

huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

*Bespreking van de psychische en somatische problemen bij een patiënt met rugpijn**

DOOR J. I. VAN DER LEEUW, HUISARTS EN P. VAN WIRDUM, ZENUWARTS, BEIDEN TE ROTTERDAM

Inleiding. Enige jaren geleden werd in Rotterdam begonnen met nascholingscursussen, die bedoeld waren om huisartsen meer inzicht te geven in de psychosomatische beschouwingswijze. Oorspronkelijk gaf een psychiater elk jaar voor een kleine groep huisartsen een cursus, bestaande uit een inleiding en bespreking van gevallen, die deze huisartsen in hun praktijk waren tegengekomen. Bij de eerste cursus was de inleider hoofdzakelijk aan het woord. De situatie is geleidelijk veranderd en de deelnemers kwamen ertoe zelf hun gevallen uitgebreider te gaan bespreken. Het laatste jaar is een groep werkzaam, voor een belangrijk deel bestaande uit deelnemers aan de vroegere cursussen, die geen theoretische inleidingen houdt, doch alleen onderling patiënten bespreekt, terwijl de psychiater als groepslid meepraat.

In de cursus van 1958 werd het gevel besproken, dat hier volgt. In 1960 werd het op de Boerhaave-cursus voor huisartsen over medische psychologie opnieuw gebracht met een commentaar van de psychiater. Dit commentaar moet worden gezien als een poging de aanwezigen op de Boerhaave-cursus iets meer inzicht te geven in de problemen aangaande de toepassing van psychotherapie door huisartsen.

Huisarts: De patiënt, die ik nu met u zal bespreken, is een jongeman, geboren in 1932, die rugpijn

kreeg in 1953, omstreeks het einde van zijn militaire diensttijd. Zijn ziektegeschiedenis, waaruit ik u iets zal mededelen, is chronologisch te onderscheiden in drie perioden, die van 1953 tot 1958, toen ik mij, zij het onbewust, angstvallig hield aan de door Balint beschreven „teacher-pupil-relationship”, en die door een soort crisis leidde tot een reeks gesprekken, waarbij het vroegere leven van de patiënt in relatie werd gebracht met zijn ziekte. Deze tweede periode duurde enkele maanden, waarna nog iets wordt verteld over de daarop volgende periode van ongeveer een jaar, om iets te laten zien van patiënt's verdere ontwikkeling.

Eerst dus iets over die eerste vijf jaren. Ik bezit daarover geen eigen aantekeningen, alleen enkele specialistenbrieven; hetgeen volgt is dus een reconstructie.

Patiënt kwam in 1953 onder mijn behandeling met klachten, die enigszins deden denken door een hernia van de nucleus pulposus te worden veroorzaakt. In militaire dienst had hij wel enkele ongevallen gehad, maar dat was lang voor het begin van de rugpijn. Er waren geen duidelijke neurologische verschijnselen. Ik adviseerde volledige bedrust, en, hoewel patiënt zich daaraan niet streng hield, was hij na enkele weken thuis-zijn verbeterd en ging weer aan het werk. Toen zijn klachten na enige maanden verergerden, verwees ik hem naar een neuroloog-psychiater, die evenmin afwijkingen van betekenis vond; deze stelde de diagnose lumbago-ischias-syndroom en adviseerde bukken en tillen te vermijden.

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

Patiënt was van beroep metaalbewerker. Hij probeerde ander werk te vinden en via het arbeidsbureau kwam hij bij een revalidatie-arts. De door deze geadviseerde fysische therapie had geen succes. Op de röntgenfoto, die daarna werd gemaakt, was één der sacro-iliacale gewrichten niet geheel fraai en werd gedacht aan Morbus Bechterew. Evenwel, de bezinking was normaal en er was verder geen enkel klinisch verschijnsel; de hele rug was zelfs bijzonder goed beweeglijk. De gesuggerde röntgenbestraling wees ik dan ook af.

Op zijn verzoek werd patiënt, om toch iets te doen, onderzocht op een neurologische polikliniek. Ook bij dit onderzoek werd geen duidelijke verklaring voor zijn klachten gevonden. Weliswaar bleek op nieuwe foto's, dat de boog van S1-S2 niet was gesloten en werd een dubieuze arthrosis van L3-L4 gevonden; over de sacro-iliacale gewrichten werd verder niet gerept. Therapeutische adviezen vloeiden uit dit onderzoek niet voort. Toch waren we weer wat gerustgesteld en wachtten af. Patiënt had inmiddels verschillende andere werkkringen geprobeerd, onder andere in het jeugdwerk, maar hij was niet klachtenvrij.

Bij een nieuwe exacerbatie verwees ik hem in 1955 nog eens naar een specialist, ditmaal naar een orthopedisch chirurg, die de klachten beschouwde als myalgieën van statische oorsprong. Patiënt kreeg steunzolen, later hydrocortison-injecties in de rug; eerst met verbluffend resultaat, bij voortzetting gevolgd door verergering van de pijn; hij voelde later nog maandenlang de plaats, waar de prikken waren gegeven! Hij was inmiddels in zijn oude beroep teruggekeerd. Vooral 's morgens bij het opstaan had hij veel last van pijn en stijfheid onder in de rug en moest dan wel op de fiets worden geholpen door moeder.

