

gezien zowel wetenschappelijk onderzoek als onderwijs, gedurende de laatste generaties, vrijwel geheel in handen van specialisten zijn geweest. De noodzaak van wetenschappelijk onderzoek op dit gebied is duidelijk en zeer dringend. Evenzo is het noodzakelijk, dat de huisartsen antwoorden op het beroep dat in dit opzicht op hen wordt gedaan". Men dient hierbij aan te tekenen dat slechts wanneer op dit gebied intensief wetenschappelijk onderzoek door huisartsen wordt verricht, mag worden verwacht dat de uitkomsten en inzichten in de toekomst in het medisch onderwijs zullen worden geïntegreerd.

In dit nummer van „huisarts en wetenschap” treft men van de hand van C. A. Kuypers een analyse aan van een onderzoek dat hij gedurende een jaar in zijn huisartspraktijk deed bij alle patiënten met psychosomatische stoornissen. Het door de auteur verzamelde materiaal is zo summier mogelijk behandeld, maar niettemin uitgegroeid tot een groot artikel, dat ons inziens buitengewoon veel perspectieven opent voor verder wetenschappelijk onderzoek door huisartsen in de zin, zoals Balint dat heeft geformuleerd.

H.

„Psychosomatische” stoornissen in een plattelandspraktijk

DOOR DR. C. A. KUYPERS, HUISARTS TE ZELHEM

Inleiding. De laatste decennia wordt in de medische wereld in toenemende mate aandacht besteed aan wat voorheen dikwijls werd aangeduid als de „functionele patiënt”. Uit de literatuur krijgt men de indruk dat het hier voornamelijk gaat om de „problempatiënt”, de langdurige lijder die resistent blijft tegen elke vorm van therapie door huisarts of specialist toegepast. De vraag dringt zich op of de problempatiënt representatief mag worden geacht voor alle patiënten met nerveuze, emotionele of zo men wil psychosomatische stoornissen die de huisarts krijgt te zien, of dat dergelijke patiënten slechts een minderheid vormen en dat de hulp van de huisarts hoofdzakelijk wordt gevraagd voor de minder ernstige en minder langdurige gevallen.

Het lijkt van belang met het oog op de scholing en de nascholing van de huisarts deze verhoudingen in de algemene praktijk te kennen. *Fry* berekent uit vele literatuurgegevens dat tien tot vijftien procent van alle consulten van de huisarts wordt besteed aan patiënten met de meest voorkomende psychoneurosen, „common psychoneuroses”. Hij schat dat ongeveer negentiende van deze „emotional disorders” kan worden gerangschikt onder de „minor maladies”, de lichte gevallen. Men kan zich nu het volgende afvragen. Moeten al deze lichte gevallen psychotherapeutisch worden behandeld, of kan worden volstaan met een symptomatische behandeling. Wat is het resultaat van behandeling door een huisarts zonder verdere speciale opleiding? Hoe ver moet worden gegaan met de psychologische en sociologische vorming van de huisarts? Is het noodzakelijk dat men, om verantwoorde huisartsgeneeskunde te kunnen beoefenen, zich inwerkt in de gezinssociologie?

Om enig inzicht te krijgen in deze materie werd een studie gemaakt van alle patiënten met een psycho-emotionele casu quo psychosomatische stoornis die zich gedurende een bepaald jaar op het spreekuur presenteerden. Er werd nagegaan

met welke klachten — „presenting symptoms” — zij kwamen en welke psychosociale factoren van invloed waren op het ontstaan der klachten. Het onderzoek werd beperkt tot patiënten, bij wie na een eenvoudig fysisch onderzoek, zo nodig aangevuld door specialistisch consult, geen somatisch substraat voor hun klachten kon worden gevonden. Naast aanleg en karakter moesten bovendien de psychosociale milieufactoren van overwegende betekenis blijken te zijn voor het ontstaan en het bestaan der klachten.

In de pathogenese van vrijwel iedere zieke spelen psychosociale factoren een meer of minder grote rol. Daarom kan afgrenzing van de groep patiënten met bovengenoemde stoornissen ten opzichte van groepen met een ander ziektepatroon niet scherp zijn. Toch bleek het in de praktijk mogelijk deze morbiditeitsgroep als een groep met eigen aspect te onderkennen.

Zoals uit het voorafgaande blijkt, worden er verschillende benamingen aan deze nerveuze stoornissen gegeven, bijvoorbeeld emotionele stoornissen, lichte psychoneurosen, psychosomatische ziekten, lichte reactieve depressies, „anxiety states”, enzovoort. Dit is begrijpelijk omdat er onder de patiënten aanmerkelijke verschillen worden aangetroffen in de presentatie van het ziektebeeld. Het aspect is afhankelijk van de mate waarin een der componenten — psychisch, emotioneel of somatisch — op de voorgrond staat.

Hodgkin verdeelt de lichte „emotionosen” naar ernst en duur in twee groepen, „simple anxiety” en „tension states”, terwijl hij de benaming van psychosomatische ziekten reserveert voor die patiënten bij wie organische afwijkingen bestaan tengevolge van psychische invloeden. Anderen menen dat functionele stoornissen het criterium moeten zijn voor de diagnose psychosomatische stoornis. In het volgende werd van een onderverdeling van de lichte neurosen afgezien, omdat deze differentiatie

te kunstmatig en van weinig praktische betekenis werd geacht; zij werden samengevat onder de naam „psychosomatische” stoornissen, waarbij als maatstaf gold dat er duidelijke somatische klachten werden geuit. Het ware wenselijk dat er overeenstemming werd gebracht in de benaming en omschrijving van deze „ontstemmingstoestanden.”

