

waarin hij de minste last heeft en in die houding doodstil blijven liggen. De taak van de arts kan zich veelal beperken tot het spreken van geruststellende woorden, waarin duidelijk wordt gemaakt dat deze aanval eigenlijk steeds spoedig vanzelf overgaat.

Brometa of andere calmantia kunnen veel goed doen, doch een enkele keer blijven de duizeligheid en de misselijkheid lang bestaan. Men kan dan soms de aanval couperen door het goede oor uit te spuiten met water van een temperatuur die een nystag-

mus opwekt tegengesteld aan de bestaande spontane. Bij de op de rug liggende patiënt is dat meestal koud water dat een nystagmus verwekt naar het niet ingespoten zieke oor toe, aangezien de nystagmus spontaneus meestal in de richting van het gezonde oor slaat.

Na het einde van de aanval en de daarop volgende diepe en verkwikkende slaap verzuime men niet de oorzaak van de aanval op te sporen of op te laten sporen.

Psychiatrisch=psychologische aspecten van rugpijn

DOOR A. C. REGENSBURG, ZENUWARTS TE ROTTERDAM

Het dubbel-specialisme psychiatrie en neurologie geeft mij de mogelijkheid het onderwerp „rugpijn” zowel vanuit psychiatrisch als neurologisch standpunt te benaderen. Hierbij komt het mij gewent voor, vooral op de psychiatrische zijde van het probleem de aandacht te vestigen.

Wanneer een patiënt een arts consulteert, zal de arts zich hebben af te vragen of de door de patiënt naar voren gebrachte klachten en de door het onderzoek vastgestelde afwijkingen, ten volle kunnen worden verklaard door de gegevens, die de anatomie, fysiologie en pathologie de onderzoeker bieden. Al mogen in vele gevallen de door de anamnese en het lichamenlijk onderzoek verkregen gegevens ruim voldoende zijn om een volledig inzicht te verkrijgen in de ziekte van patiënt, niet in alle ziektegevallen kan men langs deze weg een bevredigende verklaring voor de verschijnselen geven.

Niet altijd is een lichamenlijk gevoeld lijden een uiting van een lichamenlijke ziekte, men zal zich derhalve moeten verdiepen in de vraag in hoeverre psychiatrisch-psychologische problemen een rol spelen in de door patiënt naar voren gebrachte bezwaren. Om de verhouding te bepalen van de mate waarin een organisch lijden door onbewust geestemateriaal wordt beïnvloed, zal men zich naast een uitvoerig objectief organisch onderzoek, moeten verdiepen in de psychologie van de patiënt. Men zal zich moeten afvragen:

- 1 Welke betekenis heeft het lichaamsdeel in de totale lichamenlijkheid van de patiënt?
- 2 Welke instelling heeft de patiënt tegenover zijn lijden?
- 3 Wat verlangt de patiënt van de arts:
 - a Wil hij inderdaad van zijn lijden worden bevrijd?
 - b Wil hij dit lijden liever behouden op grond van onbewuste neigingen, wensen en strevingen?

- 4 Welke onbewuste voorstellingen zijn er aan zijn lijden verbonden?

Het te bespreken onderwerp richt zich op een zeer bijzonder lichaamsdeel, de rug*. „Bijzonder” in dit opzicht, dat geen individu in staat is de eigen rug door directe waarneming te aanschouwen, terwijl het huidoppervlak van de rug ruim 1/10 deel van het totale lichaamsoppervlak uitmaakt. Men kan zijn rug alleen via het indirecte beeld, door middel van de spiegel waarnemen. Voor een juiste observatie heeft men zelfs twee spiegels nodig. Het betasten van de eigen rug met de handen geschiedt zeer gebrekkig en daardoor reeds kan men geen zuivere indruk van de structuur van de rug verkrijgen.

Ondanks de gebrekkige waarneming van de eigen rug, neemt dit lichaamsdeel een belangrijke plaats in het lichaamsschema in. Instinctief voelt ieder individu dat de rug een onbeschermd lichaamsdeel is en niet te verdedigen is, tenzij men door middel van vreemde objecten rugdekking zoekt. De wervelkolom neemt in de totale lichamenlijkheid van de mens in zoverre een bijzondere plaats in, doordat de mensheid door de ervaringen van eeuwen heeft geleerd hoe catastrofaal beschadigingen aan de wervelkolom kunnen zijn.

Ook in overdrachtelijke zin heeft de rug een bijzondere betekenis. Atlas draagt de wereldbol op de rug, hetgeen voortspruit uit de ervaring van de mens, dat de rug het sterkste deel is om iets te dragen. Zegt King Lear niet „I have years on my back forty eight”. Hoe vaak vertellen patiënten de arts niet, dat zij de zorgen en lasten van het leven niet meer kunnen torsen en hoe verlicht zij zich gevoelen als die last van hun schouders is genomen. Men kent ook het ziektebeeld van de neuroticus of psychoticus die zich achtervolgd waant en steeds achterom kijkt of hij achtervolgd wordt en of het

* O. Veraguth: Der Rücken des Menschen.

door hem in de buitenwereld geprojecteerde gevaar hem al dan niet in de rug zal aanvallen. Hetzelfde kan men waarnemen bij de achterdocht, waarbij de patiënt het gevoel heeft dat alles achter zijn rug wordt bekooktoofd.