In het najaar van 1956 werd hij nog eens door de eerste neuroloog gezien. Deze schrijft dan: „Conclusie: Het neurologisch beeld kan geen bijdrage leveren tot een operatieve indicatie. De sensibiliteitsuitval aan het rechter been en de positieve Lasègue zijn hiervoor niet voldoende, terwijl overigens geen uitvalsverschijnselen ten gevolge van een gecompriëerde zenuwwortel kunnen worden vastgesteld. De vraag is echter of de orthopedisch chirurg op grond van onvoldoende rugfunctie, zijnerzijds toch niet een operatieve indicatie aanwezig moet achten. Ik veronderstel dat dan tevens een arthrodese zal moeten geschieden. Ondanks het ontbreken van neurologische uitvalsverschijnselen houd ik de klachten wel voor organisch. Er is mogelijk sprake van een psychogene superpositie”.

Juist in verband met dit laatste werd van een operatie, waarop patiënt steeds meer ging aandringen, afgezien. Nu werd het bijna klassieke corset aangezet en wij schenen ons bij deze toestand neer te leggen, hoewel de klachten telkens verergerden. Soms bleef patiënt enige tijd thuis, ook wel zonder mijn hulp in te roepen. Soms polste ik wel eens naar moeilijkheden in zijn leven en eenmaal vertelde hij daarbij dat zijn verloving gelukkig was; er was re-

gelmatig sexueel verkeer, hij had echt niets te klagen, kon alleen niet trouwen, omdat hij geen huisvesting kon vinden. In het voorjaar van 1958 kwam het daar toch van, ze gingen bij zijn ouders inwonen.

Het is hier de plaats de indrukken weer te geven die ik tot dan toe van zijn milieu had opgedaan. Patiënt is de oudste van een arbeidersgezin, wonend in een sociaal zwakke buurt, waar het zich eigenlijk te goed voor voelde. Kort na het huwelijk van patiënt verhuisde het gezin naar een betere straat. Patiënt heeft twee jongere zusters, een broertje is op jeugdige leeftijd overleden aan meningitis. Moeder is kennelijk de spil van het gezin; vader, ongeschoold arbeider, neemt er weinig aan deel. Moeder leeft op kameraadschappelijke wijze mee met de kinderen, spreekt altijd hartelijk over hen met een onderstroom van bezorgdheid, speciaal ten opzichte van patiënt. Er lijkt weinig afstand te bestaan tussen haar en de kinderen. Zij lijdt sedert de puberteit aan migraine, die verergerde na de dood van haar lievelingszoon. Ze onderging twee gynaecologische operaties, een coccygectomie en een galblaasextirpatie; zij heeft vaak rugpijn. Onze patiënt is van uitgesproken atletisch type, met een open jongensachtig gezicht. Voor een arbeidersjongen formuleert hij opvallend goed, is vaak cynisch, vooral wanneer het gaat over zijn werk en superieuren; hij heeft het gevoel te worden uitgebuit en schernt graag met politieke leuzen.

* * *

Ik had er echter nooit aan gedacht deze vage noties met elkaar te combineren en in verband te brengen met zijn klachten. Ook de nauw verholten kritiek van patiënt, door steeds meer op operatie aan te dringen, legde ik naast me neer. Uit deze lethargie werd ik in de zomer van 1958 gewekt, toen mijn vrouw een telefonische boodschap van zijn moeder kreeg, dat hij weer heftige rugklachten had, gevolgd door de mededeling „dat het nu maar open moest”. Mijn vrouw werd getroffen door haar agressieve toon en het openlijk wantrouwen in mijn behandeling. Toen ik er die middag kwam, werd ik door moeder en zoon met ongeveer dezelfde woorden ontvangen in het kamertje waar hij met zijn jonge vrouw woonde. Deze was aanwezig bij het verdere onderzoek, dat behalve een positieve Lasègue en heftige pijn onder in de rug, niets bijzonders opleverde. Intussen verklaarde ik begrip te hebben voor zijn verlangen er nu eens af te komen, desnoods door een operatie, maar dat de moeilijkheid was: welke operatie, en dat er dan nog iemand voor zou moeten worden gevonden, omdat alle vier specialisten in de loop der jaren geen operabele afwijking hadden kunnen vinden. Verder stelde ik voor dat er toch ook eens zou kunnen worden gezocht naar andere, psychologische, oorzaken. Ik wees er op dat een dergelijk onderzoek tijdrovend was en de volle medewerking van de patiënt eiste om op alle, ook

zeer intieme vragen te antwoorden, en verklaarde mij tot een dergelijk onderzoek bereid. Tenslotte schreef ik iets voor de pijn voor en we spraken af dat patiënt, als hij weer op de been was, op het spreekuur zou komen na alles nog eens te hebben overdacht. Moeder, die zich bij het onderzoek had teruggetrokken, deelde ik het resultaat van dit gesprek mede, waar ze zich enigszins morrend bij neerlegde.

