

Driehoeksbespreking door kinderarts, psychiater en socioloog*

Inleiding door Prof. Dr G. M. H. Veeneklaas

De nu volgende driehoeksbespreking handelt over een meisje van dertien jaar dat een poging tot suicide heeft ondernomen. Ter introductie van de driehoeksbespreking in het algemeen zou ik de volgende inleiding willen geven.

De driehoeksbespreking is in de Leidse Kinderkliniek ontstaan uit belangstelling voor de patiënt, voor de zieke naast de ziekte, voor het individu met zijn klachten. Wij meenden voor een adequate bestudering hiervan een specialist voor het individu nodig te hebben en hebben daartoe de kinderpsychiater gekozen. Maar wij dachten ook dat men alleen een individu kon zijn tegen de achtergrond van de geldende maatschappelijke structuur waaruit men afkomstig is. Om hierover naar evenredigheid te worden georiënteerd hebben wij de socioloog gevraagd ons daarover in te lichten, zodat wij de patiënt ons zien als een figuur, geplaatst op een kruispunt van biologische, psychologische en sociologische krachten. Het woord is nu eerst aan de clinicus.

Medische inlichtingen door A. Th. Schweitzer

Op 18 januari 1961 bemerkte de onderwijzer van een zesde klas lagere school dat één van zijn leerlingen, een meisje van dertien jaar, er bleek en ziek uitzag. Bij informatie ontkende het meisje, dat er iets aan de hand was. Een andere leerling vertelde echter, dat zij ongeveer twee uur tevoren vijftien tabletten had ingenomen. Deze tabletten bleken later APC-tabletten te zijn geweest. De onderwijzer stuurde haar daarop, na telefonische aanmelding, naar de afdeling Kindergeneeskunde van het Academisch Ziekenhuis te Leiden.

Zij kwam alleen en lopende de polikliniek binnen en vertelde, dat zij zich goed voelde. Zij gaf echter toe, dat zij zich aanvankelijk wel erg misselijk en duizelig had gevoeld. Op onze vraag, waarom zij deze toch wel erg grote dosis had ingenomen, antwoordde het meisje, dat zij al maanden erge hoofdpijn had en dat zij daarom nu voor schooltijd bij de drogist de tabletten had gekocht. Zij had haar ouders daarvan niets verteld. Onze vraag, of zij wist dat zoveel tabletten gevaarlijk konden zijn, beantwoordde zij ontkennend. Zij liet duidelijk merken, dat het onzinnig was van de onderwijzer en van ons om daar zoveel drukte over te maken. Wij vroegen verder, waar wij haar ouders konden bereiken. Het meisje vertelde toen, dat zij dat niet wist: haar vader is bedrijfsadviseur en voortdurend op reis en haar moeder werkt sedert enige tijd, zij wist niet waar.

Het wekte onze bevreemding op, dat ook de moeder werkte, omdat was aan te nemen dat haar vader in de hogere inkomenssector thuis hoorde. Ook viel het op, dat het meisje bij al deze vragen inadequaat rustig bleef. Zij toonde een voor de situatie te beheerst gedrag. Na enig heen en weer praten over de kwestie, dat zij zo slecht op de hoogte was van het doen en laten van haar ouders, kwam eindelijk het hoge woord eruit, dat haar ouders bezig waren te scheiden. Nu was er

voor het eerst een duidelijke emotionele reactie, maar al spoedig was zij weer even beheerst en koel-volwassen als tevoren.

De verdere anamnese, die later door haar inmiddels opgespoorde ouders nog werd aangevuld, leverde behalve de reeds genoemde hoofdpijn niet veel wetenswaardigs op. Het bleek dat het meisje de laatste jaren een bril moest dragen wegens bijziendheid. Opmerkelijk is, dat de ouders later bij de psychiater wel degelijk gezondheidsproblemen in de voorgeschiedenis aan het licht brachten.

De tractusanamnese was negatief. De graviditeit en de partus waren normaal verlopen en het geboortegewicht was 4100 gram geweest. De voeding had geen moeilijkheden gegeven en het kind was altijd goed gegroeid; de psychomotorische ontwikkeling had zich volgens de ouders binnen de norm bewegen. De menarche was sedert kort ingetreden. In de familie kwam veel migraine voor en ook de moeder leed hier aan. Psychosen zouden niet in de familie voorkomen. De vader en het tweede kind uit dit huwelijk, een negenjarige jongen, waren geheel gezond.

