

Indicaties:	I		II		III		IV		V		
Leeftijdsgroep:	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	Totaal
A 65 jaar en ouder	4	11	9	—	10	—	—	—	—	2	36
B 50 tot en met 64 jaar	13	7	—	—	8	—	1	1	2	3	35
C jonger dan 50 jaar	1	2	—	—	—	—	—	1	2	2	8
Totaal	18	20	9	—	18	—	1	2	4	7	
	38		9		18		3		11		79

Tabel 1; Praktijk a, 4.000 zielen

Indicaties:	I		II		III		IV		V		
Leeftijdsgroep:	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	Totaal
A 65 jaar en ouder	7	13	1	—	6	1	—	—	—	—	28
B 50 tot en met 64 jaar	10	1	—	—	7	1	—	—	1	—	20
C jonger dan 50 jaar	—	3	1	—	—	—	—	—	—	2	6
Totaal	17	17	2	—	13	2	—	—	1	2	
	34		2		15		—		3		54

Tabel 2; Praktijk b, 3.100 zielen

Uitkomsten. In beide praktijken zijn de verschillende indicaties I tot V onderverdeeld naar de leeftijdsgroepen A (65 jaar en ouder), B (50 tot en met 64 jaar) en C (jonger dan 50 jaar); tevens is naar het geslacht onderverdeeld.

Het percentage patiënten, dat volgens deze indicaties in aanmerking komt te worden geïmmuniseerd tegen influenza, bedraagt in deze praktijken ongeveer 2 en 1,7.

De leeftijd van ongeveer 90 procent van deze patiënten is boven de 50 jaar, terwijl ongeveer 50 procent boven de 65 jaar is.

Opvallend is in beide tabellen de tegenstelling in het voorkomen van chronische hartziekten in de leeftijdsgroepen A en B bij mannen en vrouwen. In groep A duidelijk meer vrouwen; in groep B meer mannen. In de groepen II en III treft men vrijwel uitsluitend mannen aan.

Tot slot valt te vermelden, dat alle patiënten in de maand november werden geïmmuniseerd met Influenza virusvaccin Duphar; het aantal weigeraars bedroeg in praktijk a twee en in praktijk b drie. Bij één patiënte met asthma bronchiale werd van immunisatie afgezien daar er een overgevoeligheid voor kippeëiwit zou bestaan.

Bespreking van een probleem-patiënt*

DOOR C. H. A. WESTHOF,¹ HUISARTS TE AMSTERDAM EN DR J. M. VAN DER VALK, ARTS

Het onderstaande is een weergave van een patiëntenbespreking welke heeft plaatsgevonden in een van de psychosomatische studiegroepen van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Deze studiegroep werd in de zomer van 1957 te Amsterdam gevormd en is sedertdien maandelijks bijeen gekomen voor een dergelijke bespreking. De groep omvat tien huisartsen, van wie een als voorzitter optreedt. Verder is een „mentor” aanwezig, in deze groep geen psychiater, maar een arts met langdurige ervaring op psychosomatisch gebied (van der Valk).

Bij deze besprekingen geeft een huisarts de ziektegeschiedenis en de biografische anamnese van een

zijner patiënten waarop een discussie volgt. Deze groepsdiscussie ontbrak op de Boerhaave-cursus; de opmerkingen van de mentor moeten daarom worden gezien als vragen en kanttekeningen, die anders uit de groep in zijn geheel zouden zijn voortgekomen. Het woord is thans aan de huisarts.

Huisarts: Het betreft hier een man van 31 jaar, tijdens mijn eerste onderzoek van beroep wasknecht. Daarvóór was hij werkzaam in het bakkers- en hotelbedrijf. Hij is ongehuwd en belijdt geen godsdienst. Over de interne ziektegeschiedenis is het volgende te vertellen:

Op 15 juni 1957 stond patiënt 's morgens op met een stijf gevoel in de armen. Na een week raadpleegde hij zijn huisarts. Deze sprak van: „Mischien is het gewrichtsreuma” en gaf poeders mee.

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

Na een week was het niet verbeterd; patiënt kreeg er koorts bij, werd veel zieker en daar hij inmiddels wegens verhuizing mij als nieuwe huisarts had gekozen, werd ik op 1 juli bij hem ontboden.

Ik vond een man, die een ernstig zieke indruk maakte en hoge koorts had, 39,8° C. Hij klaagde over keelpijn en pijn in de gewrichten van armen en benen. De tonsillen waren acuut ontstoken en de grote gewrichten van de extremiteiten waren pijnlijk bij bewegen, echter niet rood of gezwollen. Ik constateerde dus angina en een polyarthrititis. Hij kreeg penicilline en toen de koorts wat zakte ook salicyl. De toestand verbeterde niet veel en toen ik, na hem veertien dagen te hebben behandeld, met vakantie ging en mijn waarnemer patiënt in de behandeling overnam, heeft deze arts hem na korte tijd laten opnemen onder de diagnose polyarthrititis rheumatica acuta. Dit was op 19 juli.

Uit de voorgeschiedenis valt hier nog te vermelden dat patiënt in 1955 een strumectomie onderging; na deze operatie had hij geen klachten van hyperthyreoïdie meer. Wel was er nog een geringe exophthalmus aanwezig. Patiënt vertelde verder in 1930 mazelen en pneumonie te hebben gehad en in 1931 kinkhoest, weer pneumonie en bronchitis. In 1943 kreeg hij oorontsteking, daarna ging het lange tijd goed, maar in 1954 kreeg patiënt maagklachten en in 1955 onderging hij, zoals reeds gezegd, een strumectomie, nadat hij hevig was vermagerd. Ook moet nog worden vermeld dat hij tot 1944 aan enuresis leed.

Er was, toen patiënt werd opgenomen, geen afwijking meer in de keel te constateren en er konden geen hemolytische streptokokken uit de keel worden gekweekt. Ook verder werden geen afwijkingen gevonden, met name niet aan het hart; voorts waren bloeddruk en bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaampjes normaal. Toch werden bij het onderzoek enkele aanwijzingen gevonden, die er op wezen dat patiënt een ziekteproces had doorgemaakt. Zo werden er op het electrocardiogram geringe afwijkingen gevonden, die na een week gedeeltelijk waren verdwenen en die zouden kunnen wijzen op een lokale pericarditis of myocarditis. Ook bleek de antistreptolysinietiter verhoogd (550 E). Tenslotte had hij de eerste week een geringe urobilinurie waarvoor geen verklaring werd gevonden. Patiënt kon volgens de klinici dus wel een lichte vorm van acuut gewrichtsreuma hebben gehad, maar een zekere diagnose werd niet gesteld.

