

Criminele vergiftiging door organische fosforverbindingen (onder andere parathion) wordt als regel bewerkstelligd door toediening per os; daardoor is snelle resorptie van betrekkelijk grote hoeveelheden mogelijk (de letale dosis zou bij ongeveer 200 mg. liggen) waardoor de vergiftiging snel letaal kan verlopen, in tegenstelling tot accidentele vergiftiging, zoals bij het sproeien van Parathion als insecticide, waarbij vergiftiging kan ontstaan ten gevolge van resorptie van op de huid gespatte druppels. In zulke gevallen kunnen wel acht tot tien uren verlopen voordat zich verschijnselen voordoen.

Na inneming per os van organische fosforverbindingen kan de dood zeer snel, van enkele ogenblikken tot binnen het uur, intreden. Als verschijnselen bij criminele vergiftiging zijn bekend geworden: misselijkheid, braakneiging, buikkrampen, zweten, speekselvloed, benauwdheid, cyanose, een drukkend bandgevoel om de borstkas, fibrillaire contracties, ataxie en coma; de pupillen kunnen sterk vernauwd zijn. Ook bij deze, als regel snel dodelijk verlopende vergiftiging zal de huisarts de patiënt veelal niet tijdig meer bereiken.

Bij parathionvergiftiging kan bepaling van het choline-esterasegehalte van het bloed, ook post mortem, van belang zijn. Indien de huisarts geen nadere informatie omtrent het gebeurde kan verkrijgen, kan hij geen oorzaak voor de dood vaststellen. Heeft het geval zich afgespeeld in een milieu dat hij kent en vertrouwt, dan zal hij overtuigd raken van de natuurlijkheid van het weliswaar onverwachte overlijden. Zijn de omstandigheden enigszins vreemd of niet geheel geruststellend, dan is te

verwachten dat hij geen verklaring van overlijden zal afgeven.

Het is duidelijk dat bij het pogen tot het vormen van een oordeel over de doodsoorzaak ook niet-medische factoren in het geding kunnen worden gebracht. Alhoewel, zoals eerder is opgemerkt, het opsporen en ophelderen van misdrijven tot de taak van justitie en politie behoort, sluit dit niet uit dat de huisarts bij tijd en wijle aan de mogelijkheid van misdrijf zal kunnen, mogen en moeten denken. Dit wordt zelfs officieel verondersteld: een van de vragen op het (geheime) gele formulier voor het Centraal Bureau voor de Statistiek is of er zelfmoord, doodslag of ongeval in het spel is geweest.

Wanneer de gedachte aan misdrijf heeft post gevat, zal geen verklaring kunnen worden afgegeven. Vele artsen vinden dit „onaangenaam” tegenover de nabestaanden uit overweging, dat zij daardoor — en misschien geheel ten onrechte — als het ware een motie van wantrouwen zouden indienen. Uiteraard treft de arts geen blaam; hij doet hetgeen de wet voorschrijft; het is mogelijk dat de publieke voorlichting op dit punt onvoldoende is geweest.

Aan het einde van dit artikel moge worden opgemerkt dat allerminst is gestreefd naar volledigheid. Er zijn slechts enkele voorbeelden van criminele vergiftiging aangestipt; verdere bijzonderheden kan men in de literatuur vinden. De enige gedachte, welke aan dit artikel ten grondslag heeft gelegen, is het vestigen van de aandacht op de mogelijkheid dat men te allen tijde en vaak geheel onverwacht met een geval van criminele vergiftiging kan worden geconfronteerd.

## *Enige psychosociale aspecten bij de behandeling van ziekten van het bewegingsapparaat*

DOOR E. VAN WESTREENEN, HUISARTS TE ROTTERDAM

Wanneer wij van tijd tot tijd met de zo nodige zelfkritiek de resultaten van ons werk beschouwen, zal iedere huisarts het met mij eens zijn, indien ik daarbij stel, dat wij er niet altijd in slagen op voor arts en patiënt beiden bevredigende wijze tot een succesvolle behandeling te komen. Ik zeg met opzet voor arts en patiënt beiden, omdat na een therapeutisch succes tenslotte bij beide deelnemers aan dit bijzondere intermenselijke contact, dat de ontmoeting tussen arts en patiënt is, een dankbaar gevoel aanwezig mag worden verondersteld. Het feit, dat de patiënt tevreden is als zijn klachten zijn verdwenen, is een gegeven, dat voor zichzelf spreekt en geen verdere toelichting nodig heeft. Een nadere beschouwing over de gevoelens, welke de arts koestert tijdens en na de behandeling van de kwaal,

waarmee de patiënt zich tot hem heeft gewend, is naar mijn mening wel op haar plaats.