Ongeveer een week later verscheen patiënt op het spreekuur en tijdens het onderzoek knoopten we aan bij het vorige gesprek thuis, waarbij hij stelde, dat er toch eigenlijk niets kon zijn; hij was gelukkig getrouwd, ze woonden nu beter, en wat het werk betreft, hij had het wel niet naar zijn zin, beschouwde het als een noodzakelijk kwaad, maar verdiende een behoorlijk loon. Zijn vrouw verdiende daarbij ook met het geven van pianolessen. En als er misschien toch moeilijkheden waren, die hij zich niet bewust was, dan kon hij zich toch niet voorstellen, dat hij daarvan pijn in de rug kon hebben.

Ik heb hem toen uitgelegd, dat er allerlei gewaarwordingen zijn waarbij emoties gepaard gaan met lichamelijke verschijnselen, zoals huilen bij verdriet, zweten van angst, blozen, enzovoort, en ook dat tegenstrijdige gevoelens, die tegelijk moeten worden geuit, of waarvan er een moet worden onderdrukt, aanleiding kunnen geven tot spanningen en stoornissen in houding en beweging, spierspanningen en pijn. Ik herinnerde hierbij aan het optreden van vermoeidheidsverschijnselen bij metalen, die pas op de duur aan de dag treden, een beeld, dat hem als metaalbewerker wel aansprak. We kwamen overeen, dat hij binnenkort op een avond zou komen om te onderzoeken of er misschien in zijn leven dergelijke spanningen waren opgetreden, al hadden we toen geen van beiden enig idee waar we zouden moeten zoeken.

* * *

Zodoende kwam het in de loop van twee maanden tot een reeks van acht gesprekken, die meer dan een uur duurden, de eerste keren zelfs wel twee uur en meestal om de veertien dagen werden gehouden. Wat hier volgt is een greep uit de notities, die daarbij werden gemaakt.

Patiënt werd op vierjarige leeftijd — omstreeks de tijd, dat zijn broertje werd geboren — naar de kleuterschool gestuurd. Hij was groot voor zijn leeftijd, hetgeen er toe kan hebben geleid, dat er te hoge eisen aan hem werden gesteld. Hij heeft aan die eerste schooltijd geen prettige herinnering, de juffrouw sloeg hem. Op de leeftijd van zes jaar ging hij naar een christelijke lagere school, hij trof daar een aardige juffrouw, maar werd niet door de kinderen geaccepteerd: zijn ouders gingen niet naar de kerk en hij kwam uit een arbeidersmilieu, terwijl de meeste andere kinderen uit de middenstand afkomstig waren. In de loop van het eerste schooljaar is hij naar een openbare school overgeplaatst, waar hij

een onderwijzeres trof, die buitengewoon wreed sloeg. Deze onderwijzeres hield hij ook het volgende jaar. Hij werd zeer angstig en kon niet meer leren. Hij durfde ook niets te vragen, als hij iets niet begreep en bleef in de tweede klas zitten. Patiënt kwam toen bij een andere onderwijzeres, die ook wel sloeg, maar niet zo onrechtvaardig. Hij liet zich ook door andere kinderen slaan zonder iets terug te durven doen. Hij had weinig vriendjes. In de derde klas kreeg hij voor het eerst een onderwijzer, die hem wat aanmoedigde, maar zeer op een afstand. Patiënt noemt hem een „aristocraat”. Hij ging over naar de vierde klas, kreeg weer een andere onderwijzer, die geen orde kon houden en later zelfs zenuwziek werd. Patiënt stimuleerde het verzet en werd daarvan de aanvoerder, hoewel hij naar eigen zeggen de domste van de klas was.

Thuis was hij ook opstandig tegen zijn ouders, vooral bij het naar bed gaan. Op school werd hij achterbaks en ging afkijken. Eenmaal scheurde hij een plaatje uit een boek omdat hij dat zo bijzonder mooi vond. Toen het werd ontdekt werd hij voor de klas zwaar gestraft. (De voorstelling van die plaat herinnert hij zich niet direct, enige weken later echter wel). Na overleg tussen het hoofd van de school en zijn ouders werd hij weer op een andere school geplaatst, waar hij het bijzonder goed trof. Hij kreeg een zeer begaafde onderwijzer, met wie de vriendschap jarenlang is aangehouden en over wie hij nog met grote liefde en achting spreekt.

In die eerste schooljaren vormde hij een plan kok te worden en te gaan varen. Thuis hielp hij zijn moeder vaak met het koken, vooral als zij ziek was en dat werd zeer gewaardeerd. Na het sluiten der school in het laatste oorlogsjaar, hij was toen ongeveer dertien jaar, ging hij met vader naar een der noordelijke provinciën om de voedselvoorziening thuis te verlichten. Hij werkte daar bij boeren en herinnert zich levendig, dat hij eenmaal met groot plezier een stel zieke biggen heeft helpen afmaken. Zijn vader nam hem in die tijd wat meer in vertrouwen en deed vooral sterke verhalen over zijn amoureuze avonturen. Verder liet hij zijn zoon aan zijn lot over. Na de oorlog wilde patiënt kok worden. Zijn moeder verzette zich hiertegen, omdat zij een familielid had, die als scheepskok een heel moeilijk leven had gehad. Zijn vader bemoeide zich er niet mee en dus ging het niet door. Hij ging toen naar de ambachtsschool en werd bankwerker. Na verschillende kortdurende baantjes — daarbij werd hij eenmaal ontslagen wegens diefstal — ging hij werken in een groot bedrijf, waar ook vaak wat te halen viel (zijn vader gapte ook wel).

