

Sociaal-psychologische factoren bij het ontstaan van ziekte

DOOR J. A. J. BARNHOORN, ZENUWARTS

In zijn „Inleiding tot een Integrale Geneeskunde” heeft de Amsterdamse Hoogleraar in de Sociale Geneeskunde, dr. A. Querido er op gewezen, dat het menselijk bestaan zich realiseert in een drietal krachtvelden, die, alhoewel duidelijk van elkaar te differentiëren, onderling toch zeer nauw verbonden zijn en in hun werkingswijze van elkaar afhankelijk. Het zijn:

- 1 het animale, vitale, somatische of biologische veld, waarin de functies en reacties verlopen hetzij onder invloed van directe, locale prikkels, hetzij langs hormonale weg, hetzij via de banen van het centrale zenuwstelsel;
- 2 het psychologische veld, waarin de reacties bepaald worden door het functioneren van het psychische apparaat (denken, voelen en handelen) van de individuele mens;
- 3 het sociale veld, waarin de mens niet functioneert als enkeling, maar als lid van een gemeenschap en waarin zijn reacties worden beïnvloed of bepaald door zijn supra-persoonlijke verbondenheid met die gemeenschap.

De mens in zijn uiterlijke verschijningsvorm kan dan worden onderscheiden in de biologisch levende mens, de individueel-psychologisch en de sociaal-psychologisch levende mens, met dien verstande dat we er ons wél van bewust zijn, dat deze scheiding kunstmatig is, omdat deze drie facetten van het menselijk zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en elkaar in hun functioneren altijd wederzijds beïnvloeden.

Dat er een nauwe wederzijdse verbondenheid bestaat tussen soma en psyche van de individuele mens, van de mens als persoonlijkheid en als psycho-fysische eenheid is een sedert eeuwen bewust geweten feit, al heeft men daarmee in de achtereen volgende tijdperken van de geschiedenis der geneeskunde niet altijd even sterk rekening gehouden en al staan vele somatisch geneeskundigen en ook nog wel een aantal psychotherapeuten van heden weliswaar met een, met de mond beleden, doch nog altijd niet voldoende beleefde belangstelling ten opzichte van elkaars opvattingen en doctrines. In dit opzicht zijn we de laatste twintig jaar een stuk verder gekomen, getuige de ontwikkeling van de psychosomatische geneeskunde, die reeds zover gevorderd is, dat het niet meer een vraag, doch een op feiten steunende wetenschappelijke overtuiging is, dat bepaalde ziekte-eenheden berusten op de wisselwerking tussen psyche en soma. Zelfs de meest sceptisch ten opzichte van de psychosomatiek in haar huidige gedaante staande arts is er toch wel

van overtuigd, dat, mogen er dan al geen typisch psycho-somatische ziekten zijn, de ziekelijke zowel als de normale functies en reacties van het lichaam en van de geest ten allen tijde en onder alle omstandigheden door elkaar worden beïnvloed.

Het is nu echter een van de belangrijkste verdiensten van Querido geweest, dat hij in zijn boek „Integrale Geneeskunde” scherper dan tot nu toe in de literatuur het geval is geweest, gewezen heeft op het sociale milieu als een verbijzondering van het somatisch-psychische aspect in het menselijk bestaan, met name op het eminente belang van het mede betrekken van de sociale relaties bij het onderzoek naar het ontstaan en bij de behandeling van ziekten. Alhoewel we niet kunnen zeggen, dat in de psychosomatiek geen rekening wordt gehouden met de psychische reacties van de mens als lid van een gemeenschap, is de klemtoon in de psychosomatiek toch altijd wel het meest gevallen op de psychische reacties van de mens als individu.