Er zijn wat dit betreft zeker hoogtepunten in het bestaan van de huisarts aan te wijzen: het vaststellen van een pernicieuze anemie, het bijtijds onderkennen van een rectumcarcinoom door een simpel rectaaltoucher, ja zelfs het uitspuiten van een cerumenprop mogen zeker worden genoemd als evenzovele stimulancia het beroep van huisarts met een zekere vreugde te blijven uitoefenen.

U zult het mij niet euvel duiden, indien ik mij in het hiernavolgende voornamelijk zal bezighouden met de dieptepunten, omdat deze het juist zijn, die het plezier in het dagelijkse werk dreigen te vergallen en daarom extra aandacht verdienen. Er zijn bepaalde groepen, afwijkingen, bij de behandeling

waarvan wij ons onzeker voelen, niet voldoende geschoold, en zelfs wat geprikkeld worden als de door ons ingestelde therapie niet snel genoeg het gewenste effect sorteert. Wij neigen er zelfs toe het de patiënt eigenlijk kwalijk te nemen, dat hij steeds maar weer met dezelfde klachten op het spreekuur verschijnt.

In een lezenswaardig artikel in *The Practitioner* wijst *Ewing* op het belang van het zich bewust maken van de gevoelens, welke men ten opzichte van de patiënt heeft, hetgeen ook duidelijk naar voren komt uit de titel: „Having feelings about patients”. Leert men deze affecten beheersen en gebruiken, dan kan men ze ten bate van de behandeling verwerken in de therapie. *Weijel* zegt hierover bij het bespreken van de irritatie van de arts: „Als de arts zich realiseert, wat hij werkelijk voelt, dan herkent hij zijn irritatie als symptoom van de arts-patiënt relatie en kan daardoor therapeutisch meer voor de patiënt doen”. Deze gevoelens zijn niet alleen afhankelijk van de patiënt of van de klachten, welke hij presenteert, doch vanzelfsprekend ook van de stemming van de arts. Indien men 's nachts niet goed heeft geslapen of gepreoccupeerd is door gezins- of andere problemen buiten het eigenlijke praktijkwerk, is men minder ontvankelijk en tolerant tegenover een probleem-patiënt dan wanneer de eigen stemming optimaal is.

De psychologen *Barendregt* en *Wilde* woonden tijdens de voorbereidingen van het N.H.G.-congres 1960 enige spreekuren van huisartsen bij, teneinde zich een beeld te kunnen vormen van de hulp, welke de psycholoog de huisarts eventueel zou kunnen bieden bij diens dagelijkse contact met de hulpzoekende mens. Zij ervoeren deze spreekuren als een interessante confrontatie met belangrijke psychologische aspecten, vooral ook door de zeer verschillende typen artsen, die zij daarbij ontmoetten. Het belangrijkste advies, dat zij ons echter gaven, was dit, dat het nog interessanter zou zijn als de huisartsen eens bij elkaar op het spreekuur gingen kijken en zo, door wederzijdse observatie en kritiek, een mogelijke verbetering in de benadering van de patiënt zouden kunnen bereiken.

Ik heb het voorrecht gehad een collega als gast tijdens het ochtendspreekuur te mogen ontvangen. Laat ik beginnen met te constateren, dat de patiënten er zich bijzonder weinig van aantrokken, waarschijnlijk minder dan ikzelf, die het toch wel een weinig beangstigend vond, iemand bij mij te hebben, die mij voortdurend op de vingers keek en noteerde wat ik tegen de patiënt zei. Tijdens de discussie onder het kopje koffie na afloop zei deze collega onder meer tegen mij: „Tegen sommige patiënten was je aardig, bij verschillende anderen had ik het gevoel, dat je voortdurend vóór op je stoel zat, steeds maar bezig een al te nauw contact terug te dringen en dat je dikwijls blij was, als ze met een recept waren verdwenen.”

Ik realiseerde mij, dat dat inderdaad dikwijls het geval is bij patiënten, waarvan ik het waarom van het consult niet begriep of waarvan ik het gevoel

heb, dat ik de wel vermoede problematiek achter de gepresenteerde klacht niet aan durf te vatten en ze daarom geïrriteerd en gehaast tegemoet treedt.

Een groep afwijkingen, die althans mijzelf irriteert door het insufficiëntiegevoel, dat ik bij behandeling ervan ondervind, is die, welke ik zou willen samenvatten onder de verzamelnaam: pijn en functiestoornissen van het bewegingsapparaat. Deze inderdaad zeer ruime en vage omschrijving omvat naar mijn mening toch een bepaald soort klachten, die hun oorsprong schijnen te vinden in afwijkingen van zenuwen, gewrichten, banden, spieren en pezen van rug en extremiteiten. Hiertoe behoren een aantal bekende ziektebeelden als arthrosis deformans, reumatoïde arthritis, periarthritus humeroscapularis, het cervicaalsyndroom, epicondylitis, hernia nucleii pulposi, doch ook syndromen, waaraan men wel een fraaie naam geeft, doch die in wezen een gebrek aan feitelijke kennis omtrent de etiologie weergeeft. Wat bedoelt men eigenlijk precies met termen als: spierreuma, lumbago, myogelosen, myalgie, „low back pain”, fibrositis, enzovoort? Het zijn woorden zonder wezenlijke inhoud, etiketten op lege flessen.