Bij onderzoek vonden wij een groot, stevig gebouwd meisje in goede voedingstoestand, dat zich lichamelijk reeds ver in de puberteit bevond. Zij droeg een bril, zag er bleek uit en had duidelijk cyanotische lippen. Er bestond geen dyspnoe of hijgende ademhaling, zoals bij salicyl intoxicatie wordt gezien. Het meisje was volledig compos mentis.

Het gehele interne onderzoek viel overigens negatief uit en ook het neurologische onderzoek gaf alleen normale uitkomsten.

Het routine-urineonderzoek toonde geen afwijkingen, behalve dat de reactie op salicyl positief uitviel. Het routine-bloedonderzoek was normaal, en ook de pH van het bloed was normaal en bedroeg 7.45. De alcalireserve viel met 26 maeq/l binnen de norm. Hieruit kon dus worden geconcludeerd, dat er geen ernstige salicyl intoxicatie bestond. Een bevestiging vormde de salicyltiter in het bloed van 30.5 mg procent, een concentratie waar juist naar wordt gestreefd bij de therapie van bijvoorbeeld reuma.

De totale dosis ingenomen salicyl bedroeg 3,75 gram. Verdeeld over een gehele dag is deze dosis niet gevaarlijk, maar ineens ingenomen, kan zij wel degelijk gevaarlijk zijn. Salicyl intoxicatie komt vrij veel voor omdat het middel zo binnen ieders bereik ligt en is een ernstige vorm van geneesmiddelen intoxicatie.

Ook voor een coffeinevergiftiging waren er geen aanwijzingen. Dit is wel merkwaardig, omdat het kind een hoeveelheid had ingenomen, die te vergelijken valt met tien koppen koffie, namelijk 500 mg totaal. De literatuur geeft aan, dat pas boven de 500 mg vergiftigingsverschijnselen kunnen worden verwacht in de zin van stoornissen van hart, circulatie en sensorium.

Wel kan men bij dit meisje van een fenacetinevergiftiging spreken. Men herinnere zich, dat het meisje cyanotische lippen had. *Moeschlin* schrijft, dat reeds bij relatief lage doses (2 gram) cyanose kan optreden omdat fenacetine het hemoglobine omvormt tot sulfhemoglobine; hieraan kan maar zeer weinig zuurstof worden gebonden. Onze patiënte had ongeveer 3 gram fenacetine ingenomen. Wij onderzochten de dag na opneming het bloed van onze patiënte spectrografisch op sulfhemoglobine, doch met negatief resultaat. De cyanose was toen ook reeds verdwenen. Hoewel wij de fenacetine intoxicatie dus niet meer konden bewijzen, is deze diagnose toch wel zeer waarschijnlijk.

Samenvattend kan worden gezegd, dat wij hier te maken hadden met een meisje van dertien jaar, dat wegens hoofdpijn een vrij groot aantal APC-tabletten had ingenomen. Zij had dientengevolge slechts weinig klinische intoxicatiesymptomen gehad.

Daar het meisje zich nog in een redelijk biochemisch even-

* Gehouden op de huisartsencursus „Maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte” te Nijmegen, april 1961. Het hier gegeven verslag is met instemming van de betrokkenen bekort.

wicht bevond, werd volstaan met de maag te spoelen, waarbij moet worden aangetekend dat zij deze ingreep eveneens als een soort flauwe grap beschouwde. Verder kreeg zij veel te drinken. Om niet de kans te lopen, dat er zich later toch nog ernstige intoxicatieverschijnselen zouden voordoen werd patiënte voor klinische observatie opgenomen. Zij herstelde snel en werd daarna lichamelijk gezond ontslagen.

Evaluatie: Zoals gezegd hebben wij hier te maken gehad met een meisje dat wegens hoofdpijn te veel medicijnen had ingenomen, hetgeen leidde tot geneesmiddelenintoxicatie. Wij dienen nu de oorzaak na te gaan, zowel van de hoofdpijn als van het gebruik van te veel medicijnen.

Zoals u allen weet is er een groot aantal oorzaken voor hoofdpijn aan te wijzen. De belangrijkste zijn die van interne aard, bijvoorbeeld nier- en hartziekten, oorzaken van neurologische aard, van ziekten op het gebied van de keel-, neus- en oortarts en van de oogarts, hoofdpijn met vasculaire verschijnselen als migraine, en tenslotte hoofdpijn door psychische oorzaken. Wij hebben al deze oorzaken nagegaan of laten nagaan en negatieve bevindingen verkregen, behalve de familiale migraine en een ongecorrigeerd astigmatisme. Na een nieuwe bril was de hoofdpijn duidelijk verminderd.

