

Opsporing van conflictsituaties achter klachten van lichamelijke aard en de invloed van conflictsituaties op het genezingsproces*

DOOR PROF. DR. E. A. D. E. CARP

Men kan aannemen, dat de klachten, waarmede patiënten de huisarts bezoeken, overwegend van lichamelijke aard zijn. Dit geldt niet slechts voor pijnklachten, maar eveneens voor klachten over moeheid, duizeligheid, onrust, angstigheid, welke klachten toch gemeenlijk in de lijflijke sfeer worden ervaren. In onze diagnostiek gaat het steeds om accentuering, dat wil zeggen dat men zelden of nooit te doen heeft met een verschijnsel, dat uitsluitend op lichamenlijk of op psychisch gebied dient te worden gezocht. Wij hebben steeds te doen met een constellatie, een samenwerking van verschillende factoren en de arts heeft zich stellig in bijzondere mate te hoeden voor het trekken van conclusies uit de wijze, waarop een patiënt zijn klachten tot uitdrukking brengt. In het volgende betoog zal dan ook niet zozeer sprake zijn van zogenaamde psychosomatische ziekten in engere zin, maar veeleer van het vinden van richtlijnen, welke kunnen leiden tot een accentuering van ziekmakende factoren.

Het schijnt, dat men zich vooreerst heeft vertrouwd te maken met de overtuiging, dat zowel psychische factoren — en in het bijzonder conflictsituaties — aanleiding kunnen geven tot klachten en ziekten van lichamelijke aard, alsook — en dit schijnt nog steeds meer vanzelfsprekend — dat lichamelijke factoren aanleiding kunnen geven tot psychische stoornissen. Deze beide groepen van factoren stellen het probleem echter op al te eenvoudige wijze, aangezien men in werkelijkheid steeds te doen heeft met accentueringen. De tijd schijnt echter thans voorbij te zijn, dat internist en huisarts bij voorkeur een zekere blindheid tonen ten aanzien van een overwegend psychische ontstaanswijze van een bepaald lichamenlijk ziektebeeld, terwijl de psychiater respectievelijk psychotherapeut nog eenzelfde blindheid in omgekeerde richting zou tonen.

Wel moge hier worden gewaarschuwd tegen een al te onkritische aanvaarding van psychische factoren in oorzakelijk verband ten aanzien van alle voorkomende gevallen van maagzweer, colitis, astma, ziekte van Basedow en andere ziektebeelden, welke zonder voldoende analyse en al te voortijdig als psychosomatische toestandsbeelden worden samengevat. Het is dan ook niet zozeer de kwestie, of de psychische factoren al dan niet een rol spelen bij het ontstaan van bovengenoemde en andere ziektebeelden, maar of deze rol in bepaalde gevallen van bijzonder

belang dient te worden geacht. Een hiermede samenhangende vraag is, in hoeverre voor het nu en niet eerder of later uitbreken van een lichamenlijk ziektebeeld aan psychische factoren in bepaalde gevallen een bijzondere betekenis kan worden toegekend. Deze vraag kan van belang zijn, zelfs voor het uitbreken van infectieziekten en voor het gehele immuniteitsprobleem. Dezelfde vraag komt ook naar voren ten aanzien van de duur ener genezing en de betekenis van hetgeen in de medische psychologie onder de benaming „Gesundheitswille” bekend staat. De antwoorden op deze belangrijke vragen kunnen echter helaas nog maar een hypothetisch karakter dragen.

Wanneer men zich afvraagt, hoe men conflictsituaties zal hebben op te sporen, welke achter klachten van lichamenlijke aard schuil gaan, kan men het best eerst die conflictsituaties hebben te onderkennen, welke volgens algemene inzichten van bijzondere betekenis worden geacht voor het ontstaan van deze klachten. Iedere arts weet, hoe bedriegelijk in het algemeen klachten kunnen zijn en hoe groot de discrepantie kan zijn tussen ernst en aard der klachten en ernst en aard der ziekte. Toch zijn het klachten in de eerste plaats, waaraan iedere huisarts zijn aandacht geeft. Geduld, aandacht en belangstelling bij het beluisteren der klachten zijn nog steeds de noodzakelijke voelhorens, welke de arts bij het contact opnemen met zijn patiënten uitsteekt. Zij brengen hem op een spoor, dat hij, door verder te vragen, zal hebben te verdiepen of zal hebben te verlaten. Onbevooroordeeldheid is niet alleen een loffelijke, maar ook een moeilijk te verwerven eigenschap.

De aard der conflictsituaties, aan welke de huisarts aandacht heeft te geven kunnen tot vier aspecten worden teruggebracht. Als belangrijkste, in verband met haar terugslag op lichamenlijke klachten, kan, vooral bij volwassenen, het sexueel-erotische, respectievelijk huwelijksleven worden beschouwd. De andere bronnen voor conflictsituaties zijn gelegen in de werkkring, het sociale gemeenschapsleven en het religieuze leven. Niet slechts Adler beschouwde sexualiteit, werkkring, samenleving en religie als toetsstenen voor het vinden van aanpassing aan hetgeen deze grote psychotherapeut „de zin des levens” heeft genoemd. Zij vormen althans de grote levensproblemen van de gemiddelde volwassen mens. Wel lijkt het nuttig de problemen en conflictsituaties van de volwassenen anders te schetsen en ook anders te accentueren dan die van het

* Voordracht voor de Boerhaave-cursus voor huisartsen over medische psychologie, 7 - 9 april 1960.