Daar tegenover kan men waarnemen, dat ogen-schijnlijk in geestelijk evenwicht zijnde individuen door langdurige rugklachten geestelijk dermate ont-regeld kunnen raken, dat men een neurose ziet ont-wikkelen.

De voornaamste klacht waarmede de arts wordt ge-confronteerd, is de pijn. Het zijn vooral de klachten over rugpijnen, die een juiste interpretatie zo moei-lijk maken.

Pijn (Carp. „Over psychocatharsis” voordracht 9 november 1957) is een subjectieve gewaarwording, die door de ander wel begrepen, maar niet inge-voeld kan worden. Pijn wordt op enigerlei wijze het individu aangedaan.

In de pijnbelevens ligt een vage voorstelling van iets vijandigs, dat het individu aangevallen heeft. Pijn is een bedreiging van het bestaan, een gewaar-ording, die het Ik opschrikt en dreigt te verlam-men. Pijn is vrees, gebonden aan de lichamelijkeid. De innige band tussen pijn en vrees neemt men vooral waar bij het dier, dat gekwetst is en pijn lijdt. Pijn en vrees zijn begrippen, welke slechts vanuit biologisch niveau kunnen worden benaderd en ver-staan. Hieraan mag worden toegevoegd dat er een onderscheid moet worden gemaakt tussen vrees en angst.

Vrees is een biologisch verschijnsel, een biologische angst dus.

Tegenover deze biologische angst kan men de neu-rotische angst stellen.

De neurotische angst vindt zijn ontstaan in:

- a stoornissen of conflicten van het psycho-sexuele driftleven;
- b andere conflicten, voortvloeiende uit heerszuch-tige, agressieve, criminele neigingen;
- c latente voorstellingen ener bedreiging van het Ik-bestaan.

De vrees, de biologische angst, is aan een object gebonden.

De angst, als onlustgevoel, waarin een vage voorstel-ling en beleving ener bedreiging van het eigen Ik-bestaan vertegenwoordigd is, is aan geen object ver-bonden. Indien dit wel aanwezig is, geschiedt dit secundair, zoals dit bij fobieën is waar te nemen.

Bevrijdt men zich van de vrees, dan krijgt de pijn een ander accent. Door middel van de geruststel-ling kan men een ander van zijn vrees bevrijden en de pijngewaarwording aan intensiteit doen afnemen. Het geruststellen werkt alleen suggestief en is voor velen een hypnoticum. De suggestieve benadering van de problemen van de patiënt werkt bevrijdend en vermindert de intensiteit van vrees en pijn.

Het zijn nu pijn en vrees, die vooral klachten van psychosomatische aard versterken. Het is de in haar vitaliteit gestoorde lichamelijkeid, welke in soma-

to-neurotische symptomen uitdrukking geeft aan een alarmtoestand.

Hierop past de geruststelling, dat is dus de ophef-fing van de vrees voor de bedreiging van het vitale bestaan.

Indien negatief gegeven, verergert deze geruststel-ling evenwel de vrees bij patiënten en voegt aan het gehele ziektebeeld nog aggraving toe, welk laatste verschijnsel door de medicus wordt opgeroepen.

Hoe vaak hoort men niet de opmerking van arts tot patiënt, na een verantwoord onderzoek: „Ik kan niets vinden, u mankeert niets. U bent gezond”. Vraagt men zich dan niet af, waarom de patiënt ge-komen is? Kunnen de klachten geen andere genese hebben, dan alleen een somatische? Betekent licha-melijk gezond zijn dan ook een ongestoord zijn van het psycho-somatisch evenwicht? Kan er ook een psycho-genese worden aangenomen voor bezwaren die de patiënt lichamenlijk voelt?

Voor de mens als stoffelijk wezen, als psycho-fysi-sche organisatie, respectievelijk als drager van het levensbeginsel, betekent bevrijding van pijn en vrees, zelfbevrijding en deze bevrijding zoekt hij bij de arts, wiens hulp hij inroept om de weg tot die zelfbevrijding terug te vinden. De mens in nood, die een arts bezoekt, verlangt meer dan alleen maar te vernemen, dat hij lichamenlijk gezond is. Hij wenst begrip voor zijn klachten en bezwaren.

Zelfs als het onderzoek een lichamenlijke ziekte aan het licht brengt, dan nog zal de arts zich moeten realiseren of het ziektebeeld door de gevonden af-wijkingen alléén kan worden verklaard.

Indien deze wijze van beschouwen niet in de te nemen maatregelen wordt verdisconteerd, ontmoet men in de praktijk onvermijdelijk gevallen, waarbij de patiënt het slachtoffer is geworden van beslissin-gen, die niet steunden op de wetenschap van de psycho-fysische eenheid in stoffelijke zin.

Uit de vele mij ten dienste staande gevallen mag ik u de volgende voorstellen:

Patiënt A. Vrouw, leeftijd 44 jaar.

Patiënte deelt mede pijn in de rug te hebben vanaf de stuit tot en met de schouders, soms zelfs tot in de nek. Tevens heeft ze pijn in beide benen, rechts erger dan links, voornamelijk in de buitenzijdant van de onderbenen. Van de dijbenen heeft ze zo goed als geen last. Zij heeft gauw last van pijn in de armen als zij er wat mee doet.

Bij doorpraten blijkt „de pijn door het hele lichaam” te zitten en „soms zelfs in de borst” te trekken. Als patiënte zich zenuwachtig maakt nemen de bezwa-ren toe.

