

De anamnese bij het psychosomatisch onderzoek

DOOR P. VAN WIRDUM*

Toen we student waren, wezen de professoren ons met nadruk op het belang van een goede anamnese. Zelf herinner ik me in dit verband een beeld uit de collegezaal van prof. Snapper: midden in de zaal staat hulpeloos een van de studenten, die op dramatische wijze in staat van beschuldiging is gesteld, omdat hij wou gaan onderzoeken (dat wil zeggen: de pois voelen), voordat hij een behoorlijke anamnese had opgenomen. Maar hoe diep ook de indruk is geweest, welke de scène en de woorden van de professor maakten, toch zal waarschijnlijk menig student uit die tijd later nog wel eens een ingrijpender onderzoek begonnen zijn zonder goede anamnese.

Men kan zich ook afvragen of het opnemen van de anamnese niet een stuk onderzoek is, van niet meer of minder waarde dan elk ander gedeelte. Toch blijkt, als men erover nadenkt, dat die oude scheiding tussen anamnese en onderzoek zinvol is, omdat de anamnese een veel wezenlijker deel van de geneeskundige werkzaamheid vormt. Bij de anamnese komt duidelijk het „actief deelnemen” van de patiënt, in de relatie tot de arts naar voren. Bij het onderzoek ziet de patiënt tijdelijk van een deel van zijn activiteit af; hij heeft erin toegestemd zich tot object (van onderzoek) te laten maken. Ook bij de therapie moet de patiënt zich vaak aan een bepaalde techniek onderwerpen. Zo gezien zijn onderzoek en therapie technische procedures, waarbij de relatie van patiënt tot arts is verschaald, terwijl in de anamnese deze relatie een levende vorm krijgt.

Om misverstand te voorkomen is het wel zaak nadrukkelijk te stellen, dat ook voor hem, die zich bezig houdt met de psychosomatische geneeskunde, alle onderzoekstechnieken op hun tijd grote waarde hebben. Maar het is als in de natuurwetenschap, waar het experiment niet op zichzelf het wezenlijke is, doch waar de vraagstelling, die aanleiding tot het experiment werd en de interpretatie van het resultaat, de waardevolste prestaties zijn. Ook daar vloeien kunst en kunde ineen, en het is de kunst om kennis en techniek juist aan te wenden.

In de ziekenhuizen hebben sommige specialisten neiging om meer op de aanwijzingen, die het onderzoek geeft, te vertrouwen, dan op de mededelingen van de patiënt. Bij anderen spelen die me-

dedelingen wel een rol, maar bij hen is het opnemen van de anamnese tot een routine geworden, die volgens een bepaald — vaak zeer uitgebreid — schema verloopt. De spontaniteit van de patiënt gaat verloren, en wat de arts betreft, lijkt het mogelijk, dat hij te zijner tijd vervangen kan worden door een Hollerith-machine, die aan de hand van positief of negatief beantwoorde vragen de mogelijke diagnoses aangeeft. Zo kan men misschien vaststellen wat de ziekte, als abstractie, als plaats in een diagnostisch systeem is, maar het beeld van de levende werkelijkheid, waarin een mens begrepen moet zijn, die op een ogenblik ziek werd, verschijnt niet. Het is niet alleen zo, dat bij deze wijze van anamnese opnemen, bepaalde gegevens niet voldoende tot hun recht komen, maar ook zo, dat de gegevens, die wél aan de dag komen, een bepaalde misleidende vorm kunnen hebben. Het is als met het beeld van de cel, dat ontstaat na fixatie en kleuring. Doordat de arts namelijk de spontaniteit van de patiënt onderdrukt en hem ertoe brengt, als objectief waarnemer over zijn ziekte te rapporteren, gaat de patiënt zijn klachten beschouwen als „corpus alienum”, als „iets anders”, dat buiten het verband van zijn echte, eigenlijke beleven staat. Verder brengt de aandrang, die wordt uitgeoefend om de klachten te lokaliseren, hem ertoe deze klachten te plaatsen in een milieu, waarvan hij ook distantie heeft. Maar hiermee wordt dat milieu i.c. het lichaam en het lichamelijke, ook tot iets anders dan de patiënt „zelf”. Het lichaam is dan een soort werktuig, waarvan de patiënt „zelf” zich bedient en ziekte is een niet goed functioneren van dat werktuig door een defect. Het is, alsof de diepere persoonlijkheid pas secundair bij de ziekte wordt betrokken als gevolg van de hinder, die de ziekte geeft. De kloof, die de psychosomatiek moet overbruggen, ontstaat zo dus telkens weer, door de wijze van benadering van de patiënt. Het is interessant om hier dieper op in te gaan, maar voor het ogenblik moeten we ons ertoe bepalen enkele feiten te noemen, waaruit deze omzetting van de klachten, als gevolg van de manier waarop de anamnese wordt opgenomen, blijkt.