Natuurlijk is er in de psychosomatiek rekening mee gehouden, dat een bepaalde patiënt een bepaalde afwijking heeft gekregen als reactie op het leven onder bepaalde spanningen in een bepaald levensmilieu, maar de klemtoon is daarbij wel in de eerste plaats gevallen op *déze* patiënt, *déze* individuele mens, die door een bijzondere gevoeligheid daartoe als het ware voorbestemd op zijn eigen, in zijn biologische constitutie zowel als in zijn persoonlijkheidsstructuur verankerde wijze op bepaalde innerlijke emotionele conflicten of op bepaalde situatieve milieu-spanningen en -inspanningen gereageerd heeft met een bepaald ziekte-syndroom.

Het gevolg hiervan is dan ook geweest, dat men bij de behandeling van psychosomatische ziekten de klemtoon heeft gelegd op de psychotherapie van het zieke individu, een psychotherapie, die ten doel heeft de patiënt bewust te maken, waarom hij aldus op bepaalde innerlijke conflicten en op bepaalde milieufactoren heeft gereageerd en om hem in zich zelf de krachten te doen vinden, waarmee hij zich kan verdedigen tegen deze pathogene factoren. Om met andere woorden nog eens hetzelfde te zeggen: de psychosomatische therapie was in de eerste plaats en in hoofdzaak gericht op *déze*, door psychische spanningen ziek geworden mens, ongeacht of deze psychische spanningen hun oorsprong in hemzelf of in zijn omgeving hebben gevonden.

Voorzover hiertoe al geen tendenties aanwezig waren — tendenties, die bij de psychiaters en psychotherapeuten zeker al wel bestonden, zij het dan niet zo impliciet uitgesproken — heeft Querido door het sociaal-psychologische zijnsvlak van de mens als po-

tentieel pathogene sfeer scherp naar voren te brengen een duidelijke accent-verschuiving teweeggebracht en hij heeft aldus de noodzakelijkheid van het onderzoek naar de sociale factoren van iedere zieke mens zomede van de bemoeienis met deze factoren ter bevordering en instandhouding van genezing scherp in het licht gesteld. Daarmede heeft hij naar mijn gevoel de psychische component van het ziek worden min of meer losgemaakt van de aera, waarin de psychosomatiek geleidelijk geheel was opgegaan en waarin zij misschien ook wel gevaar liep te verstarren zonder geestelijk gemeengoed te worden van allen, die met de zieke mens te maken hebben. Door de nadruk te leggen op het sociale milieu en de sociaal-psychologische reacties daarop van de nooit alleen maar individueel doch altijd ook supra-individueel, in een gemeenschapsrelatie levende mens als directe of indirecte oorzaak van ziekte, heeft hij een scherpe lichtbundel laten schijnen op een facet in de beschouwing van de zieke mens, die in de geneeskunde eigenlijk nog niet tot zijn recht was gekomen. Querido heeft in zijn boek duidelijk laten zien, dat het betrekken van het sociaal-psychologische (sociale) veld in het onderzoek en bij de behandeling van iedere zieke mens, aan welke ziekte hij ook lijdt, noodzakelijk is.

Een andere verdienste van Querido is, dat hij duidelijk in het licht heeft gesteld, dat de behandeling van een zieke altijd dient te geschieden met inachtneming van alle drie de zijns-velden van de zieke mens en hij heeft in dit verband gewezen op de noodzaak van een coördinatie tussen somatische therapie, psychosomatische (psycho-) therapie en social-case work. Hierop wil ik later nog terug komen.

Om nu tot mijn eigenlijke onderwerp te komen zou ik willen beginnen met enige voorbeelden uit de praktijk, waaraan ik het belang van sociaal-psychologische factoren bij het ontstaan van en bij de vormgeving aan ziekten kan verduidelijken. De gevallen worden hier in verkorte vorm en slechts in hoofdzaken weergegeven.