Op zijn achttiende jaar ging hij toch varen, moeder zwichtte voor zijn aandrang. Hij ging mee met een cruise en droste in Amerika. Wekenlang had hij een avontuurlijk bestaan, maar hij werd tenslotte opgepakt en achter zijn schip aangestuurd. Na deze reis had hij weer verschillende baantjes aan de wal en in die tijd had hij een relatie met een meisje uit een veel hogere stand. Op deze verovering was hij ken-

nelijk trots. In 1952 moest hij in militaire dienst en daarmee brak weer een zwarte tijd aan, hoewel hij er met grote verwachtingen aan begon. Dat hij voor de onderofficiersopleiding werd gepasseerd was een bittere teleurstelling; zijn schoolopleiding zou hiervoor onvoldoende geweest zijn. Hij was zuinig op het gierige af en stuurde zo veel mogelijk geld naar huis. * Door kleine diefstallen over en weer kwam hij er toe geld weg te nemen van een van zijn kamer-genoten. Hij werd betrapt, want het was een val, en kreeg een vrijheidsstraf, die hij na zijn dienst moest uitzitten. Daardoor raakte hij nog meer verbitterd en liep steeds nieuwe straffen op. In deze periode kreeg hij voor het eerst pijn in zijn benen en later ook rugpijn.

Omstreeks 1954 kwam hij via het arbeidsbureau in relatie met een oudere man, die hem een werkkring bezorgde bij het kerkelijk jeugdwerk in een havenkwartier. Er ontstond een nauwe vriendschapsrelatie waarin patiënt een stuk algemene ontwikkeling opdeed. De relatie kwam ten einde, toen bleek, dat deze man homosexueel was. In dit jeugdwerk heeft patiënt zijn latere vrouw leren kennen. Hij is in dat werk sterk opgegaan en is in deze periode zeer gegrepen door religieuze vraagstukken. Hij nam ook zelf deel aan apostolisch werk, maar bekoelde al gauw toen hij merkte hoeveel gestoorde mensen daarbij waren betrokken.

Telkens komt de rol van zijn ouders ter sprake en daarbij blijkt, dat hij op zijn vader neerziet; hij schaamt zich voor hem in gezelschap. Toen hij zelf bankwerker was geworden, heeft hij zijn vader er toe overgehaald elektrisch lasser te worden. Tegen moeder ziet hij op. Zij is altijd zo lief en bezorgd voor hem. Wanneer ik zeg, dat achter die gevoelens van zijn moeder misschien toch een ander gevoel schuil gaat, raakt hij enigszins in de war en raadt, dat zij misschien schuldgevoel heeft. Wanneer ik zeg, dat hij in zijn eerste schooljaren eigenlijk niets anders heeft geleerd dan lijdelijk of openlijk verzet, antwoordt hij, dat dit inderdaad wel zo moet zijn en vertelt dan, hoe, toen hij onlangs probeerde piano te leren spelen — zijn vrouw is pianolaras — een onoverwinnelijke afkeer in hem opkwam. In de loop der gesprekken blijkt, dat hij soms met grote tegenzin naar mij toe komt en eenmaal brengt hij een tijdschrift mee, waarin een nieuwe gewelddadige methode wordt beschreven om rugpijn te behandelen, met de mededeling, dat ik dat maar eens moet lezen. Later blijkt, dat zijn moeder dit heeft meegegeven.

Tijdens deze reeks gesprekken verdwenen de rugpijnen geleidelijk en kon hij het steeds langer zonder corset stellen. Hij deed op mijn advies gymnastiek oefeningen om het spiercorset te versterken. Eenmaal keerden de klachten voor korte tijd terug

* Dit was een soort herhaling van dat plaatje uit het schoolboek: de man, die als koloniaal afscheid neemt van zijn familie, die hij met het handgeld in staat stelt een nieuw leven te beginnen, nadat hun huis door brand is verwoest.

na een onenigheid met zijn vrouw.

Ongeveer twee maanden na het eerste gesprek werd het contact door hemzelf beëindigd. Ik zag hem nog slechts een enkele maal op het gewone spreekuur. Later bleef ik vanzelf op de hoogte van zijn toestand, omdat zijn moeder herhaaldelijk ernstige rugklachten had, waaraan zij ook vroeger vaak had geleden. In het voorjaar van 1959 bleek hij plotseling te zijn verhuisd en wel naar zijn schoonmoeder, omdat die hem „meer ruimte kon bieden”. Later bleek mij, dat de suggestie hiertoe van zijn vrouw was uitgegaan en dat hij daarop onmiddellijk was ingegaan. Terzelfder tijd kreeg zijn vader opnieuw last van een ulcus duodeni, terwijl hij ook rugklachten kreeg. Patiënt vatte toen het plan op een cursus te volgen in maatschappelijk werk maar werd niet toegelaten, alweer omdat zijn schoolopleiding onvoldoende was. Ook daarop reageerde hij met rugklachten, waarvoor ik hem eenmaal in zijn nieuwe woning bezocht.