Het blijkt dat patiënte in 1942 door een neuro-chirurg laag in de rug is geopereerd en in 1949 opnieuw door een orthopaed werd geopereerd. Aan-vankelijk leken de operaties succes te hebben, doch de resultaten, die men meende bereikt te hebben „verdwenen als sneeuw voor de zon”. De laatste tijd zijn de bezwaren in sterkte toegenomen. Vanaf december 1957 is patiënte gedurende drie maanden fysisch-therapeutisch behandeld, doch veel effect

heeft deze behandeling niet gehad. Patiënte slaapt slecht, wijt dit voornamelijk aan de pijnen die ze lijdt.

Patiënte huwde op 11 augustus 1937. Uit het huwelijk werd op 9 februari 1938 een meisje geboren. Daarna heeft patiënte geen kinderen meer gehad. Na de geboorte van dit kind zijn de bezwaren begonnen. Patiënte komt uit een gezin van twee kinderen. Haar zuster is anderhalf jaar ouder dan zij. Deze zuster is nooit aardig geweest en wordt door patiënte als erg jaloers beschreven. Het blijkt dat haar zuster in dezelfde straat woont als patiënte. Zij is gehuwd en heeft vier kinderen. Deze zuster zou erg boos zijn op patiënte en op haar moeder, omdat de moeder patiënte regelmatig met het huishouden komt helpen. Dit trekt patiënte zich erg aan, daar zij het toch niet helpen kan dat ze invalide is.

Bij het lichamenlijk onderzoek blijkt patiënte een zeer zware, oud uitzijende vrouw te zijn. Zij heeft genua valga. Er bevindt zich een operatie-litteken in de rug, dat doet vermoeden dat patiënte voor een discus-degeneratie is geopereerd. Er bevindt zich tevens een huidlitteken ter hoogte van de linker bekkenkam, waar vermoedelijk een spaan is uitgenomen om in de wervelkolom te inplanteren.

Wanneer patiënte loopt treedt duidelijk een hysterische loopstoornis aan de dag.

Patiënte lijdt aan een hysterische reactievorm, die zich heeft kunnen ontwikkelen op een organisch lijden. Reeds 20 jaar heeft patiënte lendenpijnen, die in sterkte toenemen.

Tot nu toe was patiënte alleen organisch behandeld en werd geen aandacht besteed aan de psychische achtergronden van haar lijden, die de organisch gerichte behandelingen deden falen.

Patiënt B. Vrouw 46 jaar.

Patiënte deelt mede hevige pijn te hebben in de vier radiale vingers van de linkerhand, waarvan zij soms wakker wordt. Tevens heeft ze een moe gevoel in de linkerarm. Zij heeft pijn in de nek en in beide schouders en meent met stelligheid dat zij „slijtage van de halswervels” heeft, hetgeen haar zou zijn medegedeeld. Zij laat alles uit haar handen vallen, omdat zij er soms geen gevoel in heeft. Overal ziet zij bobbeltjes zitten en weet zeker dat „dat van reuma moet zijn”. Links zijn de bezwaren het ergst, rechts heeft ze deze klachten in geringere mate. Zij heeft driemaal drie series röntgenbestraling gehad, doch dat heeft niets geholpen. Zij kan zelfs geen accordeon meer spelen. Bij alles wat zij doet is zij direct bekaf.

Bij doorpraten blijkt het volgende: Patiënte huwde in december 1954. Behalve dat haar man „hevig zoop” bleek hij ook nog homosexueel te zijn. In het begin van het huwelijk dwong zij hem tot geslachts-gemeenschap, die dan éénmaal in de twee à drie weken plaats vond. Zij lag soms naast hem te rillen en te beven en haar man „deed maar niks”. Al haar klachten en bezwaren zijn in het huwelijk ontstaan. Vóór het huwelijk had zij nooit een klacht, kon werken als een paard zonder ooit bezwaren te hebben.

Door alle ellende gaat nu zelfs de menstruatie ongeregeld worden.

Zij komt dan met allerlei feiten, die ze te weten is gekomen en waarop ze heeft kunnen scheiden. De scheidingsprocedure is erg moeilijk geweest omdat haar man niet van overspel beticht kon worden.

Het was het eerste huwelijk van patiënte. De scheiding werd in februari 1958 uitgesproken.

Bij het lichamenlijk onderzoek kwamen, behoudens een scheefstand van de rechterheup en een abnormale stand van de wervelkolom, niet zo veel afwijkingen aan het licht.

In verband met deze gevonden afwijkingen en de mededeling van patiënte, dat zij met röntgenstralen was behandeld, werden röntgenfoto's van de gehele wervelkolom gemaakt.

Halswervelkolom: op deze foto worden spondylo-tische veranderingen gevonden. Enkele foramina zijn gering vernauwd. Halsribben zijn niet aanwezig.

Thoraco-lumbale wervelkolom: hier wordt hoog thoracaal-laag thoracaal/lumbaal een scoliose naar links gevonden, vooral in het lumbale deel is de scoliose zeer sterk met een belangrijke torsie van de corpora. In het thoracale deel is een sterke S-bocht met een scoliose naar rechts. Er zijn kleine exostosen aan voor- en zijkant van enkele corpora waar te nemen. De tussenwervelschijf L 4-L 5 is links sterk verlaagd en ook hier is exostosevorming waar te nemen. De sacroiliacaalgewrichten zijn normaal van structuur. Aan de heupgewrichten worden geen afwijkingen gevonden, evenmin aan de overige botten van het bekken.