Geneesmiddelenintoxicatie kan vóórkomen bij alle leeftijdsgroepen. Bij kleuters wordt de intoxicatie altijd veroorzaakt door niet-doelbewuste handelingen. In Nederland hebben de laatste jaren van *Gelderens* en van *den Berg* hierover gepubliceerd. Meestal vergrijpen jonge kinderen zich aan medicijnflesjes of tabletten, welke door nalatigheid van de ouders binnen hun bereik zijn gekomen. Bij oudere kinderen en volwassenen kan geneesmiddelenintoxicatie echter door verschillende mechanismen worden veroorzaakt, zoals het per vergissing innemen van verkeerde medicijnen (bijvoorbeeld digitalispoeders in plaats van maagpoeders) waarbij het echter meestal om kleine doses gaat, zodat het intoxicatiegevaar niet zo groot is. Verder kan intoxicatie optreden door gewenning en/of verslaving, bijvoorbeeld door laxantia of slaapmiddelen, en door een suicidepoging.

Wanneer wij nu terugkeren tot onze patiënte en proberen deze wetenschap op haar toe te passen om zodoende met meer relief een diagnose te stellen en tot een zo volledig mogelijke therapie te komen, kunnen wij het volgende zeggen: het gaat hier om een meisje in de puberteit, dat sedert kort in de menarche is gekomen. Zij heeft sedert lange tijd hoofdpijn, welke waarschijnlijk mede door een niet gecorrigeerde refractie-anomalie wordt veroorzaakt. Zij bestreed deze hoofdpijn met een abnormaal grote hoeveelheid geneesmiddelen. Achteraf bleek zij reeds vaak deze geneesmiddelen in steeds grotere hoeveelheden te hebben gebruikt. Het is dus mogelijk dat de zo juist vermelde gewenningsfactor eveneens oorzaak voor de intoxicatie is geweest. Gezien echter haar leeftijd en haar ontwikkelingsfase, maar vooral gezien haar vreemde gedrag bij opnemings en de door haar vaag aangeduide gezinsmoeilijkheden kwam de vraag bij ons op, of hier niet sprake was

geweest van een suicidepoging als mede-oorzaak voor de geneesmiddelenintoxicatie. Om hier achter te komen hebben wij de hulp van de psychiater ingeroepen.

Psychiatrische mededelingen

door Mevrouw Dr J. J. Frets-van Buuren

De kinderarts bracht naar voren, dat na het poliklinisch onderzoek de differentiële diagnose ging tussen hoofdpijn — met de mogelijke oorzaken daarvan — enerzijds en suicidepoging, met de vraag naar het motief, anderzijds. Deze differentiële diagnose vraagt behalve een grondig somatisch ook een psychologisch-psychiatrisch onderzoek. Enkele gegevens uit dit onderzoek betreffende de patiënt-ouder-relatie geef ik hier weer:

Patiëntje is een bleek, depressief meisje met bril, sproeten en cyanotische lippen. Zij is bereid mij te ontvangen en te woord te staan, ondanks de eerst wat norse, afwerende uitdrukking op haar gezicht. Er blijkt echter direct een goed verbaal contact mogelijk, waartoe haar gevoel voor humor zeker bijdraagt. Hierbij komt het volgende naar voren.

Zij zit voor de tweede maal in de zesde klas en zal ook ten tweede male pogen toelatingsexamen te doen. Aan de goede uitslag twijfelt zij erg, ondanks voldoende cijfers op school en goede verwachtingen van de hoofdonderwijzer. Zij heeft een negenjarig broertje, dat het thuis allemaal beter doet dan zij. „Ik ben meer egoïstisch, begrijpt u wel? Dat zegt mijn moeder altijd.” Zij heeft dan ook vaak ruzie met dit broertje. Later wil zij dokter worden. Zij heeft het zich al honderd keer ingedacht en speelt het vaak met flesjes en spuiten. „Maar mijn moeder zegt: dat lukt niet, je bent te zwak en als je dit examen niet haalt, ga je naar de huishoudschool.” Huishouden vindt zij vervelend, net als haar moeder. Echte vriendinnen heeft zij niet. Zij reist op en neer per bus naar school, heeft veel huiswerk en wil dit examen beslist halen. De tabletten slikt zij voor de hoofdpijn, want met hoofdpijn kan zij niet werken. Ze helpen steeds minder, daarom neemt zij er steeds meer. Van haar vader merkt zij weinig, omdat hij voor zijn werk veel weg is. Over echtscheidingsproblemen praat zij verder niet.