kind, ofschoon ook bij het kind kritische periodes en bepaalde ontwikkelingstijdperken van bijzondere betekenis zijn. Wij weten dat dit stellig geldt voor bepaalde levensstijdperken bij man en vrouw, waarbij wij nog afzien van de sociale omstandigheden of de aard van de werkring. Zo weten wij ook, hoezeer levensfasen en levensperspectieven met elkaar zijn verbonden, zodat verschillende conflictsituaties hierdoor een bepaald aspect krijgen en zelfs van bijzondere betekenis schijnen. Om een voorbeeld te noemen: gehuwde (en vooral ongehuwde) vrouwen kunnen tegen de climacteriële leeftijd een aantal lichamelijke klachten krijgen, welke deels berusten op stoornissen van endocriene functies, maar voor een belangrijk deel ook op een zekere revolterende houding tegenover de afsluiting van een bepaalde levensfase, een niet aanvaardbare noodzaak om bepaalde levensperspectieven te moeten opgeven, een niet aanvaarden van ouderdomsverschijnselen. Bij sommige mannen ontstaat tussen het 45e en 50e jaar een overspannen behoefte tot zelfhantering, een „stress”-situatie, welke tot allerlei lichamelijke symptomen kan voeren. Deze opstandigheid op grond van een onvermogen tot aanvaarding van het voorbijgeleven is van veel grotere conflictueuze betekenis dan de zogenaamde veranderde libido, welke door endocriene factoren nauwelijks wordt verklaard.

Wanneer men zou menen uit de aard der naar voren gebrachte lichamelijke klachten haar psychogene ontstaanswijze te kunnen beoordelen, zou men zich hierbij grotelijks kunnen misrekenen. Noodzakelijk blijft het zo onbevooroordeeld mogelijk open te staan voor alle mogelijkheden en ook bij een apert hysterische gedragswijze bij de vrouw op climacteriële leeftijd haar klachten niet aanstonds in deze richting te duiden. Onbevooroordeeld zijn en blijven is stellig bijzonder moeilijk en vereist een meer dan gewone zelfkennis, eruditie en mensenkennis. Hieronder moet men verstaan kennis van de medemens in zijn lichamelijk en psychisch gestoord-zijn, in zijn geestelijke nood, waarbij men ook op de hoogte zal moeten zijn, welke aspecten deze geestelijke nood heeft en hoe deze aspecten wisselen al naar gelang deze mens in een andere situatie verkeert. Zo wijzigt zich het aspect van sexuele conflictsituaties samen met tal van factoren, waarvan de levensfase slechts een enkele is. Het is dan ook helaas niet mogelijk een soort van handleiding te bieden, welke achter bepaalde lichamelijke klachten bepaalde conflictsituaties kan doen vermoeden met — als derde desideratum — een bepaalde uitzichtgevendende behandelingswijze. Ware dit zo: de geneeskunst zou op het kenmerk een kunst te zijn geen aanspraak meer kunnen maken.

Wij weten, dat vage, wisselende en moeilijk localiseerbare klachten nog geenszins de veronderstelling wettigen hier te doen te hebben met klachten van overwegend psychische oorsprong. Ook de wijze, waarop lichamelijke klachten naar voren worden gebracht, kan ons ten hoogste iets leren omtrent de

karakterstructuur van de zich als patiënt aandienende. In ieder mens, die zijn klachten aan zijn geneesheer openbaart, kan men de individuele uitdrukkingswijze (de individuele uitingvorm) onderscheiden van hetgeen men een supra-individuele zou kunnen noemen. Tussen beide ligt een verschil van subjectiviteit, een verschil van distantie, van afstandnemend vermogen ten aanzien van de geuite klachten. Dit geldt stellig voor de zelfingenomenheid en de breedsprakigheid, waarmede vele mensen met een hysterische karakterstructuur hun klachten kunnen schilderen. Het vaak misbruikte woord hypochondrisch doelt mede hierop. Anderzijds zal de angstigheid, waarmede zeer verschillende klachten worden geuit, evenals de als achtergrond aangevoelde angstig-gespannen verwachting de gedachten-gang soms te snel afleiden naar een psychische ontstaanswijze.

* * *

Ik meen goed te hebben gedaan vooraf met deze enkele woorden te wijzen op de vele voetangels en klemmen, alvorens iets te kunnen zeggen over de mogelijkheden tot herkenning van psychische conflicten achter lichamelijke klachten. Hierbij heeft men uiteraard een verschil te maken tussen psychische conflicten van min of meer recente oorsprong en die, welke slechts met een zekere mate van waarschijnlijkheid uit het verre verleden (de vroegste jeugd) kunnen worden opgediept. De huisarts zal ongetwijfeld meer houvast vinden aan de eerstgenoemde, welke ook beter in het herinneringsvermogen van de patiënten bewaard zijn gebleven. Van vele min of meer recente conflicten op sexueel gebied is bekend, hoe deze aanleiding kunnen geven tot lichamelijke bezwaren. Dit geldt somtijds voor algehele sexuele onthouding, een onbevredigende partnerkeuze, conflicten als gevolg van masturbatorische of andere perverse praktijken, niet-adequate uitoefening van de geslachtsgemeenschap, maar ook op grond van al dan niet bewuste gevoelens van angst, onzekerheid, insufficiëntie, vijandigheid, enz. Wanneer men nu de vraag van de tegenovergestelde zijde tracht te beantwoorden, namelijk in hoeverre het mogelijk is in de uitingwijze of in de aard der lichamelijke klachten sporen te ontdekken, welke voeren naar een psychische ontstaanswijze, past hier grote omzichtigheid.