Als men patiënten met hoofdpijn een poosje over hun klachten laat praten, blijkt vaak, dat ze eigenlijk helemaal geen pijn hebben, maar gevoelens, die beschreven worden als „hol”, „gedrukt”, „leeg”, „onzeker” etc. Verder zijn deze gevoelens in veel gevallen ook niet speciaal in het hoofd gelokaliseerd. Vaak zit er een bepaalde lijn in de ge-

* Psychiater voor de psychosomatiek in het gemeenteziekenhuis aan de Bergweg te Rotterdam.

gevens, die de patiënt brengt. Eerst komt hij met de klacht van pijn, dan: — het is een gevoel of er iets drukt om het hoofd — soms ook of het leeg is — je voelt je beklemd, je kan niet denken — eigenlijk weet je niet wat je doen moet — als je maar een bepaalde taak hebt, dan heb je er geen last van — afgelopen zondag ontstond weer — merkwaardig, dat het heel vaak op zondag komt. De schrijver van dit artikel had vroeger de gewoonte om patiënten, die met hoofdpijn kwamen, een lijstje te laten maken, waarop de dagen werden aangetekend, dat de pijn optrad. Zeker bij een derde deel van de patiënten waren dit overwegend de zondagen. Later bleek, dat de patiënten dit spontaan aan konden geven, als men hen er eerst toe bracht wat langer over de klachten te spreken, terwijl daarbij meteen naar voren kwam, dat eigenlijk vaak niet van pijn kon worden gesproken, maar van gevoelens, die een overgang vertoonden naar gevoelens van verdriet, onlust en angst.

Bij het opnemen van uitgebreide anamnesen in verband met het psychosomatisch onderzoek van patiënten met asthma bronchiale en ulcus pepticum, werd duidelijk, dat de typische maag- en astmaklachten bijna bij alle patiënten maar een deel van de klachten vormden, en dat als regel slaapstoornissen, gevoelens van onlust, onrust, beklemming, angst etc. waren voorafgegaan. Deze verschijnselen bleven ook vaak bestaan naast de typische klachten. Men kan dus zeggen, dat de ty-

pische klachten als regel liggen ingebed tussen deze andere bezwaren. Als men nu naast de psychosomatische anamnese de gebruikelijke klinische anamnese legt, dan blijkt vaak, dat in de laatste deze atypische klachten bijna niet voorkomen, en dat de klachten veel sterker op het lichaam betrokken zijn. Zelfs worden de veel voorkomende slaapstoornissen als regel niet aangegeven.

Wanneer de patiënt wat uitgebreider over zijn klachten praat, komt hij vaak vanzelf ertoe over zijn gevoelens en vandaar over zijn plaats en ervaringen in de wereld om hem heen te spreken. Het is zaak om hem hierin zoveel mogelijk zijn eigen gang te laten gaan. Wel kan voorkomen, dat hij verbanden legt, die de arts niet zonder meer zal accepteren; toch werpen die het probleem op, waarom de patiënt het zo ziet. Soms kan men belangrijke gegevens op het spoor komen, als men bemerkt, dat er wel een associatief verband bestaat tussen sommige gebeurtenissen of feiten (hetgeen kan blijken doordat ze gelijktijdig gebracht worden of doordat ze een verwante betekenis voor de patiënt hebben), zonder dat patiënt bewust dit verband wil of kan leggen. Zo wilde een astmapatiënte, die pas enkele jaren last had, bij het vertellen over haar klachten, telkens spreken over het feit, dat moeder zo ziekelijk was. Dan sprong ze over op de laatste verjaardag, waar ze rijk met bloemen bedacht werd, die haar echter naar haar zeggen een zeer heftige aanval hadden bezorgd en vandaar gleed het verhaal weer over naar moeder, waaraan patiënte zo gehecht was. Men ging zich afvragen, wat moeder toch met die verjaardag en met de klachten te maken had. Pas in een penthotalroes, die gegeven werd om dieper materiaal te krijgen en patiënte tot een „echter” affectief beleven te brengen, werd in dit geval de grote betekenis van het verband duidelijk. Nadat gevraagd werd over de verjaardag te spreken, begon patiënte te huilen. De hele dag had moeder zich aange-steld of het haar feestdag was, en patiënte kon maar sjouwen. Toch was patiënte erg op moeder gesteld, ze had haar met een taxi laten halen, omdat ze anders niet aanwezig kon zijn. Vroeger was moeder ook altijd ziekelijk en moest patiënte sjouwen. Alleen als er een gezellig avondje was, was moeder er wel bij. De laatste jaren ging patiënte moeder geregeld helpen. Moeder schreef dan maar voor wat er gebeuren moest en liet weinig dank blijken — patiënte haastte zich en sloofde zich uit, zodat ze buiten adem geraakte.