Patiënt is na elf dagen op eigen verzoek uit het ziekenhuis ontslagen en kwam weer op mijn spreekuur; hij bleef klachten houden over pijn in de borst en hoofdpijn en daarbij bleef hij ontzettend moe. Hij beschrijft zijn klachten als volgt: „Ik heb een gevoel of ik een chronische voorjaarsmoeheid heb. Ook heb ik het erg warm, ik neem de temperatuur niet op, maar ik heb steeds koorts en dat mat me af. Ik kan elk moment van de dag wel slapen.” Hij had geen gewrichtsklachten meer, maar wanneer hij twee trappen opging, moest hij tussentijds even gaan

zitten. Ook viel hij nog een pond per week af volgens zijn zeggen.

Deze toestand bleef bestaan tot ik hem in oktober nogmaals naar een internist stuurde. Ook deze vond geen afwijkingen bij het interne onderzoek; laboratoriumgegevens, electrocardiogram en grondstofwisseling waren normaal, ook het röntgenonderzoek van hart en longen leverde niets op. Patiënt maakte op de internist wel een nerveuze indruk. Toen er daarna weer geen verbetering van de toestand was te constateren en hij steeds slechts voor halve dagen aan het werk kon gaan en dan weer eens ziek thuis moest blijven, kreeg ik langzamerhand het gevoel, dat iedere arts wellicht kent: „Wat moet ik nu met deze man? Ik heb alles voor hem gedaan wat van me kan worden verwacht en toch blijft hij maar klagen.”

Aangezien wij juist in die tijd met onze werkgroep waren gestart en ik terloops op zoek was naar een voor dit doel geschikte patiënt, meende ik, daar ik patiënt óók „nerveus” vond, dat er mogelijk uit een interview nieuwe gegevens naar voren zouden komen. Ik nodigde hem uit tot een gesprek, dat de eerste maal plaats vond op 28 oktober.

Eerste indruk. Patiënt is een wat tengere, vriendelijke jongeman, die een wat verlegen indruk maakt, af en toe wat kinderlijk. Hij ziet er keurig netjes verzorgd uit en beweegt zich heel precies en omzichtig. Hij lijkt zich bij de gesprekken met mij niet zo erg op zijn gemak te voelen, is af en toe wat verdrietig en kan soms zijn tranen niet bedwingen. Hij maakt dus een wat nerveus gespannen en depressieve indruk. Hij lijkt vrij intelligent en is erg precies, vooral bij het opgeven van data. Zijn gezichtskring is beperkt en het aantal onderwerpen, buiten de eigenlijke levensgeschiedenis, waarover kan worden gesproken, is gering. Gemakkelijk is het gesprek niet; vooral nadat de somatische ziekteverschijnselen zijn verteld, wordt het een wat moeilzaam trekken. Na enige gesprekken is hij wel wat vrijer en toont hij een zekere appreciatie voor mijn bemoeienissen.

Familieanamnese. Van consanguïniteit van de ouders, het frequent voorkomen van bepaalde ziekten van lichamelijke of geestelijke aard in de familie, is niets bekend, noch van verpleging in gestichten of zelfmoord van familieleden. De grootouders van zijn vader heeft patiënt nooit gekend, de vader van moeder was koetsier, de moeder van moeder was werkster. Deze voedde haar kinderen streng op en hield ze erg strak. Er waren in dat gezin zeven kinderen; patiënt's moeder was de derde. Er was veel haat en nijd in het gezin. Het was hervormd; grootmoeder was kerks, grootvader ging echter nooit meer naar de kerk. Moeder is jong getrouwd, ze „moest” trouwen, evenals twee van haar drie zusters. De gehele familie was op een Sinterklaasfeest ongeveer in 1936 nog compleet, maar daarna is men niet meer bij elkaar geweest. Grootvader werkte nog in de oorlog terwijl grootmoeder een pensioen had van de gemeente.

Ouders. „In 1930 is mijn vader het huis uitgelopen toen ik negen maanden oud was. Ik heb hem dus nooit gekend. Mijn moeder is nu 51 jaar, dáár ben ik ontzettend op gesteld. Of het wederkerig ook zo is, dat is even moeilijk te zeggen. Moeder hield erg veel van me als er van me te houden viel, dat wil zeggen als ik haar geld kon geven of sturen. Ze zei dan: „Ik heb dit of dat nodig”, en dan stuurde ik haar geld, maar eigenlijk werd mijn broer altijd voorgetrokken. Ik zal niet zeggen dat ze niet goed voor me was, maar ze behandelde me altijd meer als klein kind dan als opgroeiend kind. Ik was 22 jaar toen ik voor het eerst begon te roken. Ze vond me toen nog veel te jong.”

Moeder had werkhuizen toen patiënt's vader het huis was uitgelopen. Ze is hertrouwd toen patiënt vijf jaar oud was. Over dat tweede huwelijk kan patiënt ook niet enthousiast zijn. „Er was veel ruzie, geen gelukkig gezinsleven, niet om nou te zeggen: een uniek huwelijk.” Hij zelf was erg aan zijn tweede vader gehecht, deze heeft patiënt leren lopen en praten. „Mijn broer kon hij nooit zetten.” Deze stiefvader sukkelde met een maagkwaal en was veel werkloos. In 1944, toen ik vijftien jaar was, is hij vlak voor de hongerwinter bij ons vandaan gegaan en later is hij overleden aan een zware venerische ziekte en een maagkwaal, in 1951.”

Broers en zusters. Patiënt heeft slechts één, twee jaar oudere broer. Zijn broer beschrijft patiënt als een onverschillig brok mens. Later, toen deze werkte, kwam hij vaak dronken thuis en kotste dan de boel onder en toch werd hij door moeder altijd voorgetrokken. Zijn broer werkte de laatste tijd als metaalarbeider bij een scheepswerf en heeft daar toevallig, bij het uitbetalen van het loon, zijn echte vader ontmoet; doordat ze dezelfde naam hadden kwamen ze er achter. Tevoren hadden ze elkaar als „maat” aangesproken. „Ik zie mijn broer nu praktisch nooit meer. In september 1955 is hij met een kwade kop het huis uitgelopen. Dat kwam zo, hij had zijn geld niet aan moeder afgegeven en zij vroeg er toen dringend om; hij gooide daarna een paar gulden op tafel en verdween. Een paar dagen later is hij zijn spullen komen halen en hij is nooit meer bij ons komen wonen.”