Ziektefrequentie. In het observatiejaar werden, merendeels op het spreekuur, 299 patiënten met lichte psychosomatische klachten gezien; gedurende dit jaar traden er 46 recidieven op: onder de 193 vrouwen 35 recidieven en onder de 106 mannen elf recidieven. Een en ander betekent dat ongeveer tien procent van alle zielen uit de praktijk zich gedurende het observatiejaar onder behandeling stelde voor een lichte psychosomatische stoornis.

Shepherd en medewerkers vonden bij hun onderzoek in Londen dat negen procent van alle volwassenen dit deed; Hodgkin vermeldt een getal van vijftien procent. Het aantal consulten voor bovengenoemde 345 ziektegevallen bedroeg in datzelfde jaar 1080, hetgeen neerkomt op ruim drie consulten per jaar per ziektegeval. Het totale aantal spreekuurconsulten — betreffende alle diagnoses — beliep in het observatiejaar 6885. Ruim vijftien procent van alle consulten werd dus gevraagd voor patiënten met lichte psychosomatische stoornissen; dit houdt in dat op het spreekuur (eenmaal daags) gemiddeld vier van de 26 patiënten wegens een psychosomatische stoornis kwamen.

Naast deze 299 lichte gevallen werden in het observatiejaar zeven probleempatiënten gezien, die al jaren onder behandeling waren (vijf vrouwen en twee mannen). Deze patiënten werden niet in deze studie verwerkt. Uiteraard zijn hun ziektebeelden niet scherp af te grenzen van die van andere patiënten met psychosomatische stoornissen: bij vijf van hen werd ook het neurasthene klachtenpatroon gevonden (vier vrouwen en een man). Deze patiënten vertoonden ernstige en hardnekkige klachten, die resistent bleken tegen de toegepaste behandeling. Hun aanleg en persoonlijkheidsstructuur speelden een grote rol bij het optreden en het blijven bestaan der klachten, terwijl de conflicten minder actueel waren en meer verborgen bleven voor arts en patiënt. De verhouding tussen de aantallen lichte en ernstige gevallen, (299 tegen zeven) komt goed overeen met de schatting van Fry. Ook in diens praktijk bleek de voornaamste taak van de huisarts de behandeling van de lichte nerveuze en emotionele stoornissen te zijn.

De bemoeienissen met patiënten met psychosen, epilepsie en dementie gedurende dit observatiejaar werden in deze studie buiten beschouwing gelaten.

Klachten. Hoe kunnen patiënten met een psychosomatische stoornis door de huisarts gedurende een druk spreekuur in een aanvaardbare tijdsduur worden geselecteerd? Zijn er behalve negatieve — het

ontbreken van somatische afwijkingen — ook positieve aanwijzingen die suggestief zijn voor deze diagnose en die de huisarts vrij spoedig op het juiste spoor kunnen brengen? Die lichte neurotische reacties, die zoveel in de algemene praktijk voorkomen, zijn dikwijls moeilijk te herkennen (Shepherd). Het is praktisch niet uitvoerbaar alle nieuwe patiënten tijdens het spreekuur uitvoerig somatisch te onderzoeken en hen vervolgens na negatieve bevindingen allen door de specialistische „molen” te sturen. Er moet worden geselecteerd.

De volgende gedragslijn werd door mij gevolgd. Zoveel mogelijk werden alle klachten, welke de patiënten spontaan en bij navraag meedeelden, geregistreerd. In verband met het grote aantal en de veelsoortigheid der klachten — kenmerkend voor patiënten met psycho-emotionele stoornissen — werden gelijksoortige klachten groepsgewijze gerangschikt en werd volstaan met de frequentiebepaling in deze groepen. Dit kwam de overzichtelijkheid mede ten goede. Zo werden twee hoofdgroepen van klachten onderscheiden: de somatische klachten en de psycho-emotionele klachten. Deze hoofdgroepen werden onderverdeeld in subgroepen. Het aantal hiervan bedroeg tien in de somatische groep en zes in de psycho-emotionele groep (*tabel 1*).

Het klachtenpatroon van vrouwen en mannen verschilt weinig; alleen ligt het aantal maag- en buikklachten verhoudingsgewijs bij de mannen duidelijk hoger. Dit stemt overeen met de algemene opvatting dat de man afreageert via zijn maag. Het totale aantal der klachten is veel hoger dan het totale aantal patiënten; de patiënten komen vrijwel altijd met meer dan één klacht: gewoonlijk met enkele klachten uit de somatische en met enkele uit de psycho-emotionele groep. Merkwaardigerwijs is het aantal klachten in beide hoofdgroepen ongeveer gelijk.

Verhoogde prikkelbaarheid komt veel frequenter voor dan het cijfer uit deze tabel aangeeft. Indien er naar wordt gevraagd, wordt een positief antwoord zelden gemist. Uit zichzelf komen de patiënten zelden of niet met deze klacht. Zij generen er zich voor en veroordelen het bestaan ervan bij zichzelf. Het symptoom van het opboeren en luchtslikken dat hier kenmerkend „bulken” wordt genoemd, werd apart gerubriceerd, omdat gedacht werd aan een streek-eigen symptoom. Het bleek dus kenmerkend voor de categorie van patiënten met relatief lichte nerveuze en emotionele stoornissen, dat zij, hetzij spontaan hetzij bij navraag, een veelheid van klachten uitten die zowel in de lichamelijke als in de psychische en affectieve sfeer thuishoren.