Het feit, dat bepaalde gebeurtenissen stelselmatig worden verzwegen, zal men als regel niet merken. Als men dit evenwel op het spoor komt, dan zijn belangrijke aanwijzingen te verwachten. Zo kwam een patiënt met de ziekte van Basedow na verscheidene gesprekken, waarin niet veel belangrijks naar voren gebracht werd, op een gegeven moment met een krantenknipsel voor de dag, dat zijn vrouw hem meegegeven had. Het ging over een ernstig auto-ongeluk, waarbij de bestuurder, die na het ongeval in de auto beklemd zat, gevaar ge-

ROVICEE

Rozebottel- frambozensiroop

een geheel *nieuwe vruchtensiroop*
met een zeer hoog gehalte aan natuurlijk vitamine C

Bevat: 45 % natuurlijk vruchtensap (ingedikt): rozebottel, frambozen, bessen en tomaten, 64 % suikers: saccharose en invertsuiker en minstens 250 mg vitamine C per 100 cm³ (bij bottelen).

Samengesteld door prof. dr. ir. P. Schoorl

Wordt wegens de voortreffelijke smaak gaarne genomen door babies (3 tot 5 theelepels onverdund per dag is 20-35 mg vitamine C), als ook door grotere kinderen en volwassenen (met 3 à 4 delen water verdund).

Rovicee is in elke goede levensmiddelenzaak verkrijgbaar.

Recter's Fabrieken N.V. - Veenendaal

lopen had om levend te verbranden. Die bestuurder was onze patiënt; het ongeval had twee jaar tevoren plaats, enige maanden voor de eerste ziekteverschijnselen optraden. Patiënt was dit hele ongeval vergeten en had zich ook tijdens de voorafgaande gesprekken, die, naar later bleek, enige keren er langs heen gescheerd waren, niets herinnerd. Toch is er reden om aan te nemen, dat er drang tot uiten bestond, die ertoe leidde, dat patiënt onze gesprekken met zijn vrouw naging en zo weer op het gebeurde kwam.

Een dergelijke anamnese, waarbij de patiënt zich zoveel mogelijk spontaan uit, werd door Deutsch „associatieve anamnese” genoemd. Bij de groep van Groen is de benaming „biografische anamnese” in gebruik. Deze heeft het voordeel, dat de betekenis van de biografie uit de naam naar voren komt, maar het nadeel, dat sommigen ertoe zouden kunnen overgaan de patiënt als het ware aan de hand van de kalender te ondervragen. Ze zou er toch weer een schema zijn, waaraan patiënt en arts onderworpen waren, tot schade van de relatie van patiënt tot arts en van de kwaliteit van het materiaal, dat op die manier aan het licht zou komen. Dit houdt uiteraard niet in, dat het geen grote waarde kan hebben om na afloop de gegevens in een tijdverloop te rangschikken. Het hele anamnestiche materiaal moet trouwens na afloop worden geordend. Daarbij zal vaak blijken dat over bepaalde perioden of over bepaalde relaties van de patiënt onvoldoende gegevens naar voren zijn gekomen. Deze kan men dan in een volgend gesprek trachten te krijgen. Hoewel het in het begin van het eerste gesprek aanbeveling verdient om zo weinig mogelijk storend op te treden, kan men, vooral als het gesprek goed loopt, wel eens enige precisering vragen van iets, dat de patiënt besprak, of hem naar een bepaald onderwerp leiden. Het is echter zaak te voorkomen, dat hier de sfeer van een verhoor ontstaat; het moet veeleer zo zijn, dat een suggestie wordt gegeven om ergens nog eens wat dieper op in te gaan. Trouwens, de term gesprek, die al enige malen in dit stuk werd gebruikt, is ook misleidend. De arts spreekt eigenlijk niet mee, terwijl de patiënt hem toch als partner moet kunnen zien. Veel mensen hebben echter behoefte om iets meer van de arts te merken dan een vriendelijk geïnteresseerd gezicht. Het is daarom zeer nuttig zich een licht gebrom aan te meten, waarvan het timbre door de arts zelf moet worden gezocht in overeenstemming met zijn postuur en de situatie. Dit gebrom kan men dan laten horen, indien men merkt, dat de patiënt behoefte heeft aan een levensteken.