Jeugdsituatie. Op mijn vraag hiernaar zegt patiënt: „Ik zal beginnen bij het allereerste begin, voor mijn geboorte. Mijn oudste broer is op 4 januari 1927 geboren; een tweede broertje is op 21 augustus 1928 geboren, maar die heeft op oudejaarsdag 1928 een stuijp gekregen en is daar in gebleven, hij is op 4 januari 1929 begraven, op de verjaardag van de oudste. Ik werd nu geboren op 24 augustus 1929; kijk, dat is voor mijn moeder een ontzettende klap geweest, al die narigheid bij elkaar. Ik was een min poppetje en toen ik negen maanden oud was is mijn vader weggelopen. Nou veronderstel ik, dat ik daardoor niet het grondvoedsel heb gehad dat ik nodig had.”

Negen maanden oud kreeg patiënt mazelen en longontsteking en werd in het ziekenhuis opgenomen.

Anderhalf jaar oud weer longontsteking, bronchitis en kinkhoest. „Ik moest weer worden opgenomen en de auto moest zo langzaam rijden voor mij, dat hij er 2 1/2 uur over deed om van ons huis naar het ziekenhuis te rijden. Toch ben ik er nog bovenop gekomen.” Het gezin is vaak verhuisd, steeds in dezelfde achterbuurten, waar hij gewoond heeft tot juli 1957. Ze zijn zeker tien- of twaalfmaal verhuisd. Moeder had werkhuizen en kwam patiënt als zuigeling de borst geven in de kinderbewaarplaats waar ook het broertje was.

Patiënt liep en sprak op tijd. Hij heeft tot zijn vijftiende jaar in bed gewaterd. Daarvoor is hij zelfs bij een psychiater onder behandeling geweest. Zijn broer plaagde hem daar altijd mee. Het was een zwakte op de blaas; hij had op school toestemming om zonder meer naar de W.C. te gaan en hij moet er nu nog zeker driemaal per nacht uit.

Van zijn spelletjes weet hij zich weinig te herinneren; hij was veel alleen, speelde vaak op straat. Met zijn broer speelde hij weinig, die was altijd met vrienden op straat. Moeder was uit werken en patiënt moest vaak het huishouden waarnemen en de kamer doen. Daar had hij niet het land aan, maar hij had altijd de pé in als hij een kamer pas gedaan had en zijn broer kwam binnen met modder aan zijn schoenen. Patiënt had niet veel vriendjes op school maar kon met enkelen goed opschieten.

Onderwijs en beroep. Op de lagere school ging het goed, hij kon het goed met de onderwijzers vinden en kreeg loffelijk ontslag. De hoofdonderwijzer wilde hem dóór laten leren en hijzelf had graag dokter willen worden, maar moeder wimpelde dit af en ging met hem naar een banketbakker waar hij knecht zou worden; „U kan hem wel voor niets krijgen,” zei ze, maar de baas vond het beter dat hij wat verdiende. Hij deed het best bij zijn baas waar hij tot 1948 gebleven is (18e jaar), toen is hij in een hotel gaan werken. Intussen leefde moeder in concubinaat met een veertien jaar jongere man, die ongeveer f 25,— in de week gaf als kostganger, maar zich gedroeg als heer des huizes, en geld vroeg aan hem en zijn broer. „Mijn broer gaf hem lik op stuk,” maar patiënt kon er niet tegenop en besloot toen maar om te gaan varen als koksmaat in 1950. Het varen beviel heel goed, maar hij vond er toch ook bezwaren aan verbonden; zij kregen bijvoorbeeld ondeugdelijke grondstoffen voor de keuken mee of de hofmeesters waren te zuinig met de rantsoenen. Soms verkochten de hofmeesters scheepsproviand aan de wal en de schepelingen gingen dan tegen de koks tekeer als ze niet genoeg te eten kregen. Soms werd hij uitgescholden als het eten te koud was, maar dat kwam dan, omdat de matrozen te laat waren voor het eten. Hij trok zich dat alles teveel aan en is ook altijd gauw in tranen, ook als hij bijvoorbeeld een dramatisch boek leest.

In oktober 1954 kreeg hij last van zijn maag, hij is toen in november in elkaar gezakt, werd toen drie weken in de ziekenboeg gelegd en bij thuiskomst is hij door zijn huisarts naar een internist verwezen.

Deze vond slechts „zenuwen op de maag”. In februari 1955 is hij weer gaan varen. Op die reis was toen een dokter aan boord, een chirurg, die hem eenmaal ontmoette in het kombuis en meteen vroeg: „Hoe lang ben jij al ziek?” „Ik had toen geen klachten en zei, dat ook de internist niets had gevonden maar de dokter zei: „Ze zijn mesjokke, jij hebt de ziekte van Basedow, want je ogen puilen uit.” Bij thuiskomst heb ik diezelfde internist weer bezocht, die kon weer niets vinden, noch de huisarts. Toen heb ik via een andere huisarts een verwijskaart gevraagd voor de chirurg, die mij aan boord had gezien, die heeft mij toen meteen opgenomen en geopereerd aan de schildklier (juli 1955). Daarna heb ik toch nog weer enkele reizen gemaakt, maar na juni 1956 kwam ik weer thuis, want ik wilde niet meer varen. Ik kon toen in het hotel- en restaurantbedrijf niet meer aan de slag komen.”

Patiënt heeft op wel zeventig advertenties geschreven. Hij heeft nog wel veertien dagen in een eet-tentje gewerkt, maar werd daar door de baas beduvelde met zijn loon en is toen weggegaan. Hij is toen in een wasserij gaan werken en daar werkt hij nu nog. Het werk bevalt hem niet. „Ik ben daar ingedeeld bij de afdeling vuil goed, dat is ontzettend smerig, ondergoed en zo, dat staat me tegen.” Ook heeft hij grote moeite om zware manden van 20 kg van de grond te tillen. Hij staat daar bij twee vrouwen te werken, die wil hij niet vragen om te helpen. Eentonig vindt hij het niet. Met de bedrijfsleider kan hij het niet erg goed vinden; hij vindt dat deze geen verstand heeft van zijn werk maar het is een familierelatie van de directeur.