Naast de meer orgaan-gerichte klachten uit de eerste hoofdgroep — zoals de cardio-vasculaire en de gastro-intestinale klachten — komt in hoge frequentie een symptomencomplex voor dat bestaat uit een trias van algemene klachten uit de eerste groep — moeheid, hoofdpijn en duizeligheid — en

Tabel 1. *Overzicht van de somatische en de psycho-emotionele klachten bij 299 patiënten (345 ziektegevallen)*

	Vrouwen		Mannen		Totaal	
Aantal patiënten	193		106		299	
Aantal ziektegevallen	228		117		345	
Somatische klachten	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Moeheid: uitputting, vooral 's ochtends	155	68	72	61	227	65,6
Hoofdpijn: in voorhoofd, in het achterhoofd, bandgevoel, haarpijn, gevoel of de hersens los zitten, enzovoort	88	38	32	27	120	35
Duizeligheid: licht in het hoofd, lopen als een beschonkene, oorsuizen, flauwtjes	65	28,5	31	26,5	96	28
Cardio-vasculaire klachten: globus nervosus, propgevoel, dik, snoerend gevoel in de keel, hartkloppingen, zwaar bonzen, benauwdheid op de borst, pijn in de hartpuntstreek, in de linker borsthelft en linker arm, achter het sternum, vasovagale aanvallen met bleek worden, zweten, hartbonzen, duizeligheid, neiging tot syncope, defaecatiedrang	62	27	36	31	98	28,5
Maag-darmklachten: zwaar, benauwd gevoel in bovenbuik, in maagstreek, nausea, anorexie, vermagering, maagpijn, pijn in de bovenbuik of laag in de buik, crampi, navelkolieken, spastische obstipatie, diarrhoea	81	35,5	65	55	146	42
Opboeren („bulken”), gapen	25		10		35	
Spier- en zenuwpijnen: pijnen in de ledematen, rugpijn, lendepijn, enzovoort, tremores, trillingen, beven	45	20	23	19,5	68	20
Gynaecologische klachten: dysmenorrhoea, premenstruele spanning, fluor albus, bekkenpijnsyndroom, pijn bij de coïtus, afkeer van de coïtus, verminderde libido, hyperemesis gravidarum	22	10				
Huidklachten: pruritis, urticaria, eczema, zweetaanvallen, klamme huid, uro-genitale klachten	2		2		4	
Klachten over de luchtwegen: kriebelhoest, asthma bronchiale	10		4		14	
	5		3		8	
Totaal	560		278		838	
Psycho-emotionele klachten	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Depressie: negatieve stemming „er geen gat meer in zien”, huilbuien, moedeloosheid, neerslachtigheid, enzovoort	129	56,5	77	65	206	59,7
Angst: onrust, gejaagdheid, „nerveus”, anxiety	153	67	80	68	233	67,5
Slaapstoornissen: slapeloosheid, moeilijk inslapen, slaapzucht, dromen, angstdromen	149	65	66	56	215	62,3
Adynamie: tegenzin in het werk, apathie, lusteloosheid, traagheid, onverschilligheid	63	27,5	42	35,5	105	30,4
Prikkelbaarheid: humeurig, lastig, agressief, snel geïrriteerd	34		10		44	
Vergeetachtigheid: moeilijk concentreren, aandacht niet bij het werk kunnen houden	4		6		10	
Totaal	532		281		813	

uit de eerste vier of vijf klachten uit de psycho-emotionele groep. Dit symptomcomplex, dat zich tijdens de bewerking van de gegevens steeds duidelijker ging aftekenen, zou men kunnen samenvatten onder de naam van neurastheen syndroom. Uit de aanwezigheid van dit syndroom zou men dus een positieve aanwijzing mogen afleiden voor de diagnose psychosomatisch lijden.

Komt een patiënt op het spreekuur met bijvoorbeeld klachten over het cardio-vasculaire apparaat of over de tractus digestivus, en komt bij verder navragen het neurastheen klachtenpatroon te voorschijn — hoofdpijn, duizeligheid, (ochtend)moeheid, lusteloosheid, geen zin in welke activiteit dan ook, prikkelbaarheid en slaapstoornissen — dan moet dit een reden zijn om de diagnose psychosomatische stoornis mede in overweging te nemen. Het behoeft geen betoog dat het somatische onderzoek niet achterwege mag blijven; een somatisch lijden kan achter deze symptomen schuil gaan en kan de draagkracht van de patiënt voor een bepaalde psychosociale belasting hebben ondermijnd. Met name een anemie kan hierbij een verrassende rol spelen. Een tweetal voorbeelden hiervan volgt.

Het gaat om een 43-jarige vrouw uit de middenstand met twee kinderen. Haar houding is gesloten en afwerend. Zij klaagt over moeheid, hoofdpijn, geen zin in haar werk, lusteloosheid en moedeloosheid. Zij is verdrietig, depressief, prikkelbaar en zij heeft last van slapeloosheid. Zij heeft een stugge weinig warmte gevende echtgenoot. Haar eigen moeder woont in, dit werkt op haar zenuwen; zij heeft een conflict met haar schoonvader gehad, waarover zij steeds zelfverwijt heeft, al meent zij gelijk te hebben. Er bestaat een hypermenorrhoea, een prolapsgevoel en er is een sterke fluor albus. Niettegenstaande haar blozend uiterlijk blijkt het hemoglobinegehalte 55 procent te bedragen (Sicca). Behoudens een lichte kolpitis en erosie van de portio bestaan er geen afwijkingen aan de inwendige genitalia. Onderzoek op trichomonas is negatief. Het verband tussen haar klachten en moeilijkheden ziet zij na enkele gesprekken goed in: de psychische decompensatie ontstond onder invloed van de anemie. Na behandeling kan zij de moeilijkheden weer aan en voelt zij zich weer opgewekt. Een half jaar later ontstaat er een kort recidief met anemie en weer negen maanden later een kort recidief zonder anemie.

