

VAN DIE REDAKSIE : EDITORIAL

DIE PASIËNTE VAN DIE HUISARTS

'Hy is 'n lelike ou man: lomp en saf van die ouderdom en van sy kwaal, maar met reusagtige skouers nog. Sy gesigspiere het lankal padgegee en die vlees stroom wanordelik. Die klimaat van die noorde het sy gesig ivoorgeel gebleik, maar sy nek is melkwit omdat hy vroeg in sy lewe begin baard dra het en sy nek beskerm was teen die songloed van sy geboorteland. Sy oë, wat vroeër geheimsinnig was soos dié van die leeus wat hy gejaag het, is nou kinderlik rein en byna kil. Sy voete is blou en opgeswel van die water wat die kwaal in sy lyf laat versamel, hy dra 'n paar ontsaglike vilt pantoffels.'

So sien die huisarts sy pasiënte, dag na dag. Siekte is nooit mooi nie, maar die hospitaal se moderne toerusting en koudsteriele atmosfeer versag darem in 'n mate die volle indruk wat die aftakeling van 'n pasiënt op die bystanders maak. Tuis is daar geen sulke beskerming nie. Daar is ook nie die klein hulpmiddels soos behoorlik ontwerpte bedtafeltjies en beddens van 'n geskikte hoogte nie. Waar dit karig gaan is die sytafeltjie 'n negosiekis met koerantpapier oordek en vol halfgebrande tabak, blik asbakkies en ou pype. Ten beste is dit een van die sitkamertafeltjies waarvan die hoogte nie by dié van die bed aanpas nie.

In die hospitaal is daar 'n gedurig wisselende span verpleegsters wat met opgeleide doeltreffendheid sorg dat die siekekamer netjies bly en wat met 'n eindelose voorraad bedlinne kan verseker dat sindelikheid selfs onder die moeilikste omstandighede gehandhaaf word.

Met 'n ernstig sieke in die huis gaan dit swaar. As dit lank duur, veral in die geval van bejaardes, is die familie naderhand tam van die sukkel. Reeds in die voorkamer merk mens die oumens reuk van bedompigheid en die skerp ammoniak dampe van die inkontinensie. Hier is nie 'n onuitputlike voorraad beddegoed nie en die huisvrou moet 'n nimmer-eindigende ry lakens self was. Hulle hang soos vaandels in die agterplaas op die draad om aan almal die intieme ellende van die huisgesin te verkondig.

In die siekekamer kan selfs die mildelike aanwending van reukwater nie die teenwoordigheid van gangreneuse bedseer heeltemal verberg nie. Die familie leer mettertyd om die atmosfeer as 'n normale deel van die huislewe te aanvaar.

Ou mense is puntenerig en omdat die huisvrou emosioneel by die sieke betrokke is kan sy nie met die koud-logiese versorging van die sieke voortgaan soos 'n verpleegster dit sou gedoen het nie. Sy loop 'n kronkel-paadjie tussen die grille en smake van die pasiënt en die streng voorskrifte van die dokter deur. Slegsmakende medisyne word dikwels maar om vredesontwil nie gegee nie en rookgoed word maar aangedra al is dit hoe streng verbode. Van 'n versigtig opgetekende medisyne- of dieëtkart kan daar geen sprake wees nie. Meestal moet die

dokter raai-raai sy weg deur die terapeutiese warboel vind en van dag tot dag besluit hoe om verder te gaan.

Kindersiekte tuis is ook anders as in die hospitaal. 'n Siek kind kraai haantjie in die huis en as sy of haar siekte 'n ernstige prognose het regeer die kleintjie met 'n yster hand. Die stapels half-waardeerde speelgoed is getuie van óf pa se moedelose medelye óf ma se desperate pogings om 'n sweem van rustigheid vir haarself te skep. Die geneesheer se besoeke is soos 'n oasis in haar lewe want dan kan sy die verantwoordelikheid tydelik van haar eie skouers op dié van die dokter oorplaas. Haar verligting is dikwels so groot dat sy nie eens na die instruksies luister nie. Sy probeer slegs om die steunpilaar so lank as moontlik in die huis te hou want wanneer hy loop moet sy weer alleen die besluite neem—besluite wat sy vrees die verskil sal maak tussen lewe of dood.

Met toenemende ervaring leer die huisarts om klein tydsbesparende kortpaadjies te loop. Mens vra vir lou-warm water om die spuit mee uit te spoel, omdat 'n vraag na 'n blote glas water so dikwels 'n pragtige glas op 'n piering en skinkbord en met groenigheidjie garner tot gevolg het. Warm water weer bring mee dat die baie stadige, met kalk aangepakte ketel aangeskakel word vir kookwater. Lou-warm water is direk uit die kraan beskikbaar. Mens sê duidelik dat die termometer in *koue* water uitgespoel moet word anders sal die steriliteits geesdrif om die dokter te beïndruk 'n gebreekte termometer tot gevolg hê.

Die dokter leer om die familie se ontwikkelingspeil te takseer en sy advies daarby aan te pas. Wat teen die mure hang is van onskatbare waarde om die intellektuele inhoud van die huishouding te bepaal: vanaf die kamele in die woestyn dwarsdeur tot by die skuinsgesnyde, geverfde hout; vanaf die ylblou bolandse bergtonele tot die moderne abstrakte met baie geel verf. Die ovaal-geraamde familieportret waarsku om nie hier ligtelik van operasies of röntgenstrale te praat nie—die ou mense vrees hospitale, en die Statebybel op 'n kleedjie op die musiekie gee die versekering dat hier 'n pasiënt is wat sal kan uithou en vasbyt.