Van de vader, een negenendertigjarige bedrijfsadviseur voor een groothandel, hebben wij de volgende indruk. Hij is een rustige, wel vriendelijke man, die volkomen passend een beleefde relatie hanteert, maar in wezen weinig medewerking levert ter oplossing van de impasse, waarin zijn kind is geraakt. Over zijn dochter praat hij belangstellend, maar over zijn zoon weidt hij enthousiast uit. Waarschijnlijk weegt het motief de vuile was binnenshuis te houden zwaar. Over scheidingsproblemen wordt dan ook met geen woord gerept.

Deze zelfde afwerende houding vinden wij ook bij de moeder, een achtendertig-jarige, stevige, wat gezette vrouw, die met korte besliste zinnen praat en die lacht op momenten, waarop niemand lacht, maar waar zij geen antwoord wil geven. Verontrustend is de weinig geschokte reactie op het gebeurde, terwijl de moeder als eerste van een zelfmoordpoging sprak. Haar dochter is ondankbaar; zij heeft alles wat haar hartje begeert!

Over haar eigen prestaties heeft zij niets dan lof. Zij heeft patiënte, toen deze in haar vroege jeugd zo vaak ziek was, verschillende malen het leven gered. Zij werkt nu weer hele dagen om bij te verdienen ter afbetaling van het huis. Om haar man 's avonds meer thuis te houden heeft zij een televisie gekocht.

Zij vertelt meer naar haar zoon te neigen, „maar dat is altijd zo met moeders en zonen en met vaders en dochters”. Vroeger thuis bijvoorbeeld waren zij met vier zusters en een broer. Haar ouders waren beiden erg op de zoon gesteld en de dochters moesten maar voor zichzelf opkomen. Haar moeder was het opgewekte centrum van het gezin; haar vader hing er een beetje bij. Het was erg gezellig thuis en zij wil

het in haar gezin net zo. Treffend is dan ook de analogie: de moeder is wederom het centrum, de vader hangt erbij, de zoon staat op een voetstuk en de dochter in de kou. De gezelligheid echter is wat achterwege gebleven.

Ten aanzien van de relatie moeder-dochter valt te vermelden, dat vanaf drie maanden tot vijf jaar onze patiënte veel ziek is geweest; met drie maanden kinkhoest, drie keer pneumonie, met anderhalf jaar de amandelen eruit, een keer sulfavergiftiging en tussen dit alles door astmatische bronchitis. De moeder heeft haar dag en nacht verzorgd en vertelt, dat de doktoren haar prezen om haar doorzettingsvermogen: „een ander kind had het misschien niet gehaald.”

Veel langer dan normaal is deze moeder voor onze patiënte haar hele wereld geweest. Buiten de moeder bestond er vrijwel niets: geen spelen in de buurt, geen vriendinnetjes, geen kleuterschool. Het broertje is vier jaar jonger, de vader is veel weg. De moeder móét dus ook wel haar wereld geweest zijn. Met vijf jaar, na een uitzending naar buiten, is het kind geleidelijk wat opgeknapt. De moeder kreeg haar handen wat meer vrij en wierp zich op de kleine zoon, die zij adoreert.

De aanpassing van patiënte aan de buitenwereld — de school bijvoorbeeld — ging eerst wat moeizaam. Zij moest telkens een weekje thuisblijven „om wat verwend te worden”, zoals de moeder zegt. Geleidelijk aan leert zij het, dat wil zeggen botst zij minder met de schooljuffrouw, maar een vrolijk kind is zij zelden. Zij krijgt een vriendinnetje dat in de lagere school-periode door de moeder wordt getolereerd, maar in de zesde klas niet meer, omdat dit vriendinnetje naar de huishoudschool gaat en dus maatschappelijk een andere weg kiest (standsgevoel!). Dit is voor patiënte een slag; bovendien betekent huishoudschool blijkbaar „degradatie”.

Patiënte doet toelatingsexamen voor het lyceum, maar blijkt te zijn klaargestoomd voor de mulo en zakt. Zij wordt daarop van de dorpschool overgeplaatst naar een goede opleidingsschool in een grotere plaats, waar zij, dertien jaar oud, nu vlak voor haar toelatingsexamen zit.