De door patiënte naar voren gebrachte bezwaren zijn ontstaan tengevolge van een mislukt huwelijk. Zij huwde een homosexueel, van wie zij, doordat zij vele bewijzen in handen had, heeft weten te scheiden. Vóór het huwelijk had patiënte nooit klachten als in de anamnese naar voren gebracht.

De afwijkingen, gevonden op de röntgenfoto's zijn stoornissen van de wervelkolom, die reeds jaren moeten bestaan en die reeds vóór het huwelijk van patiënte aanwezig moeten zijn geweest. In de jaren voor het huwelijk had patiënte een zeer drukke werkkring, toen had zij nooit een enkele klacht. Op grond hiervan kan worden geconcludeerd dat patiënte lijdt aan bezwaren, die moeten worden beschouwd als uitingen van projecties van geestelijke spanningen in de organische sfeer. De gevonden anatomische afwijkingen van de wervelkolom zijn toevallige bevindingen, die mogelijk een locus minoris resistentiae zijn geweest, doch dan slechts moeten worden beschouwd als een heel klein onderdeel van het totale lijden van patiënte. Ook bij deze patiënte konden de organisch gerichte behandelingen geen effect bereiken.

Patiënt C. Vrouw 43 jaar.

Patiënte deelt mede pijn in de linkerzijde te hebben

vanaf de onderrand van de ribbenboog tot de bekkenkam toe. Een enkele maal heeft ze ook bezwaren na bukken, doordat zij bij het overeind komen pijn voelt ter hoogte van de stuit. Tevens geeft patiënte aan dat zij een enkele maal bij het staan op het rechterbeen een scherpe pijn door dit been voelt. 's Avonds zou de enkel van dit been dik zijn.

Aanvankelijk geeft patiënte aan geen moeilijkheden te hebben, doch bij doorvragen geeft zij toe erg nerveus en zwaarmoedig te zijn. Het blijkt nu dat zij zich angstig maakt dood te zullen gaan. Dit denkbeeld is geen dag uit haar gedachten en bederft haar leven. Haar vader is in 1948 overleden op 58-jarige leeftijd aan maagkanker. Zij heeft nu erge wroeging over het feit, dat zij haar vader nooit de waarheid heeft gezegd en ze vreest nu dat de omgeving aan haar ook nooit de waarheid zal zeggen ten aanzien van haar bezwaren.

Patiënte vreest nu, zelf kanker te hebben. In 1933 werd zij voor een appendicitis geopereerd. Bij deze operatie bleek dat zij „buikvlies” had, waardoor het verblijf in het ziekenhuis met 4½ maand moest worden verlengd. Binnen deze tijd moest zij voor de tweede maal worden geopereerd „voor het buikvlies”.

In 1951 werd door een vrouwenarts een der eileiders weggenomen en in 1953 een stukje van de andere eileider door een tweede vrouwenarts.

Patiënte vraagt zich nu af of zij misschien iets in de hersenen kan hebben. Zij kan wel driemaal iets vragen en weet ook niet meer wat zij leest. De „zintuigen zijn niet meer in orde”. Zij heeft geen belangstelling meer voor de omgeving. Anderen interesseren haar niet meer, zelfs haar man en kind niet. Het blijkt dat patiënte in november 1937 is gehuwd en dat zij tengevolge van de appendicitis en de doorgemaakte peritonitis geen kinderen kan krijgen. Zij heeft daarom een kind aangenomen, een jongetje, geboren in februari 1953. Het kind kwam bij haar toen het een jaar oud was. De natuurlijke moeder van het kind was toen 14 jaar oud. Patiënte is naar haar zeggen stapelgek op haar aangenomen kind en zij en haar man doen thans moeite om het kind te adopteren. Patiënte vreest dat de natuurlijke moeder nog eens zal komen opdagen om het kind op te eisen en deze gedachte vergalt een groot deel van het levensgeluk van patiënte.

Bij het lichamenlijk onderzoek konden objectief geen afwijkingen van enige betekenis worden gevonden. Deze patiënte heeft tot op heden alleen organisch gerichte behandelingen gehad, waarvan de resultaten nihil waren.

Patiënt D. Vrouw 45 jaar.

Patiënte deelt mede pijn in de spieren te hebben. Deze pijn voelt zij voornamelijk in het rechter bovenbeen op de grens van rechterheup en -bil. Zij geeft aan dat de pijn heel diep zit. Tevens heeft ze pijn in de rechterarm en pijnlijke rugspieren vanaf de onderrand van de schouderbladen tot en met de nek toe.

De voorgeschiedenis van patiënte luidt als volgt: In november 1940 is het aan patiënte gelukt Nederland te verlaten om als verpleegster te gaan werken in Zwitserland.