Casus 1

Bij een tot dan toe geestelijk en lichamelijk gezonde vrouw ontwikkelt zich op dertigjarige leeftijd vrijwel acuut een zeer ernstige dwangneurose in aansluiting aan een ernstig verkeersongeval, dat naast verscheidene fracturen een ernstige commotio cerebri met langdurige bewusteloosheid tot gevolg had. Het optreden van het dwangneurotische beeld na dit ongeval bij een jonge vrouw, die voordien nooit een enkel symptoom hiervan had vertoond, was zo opvallend, dat men hier zou kunnen denken aan een ernstige diencefale dysregulatie door de commotio cerebri. Bij nadere exploratie blijkt, dat er vóór het ongeval in de persoonlijkheidsstructuur toch wel een bodem aanwezig was, waarop de dwangneurose zich ontwikkeld heeft, doch zeker is wel, dat de doorgemaakte ernstige lesie van de hersenen in dit geval in het somatische veld de luxerende factor voor het ontstaan van de manifeste,

neurose geweest is. Een verdere bijzonderheid in dit geval is, dat in het centrum van deze dwangneurose — die oppervlakkig het klassieke beeld vertoont van de smetvrees en die tot een vele uren per dag in beslag nemend ritueel van wassen en andere daarmede samenhangende dwanghandelingen aanleiding geeft — de angst staat, dat haar lichaam verontreinigd zou kunnen worden door de menstruele afscheiding van andere vrouwen.

Wanneer men de oorzaken tracht na te gaan van deze bijzondere verschijningsvorm van dwangneurose bij deze patiënte, dan ontdekt men bij diepere exploratie, dat er voor het ongeval reeds de persoonlijkheidsstructuur aanwezig was, gekenmerkt door een „mannelijkheidscomplex”, bestaande in een ontevredenheid met haar slechts-vrouw-zijn, minderwaardigheidsgevoelens daarover en een uiterlijk karakter- en gedragspatroon, dat beheerst wordt door compensatie- en overcompensatiemechanismen als jongenspelen, mannelijke sportbeoefening, streven naar mannelijke beroepsuitoefening, waarbij een sterke identificatie met de vader op de voorgrond staat. Bij de ontwikkeling van deze karakterneurose heeft emotionele verwaarlozing door de geheel en al in zijn zaken opgaande, driftige en kritische vader waarschijnlijk de hoofdrol gespeeld, terwijl daarnaast de dominantie van de vier jaar oudere, naar het uiterlijk knappere en door iedereen dan ook als zodanig voorgetrokken zuster mede een rol heeft gespeeld.

Deze patiënte huwde op ongeveer 24-jarige leeftijd. In dit huwelijk manifesteerde zich van het begin af een opvallende ambivalentie wat betreft haar vrouw-zijn en haar huisvrouwelijke functies enerzijds en haar mannelijkheidsstreving anderzijds.

Tegenover haar man stond zij eensdeels als ten opzichte van haar vader, met aanhankelijke verering en grote behoefte aan kinderlijke hartelijkheid en tederheid, anderzijds echter was zij te zijnen opzichte vol kritiek, omdat hij niet flink en doortastend genoeg was en zij weerde hem als man af door een onverholven afkeer van seksueel contact. Alhoewel zij een afkeer had van de gewone huisvrouwelijke werkzaamheden verrichtte zij deze toch met grote nauwkeurigheid, waarbij zij altijd een gevoel had van te kort te schieten en een vrees voor kritiek op haar onhandigheid, welke vrees zij trachtte te bezweren door haar werk met overmatige nauwgezetheid en onder gebruik van te veel tijd en te veel energie te doen. Al met al echter was er toch wel een zekere mate van harmonisch evenwicht in haar leven. Men kan spreken van een gecompenseerde karakterneurose.

Dit evenwicht werd verstoord door het boven reeds genoemde ernstige lichamelijke trauma. De manifeste dwangneurose die zich toen ontwikkelde, zou men in haar verschijningsvorm terug kunnen brengen tot de reeds beschreven persoonlijkheidsstructuur, tot de angst voor het vrouw-zijn en voor de in menstruatie zich manifesterende vrouwelijke minderwaardigheid, terwijl wellicht ook de afweer van latente homoseksuele neigingen als vormgevende

factor uit het ontwikkelings-psychologische veld belangrijk is geweest.