Enerzijds zijn het stellig niet steeds klachten in of in de nabijheid van de genitaalstreek, welke wijzen in de richting van psycho-sexuele conflict-situaties. Het kunnen even goed hoofdpijnklachten zijn, misselijkheid of gebrek aan eetlust, buikklachten of klachten over de rug of over ontstemming en moeheid, waarover de patiënt de huisarts komt raadplegen. Zeer veel menstruatiestoornissen, last van witte vloed, pijnen in de buik, eetluststoornissen, hoofdpijn, moeheid, misselijkheid, galbraken, kunnen bij de gehuwde maar ook ongehuwde vrouw op jongere en oudere leeftijd wijzen op een sexuele conflictsituatie. Zowel door onwetendheid, maar vooral door een zekere schroom, verzuimen sommi-

ge artsen dan nader te informeren. Hierbij moge wel worden opgemerkt, dat de wijze waarop de informatie plaatsvindt voor de vrouw al dan niet de mogelijkheid biedt haar eigen schroom te overwinnen. Het vraagt werkelijk veel tact van de geneesheer om op de juiste manier zich op de hoogte te stellen van de wijze en de mate van bevrediging, welke patiënt vermag te vinden. Hierbij houde men in het oog, dat een zeer groot aantal vrouwen het uitblijven van sexuele bevrediging volkomen strafeloos verdragen, evenals vele mannen zich aan masturbatorische praktijken en andere perversies kunnen overgeven zonder hiervan nadeel te ondervinden. Van belang is dan ook een inzicht te krijgen in de structuur (in het bijzonder een sensitieve geartheid, bijvoorbeeld een „caractère scrupuleux”) van de patiënt, alvorens men een verband zal leggen tussen geuite klachten en hiervoor aansprakelijk te stellen sexuele conflictsituaties.

Uit het voorafgaande moge voldoende zijn gebleken, dat niet alle echtelijke ontrouw, perverse uitleving van erotische gevoelens, onbevredigend partnerkeuze als grondslag ener conflictsituatie kan worden gerekend, zodat klachten van lichamelijke aard hiermede in causaal verband kunnen worden gebracht. Een dergelijke conclusie krijgt eerst enige aannemelijkheid, respectievelijk waarschijnlijkheid, wanneer er voldoende aanwijzingen zijn voor het bestaan van neurotische of op andere grondslag berustende schuldgevoelens. Het geldt hierbij eigenlijk steeds een gewetensonderzoek (zoveel mogelijk zonder suggestieve beïnvloeding), dat de arts bij zijn patiënt heeft te verrichten, daar het blote vaststellen van zogenaamde conflictsituaties (als een soort van objectief vaststelbaar gegeven) volstrekt onvoldoende is. Het heeft dan ook geen zin een lijst te willen opstellen van alle conflictsituaties, welke men wel zou kunnen bedenken en deze dan samen met de patiënt de revue te laten passeren. Dit geldt in het bijzonder voor de door sommigen hoog aangeslagen frustraties in het vroege of latere leven. Slechts die frustraties, welke tot wrok en haat (en dus schuldgevoelens) aanleiding hebben gegeven, leiden tot zogenaamde conflictsituaties. Hierbij dient opgemerkt, dat deze schuldgevoelens voor het merendeel ook schuil gaan achter gevoelens van onzekerheid, vereenzaming, angst en dus een gecamoufleerd bestaan voeren. Dit alles geldt niet slechts voor volwassenen, maar à fortiori voor het kind, dat gemeenlijk over een nog meer tekortschietend uitdrukkings- en introspectief vermogen beschikt.

In het gezinsleven zijn er — van de zijde der opvoeders — factoren, welke opvoedkundige verwaarlozing worden genoemd: harteloosheid, teveel vertroeteling, achtergesteld worden bij anderen, onveiligheid, teveel of te weinig aanmoediging, teveel of te weinig bemoeienis en verder alle situaties, welke worden aangetroffen in de door Benjamin genoemde typen van defecte opvoeding, deels in samenhang met de zogenaamde oedipale situatie. Ten aanzien der kinderen zijn het: teleurstelling ten aanzien van het opgroeiende kind, jaloezie op

het kind, waarbij de vader of de moeder zich achtergesteld gevoelt, geringe prestaties van het kind evenals ergernis en hinder, teveel kinderen, een te snelle opeenvolging van kinderen, afkeer van het kind, waardoor een conflictsituatie kan ontstaan. Men moet volstaan met een korte bloemlezing van deze punten. Het is vooral het haatgevoel, dat tot klachten in de lichamelijke sfeer aanleiding geeft, althans bij de volwassenen. Bij het kind leiden deze situaties veeleer tot angst.