Teneinde een indruk te krijgen over de frequentie, waarmee bovenbedoelde klachten zich op het spreekuur presenteren, heb ik in mijn praktijk hierover een zeer eenvoudig onderzoekje gedaan. Ik noteerde slechts gedurende enige weken het aantal patiënten, dat zich hiermede bij mij op het ochtendspreekuur meldde in verhouding tot het totale aantal consulten. Behalve een onderscheid in mannen en vrouwen werd geen verdere differentiatie aangebracht, daar het hier een zuivere frequentie-analyse betrof en een nadere uitwerking hiervan het doel voorbij zou schieten. Dit eenvoudige „turfen” bracht vrijwel geen extra werk met zich mee, en gaf mij mogelijk toch een indruk over de aantallen patiënten, die onder genoemde klachten gebukt gaan. Uitgezonderd werden acuut-traumatische afwijkingen alsmede aandoeningen van de bloedvaten en de huid. Wel heb ik uitdrukkelijk meegeteld de aandoeningen van het perifere zenuwstelsel, aangezien deze zo dikwijls in relatie staan tot arthrotische afwijkingen (ischialgie, cervicaalsyndroom).

Mijn bevindingen waren als volgt: op 787 spreekuurconsulten telde ik 116 patiënten met klachten over pijn of bewegingsbeperkingen in het locomotore systeem, dit is 14,7 procent of één op zeven patiënten. Hiervan waren 49 mannen en 67 vrouwen. In de literatuur vindt men getallen tussen 7 en 10 procent (*Taylor, Buma*). De uitslag is natuurlijk uitermate afhankelijk van de leeftijdsopbouw van de praktijk, heeft daarom maar zeer betrekkelijke waarde en wil dan ook niet meer geven dan een indruk. Het praktizeren in een oude stadswijk met relatief veel bejaarden en een voortdurende emigratie van jonge gezinnen naar de moderne buitenwijken heeft op het vrij hoge percentage zeker invloed gehad, aangenomen, dat bedoelde afwijkingen bij bejaarden vaker voorkomen.

Het viel mij op, dat het eerder geschetste gevoel van onbehagen niet alleen optrad bij de syndromen, waarvoor geen organisch substraat bekend is en die dus (!) „functioneel” plegen te worden genoemd, doch ook bij de zogenaamde „bekende” afwijkingen als spondylos cervicalis en discopathie. Aanvaarden wij het uiten van een lichamelijke klacht als een verstoring van het evenwicht tussen de psychische, sociale en somatische krachtvelden, die in hun onderlinge wisselwerking de gezonde mensen in evenwicht houden, dan is het begrijpelijk, waarom het eigenlijke probleem wordt gepresenteerd in de vorm van een somatisch lijden (*Querido*, Weijel, *Veeneklaas*).

Hoewel het dikwijls zijn nut kan hebben, dat de arts de patiënt in eerste instantie een gelijkkluidend antwoord geeft op het aanbod van een lichamelijke klacht, teneinde hem niet direct te ontmaskeren en zodoende in verwarring en verlegenheid te brengen, is het niet juist indien dit onttaardt in wat ik zou willen noemen een neiging tot „somatisch diagnostisch perfectionisme”. Wij zijn dikwijls zo bevreesd het eigenlijke probleem achter de klacht te onderkennen, al vermoeden wij wel, waar de schoen wringt, dat wij zolang blijven doorzoeken totdat een objectief aantoonbare afwijking als de schuldige kan worden gebrandmerkt. Met onze moderne apparatuur is het niet zo heel erg moeilijk geringe afwijkingen van het normale aan te tonen. We delen dit dan verheugd de patiënt mede en verwachten, dat deze tevreden zal zijn dat er nu in elk geval „iets is gevonden”. Indien de patiënt dan na een aanvankelijk optimisme teleurgesteld terugkeert en vertelt, dat de behandeling niet het gewenste resultaat heeft opgeleverd, begint het gevoel van onbehagen, dat zich van arts en patiënt meester dreigt te maken.