Zonder dat men nationaal-socialistische sympathieën had, was dit volgens onderzochte mogelijk. In april 1941 kreeg patiënte een angina. De ontsteking zou zeer ernstig geweest zijn. Toen zij hersteld was kreeg zij in juni 1941 een erythema nodosum van beide benen. In oktober 1941 werd een tonsillectomie bij haar verricht. Nadat zij enkele maanden geen bezwaren had gehad, kreeg zij overal pijnen. De pijn versprong van de ene plaats naar de andere. Zij liep ermee door totdat men in 1943 adviseerde te Zürich te gaan kuren. Gedurende 6 weken kreeg zij saunabaden, hete baden, massages en dergelijke. Na deze kuur moest zij 6 weken in het hooggebergte nakuren. In 1944 moest zij zich opnieuw aan een dergelijke kuur en natuur onderwerpen, zodat zij weer drie maanden geen werkzaamheden verrichtte. In die tijd zouden röntgenfoto's van de halswervelkolom zijn gemaakt. Men heeft haar medegedeeld dat op deze foto's „aangroeisels aan de halswervelkolom” waren te zien.

In februari 1946 moest patiënte huwen en met haar man vertrok zij naar Nederland. Ondanks alle narigheid die ze had, ging het aanvankelijk redelijk goed. Zij kreeg twee dochters, respectievelijk geboren in juni 1946 en in januari 1948. Tussen deze twee geboorten in had zij nog een abortus en in 1950 werd een dood kind geboren. Deze bevalling ging uitermate moeilijk. Ze zou veel bloed hebben verloren en bloedtransfusie hebben gekregen. Volgens patiënte had zij de indruk dat de bloedtransfusie de pijn deed afnemen. Tengevolge van deze geboorte bleef patiënte bij de menstruatie erg vloeien, zodat in december 1954 een uterusamputatie plaats vond.

Sedert 1951 woont patiënte in een zonloos en koud huis. In dit huis nemen haar bezwaren in sterkte toe. Bij alle narigheid, die patiënte gedurende heel haar leven al heeft meegemaakt, kreeg zij 11 april 1956 nog de grootste klap te incasseren. Op deze datum namelijk kwam haar man plotseling te overlijden. Haar man was, volgens haar zeggen, overspannen. Hij moest van de huisarts maar doorwerken. Aangemoedigd door de huisarts spoorde patiënte haar man aan zich toch te verzetten tegen zijn moeilijkheden en zijn werkzaamheden te blijven verrichten. Haar man voelde zich hoe langer hoe zieker worden en tot grote schrik van de hele omgeving en patiënte, bleef hij op de avond van bovengenoemde dag plotseling dood op de leeftijd van 39 jaar. Dit was voor patiënte een ontzetting. Zij piekert nu nog steeds over de medische tekortkoming en maakt zichzelf verwijten dat zij op de een of andere wijze mede schuldig is aan de veel te vroege dood van haar man.

Patiënte zou het huis waar zij thans woont willen verlaten, opdat zij niet steeds wordt geconfronteerd

met alle nare herinneringen. Zij beheerst zich erg, mede voor haar kinderen, maar het lukt haar niet altijd.

Bij het lichamenlijk onderzoek blijkt dat patiënte een asthenische vrouw is, bij wie objectief geen enkele afwijking wordt gevonden. De spieren van de rug blijken sterk gespannen te zijn. Bij palpatie van de spieren worden evenwel in de consistentie geen afwijkingen van enige betekenis gevonden.

De asthenie geeft tevens het geestelijk reactiepatroon van patiënte aan. Asthenici hebben namelijk de eigenschap, allerlei moeilijkheden naar binnen toe te verwerken en aan de buitenwereld zo goed als niets hiervan te laten blijken. Zij neigen dan ook gemakkelijk tot projecties van geestelijke spanningen in de organische sfeer. Deze spanningen komen vaak letterlijk voor de dag in de spanningen die men voelt bij palpatie van de diverse spiergroepen. Wat omstreeks 1943 heeft plaats gevonden, waardoor de bezwaren weer zijn toegenomen, kon uit de anamnese niet worden achterhaald, doch naar mijn mening staat vast dat de diagnose reumatische myalgieën, waaronder patiënte naar mij werd verwezen, moet worden vertaald door myalgieën die een uiting zijn van geestelijke spanningen waarvoor patiënte geen oplossing weet. Ter ontlasting van haar eigen geestelijke druk, heeft ze deze spanningen geprojecteerd in die organen, waar men spanningen ook letterlijk kan voelen, namelijk het spierstelsel.

De ziektegeschiedenis van patiënte, door haarzelf naar voren gebracht, levert in zoverre belangrijke gegevens op, dat zij steeds is behandeld als een aan organische ziekten lijdende patiënte, terwijl haar echtgenoot, wiens ziektegeschiedenis mij overigens onbekend is, voor een neuroticus werd gehouden en plotseling overleed aan een organisch lijden, dat men niet heeft onderkend. De individuele reactie van patiënte suggereerde een organisch lijden. Haar echtgenoot vertoonde een neurotische reactievorm op de basis van een organisch lijden.

Patiënt E. Man 53 jaar.

Patiënt deelt mede drie weken geleden pijn in de linkerzijde van de lendenstreek te hebben gekregen, welke pijn zich in de gehele lendenstreek heeft uitgebreid. Bezwaren van de benen heeft hij niet. Hoesten en niezen zouden de pijn hoger in de rug, dus niet in de lendenstreek, verergeren. Persen heeft er geen invloed op. Deze bezwaren heeft patiënt nooit eerder gehad. Bij doorpraten blijkt dat patiënt diep geschokt is over de ontdekking die vier weken geleden heeft plaats gevonden, namelijk dat zijn vrouw aan baarmoederkanker lijdt, welke ziekte zij reeds anderhalf jaar moet hebben. Dit feit heeft hem de nekslag gegeven.