Conflictsituaties uit de sfeer van de werkring vinden voor de man gemeenlijk haar uitgangspunten in gestoorde autoriteits- en kameraadschapsverhoudingen. Hieromtrent heeft vooral de psychologie van het bedrijfsleven ons veel kunnen leren. Geknotte ambities, tegenwerking, overbelasting, verantwoordelijkheidsproblemen, jaloezie, uitblijvende waardering, miskende of gefrusteerde gebondenheden van erotische aard (bijvoorbeeld oedipale verhoudingen) kunnen hier, als van betekenis, worden genoemd. Ook hierbij geldt, dat men niet kan volstaan met het vaststellen van een zogenaamde conflictueuze situatie, maar ook werkelijk over voldoende argumenten moet beschikken, waarom zulk een situatie voor een patiënt ondragelijk is. Steeds valt men ook terug op de karakterstructuur van de patiënt (gegeven in zijn hoe-beleven). Vele mensen, opgenomen in het arbeidsproces, verdragen inderdaad jaren achtereen het uitblijven van bevordering, een maatschappelijke terugzetting, een jachtend tempo, een dodelijke eentonigheid, een afwezigheid van enige belangstelling, een uitblijvende waardering, een tergende autoriteit boven zich. Bij velen schijnt het operotropisme of een op schuldgevoel stoelend masochisme een voldoende hechte grondslag tot sublimeren van haat- en wrokgevoelens.

Wanneer het komt tot lichamelijke klachten, zal de karakterstructuur de doorslag geven in hoeverre deze klachten nu al eens meer een conversie- of angsthysterisch, dan meer een neurasthenisch-hypochondrisch coloriet verkrijgen. Men zou hierbij een gehele scala van lichamelijke klachten kunnen opsommen, welke op al dan niet voldoende gronden als van neurasthenisch-hysterische aard worden beschouwd. Overgangen naar de zogenaamde psychosomatische verschijnselen en ziekten bestaan, evenals naar de zogenaamde orgaanneurosen. In dit verband denke men aan de managerziekte, nerveuze maagklachten, hoofdpijnen, reumatoïde klachten.

Conflictsituaties op het gebied der samenleving kunnen worden gekenschetst binnen de sfeer van behoefte aan sympathie. In het gevoel van al dan niet aanvaard worden, genegeerd worden, niet getolereerd worden, gekleineerd worden, veracht worden, uitgestoten zijn, weerspiegelen zich allerlei situaties van de mens in de samenleving. Zeer belangrijk is hier de omzetting van gevoelens van ijverzucht en jaloezie in klachten van lichamelijke aard. Terwijl ijverzucht in het bijzonder verband houdt met 's mensen machtsproblematiek, raakt de

jaloersheid vooral de miskende genegenheidsbehoefte. Beide zijn insufficiëntiegevoelens, welke uitdrukking kunnen vinden in hoofdpijnen, maagklachten, ingewandsstoornissen en vooral ook hartklachten.

Een vergeten, maar vooral onder invloed van mannen als Maeder, Tournier, Frankl, Caruso naar voren gebrachte bron van conflictsituaties is de behoefte aan religieus beleven. Mede door demonisering van religieus besef door zogenaamd ongelof kunnen angsttoestanden ontstaan, welke als bedreiging der existentie worden ervaren, alsmede schuldgevoelens, welke ook in de lichamelijke sfeer kunnen worden omgezet. Dit geldt in het bijzonder voor het zogenaamde „valse” geweten, alias de scrupulositeit.

Wanneer de arts kennis neemt van de lichamelijke klachten van zijn patiënt, dan beluistert hij het wat, het waar, het hoe en het wanneer daarvan. Voor geen van deze aspecten dient de arts een blinde vlek in zijn gezichtsveld te hebben en dit moge wel als een gulden regel worden beschouwd. Iedere patiënt heeft zijn bijzondere, dat is individuele wijze om het wat, het waar, het hoe en het wanneer te voorschijn brengen en ook behoort het tot het openen van een goede anamnese deze verschillende aspecten alle goed tot hun recht te doen komen. Wij menen te weten, dat het merendeel der klachten over hoofdpijn, over pijnen elders in het lichaam, over het hart, over de maag, over de ingewanden, over de gal, over de benauwdheid op de borst, over slechte slaap, over slechte eetlust in de eerste plaats worden veroorzaakt door psychische stoornissen, met andere woorden door conflictsituaties. Men mene vooral niet, dat de patiënt deze conflictsituaties terstond op tafel zal leggen. Gemeenlijk is hij hiertoe niet bereid, niet voorbereid en ook niet toebereid, dat wil zeggen conflicten zijn onvoldoende tot in zijn bewustzijn doorgedrongen. Klachten betreffende het wat hebben betrekking op de aard der klachten en meestal zullen het pijnen of althans onaangename sensaties zijn. Men lette op de wijze, waarop de patiënt deze aard der klachten tot uitdrukking brengt. Zowel het gebruik van superlatieven als: „vreselijk”, „ontzettend”, maar evengoed van bagatelliseringsen als: een „snippertje” een „beetje” kunnen de aandacht richten op een mogelijk neurotische ontstaanswijze. Belangrijk hierbij is ook de mimiek en de pantomimiek van de patiënt. Wanneer het geen pijnen, maar veeleer functiestoornissen geldt (bijvoorbeeld slikstoornissen, ademhalingsstoornissen), is ook het opvallende van de uitdruggingswijze ten opzichte van het wat de aandacht van de arts waard.