Echter blijkt bij nader psychisch onderzoek, dat er ook nog een zeer belangrijke factor in het sociaal-psychologische veld een rol gespeeld heeft bij de vorming van de neurose. Het valt bij oppervlakkige beschouwing van het dwangneurotische beeld reeds op, dat het volledig wordt beheerst door de angst „verontreinigd” te worden door menstruele afscheiding van andere vrouwen. Verder treft het, dat de patiënte zelf haar eigen mens beleeft als een periode, waarin zij vies, onrein, voor anderen verwerpelijk is en waarin zij zich liefst zover mogelijk van anderen verwijderd houdt en zich voor anderen verborgt. Nu blijkt tijdens de analytische behandeling, dat het volgende een zeer grote rol gespeeld heeft. Zij is gehuwd met een van huis uit orthodox-Joodse man, met wie zij reeds vanaf haar jonge meisjesjaren vriendschap heeft gehad. In de tijd van haar eerste relatie met hem, een relatie die eigenlijk ontstond door haar vriendschap met zijn zusje, die in haar klas zat, kwam zij in het streng orthodox-Joodse milieu van zijn familie. Zij menstrueerde toen nog niet. Pas op 17-jarige leeftijd trad bij haar de menarche op. In die tijd echter verdiepte zij zich sterk in de Joodse geloofsleer en werd toen ook geconfronteerd met de voorschriften van de Joodse wetgeving in verband met de menstruatie van de vrouw en dus met de opvattingen, dat de vrouw in die dagen „onrein” is. Dit heeft een zeer diepe indruk op haar gemaakt. De menstruatie, die voor haar door haar ontwikkelingspsychologische structuur toch al sterk negatief emotioneel beladen was, werd van de aanvang af door haar nog meer beleefd als een gebeurtenis, die haar niet alleen in eigen oog maar ook in dat van haar naaste omgeving minderwaardig en onaantvaardbaar maakte. Weliswaar nam dit niet dusdanige vormen aan, dat het haar in haar gewone leven hinderde. Toen echter het lichamelijke trauma de dysregulatie van haar gevoelsleven veroorzaakte en een manifeste neurose uitbrak, hechtte zich de neurotische angst aan het toch reeds negatief complexmatig beladen gebeuren van de maandelijks bloeding en hierdoor kreeg de neurose haar typerende gedaante.

Het moet dan ook als een pathoplastisch bepalende factor uit het sociaal-psychologische levensveld van deze patiënte beschouwd worden, dat zij vanaf haar 16-jarige leeftijd als niet-Joodse vrouw is opgenomen geweest in een orthodox-Joods familiemilieu, waarin zij zich, als compensatie voor de in eigen gezinsmilieu ondergane emotionele frustraties maar al te graag opgenomen zag, waar zij echter opvattingen ontmoette over het vrouw-zijn, die haar angst gaven, niet in liefde te worden aanvaard.

Casus 2

Bij een 38-jarige vrouw ontstaat een ernstige hypertensie met een dusdanig sterk uitgesproken neurasthenisch syndroom, dat zij voor haar functie als kantoorhoudster van een plaatselijk P.T.T.-kantoor volkomen ongeschikt wordt. Deze ziekte treedt op

in aansluiting aan een diefstal van postgelden, door haar eigen broer op het onder haar beheer staande kantoor gepleegd. Door dit feit en bovendien ook nog door de ten opzichte van haar uitgesproken verdenking, dat zij met haar broer wel onder één hoedje gespeeld zal hebben, wordt zij emotioneel dusdanig beroerd, dat zij lichamelijk zowel als psychisch in een totale breakdown komt, welke zich niet meer herstelt, zodat medisch tot afkeuring wegens ongeschiktheid moet worden overgegaan.