Bij lichamenlijk onderzoek wordt bij het loodrecht heffen van het linkerbeen pijn in de linkerheup aangegeven. Bijna alle bewegingen van de romp zijn beperkt, uitgezonderd het rechts zijdelings buigen, dat redelijk geschiedt.

Op de röntgenfoto's die van de thoracale en lumbale wervelkolom werden gemaakt, werd in het bovenste thoracale gebied een sterke scheefstand van de wervelkolom gevonden. Enkele wervels blijken een blokwerfel te hebben gevormd. De onderste thoracale wervels liggen precies in de mediaanlijn. De kyfose is hier te gering. In het onderste gebied is de kyfose weer normaal. De lumbale lordose is wat te gering. Er is hier een scoliose naar rechts met belangrijke torsie van de corpora. Hier en daar zijn kleine exostosen aanwezig. De sacroiliacaalgewrichten zijn normaal van structuur.

Bij onderzoek bleek er een stoornis aanwezig te zijn in de motiliteit van de wervelkolom, welke stoornis vermoedelijk samenhangt met de structuurfouten in het bovenste thoracale gebied. Opmerkelijk is evenwel, dat deze afwijkingen reeds jaren moeten bestaan en dat patiënt na het vernemen van de ernstige kwaal van zijn vrouw plotseling bezwaren kreeg als in de anamnese naar voren gebracht. Geconcludeerd kan worden dat geestelijke spanningen in de organische sfeer konden worden geprojecteerd en wel daar, waar een orgaanminderwaardigheid reeds aanwezig was. Patiënt kon de geestelijke problemen niet meer verwerken en voelde zich organisch ziek.

Patiënt F. Vrouw 34 jaar.

Patiënte deelt mede pijn in de lendenen te hebben, welke pijn na opname in het ziekenhuis zou zijn verergerd. Men heeft haar in het ziekenhuis verteld dat de spaan in de rug los zat en dat zij daar niet meer voor geholpen zou kunnen worden. Patiënte heeft ook pijn, die langs de achterzijde van beide benen trekt. Hoesten en niezen hebben geen invloed op de pijnen, persen daarentegen geeft een scherpe pijn in de lendenen.

Sedert een half jaar is patiënte niet meer buiten geweest omdat zij, volgens haar zeggen, vanwege de pijn bijna niet meer lopen kan. Ongeveer een maand geleden ging zij naar de w.c. en tijdens het persen kreeg zij een knappend gevoel in de rug en moet daarna het bewustzijn hebben verloren. In deze toestand heeft zij een uur op de w.c. gezeten. Toen zij bijkwam leunde ze tegen de muur. Zij voelde toen dat het rechterbeen sloop en schreeuwde het uit van de pijn in de lendenen. Zij heeft steeds het gevoel alsof er iets in de lendenen snijdt. Liggen, zitten en lopen veroorzaken veel pijn, staan gaat wel.

Patiënte blijkt in haar leven al heel wat te hebben meegemaakt. In 1947 is zij in de rug geopereerd na een auto-ongeval. Volgens haar zeggen zouden er toen kraakbeenstukjes zijn verwijderd. Deze operatie geschiedde door een neurochirurg te Amsterdam. Een jaar later werd zij opnieuw geopereerd, waarbij een spaan werd geïmplanteerd. Deze operatie geschiedde door een andere chirurg. In 1953 zou de spaan gebroken zijn, waarna zij in oktober 1953 voor de derde maal werd geopereerd, nu door een ortho-

pedisch chirurg. Volgens patiënte was er toen iets niet in orde en zij werd in oktober 1954 opnieuw geopereerd door weer een andere orthopedisch chirurg.

Na deze laatste operatie kreeg zij klachten over een raar gevoel in het hoofd, waarmee ze bedoelde dat zij bij draaien van het hoofd naar rechts alles om zich heen zag draaien. Als zij het hoofd naar links draaide verdween dat gevoel weer. Bij deze duizeligheid was zij misselijk, doch braken deed zij niet. Haar rechteroor suist. De gehoorscherpthe is beiderzijds gelijk. Bij bukken neemt de duizeligheid toe. Na opname in het ziekenhuis van 4-15 mei 1956 heeft zij de klachten gekregen, die zij thans naar voren brengt.

In januari 1958 wendde patiënte zich opnieuw tot een orthopedisch chirurg, die haar voorheen niet had behandeld, met het verzoek de geïmplanteerde spaan te doen verwijderen. Bij het lichamelijk onderzoek blijkt dat patiënte met kleine schuifelpasjes loopt, waarbij de knieën volledig gestrekt worden gehouden. Zij is wel in staat de knieën te buigen als zij niet loopt. De bewegingen in de lendenwervelkolom zijn sterk beperkt.

Patiënte heeft in een periode gelegen tussen haar 23e en 30e jaar 16 operaties ondergaan, namelijk behalve vier rugoperaties nog vele buikoperaties. Bij de laatste buikoperatie werden alle inwendige geslachtsorganen weggenomen.

In januari 1958 heeft patiënte gepoogd zich opnieuw te laten opereren.

Opmerkelijk is, dat tot nu toe geen aandacht werd besteed aan de geestelijke achtergronden van het lijden (onbevredigend huwelijk) en dat men steeds heeft getracht met het mes geestelijke problemen te cureren.