De andere patiënt is een 53-jarige man uit de middenstand. Hij heeft twee kinderen. Reeds gedurende tien jaar staat hij onder medische controle voor een gelijkblijvende essentiële hypertensie van 160/110-115 mm Hg. Hij krijgt geen medicijnen. In september 1962 klaagt hij over moeheid, slaapstoornissen, adynamie, lusteloosheid, depressie, onrust en angstig zijn. Er zijn paresthesiën in armen en handen en een verminderde kracht en stuur in de rechter hand. Hij voelt zich eenzaam na het overlijden van zijn echtgenote twee jaar tevoren. Hij heeft een dubbele taak, welke hij niet aan kan, maar welke hij toch blijft ambiëren. Hij blijkt een pernicieuze anemie te hebben met een hemoglobinegehalte van 64 procent. Er zijn geen tekenen van een gecombineerde strengdegeneratie. Na behandeling met vitamine B 12, en na een verlof, waarna een deel van zijn taak door een collega wordt overgenomen, volgt herstel.

Enkele correlaties. Angst en depressie gaan meestal samen, doch dikwijls treedt een van beide duidelijk op de voorgrond. Getracht werd een correlatie te vinden tussen angst of depressie enerzijds en de voornaamste somatische klacht ander-

zijds. Dit werd nagegaan voor de cardiale klachten en de maag-darmklachten.

Van 105 vrouwelijke patiënten met overwegend klachten over angst hadden 38 cardiale klachten; zeventien maag-darmklachten en zeven patiënten cardiale en buikklachten. Van 70 vrouwelijke patiënten met overwegend klachten van depressieve aard hadden twee cardiale klachten en 35 patiënten maag-darmklachten. Van 43 vrouwelijke patiënten met angst en depressie, zonder duidelijk overwegen van een van beide, hadden twaalf cardiale klachten; vijftien maag-darmklachten en drie patiënten cardiale en buikklachten.

Van 46 mannelijke patiënten met overwegend klachten over angst hadden negentien cardiale klachten; twaalf maag-darmklachten en twee patiënten cardiale en buikklachten. Van 39 mannelijke patiënten met overwegend depressieklachten hadden twee cardiale klachten, 24 maag-darmklachten en twee patiënten cardiale en buikklachten. Van 27 mannelijke patiënten met angst en depressieklachten zonder duidelijk overwegen van een van beide, hadden drie cardiale klachten; vijftien maag-darmklachten en vijf patiënten cardiale en buikklachten.

Deze correlaties suggereren dat angst zich voornamelijk uit via hartklachten en dat depressie meer gepaard gaat met maag- en darmklachten. De cardiale symptomen zou men kunnen interpreteren als een somatische uitdrukking van angst dat het voortbestaan in gevaar is, dat het leven wordt bedreigd; de buikklachten meer als een uiting van tegenzin in het leven en de actuele levenssituatie, zij gaan gepaard met gevoelens van walging en afkeer tegen het bestaan zoals het is.

Psychosociale belastende factoren. Naast de registratie van de symptomen werd getracht om de moeilijkheden, de aard van de psychisch belastende sociale factoren die mogelijk van invloed konden zijn geweest op het ontstaan der klachten, op te sporen. Het is moeilijk met zekerheid uit te maken of met de gevonden actuele conflictsituaties en stressfactoren alle, casu quo de werkelijk exogene oorzaken werden ontdekt. Aanwijzingen voor de causale betekenis van de gevonden psychosociale stoornis zijn de reacties van de patiënten op de besproken moeilijkheden en het effect van een en ander op de klachten. De huisarts bevindt zich ter beoordeling hiervan in een bijzonder gunstige situatie, omdat hij de „follow-up”, willens of onwillens, meemaakt; vroeger of later ziet hij de patiënt of zijn omgeving terug en dan kan hij zijn conclusies trekken.

In enkele gevallen was het niet mogelijk een belastende situatie aan te geven — bij de mannen was dit zeven maal, bij de vrouwen negen maal het geval. In de overige ziektegevallen — 329 van de 345 — konden één of verschillende „levensmoeilijkheden” worden opgespoord. Dit gebeurde voornamelijk tijdens de consulten op het spreekuur,

nogal eens mede doordat de arts op de hoogte was met de achtergronden van de patiënt.

Het aantal mogelijkheden van stoornissen in de intermenselijke relaties is legio en het is voor de overzichtelijkheid dan ook noodzakelijk de vele problemen die zich voordeden in een schema onder te brengen. De gevonden belastende factoren werden gerubriceerd in twaalf groepen. De eerste vier groepen betreffen uitsluitend het gezin. Een uitbreiding en een andere indeling en differentiëring van de factoren is zeker mogelijk en misschien te verkiezen. Aan elke indeling zijn echter bezwaren verbonden, zodat aan de volgende indeling de hand werd gehouden (*tabel 2*).