Patiënte heeft haar moeder min of meer verloren aan haar broertje. In haar fantasie — dit blijkt duidelijk in de psychologische test — wil zij haar moeder terug winnen via grote prestaties later: zij wil dokter worden, veel geld verdienen en later voor moeder zorgen. De moeder kan dit „dokter worden later” van haar dochter niet accepteren, omdat iemand van het gezin haar dan voorbij zou streven. Zij bespot dus dit studieplan: „je bent te vaak ziek, te zwak, je hebt vaak hoofdpijn, kan dan geen huiswerk maken, je zakt voor het examen en je weet, dan ga je naar de huishoudschool.”

Het is een feit, dat patiënte vaak hoofdpijn heeft. Zij gaat zelf tabletten slikken, die moeder ook slikt als zij hoofdpijn heeft. Ze helpen niet. Zij neemt er meer. De hoofdpijn blijft. Zij zit in een vrij volledige impasse. Zij staat gevoelsmatig geheel alleen in de wereld. Haar pogingen om de voor haar belangrijkste gevoelsband, die met de moeder, te herstellen lopen niet alleen op niets uit, maar leiden bovendien nog tot een diepgevoelde krenking van haar neiging tot presteren. Zij weet hier niet uit te komen. Er is geen band met mensen, er is geen band met werk. Op een dag dat zij voor de tweede maal de menstruatie achter de rug heeft neemt zij op school elf tabletten in en de volgende dag vijftien. Daarbij zegt zij tegen een klasgenoot dat zij 's middags vóór de handwerkles dood wil zijn.

Als antwoord op de vraag van de kinderarts kunnen wij zeggen, dat de hoofdpijn een belangrijke rol heeft gespeeld als luxerend moment, maar dat wij

hier wèl moeten spreken van een suïcidepoging.

Voor een algemene beschouwing van de psychologische aspecten van de suïcide zij verwezen naar het artikel van *Speyer* in dit tijdschrift.

In de levensgeschiedenis van dit meisje spelen vereenzaming en prestige-verlies de belangrijkste rol en als waarschuwingssymptomen voor de omgeving vinden wij de voor de ouders toch onverklaarbare hoofdpijn en depressie. Reconstruerend blijkt het presuïcidale syndroom (*Ringel*) volledig aanwezig: vereenzaming, geremde agressiviteit tegenover de moeder en vlucht in de fantasie (eerst „dokter worden”, en wanneer dat niet helpt: „als ik dood ben houden ze van me”).

Wat betreft de therapie zou ik vanuit mijn vak het meeste voelen voor een zogenaamde „case-work”-aankpak. Daarbij spelen echter zoveel maatschappelijke facetten een rol, dat het nodig is deze eerst door de socioloog belicht te zien.

Sociologische mededelingen

door Dr H. Ph. Milikowski

Ik zal mij er toe beperken de sociale situatie van de ouders en de sociale relaties van patiënte te belichten. Vader komt uit de kleine handeldrijvende middenstand. Hij is bedrijfsadviseur, dat wil zeggen dat hij bij een bepaalde branche van de detailhandel optreedt als adviseur namens het grootbedrijf. Zijn vader was eigenaar van twee zaken. Zelf heeft hij een leaarsopleiding voor het middenstandsbedrijf gehad. Zowel door zijn opvoeding als door zijn huidige status is hij een typische vertegenwoordiger van genoemde maatschappelijke klasse, die zich zelfstandig noemt maar in sterke mate aan het grootbedrijf is gebonden.

Moeder komt uit dezelfde maatschappelijke klasse als vader. Zij heeft de handelsschool doorlopen en was een aantal jaren administratief werkzaam bij een grootbedrijf. Typerend is in dit verband een uitspraak, door moeder tegenover de maatschappelijk werkster gedaan: „Het was bij ons thuis een hard zakenmilieu, waar iedereen voor zichzelf moest zorgen, en dat vind ik een prima instelling.”

Moeder vertelt dat zij weinig contacten met anderen onderhouden: „In het zakenleven heb je daar geen tijd voor. Je sluit je heel moeilijk aan.” Vader en moeder trachten ook in de gesprekken met mij zo weinig mogelijk intieme gegevens van het gezinsleven prijs te geven. Zij blijven, ondanks hun welwillendheid, gesloten. Het gezin, meelevend Nederlands hervormd, is afkomstig uit een provincie-hoofdstad die overwegend hervormd is, doch woont sinds een viertal jaren in een veel kleinere plaats in het westen van het land, welke voor circa 95 procent rooms-katholiek is.