Toen hij van één van zijn laatste reizen terugkwam, in januari 1956, vertelde zijn moeder dat ze had geschreven op een advertentie van iemand buiten de stad, die een huishoudster zocht en dat die man haar wel wilde hebben. Hij is toen ook eens meegegaan naar die plaats en die man stond hem wel aan. Toen hij van de volgende reis terugkwam, was ma ondertussen daarheen vertrokken en in juni 1956 zijn zij getrouwd; ma heeft toen geleidelijk aan alle meubels daarheen meegenomen, zodat patiënt op een lege kamer kwam te zitten. Met de buurvrouw van twee hoog kon hij goed opschieten en toen haar schoonzuster ging trouwen is dat jong gehuwde stel bij hem ingetrokken. Patiënt is toen uit gaan zien naar een andere woning en eind juni 1957 is hij op zijn tegenwoordige adres in mijn wijk komen wonen. Toen hij daar een week zat kwamen pa en ma op bezoek. „Pa was heel geschikt; hij zei: „Ik gun je je vrijheid maar je kunt bij me komen wonen als je dat wilt.” Ma pakte een pulletje op dat ze mooi vond en stak het in haar tas. Ze schrijft ook wel eens aan mij; laatst ook weer, ik vond het een rare brief hoor, net een brief die een vrouw schrijft aan haar minnaar, maar ze vroeg daarin tegelijk ook om wat geld te sturen.”

Psychosexuele ontwikkeling. Sexuele voorlichting kreeg patiënt van vriendjes en van zijn broer. Geonaneerd heeft hij niet, ook nu niet, het komt wel

vaak vanzelf. Hij heeft voor het eerst gecohabiteerd met een buurmeisje op zijn zeventiende jaar. Ze speelde vaak bij hem thuis en dan werd er nogal gestoeid en tenslotte gevrejen. Dat heeft zich nog enige malen herhaald maar veel gaf hij niet om haar. In 1950 heeft hij een meisje gehad waar hij nogal op was gesteld. Ze was er tegen dat hij bij de koopvaardij ging. Hij is toen aan de wal gaan werken bij banketbakkers. Hij had vrij geregeld sexueel contact met haar. Patiënt heeft het na twee jaar afge maakt, omdat zij er op een keer een eind aan wilde maken. Er was eigenlijk niets gebeurd van onaan-gename aard tussen hen. Hij heeft er geen scène over gemaakt, maar getracht het door hard werken te vergeten. Hij vermoedt dat zijn moeder haar niet al te erg mocht, waarom weet hij niet. Ze was erg onvriendelijk tegen het meisje. Verder heeft hij nog een tijdje verkering gehad in Hamburg, maar dat stelde niet veel voor. In het buitenland is hij wel naar prostituees geweest; met de jongens mee en zo. „Ik ben dan vies van mezelf na afloop.” Hij heeft niet veel behoefte aan een vrouw. Sexuele dromen heeft hij wel eens, altijd met meisjes, nooit met mannen. Ook valdromen, hij wordt dan met een schok wakker en heeft barstende hoofdpijn. Homosexuele neigingen wijst hij af; aan boord werd hij wel eens door anderen benaderd, maar daar is hij nooit op ingegaan.

Nu is hij in het gezin van zijn kostjuffrouw opgenomen; dat is een gescheiden vrouw van 48 jaar, die nog twee jongens van vijftien en twintig jaar en een meisje van tien jaar heeft. De moeder werkt bij dezelfde wasserij als patiënt en bood hem een kamertje aan. „Ze vervangt mijn moeder, behalve met kousen stoppen, dat kan ik beter zelf; ik ben erg precies.”

Sociale en culturele activiteiten en religie. Patiënt leest graag, vooral doktersromans; ook houdt hij van knutselen, dat doet hij als er iets stuk is. Hij schildert, kan zeil leggen en elektra repareren. Tot sport heeft hij zich nooit aangetrokken gevoeld; hij heeft als kind zwemles gehad, maar kreeg een oorontsteking en toen mocht hij niet meer. Van zijn moeder mocht hij niet op het ijs. In zijn jeugd ging hij zondags met zijn tweede vader vaak wat wandelen en bijvoorbeeld een haring of een ijsje kopen. Later in de oorlog deed hij dat alleen. Hij was veel alleen, pas toen moeder naar elders vertrok is hij het zich bewust geworden dat hij zo'n zielepoot was, die maar alleen was. Dieren trekken hem aan, hij zou graag een hond hebben. Hij kan kwade honden zó stil krijgen.

Moeder stond er altijd op, dat ze zondags naar de zondagsschool gingen. Patiënt heeft belijdenis afgelegd en gaat sporadisch naar de kerk. Hij vindt dat goede mensen schaars te vinden zijn en dat ze altijd proberen elkaar te beduvelen. Voor de oorlog was dat trouwens minder het geval; toen hadden de mensen nog wel eens wat voor elkaar over. Zelf zou hij wel het goede voorbeeld willen geven. Aan boord was hij vertrouwensman van een vakbond.

Deze gegevens werden in vier wekelijkse gesprekken van ongeveer een uur verkregen. Geleidelijk aan begon patiënt wat minder terughoudend te worden. Hij vond zelf dat het hem wel goed deed zo over zichzelf te praten. Hij kwam altijd stipt op tijd. De stress-situatie leek mij vooral op twee punten te liggen:

- 1 Het eenzaam achterblijven in de stad op zijn oude kamer, die steeds meer werd leeggehaald door zijn moeder en tenslotte min of meer ingepikt werd door het jonggetrouwde stel. Daarbij opnieuw de ontrouw van zijn moeder, die zich nu niet alleen een nieuwe man had aangeschaft, maar hem ook nog alleen achterliet. De crisis schijnt wel te zijn geweest de verhuizing naar mijn wijk, waarbij hij dus als het ware met zijn oude kamer ook de laatste banden met zijn ouderlijk huis doorsneed.
- 2 De werksituatie, waarbij hij voor hem zozeer onaangenaam werk moest verrichten en dat tussen vrouwen, terwijl hij zich niet in staat voelde zijn eigen taak te verrichten. Bovendien was zijn vakbekwaamheid als kok-banketbakker hier volkomen nutteloos.