Bij het ontstaan van deze deels lichamelijke, deels psychische ziekte moet een zeer bepalende waarde worden toegekend aan de sociaal-psychologische factor, dat deze vrouw de dochter is van een P.T.T.-ambtenaar met tientallen dienstjaren, zelf jarenlang kantoorhouder en door zijn dochter als zodanig opgevolgd, voor wie de ambtelijke onkreukbaarheid altijd de voornaamste richtlijn in zijn leven is geweest en die zijn kinderen van jongs af aan de ambtelijke onkreukbaarheid als het hoogste goed heeft voorgehouden. Door de diefstal die haar broer pleegde werd de familie-er geschonden en daarmee werd een dusdanig trauma aan haar toegebracht, dat zij er lichamelijk en geestelijk onder bezweek. Een typisch sociaal-psychologische factor was hier oorzaak van het ontstaan en voor het ongunstige beloop van de ziekte.

Casus 3

Een 38-jarige autobus-chauffeur van een gemeentelijk vervoerbedrijf, die reeds een tiental jaren als zodanig werkzaam is en die geldt als een van de beste en meest betrouwbare chauffeurs van het bedrijf, krijgt op een gegeven dag na een aantal vermoeiende ritten pijn in de nek. Deze pijn verdwijnt niet, ook niet als hij een paar dagen rust krijgt. Kort daarop krijgt hij een grote furunkel aan de hand, waardoor hij twee weken met ziekteverlof thuis moet blijven. Na deze periode van lichamelijk ziek zijn weer op de wagen teruggekomen, is de pijn in de nek weliswaar minder geworden, doch niet verdwenen. De eerste dag de beste echter krijgt hij onder het rijden plotseling een hem zeer verontrustend verschijnsel: zijn hoofd draait, geheel tegen zijn wil in, plotseling naar links. Slechts met grote inspanning kon hij het weer in de rechte stand draaien. Dit verschijnsel is zich nadien in steeds toenemende frequentie gaan herhalen op de bus tijdens het rijden zowel als lopend op straat en thuis. De huisarts verwijst hem naar een neuroloog, die röntgenopnamen van de halswervelkolom laat maken. Op de opnamen blijkt, dat er een lichte scheefstand is van enkele halswervels, echter zonder artrotische veranderingen. Er wordt massage toegepast en extensie van de halswervelkolom, er wordt bestraald met röntgenstralen en er wordt ultrakortegolftherapie toegepast. Geen enkele verbetering wordt bereikt. Bij een dan volgend uitvoerig psychiatrisch onderzoek blijkt, dat de man een persoonlijkheidsstructuur bezit, die gekenmerkt is door een zeer sterke Opper-Ik-functie. Hij is in zijn persoonlijk leven zowel als in zijn werk altijd een

uitermate nauwgezet man geweest met een bijna pijnlijke plichtsbetrachting. Het blijkt ook, dat hij zijn werk als autobuschauffeur weliswaar met grote bevrediging doet, maar dat hij zijn werk als zeer zwaar en belastend voelt door de grote verantwoordelijkheid, die hij zowel tegenover het bedrijf als tegenover het publiek en de algemene veiligheid in het verkeer draagt. Daarbij is het vooral de cumulatieve functies en verantwoordelijkheden, die een grote belasting voor hem vormt. Hij moet immers niet alleen veilig rijden en zorgen voor de veiligheid van het publiek bij in- en uitstappen, maar ook moet hij als chauffeur op een eenmansbus zorgen voor plaatsbewijzen, voor een nauwkeurige afrekening en voor het zorgvuldig invullen van de afrekeningsstaten, terwijl hij bovendien zich ook nog altijd te houden heeft aan zijn rijtjedschema. Na drukke dagen komt hij doodvermoeid thuis, van de psychische spanning zowel als van het lichamelijke zeer inspannende rijden op een grote, vrijwel de hele dag overvolle autobus op een zeer moeilijk en bochtig traject.