Hoewel hij in een heel ander stadsdeel woonde, bleef hij bij mij ingeschreven. Ruim een half jaar later zag ik hem voor het laatst wegens oogklachten en hoofdpijn. Hij wilde naar de oogarts. Van zijn rug had hij praktisch geen last meer en toen ik zijn vrouw op het spreekuur kreeg informeerde ik terloops naar haar man en hoorde dat het goed met hem ging en ook, dat hij ander werk had, namelijk als onderhoudsmonteur. Dit werk bevalt hem zeer goed, hij bezoekt zijn „patiënten” per auto. Het werk was meer afwisselend en verantwoordelijker dan in de fabriek.

Tot besluit moge een aanhaling van een bekend schrijver op dit terrein dienen: „It will be interesting to follow this case during the next few years”.

* * *

Bespreking: Dit geval is een goede illustratie van de verhouding van de psychosomatische benadering tot de klassieke.

In de periode van 1953 tot 1958 heeft de huisarts met hulp van specialisten getracht inzicht te krijgen en hulp te bieden, door te zoeken naar een lichamelijke afwijking, die aanleiding gaf tot de klachten. Bij ischialgie zoekt men dan naar een prikkeling van de zenuwbanen in het lumbo-sacrale gebied; is er dan verder nog rugpijn en verergering van de ischialgische pijn bij persen en hoesten, dan wordt het aannemelijk, dat dit een radicaire prikkeling is, die zeer waarschijnlijk berust op een hernia van de nucleus pulposus. Het onderzoek kan verdere argumenten voor of tegen deze diagnose opleveren. Is op deze wijze de lichamelijke oorzaak van de klachten achterhaald, dan volgt een therapie, welke op die oorzaak is gericht. Bij de hernia van de nucleus pulposus is dat een rustkuur, een corset, operatieve fixatie van de wervelkolom of extirpatie van de geprolabeerde nucleus. Iedere arts met enige ervaring over deze ziektebeelden weet echter, dat na een theoretisch goed gefundeerde en technisch goed

uitgevoerde therapie het klagen vaak blijft bestaan, of dat het wordt gericht op een ander orgaan. Verder is gebleken, dat verschijnselen van discus prolaps zeer veel voorkomen, als men er systematisch bij alle secties naar zoekt. Het doet denken aan het vraagstuk van de platvoeten, waar iedere jonge officier van gezondheid op een gegeven moment zijn hoofd over breekt (als hij niet botweg in de plaats van de klassieke medische beschouwing de klassieke militaire stelt door simulatie aan te nemen). Dit laag-bij-de-grondse, maar toch belangrijke probleem is, waarom de een met enorme platvoeten praktisch niet klaagt, terwijl de ander met veel geringere afwijkingen wel veel last heeft.

In het geval, dat hier werd besproken, werd aan een hernia van de nucleus pulposus gedacht, maar die diagnose bevredigde de huisarts niet geheel. Het onderzoek wordt uitgebreid en we zien gebeuren, wat regel is in dergelijke gevallen; iedere specialist vindt wel iets, zodat de patiënt uiteindelijk een beginnende ziekte van Mendel Bechterew, een myalgie, platvoeten en een hernia van de nucleus pulposus blijkt te hebben. Dit klinkt belachelijk, maar in wezen is het een situatie, die voortvloeit uit het uitgangspunt, dat men in principe achter elke klacht een lichamelijke afwijking moet zoeken. Zodra men dan bij een patiënt zou zeggen, dat er geen lichamelijke afwijking was, zou dat betekenen, dat het klagen niet was gefundeerd en dat de patiënt werd veroordeeld als simulant. De menselijkheid kan iemand er zo toe brengen zijn kritische instelling uit te schakelen. Als men beide niet wil prijsgeven, zal men het uitgangspunt nog eens moeten bezien. Begint men daarvoor met de bestudering van het klagen op zichzelf, dan blijkt, dat bij dit fenomeen kan worden gesproken van een wijze van mededelen en van iets, dat wordt meegedeeld. Het „klagend mededelen” is in wezen een heel fundamentele wijze van steunzoeken. Bij kinderen is vaak nog onverhuld te zien, hoe ze door te klagen appelleren aan onze gevoelens voor hen. Dit aspect van het klagen is ook nauw verwant aan bepaalde appellerende houdingen, die volgens de moderne dierpsychologie een grote rol spelen in de dierlijke samenleving. Men kan zo begrijpen, dat bij iemand, die moeilijk contact heeft, het klagen sterk op de voorgrond komt te staan, als wijze om zich sociaal te handhaven.

In het gedemonstreerde geval zijn de hydrocortison-injecties een bijzondere vorm van aandacht, die maakt, dat het klagen vermindert. Als echter deze injecties niet meer worden gegeven, komt de vraag naar die aandacht terug, als maandenlang durend klagen over de prikken. Zodra men het verband tussen klagen en sociale behoefte heeft gezien, komt de vraag, of de spanningen in de instelling ten opzichte van de wereld niet behalve tot klagen nog kunnen leiden tot functionele of anatomische afwijkingen.