* * *

Bij het doornemen van hun levensproblematiek, brachten de patiënten eensluidend, op een aan hen daartoe gestelde vraag, naar voren, dat nog nimmer een arts naar hun moeilijkheden en problemen had gevraagd en dat zij geen aanleiding hadden gevonden dit uit eigen beweging te doen. Men was bang uitgelachen of niet begrepen te worden en men hoedde zich bij voorbaat voor een nieuw psychotrauma.

De gedemonstreerde gevallen hebben doen zien voor welke problemen de zenuwarts zich gesteld ziet als de patiënt onder de diagnose „zenuwen, myalgieën, rugpijnen et cetera” naar hem wordt verwezen.

Het zijn problemen, waarmee niet alleen de neuroloog-psychiater, doch ook de huisarts wordt geconfronteerd.

De syndromen blijken zowel somatische als psychische aspecten te hebben, waarbij nu eens het ene, dan weer het andere aspect het beeld beheerst. Achter het symptomencomplex van de ziekte rijst het beeld op van de aan de ziekte lijdende mens. Het is het beeld van de psycho-fysische ontredde-

ring, dat uiteindelijk het medisch-therapeutisch handelen bepaalt en er richting aan geeft. Bestrijding van de somatische stoornissen alléén, met veronachtzaming van de aan deze stoornissen gebonden psychische problematiek, houdt een miskenning in van de psycho-fysische totaliteit.

Het niet onderkennen van de psychosomatische correlatie kan dan de genomen maatregelen minder doeltreffend of zelfs onvolledig doen zijn; terwijl de verkregen resultaten niet beantwoorden aan de gestelde verwachtingen.

De belangstelling van de neuroloog gaat uit naar de maatregelen, die berusten op de wetenschap, dat er vloeiende overgangen bestaan van organische afwijkingen tot die bezwaren, die hun ontstaan vinden in projecties van geestelijke spanningen in de organische sfeer. De opgedane ervaringen, bijvoorbeeld ten aanzien van het symptomencomplex bij de discusdegeneratie, hebben ertoe geleid, dat men behandelingsmethodieken heeft ontwikkeld, die mogelijk perspectieven bieden.

Wanneer organische stoornissen niet duidelijk op de voorgrond traden en men psychische projectie kon vermoeden, bleken jongeren vaak zeer goed te reageren op het advies hun rug te versterken door aan sport te doen. De identificatie met anderen uit de groep en de waarneming dat zij er toe in staat waren, zonder toename der bezwaren, deed de klachten verdwijnen en het zelfvertrouwen toenemen, waardoor de zelfbevrijding werd bewerkstelligd.

Dat door sportbeoefening een verbetering van de houding en een versterking van de spieren wordt verkregen, staat onomstotelijk vast. Doch dat hierdoor alléén de eventueel verkregen resultaten kunnen worden verklaard, acht ik niet waarschijnlijk.

Ouderen, die een psychosomatisch syndroom van de discusdegeneratie vertoonden, waren meestal verrassend goed te helpen met de buikband volgens Ziedses des Plantes, waar orthopedische corsetten faalden. Dit resultaat moet waarschijnlijk worden gezien in de zin van „verkregen steun”, waarbij de „steun” in geestelijke zin, in materiële vorm door de arts aan de patiënt werd geboden. De arts heeft dan een psychosomatische zieke, langs somatische weg psychisch bevrijd van vrees en pijn door de „steun” die hij de patiënt bood. Dat bij sommige patiënten orthopedische corsetten dit zelfde resultaat niet mochten bereiken, is te verklaren uit het psychologische feit, dat met de omvang en het gewicht van het corset ook de ernst van de kwaal in het lichaamsschema van patiënt toeneemt.

De ervaring heeft verder geleerd, dat een buikband gemaakt van een flanellen doek, gemaakt door de moeder of echtgenote van de patiënt, hetzelfde effect te zien gaf. De belangstelling van degene die in geestelijk opzicht patiënt het naast staat, was hier van beslissende betekenis. Ditzelfde effect was eveneens waar te nemen als bij de echtgenoot belangstelling kon worden gewekt voor het door zijn vrouw nieuw aangeschafte corset.

Aan het slot van deze beschouwing mag ik wijzen

op het uitstekende artikel op bladzijde 616 van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, verschenen op 29 maart 1958, getiteld „Syndroom-verschuiving en syndroom-onderdrukking” door Groen, Bastiaans en Van der Valk.

Aan de beschouwingen over de therapeutische consequenties ontleen ik het volgende:

„Men vraagt zich immers af: In hoeverre hebben wij een patiënt geholpen, wanneer wij hem in plaats van bij de psychiater, bij de internist, of omgekeerd, onder behandeling hebben gebracht?

Het eerste antwoord, dat men op deze vraag zou geven, is dat de in zulke gevallen toegepaste therapie onvoldoende is geweest en dat een werkelijk radicale therapie tot algehele gezondheid zou moeten leiden. Dat klinkt logisch, maar in de praktijk is het met deze „totale” of „omvattende” therapie niet zo eenvoudig gesteld.

Zowel aan onze organische behandeling als aan onze psychotherapie zijn grenzen gesteld, doordat de wetenschappelijke mogelijkheden beperkt zijn en het aantal artsen met de hun ter beschikking staande tijd niet groot genoeg is in verhouding tot het aantal patiënten.