Wat hier is gebeurd, is duidelijk. Er is kennelijk een lichte, hetzij aangeboren, hetzij verkregen afwijking in de halswervelkolom, die op een gegeven dag verschijnselen van pijn gaat geven. Mede mogelijk door de verzwakkende en weerstandvermindende invloed van een doorgemaakte furunculosis treedt er niet alleen een verergering van de pijn in de nek op doch ook een psychische fixatie aan dit lichamelijke ongemak en op een gegeven ogenblik superponeert zich hierop een typisch hysteriform conversie-verschijnsel in de vorm van torticollis. Bij nader onderzoek blijkt, dat dit conversiesyndroom de uitdrukking is van patiënt's weerstand om als autobuschauffeur te blijven rijden, een weerstand, die geleidelijk, eerst in latente vorm, later manifest en bewust gegroeid is onder invloed van een aantal sociaal-psychologische factoren, voortvloeiende uit de omstandigheden, waaronder de patiënt zijn dagelijks werk verricht. De cumulatieve verantwoordelijkheden als chauffeur op een eenmans-stadsbus, een dus geheel in het sociaal-psychologische veld liggend complex van factoren, schept voor deze, ontwikkelingspsychologisch met een voor bepaalde spanningen kwetsbare persoonlijkheidsstructuur behepte man op de duur een dusdanige belasting, dat hij ziek wordt onder een bepaald conversiehysterisch syndroom, dat zich superponeert op een lichamelijke locus minoris resistentiae.

Ik wil het bij deze enkele voorbeelden laten. Uiteraard zou ik er nog meer aan kunnen toevoegen, omdat eigenlijk in ieder ziektegeval wel bepaalde sociaal-psychologische factoren aantoonbaar zijn, die op het ontstaan en op de verschijningsvorm van ziekten, lichamelijke zowel als psychische, hun invloed hebben gehad, hetzij direct, hetzij zijdelings door interferentie met de pathogene factoren uit de beide andere levensvelden. Wellicht heb ik voor velen een open deur ingetrapt door hierop nog eens de schijnwerper te zetten. In dat geval moge

men het in deze voorbeelden beklemtoonde beschouwen als een nu eenmaal noodzakelijke documentatie van een betoog.

Thans zou ik enige aandacht willen besteden aan de praktische vraag, welke consequenties er voor de geneeskundige voortvloeien uit het voren naar en het mede in de diagnostiek en in de therapie betrekken van de sociaal-psychologische achtergronden van een ziektegeval. Met andere woorden: wat heeft het voor nut zich daarin te verdiepen en, zo we al op overtuigende wijze gestoten zijn op bepaalde pathogene factoren in het sociaal-psychologische veld, wat kunnen we dan in de praktijk hiermede doen?

Komt de geneeskundige en komt met name de huisarts hier niet op een terrein, waarop hij toch vrijwel machteloos staat en alleen maar kan constateren zonder van het geconstateerde gebruik te maken? Opzettelijk heb ik deze vraagstellingen aldus geformuleerd, omdat ik het als voor de hand liggend beschouw, dat men vooralsnog met enige terughoudendheid, zo al niet met kritiek of afwijzing staat ten opzichte van dit graven in sociale en sociaal-psychologische achtergronden. Het zou inderdaad weinig zinvol zijn dit te doen, wanneer men er geen nuttig gebruik van zou kunnen maken. Nu meen ik, dat we hier toch wel enkele pro-argumenten naar voren kunnen brengen. Deze argumenten betreffen in de eerste plaats de diagnostiek en voorts evenzeer de behandeling.