Uit alles wat al werd gezegd zal het duidelijk zijn, dat eerste vereiste voor het verkrijgen van een goede anamnese is, dat men de tijd neemt. Aan de andere kant moet men ook niet veel langer dan een uur met dezelfde patiënt bezig zijn. Het opnemen van de anamnese in enige zittingen heeft allerlei voordelen: men ziet de patiënt op verschillende tijdstippen, de patiënt heeft vaak over het eerste

gesprek nagedacht en hetzelfde is met de arts het geval, zodat beiden nog eens op bepaalde punten terug kunnen komen, terwijl een lange zitting de patiënt op den duur toch het gevoel geeft, dat hij onder druk komt te staan. Bij het navragen is het zaak om „politie” methoden achterwege te laten. Men zal in principe een patiënt geen tegenstrijdigheden in zijn gegevens voorhouden, wel voorzichtig gegevens trachten los te krijgen om te begrijpen waarom die tegenstrijdigheden er zijn. Ook is het onjuist om te trachten patiënt aan liet praten te krijgen over iets, waar hij bepaald niet over praten wil. Zo lukt het als regel moeilijk om in een paar anamnestiche gesprekken belangrijke gegevens over de sexualiteit te krijgen. Men moet zich hierbij neerleggen en niet aandringen, hoe belangrijk het onderwerp ook is, of eigenlijk juist omdat het zo'n belangrijk onderwerp is. Naast de factor van de aandacht, die in de eerste plaats blijkt doordat de arts de tijd neemt voor zijn patiënt, is de factor van het vertrouwen en de discretie van eminent belang. Een anamnese blijft vaak aan de oppervlakte, als een ander bij het opnemen aanwezig is, zeker, als dat een familielid betreft, maar vaak ook al, als een tweede arts erbij zit. Dit wordt duidelijk als men bedenkt, dat de subtiële relatie tussen patiënt en arts in het spel is. Ook heeft de patiënt geen vertrouwen, als de arts te direct geïnteresseerd lijkt. Er bestaat bij de meesten een grote behoefte aan sfeer, waarbij de arts geïnteresseerd is en toch distantie houdt. Velen zijn zeer gevoelig voor lichte verstoring van die sfeer, die ze echter zelf vaak onbewust te weeg brengen.

Men moet er steeds rekening mee houden, dat het geven van de anamnese door de patiënt niet zonder meer het vertellen van een verhaal, maar een „zich gedragen ten opzichte van de arts” is. Belangrijk is het om na te gaan, hoe de patiënt stelling neemt in houding en gedrag. Verder bedenke men dat, wat de patiënt vertelt, een verhaal is over zijn plaats in de wereld, zoals hij die ziet, maar ook, zoals hij wil, dat de arts die ziet. Belangrijk is het om na te gaan, of de patiënt min of meer een evenwicht toont, zowel in zijn verhaal als in zijn houding en gedrag. Dit blijkt, doordat hij een zekere objectiviteit bereikt in het vertellen, terwijl hij toch zijn affect en zijn problemen kan tonen. In zijn houding zal hij dan enige distantie aanhouden, maar tegelijkelijk blijk geven van een genuanceerd affect. De fijnere stoornissen in de relatie, die bij psychosomatische patiënten zeer frequent aanwezig zijn, kan men pas na veel ervaring nauwkeuriger beoordelen. Als men echter zelf affectief voldoende in evenwicht is en kan resoneren met de affectieve bewegingen in de patiënt, is een beperkte ervaring voldoende om aan te voelen of er een stoornis in de relatie bestaat. Daarvoor is het echter ook zaak, dat men zelf de nodige distantie bewaart en de relatie niet scheef trekt door bijvoorbeeld een vaderlijke of een koele, zakelijke houding aan te nemen.

Een goede anamnese heeft, evenals de persoon

waarvan hij afkomstig is, vele dimensies. De anamnese moet een beeld geven van de verschillende facetten van het stelling nemen van die persoon in de wereld om hem heen. Het ontwerpen van dat beeld en de interpretatie ervan zijn een werk, waarvoor kunst en kunde nodig zijn. Het kan de intense bevrediging geven, die elke scheppende werkzaamheid eigen is.