We weten, dat psychische gespannenheid, dat wil zeggen een toestand, die samenhangt met een instelling tegenover de omgeving, waarbij tegelijk angst en agressie bestaan, samengaat met een ver-

starde psychomotoriek en met spierspanning. Het lijkt waarschijnlijk, dat dit kan leiden tot myalgische verschijnselen en zelfs tot verschijnselen van discus prolaps. Dit laatste zou bijvoorbeeld kunnen, als de rug geforceerd wordt gestrekt, terwijl de flexoren van de wervelkolom niet eerst, zoals overeenkomt met een nauwkeurig afgestemd en soepel bewegingspatroon, zijn ontspannen, waardoor een soort notenkrakerwerking ontstaat.

Zo redenerend kan men er toe komen de sociale factoren — die hun weerspiegeling vinden in het psychische — weer mee te laten tellen bij de beoordeling van de ziekte en deze invloeden niet langer een betekenis te ontzeggen in de pathologie. In het geval, dat de huisarts besprak kwam hij daar op een meer directe manier toe.

Het optreden van moeder demonstreerde, dat niet alleen de patiënt, maar dat ook zijn omgeving bij de ziekte was betrokken. Terwijl het op het eerste gezicht lijkt, alsof moeder alleen maar een spoedige genezing van haar zoon wenste, krijgt men toch bij verdere beschouwing de indruk, dat zijn ziekte een veel diepere persoonlijke betekenis voor haar had. Het dwingerige gedrag tegenover de huisarts is al een aanwijzing, dat ze zich (te) sterk met de zoon verbonden voelde, terwijl de agressieve therapie, die ze voorstond, de gedachte oproept, dat ze de zoon wilde dwingen en wilde straffen. Zelf vertelde patiënt, dat moeder altijd zo lief en bezorgd was. Wel bleek uit zijn verhaal, dat ze in het gezin domineerde. Er kwam echter weinig kritiek. Het was alsof hijzelf niet het gevoel had, dat ze hem te weinig vrij kon laten. Dat was echter ook niet te verwachten. Uit allerlei gegevens blijkt, dat patiënt in de sfeer die moeder schiep, te zeer opging om de houding van moeder kritisch te bezien, dat wil zeggen, als vrije persoonlijkheid ten opzichte van haar stelling te nemen. Daardoor konden allerlei gevoelens ook niet bewust worden.

Het valt op, dat patiënt meisjes koos, die boven hem stonden. Na de avonturen in Amerika had hij een meisje, dat sociaal boven hem stond, hetgeen met zijn vrouw, die pianolarares is, ook het geval schijnt te zijn. Van het meisje is patiënt zich dat wel bewust, maar van zijn vrouw blijkbaar minder; ook tegenover haar kan hij weer geen afstand nemen. Wel vertelde hij, hoe hij opeens grote tegenzin voelde, toen hij bij haar pianoles zou nemen. Kennelijk was hem toen de onderwerping te erg, temeer, omdat bij die onderwerping zo weinig bevrediging van infantiele gevoelens was te wachten. Hij zag dat echter ook weer niet van te voren, omdat hij zich deze verhoudingen onvoldoende bewust kon maken. Pas toen hij het zo had georganiseerd, dat hij de lessen zou krijgen, kwam opeens die tegenzin als een overmachtig, uit de diepte omhoog dringend gevoel naar boven.

Het is verder merkwaardig, dat de schooljuffrouwen, zoals patiënt ze beschrijft, overwegend zo dwingend en agressief waren. Slechts de juffrouw, waarbij hij

zijn tijd niet uit hoofde te dienen, omdat hij van school werd genomen, was aardig. Men vraagt zich af of hij de verhouding niet vertekend zag. Waarschijnlijk had hij ook hier onvoldoende afstand, waardoor zijn gedrag onaanvaardbaar werd voor de juffrouw, terwijl hij de moeilijkheden, die er moesten komen, onvoldoende voorzag, waardoor hij ze als veel krenkender beleefde dan ze waren.

Opvallend is, hoe de mannen er anders afkwamen dan de vrouwen. Zij waren geen van allen dominerend. De enige moeilijke man was eigenlijk nog verminderd toerekenbaar, omdat hij later zenuwziek werd. Ook deze houding tegenover mannen is voor een deel te verklaren uit de te sterke verbondenheid met moeder en uit een gebrekkige mannelijke identificatie. Patiënt voelde zich geen man tegenover mannen en kwam daardoor ook niet in conflict met hen.

In de liefhebberij voor het koken kan men verder een aanwijzing zien van een identificatie die sterker op moeder dan op vader was gericht. Dit is zeker niet alleen te wijten aan de houding van moeder. Vader trad te weinig naar voren en bood zo geen mogelijkheid tot identificatie. Verder is het, alsof door het wegvallen van vader de polariteit in het gezin twee personen naar voren treden, ieder op zijn eigen wijze en zonder dat er altijd harmonie is, lijkt me vaak een essentiële kans voor het kind om een eigen persoonlijkheid te ontwikkelen.

Tot een uitgesproken identificatie met moeder en een manifeste homoseksuele instelling kwam het hier niet; men is haast geneigd te zeggen dat het karakter van patiënt daarvoor ook te ongevormd bleef. Soms wilde hij wel een man zijn; zo kwam hij er toe naar zee te gaan en ook voor de opkomst in militaire dienst schijnen dergelijke gedachten een rol te hebben gespeeld. Wanneer er echter tegenslagen kwamen, gaf patiënt het op.