Wat de eerste situatie betreft meende ik dat zich daar mogelijk vanzelf een oplossing zou voordoen als patiënt in het nieuwe pleeggezin wat beter ingeburgerd raakte. Aan de tweede moeilijkheid was mijns inziens wel wat te doen. Via het arbeidsbureau kreeg ik gedaan, dat patiënt een betrekking kon krijgen als kok in een restaurant. Daar beviel het hem direct uitstekend en hij vond het een grote verbetering. De vraag was, wat hier verder nog kon worden gedaan.

Discussie. De levensgeschiedenis van deze jongeman zal menigeen treffen. Er zijn geen grote dramatische gebeurtenissen, maar het is alles triest en vreugdeloos en vol eenzaamheid. Wie zich verdiept in de levensgeschiedenissen van patiënten met lichamelijke ziekten, valt het steeds weer op, hoevelen van hen ernstige levensmoeilijkheden hebben. Herhaaldelijk blijkt de psychische problematiek minstens zo belangrijk als de somatische aandoening. Met name is dit het geval bij patiënten die véél ziekten hebben doorgemaakt. Wanneer de lichamelijke gezondheid labiel is, blijken er in vele gevallen belangrijke psychische moeilijkheden te bestaan, en terwijl de lichamelijke klachten gewoonlijk wel de noodzakelijke zorg krijgen, kan dit van de psychologische problemen maar zelden worden gezegd. Dit kan niet alleen een gevolg zijn van tijdgebrek, daar deze frequent zieke patiënten de arts alles tezamen zoveel uren kosten, dat hij zich in vrijwel dezelfde tijd ook in hun verdere problemen zou kunnen verdiepen.

Dat dit op twee wijzen nuttig kan zijn, blijkt ook bij deze patiënt. Voor deze is het belangrijk, dat hij met zijn arts over zijn moeilijkheden kan spreken en bij de medicus kan een beter begrip voor zijn patiënt ontstaan, waardoor bijvoorbeeld de geïrri-

teerdheid („Wat moet ik nu met die man?!”) over kan gaan in vernieuwde belangstelling en aandacht.

Wanneer wij deze ziektegeschiedenis nu enigszins systematisch bespreken, kan in de eerste plaats worden opgemerkt dat de somatische diagnose niet met zekerheid is gesteld. Achteraf zouden wij graag nog wat nadere gegevens hebben gehad. Toch is het juist daardoor een geval, zoals de huisarts zo vaak moet hanteren, waarbij dan de kliniek in vele gevallen ook geen uitsluitsel kan geven.

Ten aanzien van het gesprek valt ons op, dat het aanvankelijk nogal stroef verloopt. Men kan zich afvragen of de introductie tot het gesprek optimaal is geweest. Het is belangrijk, dat de patiënt op zijn gemak wordt gesteld, begrijpt wat de bedoeling van het gesprek is en aanvoelt, dat de arts hem geen geheimen wil ontfutselen of hem ter verantwoording wil roepen, maar belang stelt in méér dan uitsluitend lichamelijke klachten. Het wat moeilijke begin kan echter ook het gevolg zijn van de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt, waarover de „eerste indruk” ons iets meer vertelt. Een dergelijke beschrijving van de eerste indruk, is voor een huisarts, die de patiënt reeds langer kent, niet eenvoudig. Toch is het ook dán waardevol zich af te vragen, welke indruk de onderzochte zou maken op iemand die hem voor het eerst zou ontmoeten, omdat daarmee soms in enkele woorden iets gezegd wordt over stemming, houding, motoriek, levensopvatting, genezingswens en het gedrag in het contact met een autoriteitsfiguur.

Deze jongeman wordt ons beschreven als „vriendelijk” en „precies bij het opgeven van data”. Hij doet blijkbaar zijn best om een goede indruk te maken en ondanks zijn bezwaren tegen het onderzoek, is hij gedienschtig, zoals hij zijn hele leven een toonbeeld van dienstbaarheid is geweest. In feite voelt hij zich niet op zijn gemak, is terughoudend en voorzichtig. Hij vertrouwt het niet helemaal en wordt pas later iets vrijer. De situatie is voor hem ook wel erg vreemd; hij is immers niet gewend met iemand vertrouwelijk om te gaan. Voor de arts kan het moeilijk zijn een dergelijk gebrek aan vertrouwen te accepteren. Hij is geneigd de reacties van de patiënt direct op zichzelf te betrekken, indien hij zich niet realiseert hoe deze door de levensloop van de patiënt kunnen zijn bepaald.

Dat de jongeman afhankelijk en onvolgroeid blijkt te zijn, is bij de hier beschreven jeugdsituatie niet verwonderlijk. „Hij ziet er keurig netjes en verzorgd uit en beweegt zich heel precies en omzichtig.” Dat heeft hij nodig, want daaraan ontleent hij nog enige zekerheid in de vijandige buitenwereld. Hij zorgt dat er tenminste niets op hem is aan te merken. Ondanks zijn onvolwassenheid heeft het leven hem wel geleerd hoe hij voor zichzelf moet zorgen. Zelfs het sokken stoppen laat hij niet aan zijn kostjufvrouw over! Deze zorg voor kleding, netheid en reinheid, doen enigszins vrouwelijk aan, zoals er ook iets vrouwelijks is in het werk bij moeder thuis en in de diverse beroepen. Als kind heeft hij meer

gelegenheid gehad om zich met de vrouw te identificeren dan met de man. Overigens schijnt dit niet te hebben geleid tot duidelijk homo-erotische neigingen.

Er bestaat niet alleen een sterke afkeer van „vuilheid”, maar ook van ruwheid en emotionele uitbarstingen zoals zijn broer die vertoonde. Bij patiënten met zogenaamde psychosomatische aandoeningen is deze afkeer van ongeremd gedrag een veel voorkomend verschijnsel, resulterend in een onderdrukking van eigen emotionele uitingen.

Van de ouders heeft hij vader nooit gekend; het is druk, maar de verdere anamnese vraagt ook onze aandacht. Van de familie worden eerst de grootouders beschreven. Men vraagt zich weleens af waarom de biografische anamnese zover terug gaat. De wijze waarop de grootouders worden beschreven zegt echter vaak iets over de patiënt zelf, terwijl het tevens een indruk geeft over zijn sociale milieu en de in zijn familie geldende normen.