Zowel uit de gegevens van de psychiater als uit die welke de sociale werkster en ikzelf hebben verkregen, blijkt dat patiënte de belangrijkste gevoelsband, namelijk die met de moeder, heeft verloren en niet kan herstellen. Haar prestaties, waarmee zij haar moeder wil terugwinnen, worden door deze gekleineerd. Zij moet zich dus juist tegenover haar moeder een nutteloos en waardeloos mens voelen. Maar patiënte mist niet alleen goede contacten met haar moeder, haar vader en haar broertje; ook buiten het gezinsverband, zoals op school en op de club, ontbreken de goede sociale betrekkingen met andere kinderen. Patiënte staat alleen.

Voor een algemene beschouwing over de maatschappelijke aspecten van de zelfmoord moge kortheidshalve worden verwezen naar het artikel van *Kruijt* (1962) in dit tijdschrift. Daarin wordt uitvoerig gesproken over de — thans vrij algemeen aanvaarde — theorie van Durkheim, volgens welke de „egoïstische” of „individualistische” zelfmoord

vooral moet worden toegeschreven aan een gevoel van sociale verlatenheid en nutteloosheid. Ook bij onze patiënte blijkt dit het geval te zijn.

Beide ouders komen uit het harde, op zichzelf aangewezen zakenmilieu, waar de gevoelens van sociale solidariteit zwak zijn en het individualisme groot. Het is een gezin dat in sterke mate de individualistische inslag van de handeldrijvende kleine zelfstandige middenstand heeft ontwikkeld. De vader, maar vooral de moeder, toont zeer sterk het standsgevoel van de middenstand. Het gezin leeft op zichzelf en voor zichzelf. Het is in sterke mate wat men in de sociologie wel noemt het „gesloten”, individualistische gezin. Moeder verbaast er zich zelfs vaak over dat sommige mensen zoveel intimiteiten kunnen vertellen aan anderen, die zij nauwelijks kennen.

Het gezin heeft weinig intieme sociale relaties. Dit Nederlands hervormde gezin, dat in de plaats van herkomst enige vriendschappen onderhield, is vertrokken naar een kleine, nagenoeg geheel rooms-katholieke plaats. De bindingen welke men had zijn verbroken, een integratie in het nieuwe milieu verloopt stroef. Standsbewustzijn en levensbeschouwing versterken dit. Bijkomende omstandigheden, zoals de dreigende echtscheiding, bevorderen mogelijk hun geïsoleerdheid.

In dit geïsoleerd levende gezin is patiënte bovendien nog een geïsoleerd lid. Haar moeder heeft openlijke voorkeur voor haar broertje. De voorkeur van haar vader wordt iets minder scherp geformuleerd, maar bestaat toch. Met haar broertje, evenals met haar moeder, leeft patiënte op een voortdurende voet van oorlog. Op school en in de club is zij niet voldoende ingeburgerd. De sterk individualistische opvoeding die zij thuis krijgt werkt dóór; het kind heeft geen vriendinnetjes en kan moeilijk contacten leggen.

Patiënte is dus een sociaal bijzonder vereenzaamd kind. Zij is ongelukkig omdat zij elke goede vriendschap mist. Zij werft nu om de liefde van haar moeder, haar belangrijkste gevoelsband, en wil door dokter te worden en veel geld te verdienen, zich voor haar moeder, die in termen van geld en stand denkt, nuttig maken. Het merkwaardige feit doet zich voor, dat haar moeder uit rivaliteit zich juist tegen de ambities van haar dochter verzet, een rivaliteit welke een duidelijke aanwijzing is dat de moeder in haar sterk individualistische concurrentiedrang zich zelfs tegenover haar dochter meent te moeten handhaven. De moeder laat het kind niet de illusie dat het de goede sociale relatie met haar zal kunnen herstellen of dat het zich voor haar nuttig zal kunnen maken.

Twee aspecten treden dus bij patiënte op de voorgrond: sociale verlatenheid en nutteloosheid. En daarmee groeit een situatie, welke gunstig is voor zelfmoordplannen.