Van bijzonder belang is ook het beluisteren van het waar, waarmede de patiënt dient te komen tot een zekere plaatsbepaling. Ofschoon iedere arts weet, hoe moeilijk en ook hoe bedrieglijk een plaatsbepaling (het aanwijzen van de plaats, waar de pijn wordt gevoeld) reeds kan zijn voor een patiënt met een zogenaamd organisch lijden, nog moeilijker schijnt dit te zijn voor lijdens aan psychische conflicten, welke in de lichamelijke sfeer worden ervaren. Men

heeft hierbij dan ook feitelijk met een beeldspraak te doen, welke op ietwat overdreven wijze ook wel als „orgaantaal” is bestempeld. Ofschoon bij de interpretatie stellig de uiterste voorzichtigheid dient te worden betracht, kan het aanbeveling verdienen de patiënt zijn klachten zelf te doen aanvoelen met het suggestief-werkende woordje „alsof”, dat hij dan verder heeft aan te vullen. Neurotisch gestoorde wijzen op de vraag naar het waar niet zelden op zo uitgestrekte gebieden hunner lichamelijkeheid, dat men van een plaatsbepaling nauwelijks meer kan spreken. Ook de wisseling van plaatsbepaling bemoeilijkt niet zelden de mogelijkheid ener plaatsoriëntatie.

* * *

Onder het hoe der door de patiënt geuite klachten zou ik willen verstaan de wijze, waarop een mens zijn belevenissen tot uitdrukking brengt. Dit is wel het meest subjectieve van de gehele anamnese en hierbij wordt eerst recht een beroep gedaan op het aan-, in- en doorvoelend vermogen van de arts. Hier schieten woorden veelal te kort om duidelijk te maken, hoe de arts zijn patiënt aan-, in- en doorvoelt. Dit doorvoelen raakt een feitelijk doorzien. Instinct en intuïtie spelen hierbij de hoofdrol, ofschoon men hiervoor het woord mensenkennis kan bezigen. En hiermede is wel het gevaarlijkste instrument aangeduid uit het instrumentarium van de arts, maar tevens het meest onmisbare. De onoverzienbare literatuur, welke bestaat op het gebied van mensenkennis wijst erop, dat steeds nieuwe termen niet in staat zijn hier werkelijk verhelderend te zijn. En toch zal ieder hebben te erkennen van hoe eminente betekenis de hier voor het gemak maar mensenkennis genoemde eigenschap is, daar zij een overtuiging voorbereidt en feitelijk reeds een overtuiging tot doelbewust handelen insluit. De weifelende arts moge immers een voortreffelijk man van wetenschap zijn, hij is waarschijnlijk een slecht geneesheer.

Tenslotte kan de vraag naar het wanneer, met andere woorden naar de ontstaanswijze en de omstandigheden, waaronder een lichamelijke klacht te voorschijn is gekomen, verhelderend werken op het verkrijgen van een indruk omtrent een mogelijke samenhang. Hier dreigt het grote gevaar van het post en propter. Men kan hieromtrent nauwelijks voldoende kritisch staan en zich slechts erover verbazen, hoe lichtvaardig causale verbanden worden gelegd, welke de toets ener gerechtvaardigde kritiek niet kunnen doorstaan. Tot het wanneer heeft men de vraag te rekenen, wanneer de door de patiënt naar voren gebrachte lichamelijke klachten voor het eerst zijn opgetreden. Wanneer de herinnering hieraan tekort schiet, kan het nog belangrijker zijn, onder welke omstandigheden de geuite klachten verergeren, dan wel verminderen of verdwijnen. Een meer uitvoerige anamnese kan dan aan het licht brengen, dat onder dergelijke omstandigheden niet zelden psychologische factoren schuilgaan. Tot een dezer omstandigheden kan behoren een milieuverandering, een verandering van werkring, een wij-

ziging in de staat, die de patiënt pleegt te voeren, een verandering van leefwijze, maar ook de intrede in een andere levensperiode. Men denke hier aan de verschillende aspecten van levensproblematiek, welke in het voorafgaande reeds ter sprake zijn gekomen. Het meest in het oog springende is hierbij stellig de invloed van een wijziging in de beroeps- en gezinssfeer, hetgeen vooral blijkt bij verblijf in een andere omgeving. Algemeen is het bekend, hoe vele lijdensaan astma, maagklachten, darmstoornissen, hoofdpijnen, gestoorde eetlust en slaapstoornissen zelfs in korte tijd vrijwel klachtenvrij kunnen worden om bij terugkeer in de oude omgeving spoedig weer in de oude toestand te vervallen. Dit geldt echter ook niet zelden voor lijdensaan epilepsie, zodat men in dit opzicht voorzichtig moet blijven met voorbarige conclusies. Het leggen van een direct verband tussen een verbetering der geuite klachten en een verandering van omgeving bergt nog een ander gevaar in zich, en wel dat men hierbij zou vergeten, hoe diep gefundeerd conflictsituaties in het algemeen plegen te zijn en ook een ogenschijnlijk actuele situatie (in gezin of werkring) iets leren kan omtrent de conflictonderhoudende factoren, welke hierdoor duidelijk aan het licht komen. Het zou stellig als al te onwetenschappelijk worden gebrandmerkt, indien men zou willen opmerken, dat de „neurotische” wijze, waarop een patiënt zijn lichamelijke klachten naar voren brengt, als een bewijs voor een neurotische ontstaanswijze dezer klachten zou mogen worden geïnterpreteerd. Grote dwalingen kunnen hierdoor ontstaan en reeds aanstonds komt de vraag naar voren wat men dan wel heeft te verstaan onder een „neurotische” wijze van het tot uitdrukking brengen van lichamelijke klachten. Is het een niet te miskennen sympathiseren met de eigen lijfelijkheid, een onverbloemd de aandacht op zichzelf te willen vestigen, een al te doorzichtige onbekommerdheid, een zekere aanvoelbare onechtheid, gechargeerdheid, zelfingenomenheid, een onvermoeibare wijdlopiegheid, een als genotvol aangevoeld martelaarschap, een al te sterk benadrukte flinkheid en onverschilligheid? Deze en dergelijke nuancerings behoren allen tot het hoe de klachten worden beschouwd. Zij zeggen ons wellicht veel omtrent de karakterstructuur, het type mens, die zich als patiënt tot de arts wendt. Zij zeggen ons iets omtrent de moeilijke ontstaanswijze der klachten. Zij zeggen ons iets meer omtrent de mogelijke psychogenisering — zo men wil hysterisering — van klachten, welke eens op organische grondslag hebben berust. Hier treedt dan weer de hypothese van een geschapen locus minoris resistentiae naar voren. Hier doet ook de behoefte zich gevoelen zich door een meer zorgvuldige anamnese op de hoogte te stellen van de belangrijkste fasen uit het individuele leven van de patiënt, waarin een gestoorde verwerking van belevenissen kan hebben plaatsgevonden. In een kort bestek is het natuurlijk niet mogelijk zelfs maar een bloemlezing te geven van belevenissen, welke pathogeen kunnen werken. Voor een deel werd trouwens reeds in de aanvang van dit