* * *

Voorbeeld van een psychosomatische anamnese, waarvan het opnemen ongeveer twee uur heeft geduurd, terwijl de gegevens pas na afloop zijn geordend.

Mevrouw K. L., geboren 20-1-1934.

Klachten:

De laatste maanden heeft patiënte bijna elke week een heftige astma-aanval. De aanvallen beginnen meest 's nachts. Patiënte wordt vaak met een gil wakker, voelt zich benauwd en na korte tijd is de benauwheid zo heftig, dat van een astma-aanval kan worden gesproken. Het is haar niet bekend, of ze angstig droomt. Als ze zo benauwd wakker wordt, is ze wel angstig, maar dit kan het gevolg zijn van de benauwdheid op zichzelf. Patiënte voelt zich de laatste maanden ook wel vaak onrustig. Ze denkt, dat dit samenhangt met het feit, dat haar man in militaire dienst is. De verergering van de klachten is ook begonnen omstreeks de tijd, dat de man in dienst ging. De dag, nadat hij zich gemeld had, kreeg patiënte een heftige aanval, terwijl ze bij een familielid was. Ze was hier naar toe gegaan, omdat ze zich zo eenzaam voelde. Ook kort voor de opname heeft ze een zeer heftige aanval gehad, die enige dagen duurde. Als ze het nu precies nagaat, blijkt, dat de aanval begon op oudejaar. Patiënte heeft vaak met feestdagen last. Ze heeft in jaren al geen verjaardag gevierd, zonder dat er een astma-aanval optrad. Ze neemt zelf als oorzaak aan het feit, dat ze bijzondere dingen eet. Ook de huisarts is de mening toegedaan, dat hierin de oorzaak moet worden gezocht. Het is echter niet mogelijk om speciale dingen aan te wijzen, waarvoor ze gevoelig is. De uitgesproken aanval begint als regel 's nachts, maar de dag tevoren merkt patiënte al, dat ze klachten krijgt. Op haar verjaardag is het bijvoorbeeld zo, dat ze aan het eind van de middag het gevoel krijgt, alsof ze niet mee kan doen, alsof niets haar interesseert. Het is, of haar adem gaat stokken. Ze zou willen huilen, maar ze is bang, dat dat kinderachtig is. Ze voelt zich onverschillig tegenover de omgeving. Als anderen het in de gaten hebben en haar vriendelijk trachten te benaderen, wordt ze zeer geïrriteerd. Het liefst trekt ze zich dan maar terug. Vaak komen er fantasieën op, meestal over mannen, die met hun armen naar haar reiken. Ze ziet hoofdzakelijk het hoofd en de armen. Ze kan niet zeggen, dat ze angstig is daardoor. Ook denkt ze dan, dat de huisdokter bij haar staat en haar een injectie geeft. Ze

verlangt naar een injectie, maar tracht zich daar zo lang mogelijk tegen te verzetten. Uiteindelijk moet het er echter altijd van komen, dat de dokter wordt gehaald om een injectie te geven. Na de injectie komt er een heerlijk gevoel door haar lichaam, het is een gevoel van warmte en van licht beven, alsof ze helemaal slap is en zich helemaal over zou kunnen geven. Ook nadat de aanval voorbij is, blijft patiënte nog een paar dagen slap en lusteloos en houdt ze nog last van „piepen en zagen”. Ze heeft zelf gemerkt, dat dit piepen niet voorbij gaat, als ze op bed blijft liggen. Soms lijkt het zelfs, alsof er weer een nieuwe aanval komt, doordat ze te lang op bed blijft. Als ze aan het werk gaat, is het piepen als regel na een halve dag voorbij.

Vanaf de kleuterjaren heeft patiënte al bronchitis. Op 10-jarige leeftijd vatte ze een keer een erge kou en werd toen benauwd. Ze weet zich nog te herinneren, dat die zware verkoudheid optrad bij het zwemmen. Ze kan het nog precies vertellen, omdat het zo'n bijzondere dag was. Ze zou afzwemmen voor haar diploma, maar kreeg zo'n heftige ruzie met vader, dat deze haar verbod om naar het zwembad te gaan. Later is er iemand uit het zwembad naar haar huis gekomen om te vragen waar zij bleef; die wist vader te overreden om patiënte toch te laten gaan. Ze heeft goed gezwommen en het diploma gehaald. Het was echter erg koud en ze moest lang in badpak op de kant staan. Toen ze naar huis ging, voelde ze zich al benauwd worden. Thuis kon ze niet hebben, dat de anderen wat tegen haar zeiden. Ze kon moeilijk ademen. Die nacht kwam er een heftige aanval. Sindsdien heeft ze aanvallen gehouden. Vooral tussen het 14e en het 16e jaar heeft ze veel last gehad.