Opvallend zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen. Vanzelfsprekend ligt bij de huisvrouwen de voornaamste oorzaak in de psychische overbelasting door het gezin. Voor de mannen hebben de gezinsstoornissen lang niet die betekenis en zijn de belangrijkste tot psychische decompensatie aanleiding gevende frustraties in het beroepsmilieu te

vinden. Dit geldt evenzeer voor vrouwen en meisjes die buitenshuis werken. Onder de 27 vrouwen met conflicten in het werkmilieu waren twintig jonge ongehuwde vrouwen tussen zeventien en 25 jaar, werkzaam op fabriek, atelier of kantoor. Het is merkwaardig dat bij gezinsfrustraties die evengoed de man aangaan en een belasting voor hem moeten betekenen, zoals inwoning, huwelijksmoeilijkheden, het kinderloos blijven van het huwelijk, verhuizing, aanpassing en dergelijke, de vrouw psychisch decompenseert doch de man zelden klachten krijgt.

In de meerderheid der gevallen (183 van de 345) waren de moeilijkheden van recente datum en was er sprake van een actuele of een acute conflictsituatie. Het aantal gevonden conflictsituaties en belastende factoren is belangrijk groter dan het aantal patiënten; dikwijls hadden de patiënten tegelijkertijd moeilijkheden te verwerken, die onder verschillende factorengroepen vallen.

Het aantal vrouwelijke patiënten is ongeveer tweemaal dat van de mannen (*tabel 3*). In de leeftijdsklasse van dertig tot vijftig jaar is, vooral bij

Tabel 2. Overzicht van de sociaal-belastende factoren bij 299 patiënten (345 ziektegevallen)

	Vrouwen	Mannen	Totaal
Aantal patiënten	193	106	299
Aantal ziektegevallen	228	117	345
Sociaal-belastende factoren	Aantal	Aantal	Totaal
Gezinsmoeilijkheden, zoals spanningen door gedrag, ziekte, congenitale afwijkingen van de kinderen. Moeilijkheden met burens, door behuizing, de buurt. Angst om kinderen of misvormde kinderen te krijgen (zoals na het Softenon-drama). Angst voor onvruchtbaarheid; voor ziekte bij tuberculose en kanker in de familie, enzovoort	102	18	120
Spanningen door inwoning	37	12	49
Taak te zwaar, surmenage in het gezin, bijvoorbeeld bij combinatie van werk in gezin en op boerderij of bij zieken in het gezin; bij verbouwing in huis en dergelijke	23	—	23
Huwelijksmoeilijkheden in engere zin. Verlovingsmoeilijkheden . .	28	8	36
Totaal	190 (83%)	38 (32,5%)	
Familiespanningen	13	13	26
Verhuizing met aanpassingsmoeilijkheden	12	6	18
Vereenzaming door sterfgeval of vertrek van geliefde personen, door veranderde omstandigheden	18	7	25
Spanningen tijdens ziekten en lichamelijke stoornissen en na ongevallen, operaties en ziekten	20	15	35
Moeilijkheden op school, voor examens en dergelijke	8	2	10
Moeilijkheden in werk- en beroepsmilieu	27	68 (58%)	95
Andere belastende factoren, zoals economische, financiële, raciale	9	7	16
Emoties door ongevallen, acute ziekten of sterfgevallen en zelfmoord in familie of naaste omgeving	14	6	20
Totaal	311	162	473

de vrouwen, het aantal patiënten met nerveuze stoornissen en psychosomatosen relatief en absoluut het hoogst. Deze ervaringen stemmen goed overeen met die door andere auteurs gerapporteerd. Zo vonden Shepherd en de zijnen bij een onderzoek naar „minor mental illness” in twaalf praktijken in Londen, dat de frequentie hiervan bij vrouwen tweemaal zo hoog lag als bij mannen en dat het hoogste percentage werd bereikt op middelbare leeftijd.

De verdeling der drie beroepsklassen onder de mannelijke beroepsbevolking (van vijftien tot 65 jaar) in de praktijk waarin dit onderzoek plaats vond is, in afgeronde getallen: 500 arbeiders, 300 boeren en 150 middenstanders. Het blijkt dat er vooral tussen boeren en middenstanders duidelijke verschillen bestaan. Het aantal patiënten met psy-

chosomatische stoornissen onder de mannelijke boerenbevolking — althans bij hen die zich onder behandeling stelden — is relatief en absoluut laag. Het aantal patiënten met dergelijke stoornissen onder de mannelijke middenstanders is in vergelijking met de beide andere sociale groepen bijzonder hoog, vooral in de leeftijdsgroep van dertig tot vijftig jaar (tabel 3 en 4).

De cijfers betreffende de stressfactoren (tabel 4) bij de boeren betreffen elf patiënten, aangezien slechts bij elf van de zeventien boeren sociaal belastende omstandigheden konden worden gevonden; bij zes konden geen actuele conflictsituaties worden opgespoord. Mogelijk hadden bij vier van hen gezins- en inwoningsfactoren betekenis, doch dit bleef slechts een vermoeden. Vooral op het vlak

Tabel 3. Verdeling der 299 patiënten volgens leeftijd, geslacht en sociale klasse.