Als voorbeeld van het bovenstaande zou ik willen noemen het cervicale syndroom, in 1949 uitvoerig beschreven door *Van der Meer*. Deze onderzoeker vond een positieve correlatie tussen spondylothe wervelkolomafwijkingen en neuromyalgische verschijnselen van hals en bovenste extremiteiten. Hij vond namelijk een statistisch significant verschil bij het röntgenologisch onderzoek van patiënten met het cervicaal syndroom en een controlereeks van personen zonder klachten. Wel werd een opmerkelijke discongruentie gevonden tussen de röntgenologische afwijkingen en de ernst van de verschijnselen. Hevige klachten kunnen voorkomen bij geen of zeer geringe veranderingen op de röntgenfoto, terwijl ook het omgekeerde wordt gevonden. Verder bleek bij 68 procent van de 50 controlepatiënten zonder klachten waarneembare röntgenologische afwijkingen zichtbaar, waarvan in 16 procent een duidelijke vernauwing van het foramen intervertebrale werd gevonden! Bovenstaande feiten en het recurrerende karakter van de klachten leidden tot het invoeren van de term „perispondylitis”, duidend op een ontstekingsreactie van de weke delen om de wervelkolom, die verantwoordelijk moet worden geacht voor de klachten bij pa-

tiënten zonder röntgenologisch aantoonbare afwijkingen. Deze mijns inziens zeker aanvechtbare hypothese is het gevolg van een al te somatisch gericht onderzoek met voorbijzien van andere factoren, die voor het uiten van een klacht medeverantwoordelijk kunnen zijn. Daar waar de röntgenfoto ons in de steek laat, wordt een onzichtbare ontstekingscomponent als oorzaak ten tonele gevoerd.

Uit het artikel van *Van der Meer* blijkt duidelijk, dat spondylos cervicalis een bevorderende factor is voor het ontstaan van pijnen in het gebied van de nek, schoudergordel en arm. Veelal is het toch zo, dat voor het ontstaan van een ziekte verscheidene voorwaarden dienen te zijn vervuld. Zou het al te gewaagd zijn te veronderstellen, dat de levenssituatie van de patiënt ook een belangrijk aandeel heeft in de ontstaanswijze van dit syndroom en is dat niet veel aannemelijker dan een duistere „perispondylitis”? Hoe groter de invloed van psycho-sociale factoren is, des te geringer behoeft de organische afwijking te zijn om tot bewuste klachten aanleiding te geven. Evenzeer is het aannemelijk, dat bij een bepaalde patiënt juist dat orgaan de zetel zal zijn van de verschijnselen, waar geringe, onder normale omstandigheden niet tot uiting komende afwijkingen aanwezig zijn, op deze wijze een locus minoris resistentiae vormend. Tussen de psychisch gezonde mens met een ernstige lichamelijke ziekte en de klassieke hysterica, waarbij geen enkele organische afwijking wordt gevonden, ligt de grote groep patiënten met aantoonbare, zij het soms geringe afwijkingen, voor wie de gang naar de dokter de enige mogelijkheid is, waarop zij de gestoorde aanpassing aan het veeleisende leven kunnen compenseren.

\* \* \*

Zijn het mensen met een bepaalde karakterstructuur, die hun onvermogen zich staande te kunnen houden in het leven, converteren in rugpijn, een stijve schouder of ischias? Is het vraagstuk van de specificiteit bij psychosomatische aandoeningen als astma en maagulcus al veelomstreden, bij de aandoeningen, waar het hier om gaat, vindt men in de literatuur teveel tegenstrijdige meningen, dan dat men hier voorlopig enig houvast aan zou hebben. Wel komt naar voren, en dat is ook mijn eigen ervaring, dat het dikwijls gaat om patiënten, die hun agressieve gevoelens ten opzichte van de buitenwereld niet de vrije loop kunnen laten, doch deze opkroppen en met de beschreven lichamelijke verschijnselen de omgeving dwingen aandacht aan hen te besteden. Doch terecht zullen velen mij tegenwerpen, dat dit met vele andere ziekten ook het geval is.

Meestal bestaat er een direct aanwijsbare aanleiding tot bestudering van een bepaald onderdeel van de huisartsenpraktijk. Zo heeft de hierna te bespreken patiënt mij wel tot nadenken gestemd en mogelijk mede gestimuleerd tot het schrijven van deze regels. Het betreft een 44-jarige vrouw, die op mijn spreekuur verscheen met de typische ver-

schijnselen van het cervicale syndroom, waarvan vooral de nachtelijke pijn in de gehele rechterarm op de voorgrond stond. Bij algemeen lichamelijk onderzoek waren er geen afwijkingen te vinden. Op de gemaakte röntgenfoto van de halswervels was een lichte verlaging van de tussenwervelschijf tussen de zesde en zevende halswervel zichtbaar, de foramina waren normaal en tenslotte was er een rechtszijdige rudimentaire halsrib. Ten tijde van het ontstaan van deze klachten had zij grote emotionele spanningen wegens ontrouw van haar man, die zodanige vormen aannam, dat het op een echtscheiding uitliep. Vooral het feit, dat haar man er een ietwat sadistisch genoeg in bleek te scheppen zijn geweest vrouw elke week het geld van de alimentatie persoonlijk te overhandigen, was voor haar een steeds terugkerende ergernis.