Bovendien kunnen — bij moeilijkheden thuis — de grootouders een belangrijk substituut voor de ouders zijn. Dit laatste is hier niet het geval. Voor zover patiënt zijn grootouders heeft gekend, vond hij bij hen al even weinig liefde als thuis. Het „grote gezin” en „de kerk” waren daar verbonden met „haat en nijd”, waardoor hij geen behoefte zal hebben gekregen compensatie voor zijn liefdetekort te zoeken in deze of andere vormen van sociaal contact.

Er zou nog meer te zeggen zijn over de eerste ineen vreemde, die toevallig dezelfde naam draagt, zoals zijn broer op de werf ontdekte. Vader hoort er niet bij. Moeder moest trouwen; vader niet? „Vader is het huis uitgelopen toen ik negen maanden was.” Heeft patiënt niet het gevoel dat dit dóór hem of óm hem was? In elk geval zit hij vol schuldgevoel over zijn komst in het gezin: „Toen werd ik geboren, kijk dat is voor mijn moeder een ontzettende klap geweest, al die narigheid bij elkaar.” Ook verder krijgt men de indruk, dat hij steeds excuus maakt voor zijn aanwezigheid. Hij vindt het blijkbaar vanzelfsprekend dat zijn moeder later zegt: „U kunt hem wel voor niets krijgen.” Boos is hij daarover niet, hij toont zelfs nauwelijks teleurstelling. Hij verdient immers niet beter? „Moeder hield veel van me, als er wat van me te houden viel!” Steeds heeft hij zijn best gedaan zijn aanwezigheid goed te maken, door een gediensstige en verdienende zoon te zijn. Toch is het hem niet gelukt daarmee moeders liefde te winnen. Zij legde hem wel aan banden en hield hem klein: hij moest thuis blijven om het huishouden te verzorgen, mocht niet zwemmen en niet op het ijs; zij had bezwaren tegen zijn roken en tegen zijn meisje, enzovoort.

Het is de vraag, of de frequente ziekten in zijn jeugd, die hij zelf toeschrijft aan een tekort aan „grondvoedsel”, niet meer zijn beïnvloed door de affectieve verwaarlozing. De enuresis tot het vijftiende jaar zal wel samenhangen met de ambivalentie ten opzichte van de moeder. Heel voorzichtig komt iets van zijn agressie te voorschijn bij de be-

schrijving van het tweede huwelijk: „Niet om nou te zeggen een uniek huwelijk.”

Vanzelfsprekend is hij jaloers op anderen, die wel bij moeder in de gunst komen en hem verdringen. Dat is in de eerste plaats zijn broer, die altijd werd voortgetrokken en toch geen goede zoon was; hij gaf geen geld en hij maakte thuis de boel vuil als patiënt het had schoongemaakt — deze situatie herhaalt zich later op de boot; hij wordt uitgescholden, maar het lag aan de anderen. Hoewel moeder zich soms als zijn minnares gedraagt, wordt patiënt verdrongen door de jonge (!) man met wie moeder in concubinaat leeft. Weer iemand die weinig geld geeft en toch de voornaamste plaats in huis inneemt. Daarop geeft patiënt het op en trekt naar zee.

Het tekort aan liefde en belangstelling wordt enigermate goedge maakt door zijn tweede vader, die aandacht voor hem heeft, maar zijn broer niet kan zetten. Patiënt idealiseert deze relatie waarschijnlijk wel, want deze tweede vader zou hem (na zijn vijfde jaar!) lopen en praten hebben geleerd, terwijl hij elders vertelt, dat hij op de normale leeftijd liep en sprak. Herhaaldelijk toont hij zijn verlangen naar een vader. De laatste vriend van moeder noemt hij direct „pa” en als aan boord een chirurg aandacht aan hem schenkt, volgt hij diens raad tegen andere adviezen in. Zijn wens om dokter te worden kan een gevolg zijn van de ziekenhuisopnamen en zijn identificatie met de vaderfiguren, die hij in de doktoren vond.

In zijn werk wordt hij bij herhaling teleurgesteld in de vaderfiguren, zoals de hofmeesters aan boord (in deze periode krijgt hij maagklachten), de baas van het eettentje en nu de bedrijfsleider in de wasserij. In deze tegenwoordige werksituatie wordt hij tevens bedild door oudere vrouwen, zoals vroeger door zijn moeder, wat hij slecht kan verdragen.

Steeds weer voelt hij zich in de steek gelaten: door zijn moeder, zijn broer, de diverse vaders en ook door zijn meisje, hoewel hij haar zin heeft gedaan door aan de wal te gaan werken. Merkwaardig is zijn beschrijving van het verbreken van de relatie met haar. Hij vertelt dat hij het heeft afgemaakt en geeft zich daarmee het air van de zelfstandig beslissende, volwassen man. Wanneer wij echter lezen dat zijn moeder haar niet mocht en dat het meisje het af wilde maken, vermoeden wij dat het meer een vrouwelijke beslissing is geweest!

In zijn eenzaamheid zoekt hij het gezelschap van dieren, zoals dat ook bij kinderen zo dikwijls voorkomt. Dieren accepteren zijn liefde. „Hij kan een kwade hond zó stil krijgen.”

Vóór en tijdens zijn laatste ziekte blijkt er een cumulatie te zijn geweest van moeilijkheden, zoals al werd vermeld: „Ma” laat hem alleen en haalt het huis leeg. Vervolgens stelt hij zijn huis open voor de familie van de buurvrouw, maar dit echtpaar verdrijft hem uit zijn eigen woning. Als hij probeert zich een nieuw tehuis te scheppen, begint zijn moeder ook daar zijn bezit weg te halen en zij vraagt hem weer om geld, hoewel zij nu door een ander

wordt verzorgd. Inmiddels moet hij werk doen dat hem tegenstaat, in een omgeving waar hij zich weer de kleine jongen voelt en met een bedrijfsleider, die hij niet mag. Hij is eenzaam, ongelukkig en boos, dit laatste vooral op zijn moeder. Maar uitingen van agressie zijn hem vreemd, zowel de directe uiting in emotionele uitbarstingen of scherpe woorden als de indirecte vormen in het praten met anderen of bijvoorbeeld in de sport. Het gevolg is de gespannen-depressieve stemming, die ons bij de eerste indruk wordt beschreven.