betoog hierop de aandacht gevestigd. Hier moge nog eens worden gewezen op de belangrijkheid van enig inzicht verkrijgen in het type van mens-zijn van de patiënt, dat wil zeggen, in zijn typisering, aangezien tussen karakterstructuur en wijze van neurotisch-zijn een innige betrekking bestaat. Deze betrekking is stellig groter dan de door sommigen veronderstelde betrekking tussen een specificiteit van bepaalde traumatiserende belevenissen, een bepaalde karakterstructuur en bepaalde somatische uitingsvormen. Hieromtrent zijn de acta dan ook geenszins gesloten.

De patiënt, die zijn lichamelijke klachten voor de arts onthult, onthult hiermede feitelijk een bepaald aspect van zichzelf, geeft zichzelf aan de arts bloot. De arts heeft zichzelf echter te oefenen ten einde deze wijze van zich blootgeven ook als zodanig te onderkennen. Wij hebben hier te doen met het leren van een wijze van inspectie, van belangstellend gadeslaan en interpreteren van het waargenomene. Ook hierbij heeft de arts zich te oefenen in het leggen van een zinvol verband tussen de levensgeschiedenis, welke hij heeft verkregen en de aard der klachten, welke hij heeft beluisterd. Het komt op de mogelijkheid aan een zinvol verband te leggen tussen deze beide gegevens en eerst het verkregen inzicht in de mogelijkheid van zulk een zinvol verband kan de weg openen tot een inderdaad zinvolle en rationele behandelingswijze. Over deze laatste zal in de hier gegeven uiteenzetting echter niet verder worden uitgeweid, aangezien dit aan anderen kan worden overgelaten en ons op het ogenblik te ver zou voeren.

Van bijzondere betekenis is het verkrijgen van enig inzicht in de „wil tot gezondheid” bij de patiënt. Men late zich hierbij niet misleiden, wanneer deze wil sterk (al te sterk) wordt beklemtoond. Tegenover de wil tot gezondheid staat de behoefte tot ziek-zijn. Tegenover de patiënt, die zich met kennelijk wellustgevoel overgeeft aan het lijden in een zelf gekozen martelaarschap, gepaard met tyrannisering van de omgeving, staat de patiënt, die in stilte lijdt en toch een heimelijke bevrediging vindt in deze lichamelijke conflictsituatie. Hierop past dan het woord „Krankheitsgewin”, dat door de psychoanalyse naar voren is gebracht. Hier komt ook de vraag naar de mogelijkheid van het bestaan van een neurotisch schuldgevoel naar voren, welke vraag als een van de moeilijkste, maar tevens een van de belangrijkste in het gehele neuroseprobleem geldt. De vraag, die de arts zich heeft voor te leggen, is deze: wil deze patiënt genezen en in hoeverre wordt deze wil tegengehouden door de behoefte aan ziek-zijn? Zoals er een immuniteit is, die de mens belet om ziek te worden, zo kan een immuniteit ontstaan, welke de mens wederom doet genezen. Zoals er een allergie is, welke de neuropathisch genoemde zuigeling een reeks van lichamelijke stoornissen bezorgt, zo kan deze wijze van gesensibiliseerd zijn tot een desensibilisering worden gebracht. Sensibilisering

is een begrip, dat ook in de pathopsychologie een bepaalde inhoud heeft gekregen. Zo is ook het „stress”-begrip mede door de eigen inzichten van Selye van toepassing geworden op de pathologische verwerking van emoties. Begrippen als alarmreactie en uitputting, evenals algemene adaptatiestoornissen worden ook in de pathopsychologie als bruikbare begrippen gebezigd. Als voorbeeld moge de managerziekte hier worden genoemd. Wanneer men de drie door Selye onderscheiden reactiefasen: de alarmreactie, de resistentiefase en de uitputtingsfase in het kader der managerziekte zou willen beschouwen, dan dient men niet te zeer het accent te leggen op de laatstgenoemde. Het is aannemelijk, dat in hetgeen als een uitputtingstoestand wordt geschilderd, zeer veel steekt van hetgeen als een overmaat van remmende invloeden, als afweer-(resistentie) en ook als alarmreactie kan worden aangemerkt. Uiteraard liggen de verhoudingen binnen het kader van het zogenaamde neurasthenische managersyndroom nog ingewikkelder dan waar het geldt de invloed te bepalen van schadelijke prikkels als infectie, verwonding, vergiftiging, spiervermoeidheid en dergelijke. Het is echter niet goed in te zien, waarom de schadelijke factoren, welke van zuiver emotionele aard zijn, aan andere wetten dan de door Selye vastgestelde, zouden gehoorzamen. De mens is een eenheid en geen kunstmatige scheiding tussen het stoffelijke en het geestelijke kan hierin verandering brengen.