Zowel in de persoonlijkheidsstructuur als in de externe situatie kunnen verder de moeilijkheden zo groot zijn, dat zij een „restitutio ad integrum” onmogelijk maken.

Zo zijn we dus in de praktijk gedwongen te streven naar het best bereikbare. Gelukkig zijn aangepast gedrag in de maatschappij en een bevredigende lichamelijke en geestelijke gezondheid wel verenigbaar met enige psychische en somatische onvolkomenheden. Zelfs al betekenen veel van onze therapeutische bemoeiingen dus slechts verschuiving of onderdrukking van een syndroom, toch kan de goede clinicus vaak nog iets bereiken door ervoor te zorgen, dat de verschuiving tenminste in de goede, dat wil zeggen voor patiënt en zijn omgeving meer aanvaardbare richting plaats vindt.”

Deze beschouwing is ook van toepassing op het heden besproken onderwerp.

De toenemende specialisatie in de medische wetenschap en het toenemen van het aantal specialismen houdt een bedreiging in voor inzichten die rekening houden met de psycho-fysische totaliteit van de zieke mens.

Men dient te waken voor die wijze van beoefening van de wetenschap, die de mens, als psycho-fysische eenheid, in delen uiteen doet vallen. De huidige taak van de huisarts is mede gelegen in het nemen van die maatregelen, die de patiënten moeten beschermen tegen de steeds toenemende specialisatie in het medische beroep, dat wil zeggen tegen te eenzijdig gerichte denkschema's.

Men bedenke evenwel, dat zonder de huidige vormen van specialisatie de medische wetenschap geen vooruitgang zou kunnen boeken, de huisarts zijn beroep niet met resultaat zou kunnen uitoefenen en in zijn roeping geen bevrediging zou kunnen vinden.

Referaten

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP

ARTIKELDOCUMENTATIE

Reactions to benzathine penicillin. *McFarland, R. B. (1958) New Engl. J. Med. II, 62.*

Benzathine-penicilline G is werkzaam tegen infecties, veroorzaakt door microorganismen, die gevoelig zijn voor de betrekkelijk lage penicilline spiegel in het bloed, mits deze concentratie lang genoeg wordt gehandhaafd. Bij de Amerikaanse strijdkrachten geeft men 600.000 E in één injectie om epidemieën van streptokokkeninfecties te voorkomen of te genezen. Het grote probleem wordt gevormd door de allergische verschijnselen, die kunnen optreden. Na 12.858 injecties zag de schrijver 175 patiënten met allergische reacties; 7.751 mannen kregen 600.000 E, waarna 89, of 1,4% allergische reacties vertoonden; de overige 5.107 mannen kregen 1.200.000 E en hierbij waren 86 gevallen van allergische reacties, of 1,68%. De ernst van de verschijnselen liep vrij sterk uiteen. Men zag lichte urticaria, die een tot twee dagen duurde en gevallen van serumziekte, die verscheidene weken bleven bestaan. Gevonden werden: koorts, jeuk, huiduitslag, pijnlijke en gezwollen gewrichten, lymfklierzwellingen en algemeen onwelzijn. Zeer vaak zag men grote blaren, die soms hemorragisch werden, een enkele keer trad erythema nodosum op; 37 patiën-

De artikelen, besproken in de met een nummer gemerkte referaten, kan men schriftelijk ter inzage vragen bij J. G. Antvelink, Spoorstraat 24, Schoonhoven.

ten hadden alleen huidverschijnselen, 130 hadden, behalve huiduitslag, ook subcutaan en periarticulair oedeem.

De reacties begonnen meestal acht tot vijftien dagen na de injectie; er waren er echter ook, die reeds op de eerste dag begonnen en zelfs, die na 40 tot 50 dagen optraden. Kenmerkend waren ook recidieven na een schijnbaar herstel.

De invloed van de therapie die bestond uit antihistaminica in de lichte gevallen, samen met cortison in de zwaardere gevallen, was niet overtuigend.

Voordat men de toediening van dit penicilline aanraadt, is het van belang na te gaan of er een overgevoeligheid bestaat voor benzathine-penicilline. Het lijkt juist om patiënten, die in hun anamnese een overgevoeligheid voor penicilline hebben, uit te sluiten.

S. H. H. Berghuis

The evaluation of physical ability. *Hanman B. (1958) New Engl. J. Med. I, 986.*

De schatting van invaliditeit is van groot belang, niet alleen voor de bedrijfsarts maar ook voor de huisarts. Door een goede schatting is hij in staat, zijn patiënten voor te schrijven wat ze wel en niet kunnen en mogen doen. Het gaat er om dat de minder valide met zijn overgebleven functies zo goed mogelijke resultaten kan boeken. Men komt hierbij niet ver met subjectieve uitlatingen zoals: „kalm aan”, „licht werk”, „niet klimmen” en dergelijke.

De mening die de arts weergeeft wordt door de patiënt of de werkgever niet altijd goed begrepen, waardoor de uitwerking verloren gaat en tot nadeel leidt van beide partijen. Ook een beoordeling op grond van de invaliditeit alleen heeft bezwaren. De patiënten worden dan in groepen ondergebracht die corresponderen met bepaalde diagnoses van ziektebeelden. Onderling verschillen astmapatiënten bijvoorbeeld evenveel als kaalhoofdigen en bij éénarmigen vindt men dezelfde verschillen als bij normale personen, afgezien van het gebrek. Op deze manier werkt men met gemiddelden waar-