Ze is gauw moe, vooral ten tijde van de ongesteldheid. Ze geeft er niet aan toe. Ze is altijd zo druk mogelijk bezig. Als ze bezig is, heeft ze niet echt plezier in hetgeen ze doet, maar ze heeft het gevoel, dat ze zichzelf moet laten zien, dat ze klaar kan komen. Ze kan eigenlijk nooit rustig gaan zitten of in een rustig tempo werken. Tegen mensen is ze gauw geprikkeld, ze vindt ze vaak zo kinderachtig. Vooral haar broer irriteerde haar vaak. Ze had dan neiging om hem te gaan plagen en thuis zeiden ze wel, dat ze net zolang met hem bezig was tot hij uitbarstte. Ook met haar man heeft ze nogal eens conflicten, doordat ze zich geprikkeld toont over zijn makkelijke opvatting.

Vroegere ziekten:

Als baby heeft patiënte erg eczeem gehad. Op 8-jarige leeftijd icterus (waarschijnlijk infectieus), waarvan ze vlot herstelde.

Familieanamnese:

Patiënte is oudste van drie kinderen, de twee anderen zijn gezond. Vader en moeder zijn ook gezond. Er is geen astma, geen eczeem, geen urticaria, geen hoofdpijn en geen ulcus ziekte in de familie, zover patiënte weet.

Levensomstandigheden:**Jeugd en ouderlijk gezin:**

Vader is 48 jaar, hij is sigarenmaker. Als regel is het een rustige man, waarvan ze thuis weinig merken. 's Avonds zit hij te slapen of de krant te lezen. Als iets hem irriteert, kan hij vreselijk driftig zijn. Vroeger was hij wat onverschillig tegen de kinderen, alleen als moeder klaagde over hen, bemoeide hij er zich mee, maar dan was hij ook meteen vreselijk driftig en deelde meppen uit.

Patiënte kan zich niet herinneren, dat ze als kind wel eens bij hem op schoot zat of met hem ging wandelen. Ze weet niet, of hij op haar gesteld is. Zelf heeft ze geen hekel aan hem, hoewel hij vaak zo onredelijk was. Ze heeft trouwens van kind af aan neiging om hem te tarten. Het is vaak geweest, alsof ze er een plezier in had, als hij zo driftig werd tegen haar. Hij bemoeide zich dan eigenlijk pas met haar en na afloop van de driftbui kreeg hij spijt en bleef hij een poosje vol aandacht voor haar. Moeder is 46 jaar, ze is een beetje dom, een beetje een goedsul.

Als vader driftig was, zei moeder daar nooit iets tegenin. Ze liet vader altijd maar gaan. Patiënte herinnert zich ook niet, dat moeder de kinderen eens aanhaalde. Wel was ze altijd bezorgd over hen, ze wou altijd, dat de kinderen er netjes uitzagen. Patiënte was al heel vroeg zindelijk, moeder heeft daar bij alle kinderen erg achterheen gezeten. Patiënte weet niet, of ze van moeder houdt, maar ze zou in geen geval later zo willen zijn als moeder.

Broer 2 jaar jonger. Patiënte vond hem eigenwijs, ze had altijd neiging om hem te tarten, hetgeen nogal eens tot ruzie aanleiding gaf.

Neurosen in de jeugd:

Op 10-jarige leeftijd is ze een tijdlang erg bang voor de dood geweest. Ze denkt dat dit kwam, doordat ze een vriendinnetje opgebaard had zien liggen.

School:

Gemiddelde leerling op de lagere school. Ze had op school weinig vriendinnen, ze trok wel graag de aandacht en haalde wel graag streken uit. Ze heeft het gevoel, dat het onderwijzend personeel haar niet erg mocht. Ook wat de leerlingengroep betreft, zat ze er niet erg in. Niettegenstaande haar bronchitis, kon ze wel met alles meedoen. Ze voelde zich wel eens gauw gekrenkt.