In hoeverre deze situatie van invloed is geweest op zijn gezondheidstoestand en langs welke wegen een dergelijke beïnvloeding zou kunnen plaats vinden, zullen wij hier in het midden laten. Vele onderzoeken wijzen echter op de mogelijkheid van een zodanige relatie en het is daarom van belang, na te gaan welke mogelijkheden hier zijn om een verbetering te brengen in de psychische problematiek.

Wij hebben van de huisarts twee opmerkingen hierover gehoord. In de eerste plaats meende hij, dat het voor de patiënt gunstig zou zijn wanneer hij meer ingeburgerd zou raken in het pleeggezin. In de tweede plaats achtte hij een verandering in de werksituatie noodzakelijk en via het arbeidsbureau bracht hij deze tot stand. Verdere mogelijkheden voor behandeling zag hij indertijd eigenlijk niet, terwijl hij toch het gevoel had, dat er iets moest worden gedaan. Daarbij was hij zich — bescheidenlijk — niet bewust van wat hij al had gedaan.

Zoals zovele artsen, heeft hij geen oog gehad voor de rol, welke hij zelf eventueel in de therapie speelt. Wat is er gebeurd? Deze jongeman, die waarschijnlijk nog nooit over zijn moeilijkheden heeft kunnen praten, vindt hier een bewonderde vaderfiguur (hij leest liefst doktersromans!), die hem niet in de steek laat, tegen wie hij alles mag vertellen, die dan geen kritiek op hem heeft en hem niet waardeloos vindt, maar hem een betere baan waard acht en hem daarbij helpt. Het opnemen van de biografische anamnese betekende voor hem een katharsis en bovendien het vinden van een belangstellende vaderfiguur. Het is belangrijk, dat de arts zich dit bewust is, om de situatie op de juiste wijze te kunnen hanteren. Aan de ene kant moet hij er voor waken dat de binding niet te sterk wordt, wat hier misschien niet zo moeilijk is, omdat de patiënt in dit opzicht zó weinig gewend is, dat hij al met weinig tevreden zal zijn. Aan de andere kant mag men deze man niet de frustratie aandoen dat hij wéér in de steek wordt gelaten. Daarom moet de tijd, die voor hem beschikbaar is, zó voorzichtig worden gedoseerd, dat de arts het later niet als een belasting gaat voelen en dan plotseling geen aandacht meer voor hem heeft.

Een werkelijke psychotherapie leek bij deze moeilijke jeugdsituatie en gezien het sociale en intellectuele niveau van de jongeman, niet geïndiceerd. Bij de bespreking in de groep werd indertijd dan ook besloten, dat de arts niet anders zou doen dan hem, wanneer hij dit wenste, bijvoorbeeld eenmaal per maand ontvangen voor een kort gesprek.

Mogen wij nu horen hoe het verder met hem is gegaan?

Huisarts: De patiënt was dus aangenomen als kok in een restaurant. Dit werk heeft hij steeds volledig kunnen doen. De klachten zijn geleidelijk afgenomen en hij ging zich steeds beter voelen. In januari 1958 klaagde hij over pollakisurie. De urine vertoonde geen afwijkingen en na geruststelling heeft hij er nooit meer over geklaagd. In april 1958 had patiënt een hardnekkige rhinitis. De keel-, neus- en oorarts deed een resectie van het septum nasi en deze kwaal bleek daarna ook verholpen. In september 1958 klaagde hij over anorexie en slecht slapen; ik gaf hem daarvoor geen therapie. Patiënt, die eigenlijk alleen naar aanleiding van deze lichamelijke klachten bij mij kwam, heb ik daarna niet meer op het spreekuur gezien. Naar aanleiding van deze voordracht heb ik hem nu (april 1960) nog eens opgeroepen. Hij kwam stralend bij mij binnen, voelde zich prima in orde en vertelde opgetogen dat hij had aangetekend. Binnen veertien dagen zou hij in het huwelijk treden met zijn kostjuffrouw!

Slotdiscussie. Tot ons aller verbazing volgt hier plotseling een „happy-ending”, zoals die in een moderne film nauwelijks gepast zou worden geacht. Voor de goede orde moet worden vermeld, dat de afloop onbekend was, toen besloten werd deze patiënt te bespreken!

Dit huwelijk is een merkwaardige zaak: Patiënt is nu 31 jaar, zijn kostjuffrouw is 50 jaar en heeft drie kinderen, waaronder twee zoons, die ongeveer 17 en 22 jaar zijn. Toen patiënt 20 jaar was en zijn broer 22, leefde moeder in concubinaat met een 14 jaar jongere man, die dus omstreeks 30 jaar oud was, en hem uit huis verdreef. Zelden ziet men treffender voorbeeld van iemand die „met zijn moeder trouwt” en de (stief)vader vervangt. In feite zal hij niet zozeer gezinshoofd zijn dan wel kind met de kinderen, maar onder hen dan degeen die de ereplaats inneemt.

Mogen wij tevreden zijn over het resultaat? Kunnen wij van een resultaat spreken? Er is waarschijnlijk niets veranderd in zijn neurotische structuur, maar hij heeft een voor hem aanvaardbare oplossing gevonden in het kader van deze persoonlijkheidsstructuur. Wat de gesprekken met de arts voor hem hebben betekend, is moeilijk te zeggen, al is het juist voor hem in zijn situatie niet onbelangrijk geweest. Op een moment dat hij was vastgelopen hebben de gesprekken en de hulp van de arts hem de moed gegeven voor een nieuwe start. Kan men dat psychotherapie noemen? Dat zal er van afhangen hoe men psychotherapie definieert. Het ingrijpen in het sociale vlak, door bemiddeling bij de werkverandering, is in strijd met alle regelen van de psychotherapie; maar het is hier bijzonder effectief geweest.

Kan men wel van therapie spreken? Er is immers niets fundamenteel veranderd in de patiënt? Inderdaad; maar er bestaat causale en symptomatische

therapie, en die symptomatische hulp noemt men ook therapie. Met name het werk van de huisarts is grotendeels symptomatische therapie; hij helpt zijn patiënten, met hun aangeboren of verkregen afwijkingen, een zo normaal mogelijk leven te leiden met zo min mogelijk klachten. Als hij er voldoende in vindt, zijn diabetes- en hartpatiënten in een optimale toestand te houden, zou het dan niet de moeite waard zijn, zijn neurotische patiënten voor decompensatie te behoeden? Zolang er geen mogelijkheden zijn voor een genezing van al deze patiënten met psychische moeilijkheden, zal dit zelfs een belangrijk deel van zijn taak zijn.