* * *

Dit zijn enige opmerkingen naar aanleiding van de gegevens, die de gesprekken van de huisarts opleverden. Mogelijk is er meer uit die gegevens te halen, terwijl sommige lijnen misschien fout zijn getrokken. Hoewel het beeld, dat van patiënt kan worden ontworpen, schetsmatig blijft, kan men in elk geval zeggen, dat er diepgaande psychologische stoornissen zijn. Onze volgende taak zal zijn te trachten met hetgeen we weten van die psychische stoornissen, het inzicht in de rugklachten te vergroten. Voordat we daartoe overgaan echter nog enkele andere opmerkingen.

In de eerste plaats naar aanleiding van de vraag, waarom niet is getracht het psychologische beeld te verduidelijken door het opnemen van een systematische anamnese. Het is toch zo, dat de therapie

moet steunen op het inzicht, dat we in de structuur van het geval krijgen. Aan de andere kant blijkt het telkens weer, dat het opnemen van een systematische anamnese het materiaal als het ware denatureert, terwijl, als men spontaan laat vertellen, de samenhangen, waarin het materiaal wordt gebracht, belangrijke aanwijzingen geven. Verder gaat er van het vrij vertellen op zichzelf een therapeutische werking uit. De patiënt, die daarentegen de vragen beantwoordt, die hem voor het opnemen van een systematische anamnese worden gesteld, heeft het gevoel, dat de behandeling nog niet is begonnen, terwijl hij na het opgeven van al die data, de verwachting heeft, dat er nu wat bijzonders gaat komen, iets als een omschreven tegenprestatie van de kant van de arts. Vaak weet de huisarts met die verwachting geen raad en komt hij ertoe dan maar in nood een advies te geven, waaraan de patiënt in het gunstigste geval in 't geheel niet toe is.

In de tweede plaats leert de ervaring met de bespreking van dergelijke gevallen, dat verschillende artsen geneigd zijn op te merken, dat moeder toch ten onrechte „de schuld” krijgt van de gestoorde ontwikkeling van haar zoon, terwijl anderen het weer juist tijdverspillen vinden om aan een dergelijk afkeurenswaardig iemand, als patiënt, zoveel tijd te besteden. In beide gevallen is er een verwarring van de psychologische beoordeling en de ethische beoordeling. Voor een deel berust die op de karakterologisch gefundeerde instelling van degene, die de opmerking maakt, maar aan de andere kant is het zo, dat wij allen een diep gefundeerde neiging hebben naar ethische en sociale maatstaven te oordelen, zodat het moeilijk is zich te realiseren, dat een goed mens nog geen goede opvoeder en een slechte opvoeder geen slecht mens hoeft te zijn. Het is wel nodig zich dat, bij werk als dit, steeds voor te houden.

Als we nu willen proberen ons inzicht in de rugklachten te vergroten, doen we het best eerst na te gaan onder welke omstandigheden die klachten wel zijn opgetreden. Dat was eerst omstreeks het einde van de militaire dienst, in een tijd, dat patiënt moest nadienen om een vrijheidsstraf te ondergaan. Toen hij na de dienstdienst was thuisgekomen, waren de klachten blijkbaar niet verbeterd. Men krijgt verder de indruk, dat een paar maanden na het huwelijk verergering optrad, die aanleiding was tot de actie van moeder, waarbij een operatie werd voorgesteld. Het ging tijdens de gesprekstherapie, die volgde, geleidelijk beter. Na een conflict met de vrouw en later, toen patiënt niet naar de school van maatschappelijk werk kon, verergerden de rugklachten weer voor enige tijd. Dit verloop van de klachten is wel een aanwijzing, dat psychische factoren een rol speelden. Het is alsof patiënt de problemen, die hem te wachten waren, zelf niet aan zag komen en zich er niet op instelde. Hij scheen onbewust te verwachten, dat de wereld door een soort almachtige moeder zou worden omgebogen, zoals hem dat uit-

kwam. Als dat niet gebeurde, dan wekte dat agressie, die weinig werd geuit, terwijl patiënt zich toch aan dat noodlot bleef onderwerpen. Men kan zich indenken, dat een dergelijke agressie gepaard gaat met sterke spierspanningen, die geen oplossing vinden omdat ze niet in een behoorlijk bewegingspatroon kunnen worden geuit. Door de spierspanning kan pijn optreden, die bij patiënt aanleiding gaf tot nadrukkelijk klagen en op die manier steeds meer appelleren aan de omgeving, zoals dat ook bleek na de hydrocortisoninjecties. De omgeving en speciaal moeder wisten daar in dit geval geen raad mee. Ze voelde zich bijna schuldig en wilde dwingen, dat er toch iets gebeuren ging hetgeen dan maar meteen erg „insnijdend” moest zijn. In tegenstelling tot wat men zou verwachten wilde patiënt daar wel op ingaan. Door zich te onderwerpen aan een operatie zou hij volharden aan het zich onderwerpen, hij zou tonen, wat hij verdroeg en waarschijnlijk zou hij na afloop nog meer op de schuldgevoelens van moeder, vrouw en artsen hebben ingespeeld, doordat hij had kunnen tonen, dat zijn offer voor niets was geweest. Zo zou hij ook op een primitieve wijze toch nog stelling hebben genomen en meteen onaantastbaar zijn geweest.