De prikkelbaarheid, de duizeligheid, de slapeloosheid, de hoofdpijnen en sensaties in de hartstreek respectievelijk de gestoorde hartwerking bij lijdens aan de zogenaamde managerziekte kunnen zeer goed worden begrepen als een alarmreactie. Zij kunnen wijzen op een vaag bewust respectievelijk onbewust gevoel van een te hoog hebben willen grijpen, een waarschuwing op de ingeslagen weg niet voort te gaan. In het pseudo-sthenische van de persoonlijkheidsstructuur van vele lijdens aan dit toestandbeeld toont zich een zekere resistentie, een fase van handhaving op een bepaald — zij het te hoog gegrepen en verstard vastgehouden — niveau, een „Geltungssucht”, welke vooral voor het preesium kenmerkend kan zijn. Eerst in de abnormale vermoeibaarheid, de onbedwingbare huilbuien openbaart zich de uitgeputheid en het zinken op lager niveau of — als men wil — een uiting van regressie en het zoeken van geborgenheid. Eerst wanneer werkelijk sprake is van een volledige uitputting (exhaustion), dan schijnt een zodanige toestand van decompensatie bereikt, welke voor het leven direct gevaar oplevert.

De theorie van Selye heeft nog weinig aanleiding gegeven tot pathofysiologisch onderzoek bij lijdens aan neurasthenische toestandbeelden. Dit is stellig te betreuren, daar vooral de managerziekte — als psychosomatisch syndroom — hiertoe de gelegenheid zou kunnen bieden. Het zou verleidelijk zijn na te gaan, hoe het in dergelijke gevallen gesteld is met de cortisonproductie, welke kwalitatieve of

kwantitatieve wisselingen in de bijnierschorsfunctie kunnen worden vastgesteld, in hoeverre een behandeling met ACTH of cortison van enige invloed is, hoe het gesteld is met de eiwitafbraak, de electrolyten en de suikerstofwisseling, het witte bloedbeeld enzovoort. In een tijd, waarin het medisch denken in belangrijke mate wordt beheerst door de theorie der adaptatie, zouden zulke onderzoeken, alle aandacht verdienen en het inzicht in de pathofysiologische grondslagen der managerziekte kunnen verdiepen.

* * *

Aan het slot van deze korte uiteenzetting over de mogelijkheden van opsporing van conflictsituaties achter klachten van lichamelijke aard dient nog een opmerking gemaakt van fundamentele aard. Nog al te zeer heerst in kringen van huisarts en specialist de overtuiging, dat de diagnose van neurotisch gestoord-zijn per exclusionem wordt gesteld. Men zou zich in gemoede kunnen afvragen hoe dit „per exclusionem” tot stand kan komen. Een diagnose kan toch niet de vrucht zijn van negatieve vondsten, want dan zou slechts de gevolgtrekking passen, dat een neurotisch gestoord mens feitelijk „niets” heeft, „niets” mankeert, vergelijkbaar met de beroemde „malade imaginaire”. Maar ook deze heeft of mankeert iets en dit iets verdient hulp en geen hoon.

Men mene niet, dat deze opvatting nu reeds gemeengoed is geworden. De wederzijdse verachting van psychici en somatici is nog niet geheel uitgedoofd. Er zijn nog psychiaters, die met een zekere voldoening kunnen beweren zich niet meer te herinneren of de tweede aortatoon rechts of links beleuisterd kan worden. Er zijn neurologen, die met zekere schaamte bekennen ook wel eens naar het gezwets van psychotische patiënten te hebben geluisterd. Het overgrote merendeel oordeelt gelukkig anders en kan elk ziek of lijdend mens zien als een mens in nood. En deze nood kan alleen een psychische of geestelijke nood zijn, ook wanneer ogenschijnlijk het lichaam — dit is het lieflijk Ik — in nood verkeert. Opmerkelijk is het, hoe zelfs vele psychiaters zich gedwongen gevoelen vroeg of laat de sprong te doen naar het „proces” in de veronderstelling hierdoor een vaste grond onder de voet te hebben. In dit opzicht zijn zij blijven steken in die groep van geleerde en zeer- of hooggeleerde heren, die Goethe met zijn onvolprezen humor heeft geheld.

Elke training van de arts vindt haar hoogte- en tevens haar dieptepunt niet in het aankweken van een zo groot mogelijke kennis en kunde, maar in het kennen van zichzelf — een onmogelijke opgave, ondanks de maanroep van Delphi's orakel. Men kan zich slechts daarheen op de weg begeven en zich trachten los te maken van vooroordelen, van rigide denkschemata, van starre attitudes, van pseudodogmata. De ontmoeting met de ander eist een zekere souplesse, de mogelijkheid de ander in zijn anders-zijn te vergeven. Een soepeler verstandhou-

ding met zichzelf, met de patiënt, met de collega geeft aan ons werk stellig een grotere voldoening. De weg om dit alles te bereiken schijnt te lopen over een training in het verkrijgen van inzicht in hetgeen de dieptepsychologie als algemeen menselijke eigenaardigheden te voorschijn heeft gebracht. Deze training komt slechts tot stand door overwinning van een zekere valse schaamte. En valse schaamte is slechts daar, waar sprake is van een vals schuldgevoel.