By die voorhekkie al weet mens hoe om die kind te hanteer wat sy verflenterde driewiel op die grasperk laat lê, en mens loop ligvoets vir die vrou wie se voorpaadjie met rooipolitoer blinkgevyf is. Alles in haar huis is blinkgevyf en haar man trap in sy spoor.

Hierdie is 'n wêreld waar die spesialis hom volkome verlore voel en ons wil ons spesialiste vra om dié feit in gedagte te hou wanneer daar aan pasiënte of aan die huisarts raad gegee word. Vra tog eers aan die familie-dokter of die behandeling toepasbaar en toepaslik sal wees. Hy sal weet. Syne is 'n besondere taakgebied en die geneeskunde in die huis is 'n ander geneeskunde as dié van die hospitaalgesentreerde spesialis.

En aan die huisartse kan ons sê: Waardeer met trots hierdie spesiale kennis want dit is aan julle eie. Niemand anders weet van die vrou wat met knoetsige vingers haar tjalie om haar skouers trek en kleinogig en tandeeloos haar agterdog soos 'n waas om haar versprei nie. Die ortopedie weet nie van die gesukkel met gipsspalke in

huise wat nie daarvoor ontwerp is soos in hul goedbeplande ortopediese hospitale nie. Selfs die verpleegsters weet nie dat die verkrimpte ou weduweetjie nie nou skoon is nie omdat die pensioengeld vir 'n nuwe stukkie seep eers oor vier dae sal kom.

1. Louw, A. M. (1968): *Die Groot Gryse*. Kaapstad: Tafelberg Uitgewers.

BEHAVIOURAL SCIENCE

Since World War II, behavioural science, which was originally mainly studied by psychologists and zoologists, has absorbed the interest of all kinds of scientists. Applied mathematicians, chemists, physicists, molecular biologists, linguists and logicians are some that have spawned sub-disciplines concerned with brain and behaviour. With this growth of natural scientific activity, there has been a parallel development in the social sciences; the mathematician has turned his attention to what was entirely the sociologist's concern, and there has been a great advance in the techniques of studying society. The behavioural sciences—neurosciences, neurobiology, psychobiology or whatever term is chosen from the many describing the field—seem likely in the near future to usurp the present dominant position of molecular biology as the home of the best and most adventurous scientific minds.

All this activity must ultimately be important to medicine, for its major unsolved problems lie in degenerative and behaviour disorders. It is only a few years since psychotropic drugs made possible more than mere custodial care of psychotics. And though there is more awareness of psychoneurotic and behaviour disorders, the available therapeutic and diagnostic techniques, although rapidly improving, are less effective than those in more developed branches of medicine.

That the behavioural sciences have already benefited medicine generally and psychiatry in particular is patent. The intelligence test makes possible precise qualitative and quantitative diagnosis of intellectual capacity; psychometric methods generally assist in more exact assessment of behavioural and psychological states. Psychotherapy is a still crude and largely empirical art, but there is little doubt that with greater understanding of psychopathology and behaviour mechanisms it will be refined and its indications more exactly prescribed. Already, behavioural therapists have made notable advances in the application of systematic knowledge of the learning process to therapeutic ends. Though their claims may be excessive, and their techniques not as rational as they seem, their approach of applying known and established knowledge to a therapeutic problem is to be emulated. And psychopharmacology has had notable therapeutic successes, though they, too, are largely empirical, for the precise action of any drug on behaviour and its central activity are only partially understood.

The technology of behaviour change is, in fact, only beginning, but its value is increasing. Psychology, for example, has already sufficient applicable information to merit the use of clinical psychologists to provide precise diagnostic information and to practise special therapeutic techniques. Psychologists are also valuable, and are used

in clinical studies requiring finer and more precise analysis of behaviour than can be done with the unaided methods of the clinician.

At present the psychiatrist with the clinical psychologist, the psychopharmacologist and the electro-encephalographer are the major technologists applying the findings of the neurosciences to the behaviour disturbances encountered in medical practice. Their work is interrelated, for each deals with the same organ—the brain—and the necessity for each to co-operate with all neurosciences is daily more evident. In other countries, brain research is becoming the property of teams of workers working closely together in special research institutes. It is timely to ask whether such research should not be co-ordinated in this country. There are several individuals and small groups (such as that at the NIPR) doing brain research, but there is little close co-operation between them. This isolation, and lack of money, may possibly cause the most promising workers to leave the country and so inhibit the growth of an exciting and important field of scientific activity.

But even though the lack of local fundamental research may not immediately be important for medical practice, the absence of special instruction in behavioural science may seriously inhibit the practitioner faced daily with behaviour disturbances. Medical training is seriously defective in the behavioural sciences. The intending practitioner does some fundamental neurophysiology and gross neuroanatomy but learns little of the physiology of higher nervous functions, and almost nothing of those functions themselves. His training in behaviour is, in most medical schools, limited to a short course in psychological medicine and an even shorter series of lectures in psychology. There is a case to be made for a training in behavioural science, separate from anatomy and physiology, which would acquaint the intending practitioner with fundamental knowledge of the higher behavioural functions of the nervous system. This would at least give some exact understanding of the complex operations of the brain with which the neurosciences are concerned. Without this prior understanding, precise diagnosis of behaviour disorder is impossible and the application of basic neurophysiological, neurochemical and behavioural information is likely to be inexact and empirical. Furthermore, it might lead the physician to regard his patient's behaviour with the same objective and informed eye as that with which he now regards individual organs. This can only benefit the patient with disturbing behavioural signs or psychological symptoms who, at present, is often seen at best as bothersome (or in need of a tranquillizer) and at worst as malingering.