Samenvatting door Prof. Dr G. M. H. Veeneklaas

Van de kinderarts heeft u gehoord omtrent de

omstandigheden waaronder kinderen een geneesmiddelenintoxicatie kunnen krijgen. Het gedrag van patiënte deed vermoeden, dat zij zou behoren tot de groep, die op jonge leeftijd een poging tot suicide doet. De waarnemingen van de psychiater bevestigen dit vermoeden maar al te zeer. De socioloog heeft ons goed laten zien hoe de sociale omstandigheden in deze bovendien bevorderend hebben gewerkt. Bij de sociologische bespreking van onze patiënte is het interessant op te merken hoezeer de socioloog sociale krachten brengt binnen psychologische mechanismen wanneer hij opmerkt, dat de moeder uit rivaliteit (voortgekomen uit de individualistische concurrentiedrang van de handeldrijvende middenstand) zich moet verzetten tegen de ambities van haar dochter. Niet steeds weten psychiater en socioloog elkaar zo goed te vinden.

De vraag naar de therapie komt nu aan de orde en eveneens de vraag, welke rol de huisarts daarbij kan vervullen. De psychiater duidde reeds aan, te voelen voor „case-work”, waarmee zij bedoelt dat de psychiater de patiënte in regelmatige psychotherapeutische zittingen behandelt, terwijl een psychiatrisch geschoold sociaal werkster de ouders coacht en, voor zoveel mogelijk, inzicht doet krijgen in hetgeen er met henzelf en hun kind aan de hand is. Als regel komen daarbij niet alleen zeer heftige maar ook bijzonder verwarrende en angstig makende gevoelens aan de dag, die vragen om herkenning, opvang, respectering en begeleiding. Dit is langdurig en subtiel vakwerk. De huisarts kan behulpzaam zijn door zowel zijn patiënt als de ingeschakelde specialisten met belangstelling gade te slaan, zodat hij, indien nodig, een waardevolle steun in het veld van krachten kan vormen. Het is te begrijpen dat hem de lust kan bekruipe om of wel zelf in overeenkomstige of vergelijkbare gevallen aan de behandeling te beginnen of wel met de specialist mee te gaan doen. Dit is te begrijpen omdat hij met zijn artsdiploma bevoegd is geworden de geneeskunde in volle omvang uit te oefenen en ook omdat psychotherapie soms eenvoudig en voor de hand liggend lijkt, vooral voor hem, die zich toch reeds voor de menselijke kanten van zijn patiënten interesseert. Voor een verantwoorde psychotherapie is echter een specialistische opleiding nodig; met onvoldoende kennis wordt een patiënt gemakkelijk ernstig psychisch letsel bezorgd.

De aanpak lijkt dus voornamelijk een psychosociale te zijn, uit te voeren door psychiater en psychiatrisch-geschoold sociaal werkster. De kinderarts, nog meer dan de huisarts, blijft er verder buiten. Toch heeft hij een belangrijke rol gespeeld: hij zat namelijk aan het loket toen de patiënte met haar kaartje binnenkwam. Hij moest keus maken omtrent de categorie waarin hij haar zou onderbrengen: geneesmiddelenintoxicatie óf geneesmiddelenintoxicatie en suicide, en hij wist haar, naar wij hopen, naar de haar toekomstige en passende plaats te begeleiden.

Tenslotte: men zal zich wellicht hebben afgevraagd, waarom de huisarts van de patiënt niet aan

deze bespreking heeft deelgenomen. Zulks lag inderdaad in de bedoeling, doch helaas hebben zijn bezigheden hem verhinderd hierbij aanwezig te zijn. Wij hebben echter het voorrecht gehad hem bij een vroegere bespreking geruime tijd in ons midden te hebben en namens hem mag ik mededelen, dat hij zich met de visie, welke wij hebben gepresenteerd, geheel kan verenigen.

Berg, B. J. van den (1959) Ongevallensterfte in Nederland,

in het bijzonder bij kinderen. Batteljee en Terpstra, Leiden.

Gelderens, H. H. van (1955) Preschool mortality in the Netherlands. *Stenfort Kroese*, Leiden.

Gelderens, H. H. van (1956) *Ned. T. Geneesk.* 100, 1363.

Kruijt, C. S. (1962) *huisarts en wetenschap* 5, 73.

Moeschlin, S. (1959) *Klinik und Therapie der Vergiftungen*. Thieme, Stuttgart.

Ringel, E. (1953) *Der Selbstmord*. Maudrich, Wenen.

Speyer, N. (1935) *Energetisch-psychologische grondslagen van de zelfmoord*. De Voorpost, Rotterdam.

Speyer, N. (1962) *huisarts en wetenschap* 5, 112.