Werk:

Heeft moeder een jaar geholpen in de huishouding, wilde toen zelf wat verdienen. Tot haar huwelijk was ze op een atelier. Ze heeft slechts eenmaal gewisseld van werkkring. Toch vond ze het werk niet prettig, het was te saai. Ze wou doorzetten. Ze vond het wel gezellig tussen de andere meisjes, maar ze had geen echte vriendinnen. Ze ging 's avonds wel eens uit, nu eens met het ene, dan weer met het andere meisje.

Vita sexualis en huwelijk:

Patiënte heeft van jongsafaan aandacht voor mannen gehad. Toch was ze verlegen ten opzichte van jongens. Ze fantaseerde altijd, dat ze een grote man zou krijgen, die haar „op de kop zou zitten” als het nodig was. Als meisje van 10 jaar praatte ze nogal eens met een oudere buurjongen, die ongeveer 18 was. Ze heeft later met verschillende jongens geflirt, ze maakte zich graag op en trok graag aandacht. Haar tegenwoordige man kent ze drie jaar. Het is verschillende keren aan en uit geweest. Sinds een half jaar is patiënte gehuwd, omdat de man in dienst moest. De man is 22 jaar, hij heeft twee jaar vrijstelling gehad, werkte in de graanhandel van vader. Voor het huwelijk zag ze wel tegen de man op. Ook nu is ze nog wel op hem gesteld, maar ze vindt hem vaak te lui en te makkelijk als hij thuis zit. Ze kan niet hebben, als hij z'n boord losmaakt en op z'n blote voeten rondloopt, terwijl ze zich ook vaak ergert als hij bij het eten zit te smakken. Ze maakt dan aanmerkingen, die nogal eens tot gevolg hebben, dat hij uitbarst. 's Avonds, als hij stil zit, heeft ze neiging hem te tarten. Ze gooit dan iets naar hem toe bijvoorbeeld, totdat hij driftig opspringt. Het komt er dan nog wel eens toe, dat hij haar een mep geeft, maar dit is waarschijnlijk gevolg van haar houding. Het gezin woont in bij een familielid van patiënte, waarmee ze de laatste tijd nogal eens moeilijkheden heeft. Patiënte zou liever geen kinderen willen hebben, omdat er geen ruimte voor is en omdat ze bang is, dat ze de „rommel” van de kinderen niet aan kan. Ze wil wel erg graag een hond hebben. Patiënte houdt niet van kleinere dieren. Een kat vindt ze eigenlijk al vies. Ze is erg bang van spinnen en vliegen. De man wil wel graag, dat er een kind komt en ze zal hem zeker z'n zin geven, als hij uit militaire dienst is. Patiënte heeft twee jaar voor het huwelijk wel gecohabiteerd met de man; ze is wat aarzelend als ik haar vraag naar sexuele ervaringen met andere mannen, maar zegt dan, dat ze die niet gehad heeft. Patiënte heeft nooit orgasmus, ze kan zich niet goed overgeven, voelt het als vies. Toch wel behoefte, dat de man haar aanhaalt en dat de man blij geeft van behoefte naar verdergaand contact. Patiënte heeft wel geonaneerd, daarbij fantasieën, dat zij vastgebonden werd. Ook heeft zij tijdens het huwelijk nog wel eens behoefte om te flirten, was erg jaloers als de man flirtte.

Liefhebberijen:

Gaat graag uit, ze wordt 's avonds altijd het meest actief, komt daardoor nooit voor 12 uur in bed. Veel lezen. Geen vriendinnen.

Psychiatrische indruk:

Patiënte neemt niet rustig stelling. Ze vertelt wel veel, maar het is, alsof het haar zelf niet helemaal raakt. Ze heeft graag aandacht en is gauw geïrriteerd, als men haar bij een bepaald onderwerp wil proberen vast te houden. Ze voelt zich in wezen toch wel erg onzeker. Ze moet een goede indruk

Verslag van de studiegroep psychosomatiek te Groningen

DOOR DR. H. TAKENS, HUISARTS TE ROODESCHOOL*

Het is voldoende bekend, dat er, zowel bij gezonden als bij zieken, een voortdurende wisselwerking bestaat tussen soma en psyche en dat psychische stress-invloeden en maatschappelijke omstandigheden dikwijls van doorslaggevende betekenis zijn voor het ontstaan en het voortbestaan van een toestand welke afwijkt van gezond zijn.