Sociale klasse		Leeftijd en geslacht													
		0 tot 15 jaar		15 tot 30 jaar		30 tot 50 jaar		50 tot 65 jaar		65 jaar en ouder		Totaal	Totaal 15 tot 65 jaar	Totaal	
		Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Arbeiders	Mannen	3	21	16	11	1	52	48							
	Vrouwen	4	33	41	7	2									87
Boeren	Mannen	0	4	5	8	1	18	17							
	Vrouwen	1	12	25	11	3									52
Middenstanders	Mannen	3	8	19	4	2	36	31							
	Vrouwen	1	18	20	11	4									54
Totaal	Mannen	6	33	40	23	4	106	96							
	Vrouwen	6	63	86	29	9									193

Tabel 4. Vergelijking van het aantal boeren en middenstanders met psychosomatische stoornissen (eigen praktijk)

Sociale klasse	Afgerond aantal mannen van 15-65 jaar in de praktijk	Aantal mannelijke patiënten van 15 tot 65 jaar met psychosomatische stoornissen	Aantal sociaal belastende factoren										
			Gezinsmoeilijkheden, inwoning, te zware taak, huwelijksmoeilijkheden	Familie-spanningen	Verhuizing met aanpassingsmoeilijkheden	Vereenzaming	Spanningen tijdens ziekten	Moeilijkheden op school	Moeilijkheden in werkmilieu	Andere belastende factoren	Emoties	Totaal	Patiënten met cardiale klachten
Boeren	300	17 ($\pm 6\%$)	5	1	—	2	4	—	5	3	—	20	4
Middenstanders	150	31 ($\pm 20\%$)	6	3	4	3	3	2	4	1	2	28	19

van mogelijke moeilijkheden door inwonen en samenwonen zijn de boerengezinnen zeer gesloten. Het is hier van oudsher de gewoonte dat het jonge gezin in gezinsverband blijft inwonen bij de ouders op de boerderij en dat zij één huishouding blijven vormen. Dit geeft dikwijls grote spanningen en moeilijkheden, doch jarenlang kan naar buiten, vooral ten opzichte van de „buurt”, de schijn worden opgehouden dat zij „goed met elkaar kunnen”. Ook onderling worden de moeilijkheden niet uitgesproken; de spanningen moeten zich ontladen in een andere richting. Wanneer men sondeert in de richting van gezinsmoeilijkheden, dan krijgt men ontwijkende antwoorden of geheel nul op het rekwest. Totdat een uitbarsting, een heftige ruzie onderling, de ware aard der moeilijkheden aan het licht brengt. De laatste jaren verandert echter veel en dit geschiedt in snel tempo. In toenemende mate en zonder gêne wordt als norm aanvaard dat het jonge gezin onder hetzelfde dak geheel gescheiden van de ouders gaat wonen en leven.

De middenstanders bleken veel minder gesloten en terughoudend te zijn; bij bijna allen konden belastende sociale factoren worden gevonden.

Diagnose en werkwijze. Door het grote aantal patiënten dat een huisarts op zijn spreekuur krijgt gepresenteerd, is een werkwijze die een snelle en toch verantwoorde schifting mogelijk maakt, noodzakelijk. De uitvoerige somatische anamnese en de uitgebreide status van het lichamelijk onderzoek zoals wordt geleerd op de universiteit, zijn voor een dergelijke schifting onbruikbaar en onhanteerbaar. Iedere practicus heeft een reductie toegepast die neerkomt op een gerichte anamnese en een gericht onderzoek, uitgaande van de klachten van de patiënt. Mutatis mutandis moet dit evenzeer gelden voor de aftasting van de derde dimensie: de psycho-sociale anamnese. Wegens tijdgebrek kan niet bij iedere psychosomatische patiënt een volledige biografische anamnese worden opgenomen, noch is er veel tijd beschikbaar voor een uitvoerig uit laten praten en „counseling”, om van een ontleding van de persoonlijkheidsstructuur maar niet te spreken. Dergelijke onderzoeksmethoden vereisen behalve tijd een diepgaande kennis van de psycho-analytische techniek.

Iedere arts zal op den duur een eigen techniek en methode ontwikkelen afhankelijk van zijn aard, aanleg en opleiding, en variërende van het magische machtswoord tot een uitvoerige psychosociale analyse en therapie. Het merendeel der huisartsen zal wel tussen de beide uitersten doorzeilen. Allen bereiken op deze wijze tewerkgaande, resultaten (Fry). Het therapeutische succes hangt in de eerste en voornaamste plaats af van het enthousiasme en de belangstelling van de arts en van zijn instelling en houding. Het slagen van de behandeling wordt meer bepaald door hoe hij vraagt, dan door wat hij vraagt. Zijn toewijding is belangrijker dan het psychosociale onderzoek en de medicamenten welke hij voorschrijft (Booy).

In het onderhavige onderzoek werd bij de anamnese, indien niet spontaan medegedeeld, steeds geïnformeerd naar symptomen van het neurasthene syndroom. Bij een deel van de patiënten bleek het somatische onderzoek met daaropvolgende geruststelling, eventueel gecombineerd met medicatie, voldoende om ongerustheid en klachten te doen verdwijnen. Bij het merendeel der patiënten, ook met deze lichte psycho-emotionele stoornissen bleek het noodzakelijk te zijn om verder te vragen naar psychosociale stressfactoren. Daarbij werd gebruik gemaakt van de ervaring op welk levensterrein in het algemeen de frustraties liggen, hetgeen in individuele gevallen werd vergemakkelijkt door de kennis van de gezins- en familieverhoudingen. Tijdens het gesprek werden dus gerichte vragen gesteld: bij vrouwen naar de gang van zaken in het gezin, de kinderen, inwonende familieleden, naar extra drukte, enzovoort. Bij mannen en werkende vrouwen naar de aard van het arbeidsmilieu en het eventuele plezier in het werk, naar ploegendienst, of ze liever een andere baan zouden wensen (*Koopman*), en dergelijke.