Hoofdpijn in de keel-, neus- en oorheelkunde

DOOR B. N. REYDON JR, ARTS TE AMSTERDAM*

Onder de talloze patiënten, die over hoofdpijn klagen, vormen diegenen, bij wie de oorzaak der hoofdpijn op het terrein van de keel-neus-oorarts ligt, slechts een kleine groep. Zelfs wanneer men bij een hoofdpijnlidder een chronische sinusitis maxillaris vindt, wil dat nog niet zeggen, dat het causale verband tussen de ontsteking en de hoofdpijn vaststaat. Niettemin kan een systematische behandeling van dit onderwerp voor de huisarts van nut zijn.

Het oor. Bij de meeste ziekten van het oor (otitis externa, otitis media) is de pijn geen echte hoofdpijn; het is meer oorpijn, dus temporale pijn. Wanneer echter bij deze oorpijn óók algemene hoofdpijn ontstaat, is dit zeer verdacht voor dreigende of reeds opgetreden complicaties, zoals labyrinthitis, sinus-trombose, otogene meningitis of encefalitis. In geval van hoofdpijn bij een bestaand oorlijden zal men dus bijzondere aandacht moeten schenken aan verschijnselen als nystagmus, nekstijfheid, misselijkheid, braken of een positief fistelsymptoom.

De neus. Men kan rustig zeggen dat elke obstructie in de neus, of deze nu wordt veroorzaakt door een corpus alienum, adenoid, neuspoliepen, septum-deviatie, cristae, te sterk gezwollen conchae, maligne tumoren, allergische of vasolabiele factoren, hoofdpijn kan veroorzaken. Deze hoofdpijn is voornamelijk gelokaliseerd tussen en boven de ogen en heeft een dof en niet zeer hevig karakter. Een eenvoudige en veelzeggende proef is de patiënt beurtelings door het rechter en linker neusgat te laten blazen en na te gaan, of er een goede, gelijke luchtpassage is. Verder kan men vragen hoeveel zakdoeken de patiënt per dag gebruikt en of de afscheiding rechts even groot is als links. De therapie is gericht op het wegnemen van de oorzaak.

De bijholten. Volgens Proetz is het aandeel van de sinussen in het veroorzaken van hoofdpijn op

circa 5 procent te schatten. Toch is het belangrijk bij hoofdpijn altijd de bijholten te onderzoeken. Anders bestaat het gevaar dat een hoofdpijn als functioneel wordt gediagnostiseerd, terwijl er wel degelijk een organisch sinuslijden aan ten grondslag ligt.

Wanneer men over een sinusitis zonder meer spreekt, bedoelt men de chronische. De hoofdpijn veroorzakende acute sinusitis is veel zeldzamer en gaat gepaard met ernstig algemeen ziek zijn, hoge koorts, hevige lokale hoofdpijn, drukpijn en veelal roodheid en oedeemvorming van het boven de sinus liggende weefsel.

De chronische sinusitis-patiënt echter heeft diffuse hoofdpijn, die minder hevig van karakter is. Vaak wordt deze pijn alleen als een band- of drukgevoel ervaren. Zodra echter het natuurlijke ostium afgesloten raakt en de bijholte tengevolge van de voortgaande etterproductie onder druk komt, ontstaat er werkelijke hoofdpijn.

Hoe komt men tot de diagnose (chronische) sinusitis?

De anamnese geeft vaak al aanwijzingen. Is de hoofdpijn ontstaan na verkoudheid, na een vliegreis (aerosinusitis) of na zwemmen, vooral duiken? Is er sterke, veelal tot één zijde beperkte neusafscheiding? Is deze afscheiding foetide (dikwijls bij dentogene sinusitis maxillaris)? Is er allergie, die afsluiting van de natuurlijke bijholte-ostia bevordert? Heeft de patiënt last van neuspoliepen of andere vernauwingen in de neus, die de natuurlijke afvloed belemmeren?

Inspectie (rhinoscopia anterior en eventueel posterior) van de neus is van groot belang. Ziet men een duidelijke etterafvloed onder de concha media vandaan komen, dan is het zeker dat er een sinusitis maxillaris, frontalis of ethmoidalis anterior in het spel is, deze sinussen hebben onder de concha media hun natuurlijke ostium. Ziet men pus bóven de concha media aflopen, dan is er een sinusitis sphenoidalis of ethmoidalis posterior. Anderzijds mag men niet zeggen: geen pus in de neus is gelijk aan geen sinusitis. Er kan immers een sinusitis met afgesloten ostium zijn, zodat de etter niet in de neus

* Uit de Universiteitskliniek voor keel-neus-oorheelkunde, Wilhelminagasthuis, Amsterdam; hoofd: Prof. Dr L. B. W. Jongkees.