Zal deze hulp niet een bijzonder tijdrovende zaak worden? „Als je er eenmaal aan begint, kom je van zo'n patiënt nooit meer af”, wordt nogal eens opgemerkt. Wij hebben hier een voorbeeld, misschien een te gunstig voorbeeld, waarbij de gesprekken in totaal vier uur hebben geduurd. Het is de vraag of dit niet minder is dan de tijd en zorg, die aan deze man hadden moeten worden besteed, wanneer er niet met hem was gesproken. En in plaats dat de patiënt de huisarts daarna niet meer losliet, kon hij nu weer alleen verder, zodat de medicus zich op zeker moment zelfs afvroeg of de jongeman nog wel bij hem stond ingeschreven!

Nog een enkele opmerking over de techniek van de gesprekken die hier zijn gevoerd. U ziet dat er een tussenweg is bewandeld tussen het vrijuit vertellen door de patiënt en het gerichte vraaggesprek. Daarbij moet het vrij spreken overwegen. Het is echter nuttig, dat de arts leiding geeft aan het gesprek en vragen stelt op grond van een standaard-anamnese.

Daardoor voorkomt hij, dat bepaalde delen van het levensgebied van de patiënt onbesproken blijven, hetzij door onachtzaamheid, hetzij door weerstanden van de patiënt of zijn eigen „blinde vlekken”. Bij de gesprekken moet hij de belangstellende toehoorder zijn, die zich tracht in te leven in de situatie en de gevoelens van de patiënt. Het komt daarom ook minder aan op de objectieve juistheid bij het weergeven van de gebeurtenissen, dan wel op de wijze, waarop de patiënt deze heeft beleefd.

De arts moet niet de rol van officier van justitie spelen, al kan enige speurzin nuttig zijn om tegenstrijdigheden in de mededelingen waar te nemen en op grond daarvan de patiënt in zijn eigen belang er toe te brengen, ook te spreken over datgene, wat hij tracht te verbergen; maar ook hierbij mag men de patiënt niet dwingen, iets mee te delen, dat hij met zijn arts niet wilde bespreken.

In hoeverre het verkregen materiaal moet worden gebruikt om de patiënt „inzicht” te geven in zijn problematiek en hier en daar iets te „duiden”, zal van de mogelijkheden van de patiënt, maar vooral ook van die van de arts afhangen. Nodig is het lang niet altijd, dikwijls is het ook minder gewenst, met de hier beschreven patiënt is in dit opzicht niets besproken.

Is dit alles nu moeilijk? Dat hangt voor een belangrijk deel van aanleg, opleiding en ervaring van de arts af. Het zijn echter juist huisartsen, die deze functie van belangstellende toehoorder wel ligt. Een voorbeeld? U hebt zojuist het verslag gelezen van de eerste patiënt, die deze huisarts op deze wijze heeft behandeld!

REFERATEN

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

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELEN DOCUMENTATIE

60—026 Psychosomatik. Der Standpunkt und die Fragen des Praktikers. Hegglin, R. (1960) *Schweiz. med. Wschr.* 90, 169.

De nog steeds levende opvatting dat ziekten bijna uitsluitend door erfelijke factoren worden bepaald, heeft lange tijd het denken van de arts beheerst. Dat er factoren van buitenaf medebepalend kunnen zijn bij het ontstaan van ziekten werd ook vroeger reeds erkend. Dat ziekten ook door psychische oorzaken kunnen ontstaan, hebben de artsen in alle tijden wel vermoed, maar pas in de jongste tijd is dit vermoeden meer wetenschappelijk gefundeerd. Tegelijkertijd zag een stroom van publikaties, die nauwelijks meer is te overzien, op dit gebied het licht. Desondanks bekruipt de medicus practicus een gevoel van onzekerheid en twijfel, ten eerste, omdat in vele psychosomatische studies een taal wordt gebruikt, die iemand die op dit gebied niet geschoold is nauwelijks begrijpt, hetzij door gebrek aan filosofische ondergrond, hetzij door de ongewone terminologie. In de tweede plaats is de gebruikte methodiek verschillend van de natuurwetenschappelijke methodiek, waardoor de beoordeling moeilijker wordt. En in de derde plaats vertegenwoordigen de verschillende scholen verschillende zienswijzen, waardoor een overzicht ook alweer moeilijker wordt en meer de indruk wordt gewekt dat geloof in een bepaalde methode belangrijker is dan het beheersen van die methode.

Er wordt nu gepoogd in begrijpelijke taal een overzicht te geven van de huidige stand van zaken op dit gebied, waarbij de volgende concrete vragen worden gesteld. Ten eerste, welke ziekten in de menselijke pathologie, worden voornamelijk of uitsluitend door psychische factoren veroorzaakt? Ten tweede, welke psychische factoren komen in aanmerking om dergelijke ziekten te veroorzaken? Zijn het onbewuste complexen uit de vroege jeugd of zijn het actuele situatieconflicten respectievelijk belevenissen van de oudere mens in zijn veelvuldige betrekkingen met zijn omgeving, die hij niet de baas kan? De vraagstelling die in deze vorm wellicht te eenvoudig is, werpt meteen de vraag op of zulke ziekten psychoanalytisch dan wel met eenvoudige psychotherapeutische maatregelen moeten worden behandeld. Ten derde, wat zijn de therapeutische resultaten met de verschillende methoden? Dat een medicus practicus naar resultaten vraagt is begrijpelijk. Toen men in 1938 de pneumonieën met sulfonamiden begon te behandelen was men onder de indruk van de frapante werking in een bepaald geval en van de nieuwe therapie overtuigd. Maar in de volgende jaren moest het genezingspercentage door de resultaten aan een groot aantal gevallen nagegaan en statistisch worden bewerkt om een duidelijk beeld van de waarde van deze nieuwe therapie te krijgen.

Ofschoon de verhoudingen bij de problemen van de psychosomatiek wel gecompliceerder zijn, is de schrijver ervan over-