasiënte het so 'n diepgaande benadering nodig. Watter pasiënte? — diegene in wie die simptome nie op 'n patologiese proses verklaar kan word nie, of wanneer die simptome toegeskryf kan word aan ooraktiwiteit van gladde spier, soos in die prikkelbare kolon sindroom, asma en migraine; waar siekte in 'n orgaan voorkom wat deur ondersoek vasgestel is om normaal te wees; of waar daar 'n herhaling is van 'n vorige siektebeeld, maar waar geen bewys van verdere patologiese veranderinge gevind kan word nie, soos in die geval van die man wat 'al vyf hartaanvalle gehad het'; en dié waar die pasiënt voordoen met siektebeelde wat om die beurt in verskillende organe voorkom en sodoende van een spesialis na die ander trek — 'Ma was altyd siek', of 'diklêer sindroom'.

In die hedendaagse mediese praktyk is die dokter toegespits op liggaamlike siekte, veral kanker. Dit word vergeet dat reaktiewe depressie een van die algemeenste

siektes is wat in die samelewing voorkom en wat, soos alle ander siektes, meer behandelbaar is as die diagnose vroegtydig gemaak word. Waar ons as geneeshere nou toenemend daarvan bewus is dat voorkoming van siekte beter is as genesing moet ons ons daarop toespits om, wanneer ons weet dat iemand swaar gebuk gaan onder stress, die saak met hom te bespreek en hom aan te raai om iets daaromtrent te doen voordat hy siek word. Indien daar 'n groter bewustheid van die konsepte van psigososiale lewenskrisisse en onbevoegdheid is, en die vrae van Halliday meer dikwels beantwoord word, sal die werklike oorsaak van die pasiënt se siekte meer dikwels ontdek word. Dit sal nie slegs die individu tot voordeel strek nie, maar sal oor die lang termyn vir die hele samelewing van onskatbare waarde wees. Om dit te kan doen, sal die geneesheer 'n breër kennis van die mens in sy geheel moet hê as wat tans die geval is, en voorgraadse opleiding sal dienooreenkomstig aangepas moet word.

SLOTSOM

Daar mag 'n gevoel onder dokters wees dat die gemiddelde pasiënt onkundig is, en dat hy dus niks omtrent sy eie siekte hoef te weet nie, en maar net moet doen soos die dokter aan hom sê. Graag wil ek Slater⁷ in dié verband

aanhaal: 'We must remember that we are the servants of our patients and not their masters. We must abandon our claim for limitless control over the patient's body (subject only to an explicit veto) in the pursuance of what we think is right on his behalf. It is only by his permission that we touch his body at all. In caring for him we are acting as his agent. We must put him in the position to be the master of his destiny and provide him with the information he needs to know what is available and to decide what he wants. Part of the trouble is that for the sake of a simplistic ethical rule, such as the sanctity of life, we assume that all patients are the same, that they all want to live for an indefinite term longer, and if they don't it is because their minds are disordered. Patients differ as much as their circumstances differ. In making a single rule valid in all conditions we deny the patient's individuality, even his humanity.'

VERWYSINGS

1. Selye, H. (1957): *The Stress of Life*. Londen: Longmans, Green.
2. Peter, L. J. en Hull, R. (1970): *The Peter Principle*. Londen: Pan Books.
3. Halliday, J. L. (1949): *Psychosocial Medicine*. Londen: Heinemann.
4. Wolff, H. G. (1953): *Stress and Disease*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
5. Rahe, R. H., Meyer, M., Smith, M., Kjaer, G. en Holmes, T. H. (1964): *J. Psychosom. Res.*, **8**, 35.
6. Rees, D., aangehaal deur Leigh, D. (1972): *London Sunday Times*, bylaag 26 November.
7. Slater, E. (1971): *Brit. Med. J.*, **3**, 734.