In een belangwekkend onlangs verschenen boek getiteld: „Echtes und falsches Schuldgefühl!” geeft Paul Tournier zijn visie op de samenleving, welke de mens via valse schuldgevoelens tot conflictsitua-

ties voert. En het schijnt in het bijzonder de wrok te zijn, welke als een wijze van vals, althans onecht schuldgevoel een grote rol speelt bij het ontstaan van vele lichamelijke klachten, welke nu eens als neurotisch, dan weer als psychosomatisch worden bestempeld. De schrijver der „médecine de la personne” weet zeer goed, dat schuldgevoelens behoren tot de situatie van het menselijk-zijn. Zijn ideaal is echter gericht op de verwachting, dat het mogelijk moet zijn de zieke mens te bevrijden van hetgeen men „onnodige” schuldgevoelens zou kunnen noemen. Hier heeft de arts ook een taak en kan hij bevrijdend werken. Bevrijding is echter eerst mogelijk als men weet, waarvan de zieke mens moet worden bevrijd.

De ernstige vorm van „Planta“-ziekte

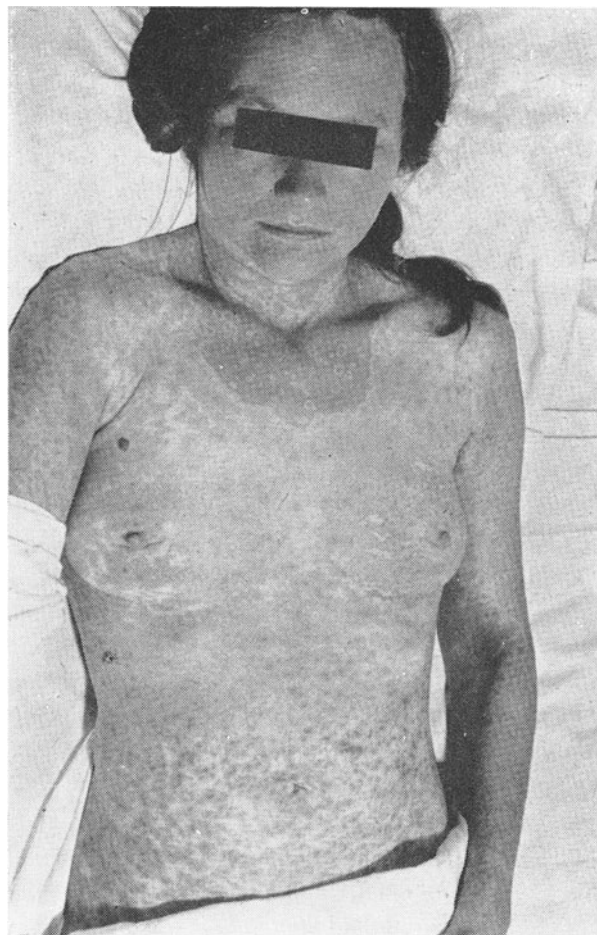
DOOR DR C. K. V. VAN DOMMELEN*

Op 15 augustus 1960 werd een 46-jarige huisvrouw in zeer zieke toestand opgenomen. Ze was twee dagen tevoren 's nachts plotseling ziek geworden met een koude rilling. De temperatuur was opgelopen tot 40° C. De volgende ochtend had zij vlekjes over het gehele lichaam; het gezicht was gezwollen. Ze had pijn in mond en keel. Er was geen jeuk. Vroeger had de vrouw difterie gehad en op zevenjarige leeftijd had zij gedurende een jaar gekuurd voor tuberculose. Voor het overige bood de anamnese geen aanknopingspunten. Man en kinderen waren gezond.

Bij haar binnenkomst toonde deze vrouw een zeer verontrustend beeld. De temperatuur was 41° C, de pols 108, met kamerextrasystolen. Het gelaat was rood gezwollen, ook de oogleden. Over het gehele lichaam was een zeer uitgebreide urticariële eruptie; het maakte de indruk dat afzonderlijke kwaddels in elkaar waren overgevloeid, waardoor guirlande-achtige figuren waren ontstaan. Op armen en benen hadden de kwaddels wel een centrale inzinking, waardoor cocarde-achtige vormsels ontstonden. Bovendien waren er op buik, borst en rug zeer talrijke bloedinkjes in de huid, met een doorsnede van 2 tot 5 mm. De conjunctivae waren rood en gezwollen. Ook het wangslimvlies was rood gezwollen en vertoonde kleine ulcera. Op het gehemelte waren kleine wittige beslagjes. Amandelen en huig waren rood en gezwollen.

Er waren geen tekenen van pneumonie, geen nekstijfheid, geen souffles aan het hart, geen etterige huidafwijkingen. De milt werd niet gevoeld, de gewrichten waren niet pijnlijk of gezwollen, de geesttoestand was helder.

* Uit de afdeling voor inwendige ziekten van het Zuiderziekenhuis te Rotterdam; hoofd: Prof. Dr W. J. Bruins Slot.



Wij achtten de toestand zó ernstig dat we besloten onmiddellijk behandeling in te stellen, zonder de uitslagen van het laboratoriumonderzoek af te wacht-