Nadat ik haar eerst op de gebruikelijke wijze zonder succes medicamenteus had behandeld verwees ik haar naar een instituut voor fysische therapie, waar een behandeling werd ingesteld met ultrakortegolf, ultrageluid en cervicale tractie. Voor een verlenging van de behandeling werd patiënte opgeroepen voor het spreekuur van de controlerend geneesheer van het ziekenfonds.

Na dit bezoek schreef patiënte mij — „om geen tijd te verletten” — een bedankje voor de bij „Physico” aangevraagde behandeling. Zij berichtte verder bij die behandeling baat te hebben gehad; dat de arts, die haar behandelde, de behandeling nog wilde voortzetten, doch dat de controlerende geneesheer van het ziekenfonds van oordeel was, dat deze behandeling kon worden gestaakt, omdat zij verdere genezing in eigen hand had. Zij schreef te beseffen, dat zij een ander leven moest gaan leiden, zich niet kwaad of zenuwachtig maken, zich niet ergeren en zich niet jachten. In haar hart, schreef ze voorts, moest ze die arts gelijk geven, want gunde zij zich wat meer rust dan sliep ze beter. Maar ze werd nog wel 's nachts wakker van prikkelingen in haar hand, tengevolge waarvan zij, bedreven in naaiwerk, soms geen naald kon vasthouden. Ook vertelde zij nog in deze brief, dat haar man haar slechts twintig gulden gaf en dat hij een verzoek bij de rechtbank had ingediend deze alimentatie te verminderen — iets waarover zij zich, hoewel zij wist dat dit dom was, erg nerveus maakte.

U kunt zich voorstellen, dat ik mij na lezing van deze brief niet zo erg gelukkig voelde. Aan de genezing van haar klachten, die bij een later bezoek geheel bleken te zijn verdwenen, hoewel patiënte nog hetzelfde werk verrichtte, had ik wel een bijzonder klein aandeel gehad. Het ziekenfonds was hier door middel van de controlerend geneesheer therapeutisch werkzaam geweest!

Met deze patiënte in gedachten beschouwde ik vele overeenkomstige patiënten die mijn spreekuur bezochten, allen met soortgelijke klachten als „presenting symptom”, doch onbewust ernaar hunkend dat hun werkelijke problematiek zou worden begrepen en behandeld. Veelal vermoeden wij wel een dergelijke samenhang, doch zijn bevreesd door

een adequate behandeling in een te innig contact te komen met de patiënt en onszelf niet meer te kunnen losmaken uit de inderdaad soms schijnbaar hopeloze sociale en psychische problemen. *Regensburg* wijst erop, dat, hoewel een restitutio ad integrum tengevolge van de persoonlijkheidsstructuur of de uitwendige omstandigheden niet altijd mogelijk is, een goede therapeutische behandeling een verschuiving in een voor de patiënt en diens omgeving aanvaardbare vorm kan bewerkstelligen, waarbij enige psychische en somatische onvolkomenheden acceptabel kunnen zijn.

\* \* \*

Een tweede patiënt, aan wie ik mijn gedachten hierover zou willen toetsen, is een thans 26-jarige vrouw, moeder van een vijf maanden oude gezonde baby, die ik voor het eerst in 1957 in haar verlovingstijd behandelde wegens lichte depressieve klachten. Dat het contact met de man van haar keuze niet zonder moeilijkheden verliep, verbaasde mij niet, gezien het gedrag van de vader van patiënte, die een jaar tevoren zijn vrouw en vijf opgroeiende kinderen had verlaten voor een andere vrouw, die op dat moment en ook thans nog blijkbaar meer voor hem betekende. Het grote rooms-katholieke gezin uit het milieu van de kleine middenstand werd door de moeder op voorbeeldige wijze verder bestuurd, doch dat onze patiënte even aarzelde alvorens de grote stap te wagen, is met deze voorgeschiedenis niet verwonderlijk. De verloving ging door, het huwelijk werd gesloten en het jonge paar vestigde zich op de zolderetage van het huis van de ouders van de echtgenoot.