* * *

We zijn nu gekomen aan een bespreking van de therapeutische kant. In de eerste plaats kan daarbij worden opgemerkt, dat de huisarts heel goed de gevaren, die er lagen in een te actieve therapie, heeft voorzien. Verder valt op, hoe hij ingreep op een moment, dat er spanning was tussen patiënt en zijn moeder en hoe hij daardoor de medewerking van patiënt kon krijgen. Bij de gesprekken, die volgden, kwam het er waarschijnlijk niet zo zeer op aan, wat besproken werd, maar dat patiënt de gelegenheid kreeg zich te uiten, zonder dat hij meteen antwoord kreeg en geholpen werd. Zo werd hij er toe gebracht niet als hulpeloze zieke, maar op een hoger niveau stelling te nemen.

Men ziet hieruit, dat de relatie van de patiënt tot de arts bij de therapie een grote rol speelt. Het materiaal, dat de patiënt brengt zal men ook nooit alleen moeten beoordelen als mededeling over ervaringen in het verleden en in het heden, maar men moet er altijd de aanwijzingen in zien, die betrekking hebben op die relatie. Deze relatie, die vooral door de psychoanalytici uitvoerig is bestudeerd en die de naam kreeg van de overdracht, moet bij dergelijke oppervlakkige behandelingen in het oog worden gehouden, zonder dat er, zoals bij de analyse, in gesprekken met de patiënt dieper op wordt ingegaan. In tegenstelling tot de situatie bij de analyse is het ook zaak, dat de overdracht positief wordt gehouden.

Men kan zich afvragen, of een dergelijke oppervlakkige therapie wel verbeteringen in de persoonlijkheidsstructuur bewerkstelligt. Waarschijnlijk is dit niet het geval, maar het is vrijwel zeker, dat op deze manier mensen kunnen worden geholpen door

een dieptepunt heen te komen. Zit patiënt in een dergelijke put, dan gaat hij vaak een steeds primitiever en inadequater houding aannemen, hetgeen door de omgeving wordt beantwoord met reacties, die de situatie nog moeilijker maken, zoals een overdreven koestering en bezorgdheid, of agressie, vaak ook met een mengsel van beide. Verder ziet men wel, dat een patiënt, die op deze wijze „uit de put” is geholpen, zelf veranderingen in zijn sociale omstandigheden aanbrengt, waardoor hij zich meer „levensruimte” verschaft. Ook in het besproken geval gebeurde dat. Daar kon de patiënt het echter niet opbrengen tevoren met de arts te overleggen over de verandering, zoals in gunstiger gevallen nogal eens gebeurt. Juist de huisarts is bij deze oppervlakkiger psychotherapie in een bevoorrechte positie, onder andere, omdat niet wordt verwacht dat hij, zoals de specialist-psychiater, in een beperkte tijd, vaak op tevoren vastgelegde uren, psychotherapie en niets anders geeft. De huisarts kan telkens helpen, als er een dieptepunt dreigt te komen. Hij kan dit ook, doch zonder dat er de nadruk op valt, met een „insluipende” therapie naast de meer somatische behandeling. Verder kan de huisarts gemakkelijker het contact verminderen, als de overdracht te sterk wordt. Het contact blijft dan toch nog wel bestaan. Iets dergelijks is het geval, als de patiënt zich terugtrekt, omdat hij de situatie niet kan verdragen. Hij blijft dan bij de huisarts een poosje weg, maar hij heeft altijd de mogelijkheid onder dekking van een of andere klacht toch nog eens terug te komen. Vaak doet hij dat ook als er enige tijd verlopen is en als de spanning, die de overdrachtsrelatie gaf, daardoor wat afefde.

Goed beschouwd kan door huisartsen psychotherapie worden gebracht in een klimaat, dat veel natuurlijker is dan dat van de psychotherapie door de specialist. Daardoor is de situatie in verschillende opzichten ook gemakkelijker hanteerbaar. Het is echter noodzakelijk dat de huisarts gevoel heeft voor de situatie en dat hij zich inzicht verschaft in de problemen. Hoe hij kan worden geholpen bij de ontwikkeling van dat gevoel en dat inzicht is nog een enorm probleem, dat we door experimenteren en uitwisseling van ervaring moeten trachten nader tot oplossing te brengen.

GEZONDHEIDSORGANISATIE T.N.O.

Het bestuur van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. heeft besloten de tot dusver gevolgde procedure, dat subsidie-aanvragen het gehele jaar konden worden ingediend, niet langer te handhaven. Voor het begrotingsjaar 1962 geldt, dat subsidie-aanvragen bij het secretariaat van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. moeten zijn ingediend vóór 1 september 1961. Deze wijziging geldt zowel voor aanvragen afkomstig van individuele onderzoekers, al of niet ressorterende onder een adviescommissie, als voor instellingen. Tot deze wijziging is overgegaan ten einde de mogelijkheid te openen de aanvragen onderling tegen elkaar af te wegen en het totaal van de aanvragen te confronteren met het voor 1962 beschikbare begrotingsbedrag. Aanvraagformulieren voor het subsidiejaar 1962 zijn verkrijgbaar bij het secretariaat van de Gezondheidsorganisatie T.N.O., Postbus 297, 's-Gravenhage.