Op deze wijze werd nogal eens een situatie aangevoerd of een trefwoord uitgesproken met als gevolg een plotselinge ontboezeming, die de duur van de ondervraging aanmerkelijk kon bekorten. Veelal werden de aan het licht gekomen moeilijkheden besproken en werd ook getracht de patiënt inzicht bij te brengen in de causale relatie tussen conflict en klachten. In het algemeen geneert de patiënt zich voor dit verband; hij acht de gevolgtrekking dat het dus „zenuwen” zijn, minderwaardig en hij preferert een somatische diagnose. Om deze weerstand — „het is geen aanstellerij” — te overwinnen, werden dergelijke relaties toegelicht aan voorbeelden uit het dagelijkse leven, bijvoorbeeld de als normaal aanvaarde somatische reacties van hart en bloedvaten en de reacties van het maag- en darmstelsel op schrik, schaamte, verdriet en spanning. Tevens werd aan de somatische klachten het volle pond gegeven en deze werden zo nodig behandeld met medicamenten, leefregel, dieet en rust.

In de regel gelukte het op deze wijze de afweer spoedig af te zwakken, gedurende de eerste contacten de moeilijkheden op het spoor te komen en de patiënt tot praten te brengen. Soms zijn patiënten zeer gesloten, vooral wanneer zij zich voor de moeilijkheden schamen; dan kunnen, als de mogelijkheid zich daartoe voordoet, inlichtingen van familie of omgeving, zeer verhelderend werken.

Een negentienjarige vrouw ongehuwd, werkzaam in de dienstverlenende sector, komt met de volgende klachten: doods-moe, 's ochtends al, anorexie, pijn in de buik voornamelijk in de coecumstreek, neerslachtig, stil, nerveus, innerlijk onrustig, angst-dromen, slaapstoornissen, lusteloos; zij voelt zich niet in staat om te werken. Fysiek worden er geen afwijkingen gevonden. Het hemoglobinegehalte bedraagt 84 procent. Zij ontkent alle moeilijkheden en blijft dit ook na enkele gesprekken volhouden. Nadat deze toestand enkele weken heeft geduurd, wordt de oorzaak duidelijk dank zij een gesprek met haar zuster. De directrice van de dienst had patiënte een reprimande gegeven, ten onrechte naar patiënte's

mening, en gezegd dat zij meer toezicht zou krijgen. Zij voelt zich diep gekwetst, is haar zelfvertrouwen kwijt en kan het werk niet meer doen. Op mijn verzoek heeft de directrice een gesprek met haar dat de hemel doet opklaren. De klachten verdwijnen spoedig en daarop hervat zij haar taak.

Daar het bij deze patiënten veelal gaat om actuele conflictsituaties, realiseren sommigen zich het verband tussen hun moeilijkheden en hun klachten, en komen zij met de diagnose op het spreekuur: „het zullen wel zenuwen zijn”; dit zijn echter uitzonderingen. Bij een deel volgde inzicht in de causale relatie na een bespreking der moeilijkheden. Mijn indruk is dat dit bij ongeveer een kwart der patiënten plaatsvond: bij achttien van de 106 mannen en bij 59 van de 193 vrouwen.

Een 38-jarige man, gehuwd, twee kinderen, is van beroep afdelingschef. 's Nachts krijgt hij een aanval van benauwdheid op de borst, pijn in de streek van de ictus cordis, hartkloppingen en angst. Hij voelt zich al tien dagen niet goed, is onrustig, angstig en moe. Hij heeft slaapstoornissen en hij kan zich moeilijk concentreren. Fysiek zijn er geen afwijkingen. Zijn tensie is 155/95 mm Hg. Na onderzoek en geruststelling blijkt tijdens het gesprek dat patiënt ongeveer tien dagen tevoren een promotie had gemaakt, die meer verantwoordelijkheid inhoudt, dan waaraan patiënt gewend was. Hij realiseert zich nu dat hij tegen de nieuwe baan heeft opgezien en dat zijn klachten daarmede verband houden. Nadien heeft hij geen klachten meer gehad.

Het volgende geval betreft een vrouw, 44 jaar oud, gehuwd, met drie kinderen en een inwonende oude moeder, die geheel verzorgd moet worden zonder hulp van anderen. De man is arbeider. Het is een goed gezin. Zij is een tegere vrouw die moedig en opgewekt haar gezin leidt. Zij komt op het spreekuur wegens aanvallen van benauwdheid op de borst en in de keel, vooral 's avonds, met de angst „er in te blijven”. Zij is moe, lusteloos en kan moeilijk inslapen. Patiënte is erg handig met de naald, doch ziet geen kans meer, in verband met haar eigen zware taak, om voor de buurvrouw te blijven naaien. Zij ziet er als een berg tegen op dit de buurvrouw te vertellen en zij is bang dat die het haar kwalijk zal nemen. Tevens heeft zij het gewetensconflict, of het toch eigenlijk geen gemakzucht van haar is. Zij is erg opgelucht dat de dokter haar om gezondheidsredenen verder naaiwerk voor de buurvrouw verbiedt en dat zij dit voorschrift als argument mag gebruiken. Zij ziet het verband van haar moeilijkheden met haar klachten zeer wel in; bij een volgend contact, een maand later, vertelt zij geen klachten meer te hebben gehad.

Wat de overige patiënten betreft, bij 141 — 52 mannen en 89 vrouwen — werden wel belastende sociale factoren opgespoord. Er werd over doorgepraat doch het bleek onzeker of er door hen een oorzakelijk verband werd gezien met hun klachten. Bij 81 patiënten — 36 mannen en 45 vrouwen — werd volstaan met onderzoek, geruststelling en toediening van medicamenten. Deze drie groepen patiënten kunnen geenszins onderling dienen als vergelijking ten aanzien van het therapeutisch effect — zij werden niet vooraf als controlegroepen opgesteld; zij werden bij de bestudering van de ziektegeschiedenissen gesorteerd. Deze groepen zijn dus niet gelijkwaardig.