De eerste maanden werd het huwelijksgeluk enigszins getemperd door het feit, dat de man in militaire dienst was en alleen de weekends thuis kon zijn. In deze tijd, in juni 1959, kreeg patiënte voor het eerst verspreide pijnen in gewrichten en spieren, doch voornamelijk gelokaliseerd onder in de rug en in beide heupgewrichten. Wegens aanhouden van de pijn en het niet voldoende reageren op analgetica werd een reumatoloog geraadpleegd, die slechts drukpijnlijke verhardingen in de lange rugspieren vond en een bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaampjes van 9 mm na het eerste en 16 mm na het tweede uur. De conclusie luidde: géén reuma. Wat het dan wel was, bleef voorlopig een raadsel. Het alleen zijn in het huis van de schoonmoeder, met wie de verstandhouding overigens goed was, is mogelijk een van de oorzaken geweest.

Na een periode van fikse hyperemesis gravidarum, werd in juni 1961 het eerste kind geboren, zonder verdere moeilijkheden. Behalve de inwoning waren er nu verder geen beletselen meer voor een harmonisch leven: de man terug uit militaire dienst en een gezonde dochter schenen hiervoor inderdaad voldoende waarborgen. Het stelde mij dan ook wat teleur toen ik enige weken geleden werd ontboden en patiënte in bed vond liggen, klagend over de zelf-

de pijnen als in 1959, ook nu weer onder in de rug en in de heupen. Een uitgebreid lichamelijk onderzoek leverde geen enkele afwijking op: alle gewrichten, alsmede de wervelkolom waren goed beweeglijk, er waren geen statische afwijkingen, bij gynaecologisch onderzoek werd evenmin iets gevonden, het urineonderzoek was negatief en de bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaampjes normaal.

Het is merkwaardig — of misschien ook niet — dat dergelijke patiënten categorisch ontkennen moeilijkheden te hebben als men er bewust naar vraagt. Wel is de drang naar werkelijk contact zo groot, dat ze spontaan op hun tijd dikwijls onbewust een aanwijzing geven, in welke richting moet worden gezocht.

Terugbesteld op het spreekuur vertoonde patiënte nog dezelfde klachten. Terwijl ik een recept aan het schrijven was (ascal 500 mg, prominal 50 mg, 3 dd pulv I) zei zij opeens: „Ik geloof niet, dat ik het zo vol houd; mijn man is ook zo'n Jantje Precies". Ik legde automatisch mijn vulpen neer en vroeg belangstellend naar een nadere uitleg. Onder het uiten van duidelijk affect (blozen, spelen met haar armband) kwamen nu als een waterval alle bezwaren tegen haar veeleisende man, die een dwangmatige persoonlijkheid bleek te zijn. Alles moet keurig zijn opgeruimd, er mag geen luier of krant in de kamer liggen en hij kan absoluut geen rommel zien in de toch al zo kleine ruimte. Patiënte heeft het druk met de verzorging van haar eerste baby, is daar nog niet zo handig in en kan dan niet altijd voldoen aan de hoge eisen van haar man. Met het beeld van haar weggelopen vader voor ogen is het geen wonder, dat ze zich verweert met haar rugklachten. Zij kan dan in bed gaan liggen en is niet meer verantwoordelijk voor het feit, dat ze in letterlijke zin niet meer voort kan. Immers, voor een ziekte hoeft men zich niet te schamen, wel voor sociale of psychische insufficiëntie.

Het is bijzonder belangrijk scherp te letten op de spontane uitingen van de patiënten, die zo terloops of net even voor het afscheid nemen kunnen worden gesignaleerd.

Een sprekend voorbeeld hiervan en over het algemeen van de grote invloed van psychische en sociale factoren bij het tot stand komen van lichamelijke klachten moge ik tenslotte geven in de laatste patiënt, een arbeider van 41 jaar. Deze man kwam ongeveer een jaar geleden voor het eerst op mijn spreekuur met lage rugklachten. Hij had hier al jaren lang last van, doch het had hem nooit zo in zijn werk gehinderd als na zijn verhuizing naar Rotterdam. Het kinderloze gezin had namelijk vanaf het begin van het huwelijk gewoond in een klein dorp op de Veluwe, waar patiënt hetzelfde werk had gedaan, zij het minder zwaar en vooral met minder bukken en tillen.

Ik kende zijn vrouw niet, wel haar gehele familie, die sinds jaar en dag deel uitmaakt van mijn praktijk.

Het echtpaar nam voorlopig zijn intrek op een zolderetage bij de ouders van de vrouw, in afwachting van een definitieve woning, die vrij spoedig kwam in de vorm van een moderne flat, zeer geschikt voor een echtpaar zonder kinderen. De man verscheen al spoedig na zijn verhuizing naar Rotterdam op mijn spreekuur met bovenvermelde rugklachten, gelokaliseerd laag lumbaal met uitstraling naar het rechterbeen. De pijn verergerde bij bukken en zwaar tillen en hinderde hem erg bij zijn werk. Hoesten, niezen en persen versterkte de pijn. Bij onderzoek bleek de lendenwervelkolom vrij sterk gefixeerd, er was paravertebrale druk- en kloppijn naast L 4, geen asdrupijn, maar wel een duidelijk positief symptoom van Kemp aan de rechterzijde. Het symptoom van Lasègue was rechts positief bij circa 45°. Verder waren geen neurologische afwijkingen te vinden.