Wat de diagnostiek betreft kunnen we zonder voorbehoud zeggen, dat deze in zeer vele, zo niet alle ziektegevallen niet compleet is, wanneer naast de somatische en naast de pathologische facetten ook niet de sociaal-psychologische achtergronden in de diagnosestelling betrokken zijn. Dit mag misschien niet zo onmiddellijk in het oog lopend gelden voor uitgesproken lichamelijke ziekten — men zij hier overigens voorzichtig in zijn oordeel: Querido heeft dit in zijn „Integrale Geneeskunde” wel overtuigend aangetoond in zijn talrijke historiae morbi — het geldt toch zeker wel voor de talrijke psychosomatische ziektegevallen en voor de kwantitatief misschien nog wel veel grotere groep van ziekteklachten, die hoewel niet duidelijk tot de psychosomatiek behorende, toch in wezen psychische achtergronden doen vermoeden. Wat wordt er niet een tijd verdaan en een geld weggegooid aan behandelingen, die zonder succes worden ingesteld, omdat men verzuimd heeft meer-dimensionaal te diagnostiseren. Denken we nog eens aan het derde ziektegeval, dat ik u voorstelde. Er werd voor de pijn in de nek een somatische ondergrond gevonden in de lichte scheefstand van een paar halswervels. De patiënt werd behandeld met massage, met extensie, met röntgenstralen, met ultrakortegolf. Er zijn weken mee heengegaan, gedurende welke periode de patiënt ziekgeld trok. En het enige resultaat was een steeds erger worden van de verschijnselen. Pas in het stadium, waarin de behandelende artsen wrevelig constateerden, dat al hun therapeutische bemoeienissen geen resultaat hadden en dat ze dus

wel met een hystericus te doen zouden hebben, werd de man naar een psychiater gestuurd, die gemakkelijk de zeer doorzichtige ziekteoorzaken in het sociaal-psychologische veld ontdekte en het eigenlijke wezen van deze ziekte kon aantonen als een vluchtmechanisme uit een ondraaglijk geworden sociaal-psychologische situatie.

Ik meen niet, dat het nodig is dit voorbeeld hier met andere aan te vullen. We komen er dagelijks mee in aanraking: in de algemene geneeskundige praktijk, in de praktijk van de ziektecontrole, in de keuringspraktijk (pensioenraad), in het adviserende medische werk van de sociale diensten, in de ongevals-geneeskunde niet te vergeten. Wat dit laatste betreft denk ik aan de bij chauffeurs, trambestuurders, schippers, vliegeniers optredende perioden van „accident-proneness”, die bij nader onderzoek kennelijk samenhangen met spanningen in het sociaal-psychologische veld. „Vergelijkt men de in de kliniek verzamelde gegevens,” aldus Querido, „met de daarachter volgende, door ons onderzoek verkregen gegevens omtrent de psychologische en de sociale gesteldheid van de patiënt, dan blijkt, hoe lacunair de basis is, waarop het klinische handelen werd gebouwd.”

Met een kleine variant hierop zou ik willen zeggen: hoe lacunair de basis is, waarop het klinisch handelen en de beoordeling door en de instelling van de behandelend medicus werd gesteld. Hoe dikwijls toch moeten we onszelf bekennen, dat onze instelling ten opzichte van de patiënt anders zou zijn geweest, wanneer wij de sociaal-psychologische achtergronden van zijn ziek-zijn of van zijn gefixeerd blijven aan ziekteverschijnselen zouden hebben geweten.