Over de psychosomatische ziektebeelden is vooral de laatste jaren veel gesproken en geschreven en van verschillende zijden wordt getracht bij de beoordeling van de zieke mens een synthese te bereiken tussen de factoren die voor het optreden van ziekteverschijnselen van belang zijn of, eerder in de levensgeschiedenis van de patiënt, van belang kunnen zijn geweest. Toch blijkt, in het algemeen gesproken, de huisarts met deze patiënten de meeste moeilijkheden te hebben. Hij is blijkbaar niet in staat een duidelijke relatie te vinden tussen de somatische afwijkingen en klachten enerzijds en de psychische en sociale problematiek anderzijds.

Dit onvermogen kan een gevolg zijn van onze opleiding, gedurende welke wij in hoofdzaak natuurwetenschappelijk hebben leren denken en waardoor wij vooral zijn ingesteld op ziekten en niet, of althans in veel geringere mate, op zieken. Het is ook

mogelijk dat wij, misschien ten dele als gevolg van het zojuist genoemde, geen lust hebben ons te verdiepen in de problemen van onze patiënten. Dikwijls menen wij geen tijd te hebben voor deze patiënten. Ik gebruik hier met opzet het woord „menen”, want het excuus „geen tijd” wordt maar al te vaak gebruikt als dekmantel voor meer of minder vage, bewuste of onbewuste, gevoelens van onlust en het gevoel van iets „niet goed aan te durven”. Hierbij komt de angst dat men beginnende somatische afwijkingen over het hoofd zal zien en dat men de verantwoording niet alleen durft te dragen. Het lijkt dan veiliger de patiënt naar een specialist te zenden of naar verscheidene specialisten, waardoor uiteindelijk niemand meer verantwoordelijk kan worden gesteld voor de toestand van de patiënt (the collusion of anonymity¹).

Door het onvermogen om bij de beoordeling van de zieke mens de verschillende gegevens op de juiste wijze te integreren kunnen wij vele — te vele! — patiënten niet helpen. Het zijn de patiënten die, door steeds maar weer terug te komen op onze spreekuren, door altijd — om het veel gehanteerde, sterk affectief getinte woord te gebruiken — te zeuren, ons een hoop extra en vooral nutteloos werk

maken, zoveel mogelijk vertellen, maar daarbij mag men haar niet storen.

De intelligentie is ongeveer gemiddeld.

Voorlopige conclusie:

Duidelijk neurotische karakterstructuur. Sterke stoornissen op sexueel terrein. Duidelijk sadomasochistische inslag, die ook in de aanvallen tot uiting schijnt te komen. Het is, alsof zij het contact verliest, als ze bijvoorbeeld op een feestavond zit. Men vraagt zich af of dit komt, doordat ze niet voldoende in het middelpunt staat, bijvoorbeeld op haar verjaardag. Ze raakt dan als het ware in een verstijfde toestand, (equivalent van het vastgebonden zijn uit haar erotische fantasieën?) en daarna treedt de astma-aanval op. Langzamerhand ontstaat behoefte, dat er iets gedaan wordt.

Na de prik volgt een soort orgastisch beleven en daarmee vloeit de aanval af.

Het is wel zeer waarschijnlijk, dat de situatie in het ouderlijk gezin een rol heeft gespeeld bij het ontstaan van deze instelling. Speciaal met vader was pas contact te krijgen na een scène. Het is niet onbegrijpelijk, dat hierdoor sadomasochistische ten-

densen gefixeerd raakten. Merkwaardig is het eerste ontstaan van de astma-aanval na een scène, waarin de zelfstandigheid van patiënte, in dit geval het feit of ze gediplomeerd zwemster zou zijn, in het gedrang kwam. Men vraagt zich af, of de invloed van de kou op de ademhaling, zoals die vaak bij het zwemmen gezien wordt, hier het punt geweest kan zijn, dat aanleiding gaf tot uiting van het psychisch conflict in een stoornis van het ademhalingsmechanisme.

Bij de verdere behandeling zal het zaak zijn aandacht te geven aan de sadomasochistische tendens. Waarschijnlijk zal deze binnenkort ook wel tot uiting komen in de houding ten opzichte van de medicus. Het is dus zaak om niet op eventueel tar-ten van patiënte in te gaan. Toch is het zaak, voldoende aandacht aan haar te geven. De behandeling is voorlopig een aangelegenheid voor de psychiater. Zo mogelijk moet er steun worden gegeven bij het regelen van de sociale situatie, i.c. wat betreft het krijgen van een eigen huis. Een belangrijke vraag is ook, of er voldoende fundering is voor het huwelijk.