De langdurige anamnese, het recidiverende karakter en de voortdurende prikkeling van de nervus ischiadicus dextra deden ernstige vermoedens rijzen, dat hier sprake moest zijn van een hernia nuclei pulposi, hoewel op de gemaakte röntgenfoto geen wervelafwijkingen en evenmin versmalde tussenwervelschijven zichtbaar waren. Verder lichamelijk onderzoek leverde geen afwijkingen op, evenmin als urine- en bloedonderzoek. Patiënt werd wegens aanhouden van de klachten door mij verwezen naar een instituut voor fysische therapie, waar hij drie maanden werd behandeld. Na beëindiging van de kuur was hij wel iets verbeterd, doch vooral met lopen hield hij nog veel klachten over pijn in het rechterbeen. In augustus 1961 verwees ik hem ter beoordeling naar een neuroloog, die de diagnose discopathie bevestigde en een strenge bedrustkuur van zes weken adviseerde.

Het wordt nu tijd patiënte's vrouw ten tonele te voeren, daar zij vanaf dit ogenblik een belangrijke rol in het verhaal gaat spelen. Zij was al eens enige malen op mijn spreekuur geweest met klachten over pijn in de linker thoraxhelft, van krampachtig karakter en ook met vage buikkolklachten, waarbij zij mij enige malen toevertrouwde, dat ze zo'n angst had dat ze iets ernstigs zou mankeren, aan het hart bijvoorbeeld en dan misschien plotseling dood zou kunnen blijven. Lichamelijk onderzoek had geen enkele afwijking opgeleverd en ik had haar over de toestand van haar hart gerustgesteld. Zij maakte op mij een sterk gespannen indruk, waarbij zij blijk gaf van een duidelijk overwicht op haar man, die meer een goedige, slome indruk maakte en zijn afkomst van het platteland niet verloochende. De vrouw was veel meer een meisje uit de grote stad, die voor haar huwelijk een baan had als demonstratrice op damesbeurzen en andere tentoonstellingen. Gezien haar vroegere beroep was het niet moeilijk te raden, dat zij de leiding thuis had, al had zij waarschijnlijk tevens de handigheid de ander te laten denken, dat hij de baas was.

Tijdens de rustkuur van de man, waarbij hij slechts langzaam vooruitging, namen de klachten van de vrouw toe en ik opperde dan ook de moge-

lijkheid, dat de verzorging van haar man hier misschien schuld aan zou zijn. Dit ontkende zij echter ten stelligste. Tijdens een bezoek aan de man deed zich iets voor, dat mij zodanig tot nadenken stemde, dat ik besloot de vrouw voor een nader gesprek te zullen uitnodigen. De visite was in optimistische stemming verlopen, beiden vonden dat het de laatste dagen goed vooruitging en verder werd op opgewekte toon over koetjes en kalfjes gesproken. Bij het afscheid aan de deur draaide ik mij nog even om teneinde de vrouw goedendag te zeggen, toen ik zag, dat zij huilde. Ik vond dit daarom zo vreemd, omdat daar, gezien de vooruitgang van de patiënt en de prettige sfeer van het bezoek, geen enkele aanleiding toe bestond. Ik deed of ik niets had gezien en vertrok.

Tijdens het volgende bezoek zei de man: „Met mij gaat het wel veel beter, maar met mijn vrouw gaat het niet zo best”. Dit was voor mij een gerede aanleiding een afspraak met de vrouw te maken voor een rustig gesprek, waarmee zij direct instemde. Zij had op haar wijze, door het tonen van het duidelijke affect, hier al zelf om gevraagd. Enige dagen later bezocht zij mij op een afgesproken tijd en ik liet haar, zoals mijn gewoonte is, in eerste instantie zoveel mogelijk zelf aan het woord. Er bleek bij deze, ietwat dwingende vrouw, een sterke angst te bestaan, een voortdurend aanwezige dreiging, dat haar iets ernstigs zou overkomen of dat zij plotse-ling zou sterven. Deze angst bleek te worden gevoed door een sterk schuldgevoel, hetgeen werd tweeggebracht door het feit, dat de verhuizing naar Rotterdam door haar was doorgezet tegen aanvanke-lijke bezwaren van haar man in.