De huisarts zal hier wellicht onmiddellijk in het geweer komen en er op attenderen, dat het hem bij de reeds zo drukke praktijkwerkzaamheden toch vrijwel onmogelijk is ook nog eens een uitvoerig onderzoek van de pathogenie van de andere levensvelden te doen dan van dat waarin het ziekte-syndroom ligt, waarvoor hulp gevraagd wordt. Ik kan dit bezwaar voor een deel onmiddellijk onderschrijven, maar voor een ander deel zeker niet. Hoe dikwijls komt het niet voor, dat de huisarts, die een patiënt naar ziekenhuis of specialist verwijst, meer weet van de patiënt en zijn levensmilieu dan bij een uitvoerig en tijdrovend onderzoek van derden, die de patiënt niet kennen, te voorschijn komt. Niet zonder reden brengt Querido de huisarts naar voren als de centrale figuur, aan wie de integratie van gegevens en de interpretatie van de persoon van de patiënt dient te worden toevertrouwd in een geïntegreerde geneeskunde. De huisarts, die zijn praktijk en zijn patiënten goed kent, behoeft vaak niet eens een bijzonder onderzoek te doen om achter bijzonderheden in het sociale en sociaal-psychologische levensveld te komen. Hij kent ze dikwijls al en behoeft ze alleen maar in te passen in het mozaïek van zijn diagnose-beeld en voor zover hij ze nog niet kent is een vertrouwelijk praatje op een daarvoor extra beschikbaar gestelde tijd buiten het spreekuur

en liefst in de vertrouwenwekkende sfeer van de studeerkamer of een apart bezoekje aan het gezin voldoende om er achter te komen.

Mogelijk komen we ook nog wel eens zo ver, dat de huisartsen voor de gevallen, die zij zelf nog niet voldoende kennen, de beschikking krijgen over een sociaal-psychologisch opgeleid medisch-maatschappelijk werkster, verbonden aan een gezondheidscentrum.

Wat de *therapie* betreft betreden we een voor de huisarts wellicht moeilijker terrein, maar zeker niet een terrein, waarop hij machteloos is. Bij de therapie in het sociaal-psychologische levensveld zijn er twee centrale doelstellingen, die deels in combinatie, deels onafhankelijk van elkaar nagestreefd zullen moeten worden.

1 Het elimineren of het saneren van ongunstige sociale en sociaal-psychologische situaties, als daar zijn: ongunstige gezins- en huwelijksverhoudingen, materiële nood, ongunstige personeelsverhoudingen in het bedrijf en maatschappelijke noodtoestanden van allerlei aard (huisvestingsproblemen, gedwongen scheiding van gezinnen etc.).

Deze problemen zijn deels wel, deels niet door de huisarts benaderbaar. Zou hij bijvoorbeeld in een geval van verstoorde gezins- of huwelijks-harmonie nog wel invloed ten goede kunnen uitoefenen, machteloos zal hij zelf staan ten opzichte van allerlei maatschappelijke noodtoestanden. In zeer veel gevallen zal hij niets anders kunnen doen dan verwijzen naar instanties, die wel hulp kunnen geven, diensten voor sociale zorg, sociaal-psychiatrische en geestelijk-hygiënische diensten, bureaus voor huwelijks- en gezins-moeilijkheden, sociale werksters, personeelsafdelingen en bedrijfspsychologische (bedrijfs-sociale) afdelingen van de bedrijven, waar de betrokkenen werkzaam zijn. Ook deze verwijzingen echter zijn in therapeutische zin uiterst belangrijk. Geheel machteloos staat de huisarts, die te rechter tijd de juiste diagnose van de sociale pathogenese gesteld heeft dus zeker niet.

2 Het verkrijgen van een betere, gezondere, meer harmonische aanpassing van de patiënt aan de realiteit van de levensproblematiek, zoals die voor hem is gegeven of zoals hij die misschien zelf krachtens de dynamiek van zijn eigen persoonlijkheidsstructuur heeft geschapen.

Hier komen we op het terrein van wat tegenwoordig algemeen aangeduid wordt als het „social-case work”, de sociaal-therapeutische hulp aan de patiënt met betrekking tot zijn sociale relaties.

Zelf ben ik van mening, dat de huisarts ook op dit gebied, veel zou kunnen doen, mits hij er de tijd en de belangstelling voor kan opbrengen en mits hij beschikt over de voor dit werk noodzakelijke scholing en gesprekstechniek. Wanneer hij aan al deze voorwaarden niet kan voldoen, is ook hier weer verwijzing noodzakelijk naar de instanties, die social-case work bedrijven.