Het beviel haar in het geheel niet in het kleine dorp met zijn roddelpraat en onderlinge familievetes, waar haar leven als kinderloze huisvrouw wel heel veel verschilde van de levendige werkring als demonstratrice vóór haar huwelijk, waarbij zij de gehele dag mensen om zich heen had. Na vijf jaar getrouwd te zijn geweest, was ze door een vrouwenarts behandeld wegens steriliteit, doch zonder succes. De schoonfamilie bleef haar zien als de „dame uit de stad”, hoewel ze toch zoveel mogelijk probeerde behulpzaam te zijn door op kinderen te passen, bij zieken te helpen en dergelijke. Haar man was liever in zijn oude dorp blijven wonen, doch door haar aandringen waren ze toch uiteindelijk naar Rotterdam verhuisd, waar hij nu door het zwaardere werk op bed terecht was gekomen. De schoonzusters hadden haar laatst bij een verjaardagsfeestje nog enkele terechtwijzingen gegeven met opmerkingen als: „Je man had promotie kunnen maken, als hij gebleven was” en „Als het hem niet bevalt in Rotterdam, moet hij maar weer terug komen” (let op het enkelvoud!), waarop zij had geantwoord: „Maar hij is ook voor mij naar de stad gegaan!” Ze voelde nu de ziekte van haar man als een straf voor haar drijven naar de stad te willen verhuizen. Hij kon niet tegen haar op, zij moest altijd haar zin hebben en misschien was dit nu zijn antwoord.

Ik kon haar er gemakkelijk van overtuigen, dat haar klachten een gevolg van dit schuldgevoel waren — zij had het trouwens zelf uitgesproken — waarmee de genezing voor het grootste deel was bereikt, doordat patiënte enig inzicht had gekregen in haar eigen persoonlijkheidsstructuur.

De kritisch ingestelde lezer zal mij misschien tegenwerpen, dat de verergering van de rugklachten van de man uitsluitend is veroorzaakt door het zwaardere werk. Zolang echter in de meeste gevallen verschillende voorwaarden moeten worden vervuld om een ziekte manifest te doen worden, neem ik aan, dat hier belangrijke aanwijzingen bestaan, dat deze man, die geestelijk niet tegen zijn vrouw was opgewassen, zijn toevlucht wel moest zoeken in een lichamelijk antwoord op haar doordrijvende wilskracht. Zij was nu wel gedwongen aandacht aan hem te besteden en boete te doen voor haar houding, die hij kennelijk niet op een andere wijze de baas kon.

Bij de behandeling van dit echtpaar had ik zo sterk als weinige malen daarvoor de overtuiging, dat huisartsgeneeskunst in de eerste plaats gezinsgeneeskunst is. Door middel van de één behandelt men de ander en omgekeerd. Het is met beide patiënten heel goed gegaan. De man was na de rustkuur goed verbeterd en krijgt in overleg met zijn chef lichter werk, de vrouw is haar angst grotendeels kwijt en beiden zijn ervan overtuigd, dat de verhuizing naar Rotterdam hun huwelijksge- luk toch geen geweld heeft aangedaan, in het besef, dat het huwelijk een kwestie is van geven en nemen. Wie van beiden in dit geval het meest genomen en het minst gegeven heeft, wil ik in het midden laten.

Van psychiatrische zijde bestaat sterk de indruk, dat het aantal patiënten met neurotische stoornissen van het locomotore systeem relatief toeneemt. Wellicht is dit het gevolg van de toegenomen belangstelling en intensievere bestrijding van reumatische ziekten, waardoor een conversie van psychosociale spanningen in klachten van het bewegingsapparaat in toenemende mate wordt gezien.

De huisarts, ook de niet psychosomatisch ingestelde, dient zich voortdurend af te vragen, of hij voldoende aan de hulpzoekende mens tegemoet komt door een zuiver somatische ingestelde therapie bij deze ziekten en of de naar voren gebrachte klachten wel identiek zijn met het werkelijke probleem, dat de patiënt verhindert in evenwicht met zijn omgeving te leven.

- Buma, J. T. (1950) De huisarts en zijn patiënt. Universiteitspers, Amsterdam.
- Ewing, J. A. (1960) Practitioner 184, 70.
- Meer, P. van der (1949) Ned. T. Geneesk. 93, 4153.
- Querido, A. (1955) Inleiding tot een integrale geneeskunde. Stenfert Kroese, Leiden.
- Regensburg, A. C. (1959) huisarts en wetenschap 2, 155.
- Taylor, S. (1954) Good General Practice. Oxford University Press.
- Veeneklaas, G. M. H. e.a. (1960) Driehoeksbesprekingen in de Leidse kinderkliniek. W. de Haan, Zeist.
- Weijel, J. A. (1961) Medische psychologie. Erven J. Bijleveld, Utrecht.