Het is moeilijk te evalueren of en in hoeverre opsporing en bespreking van psychosociale frustraties een therapeutische waarde hebben. Heeft het zin om bij deze emotionele, psychosomatische stoornissen te trachten de merendeels actuele moeilijkheden

en overbelasting op te sporen en ze met de patiënt door te praten? Zeker is dat het bespreken ervan de medicus meer inzicht geeft en dat dit hem soms praktische aanknopingspunten biedt om sociaal preventief en adviserend op te treden, zoals op het gebied van samen- en inwonen, de houding tegenover de kinderen, de onderlinge relatie tussen man en vrouw, werkverandering, aanvragen van een gezinsverzorgster enzovoort.

Het is minder duidelijk wat een dergelijke bespreking voor de patiënt betekent. Wat helpt, het onderzoek en de geruststelling, de medicamenten, het contact met de arts, het zich kunnen uiten tegen een belangstellende, het inzicht in de causale relatie tussen het psychotrauma en de klachten, is niet met zekerheid vast te stellen. Hoe ver gaat dit inzicht, is het alleen mentaal, rationeel, of wordt het ook gevoeld en beleefd? Nadat de patiënt tot de erkenning was gekomen van zijn moeilijkheden verdwenen de klachten niet prompt; er bleef dikwijls een lange of korte tijd van begeleiding nodig. Nogal eens werd de indruk verkregen dat evenals dit zo dikwijls bij somatische ziekten het geval is, de tijd zelf een belangrijke factor voor arts en patiënt betekent, en dat men vele gevallen van herstel als spontane remissies kan beschouwen. Toch lijkt het te ver te gaan, althans voor de lichte psychosomatische stoornissen, om dogmatisch te stellen dat causaal inzicht niet mogelijk is. Dit wordt door sommige artsen wel gedaan (*Van Lidth de Jeude*). Mijn indruk is dat, hoewel dit moeilijk te bewijzen valt, de boven gevolgde werkwijze therapeutisch van nut kan zijn.

Medicatie. De toediening van lichte sedativa, meestal fenobarbital (Luminal) in doses van 25 tot 50 mg, twee tot driemaal daags, kon in de meerderheid der gevallen moeilijk worden gemist; in 264 van de 345 ziektegevallen werd dit middel gedurende korte of lange tijd voorgeschreven. Hiermede wordt tegemoet gekomen aan de wens van de patiënt dat zijn klacht ook medicamenteus wordt behandeld. Fenobarbital heeft in de meeste gevallen een goed effect op de onrust en de slaapstoornissen, terwijl het zelden huidafwijkingen veroorzaakt. Aan negentien patiënten werden tranquillizers, meestal chlorpromazine (Largactil) en amitriptyline (Tryptizol) gegeven; het ging hierbij merendeels om ernstige depressies die onvoldoende op fenobarbital reageerden.

Verwijzingen en opnamen. Vijf patiënten werden in samenwerking met de zenuwarts behandeld en negentien patiënten werden voor onderzoek naar een orgaanspecialist verwezen, dit zijn totaal 24 patiënten, dus acht procent. Elf van deze 24 patiënten moesten worden opgenomen, onder wie vier door de zenuwarts. (tabel 5).

Een man werd geopereerd voor een ulcus duodeni. Twee mannen ondergingen een mastoïdoperatie. Een patiënte overleed in het ziekenhuis.

De overleden patiënte was een vrouw van 81 jaar, uit de

middenstand, reeds 25 jaar diabetica. Zij had het overlijden van haar echtgenoot redelijk goed verwerkt, maar er ontwikkelde zich bij haar een ernstige depressie toen zij, na een jaar alleen wonen, haar eigen omgeving moest verlaten en bij haar kinderen moest intrekken. Haar klachten zijn aanvankelijk: moeheid, duizeligheid, benauwd op borst en bovenbuik, opboeren. Zij voelt zich naar en weet geen raad. Zij is somber, neerslachtig en angstig. Zij heeft last van nachtelijke onrust en slaapstoornissen. Er bestaat een apathie en een adynamie. In het begin ging het redelijk met chlorpromazine (Largactil) en chloraalhydraat, doch na anderhalve maand wordt de depressie en de angst erger, er ontstaat een neiging tot suicide zodat patiënte moet worden opgenomen op de afdeling van de zenuwarts. Tien dagen na opname is zij nog vrij onverwacht in coma overleden, na enkele dagen van hoge koorts, mogelijk door geneesmiddelenintoxicatie of cerebrale infarcten.

Recidieven. Van de 106 mannelijke patiënten recidiveerden tijdens het onderzoekjaar elf patiënten: tien met één recidief en een met twee recidieven, de klachtenvrije tussenpozen bedroegen twee tot zes maanden. In het jaar na afsluiting van het onderzoek kregen nog 22 patiënten een recidief. Onder hen waren er vijf die ook tijdens het onderzoekjaar een recidief hadden gehad. Ongeveer een vierde van de mannelijke patiënten (28 van de 106) had dus een of meer recidieven in de loop van ruim twee jaar.

Bij de vrouwelijke patiënten is de situatie ongeveer gelijk aan die bij de mannen. Tijdens het onderzoekjaar hadden 31 patiënten 35 recidieven met vrije intervallen van twee tot acht maanden. In het jaar volgend op het jaar van onderzoek recidiveerden 29 patiënten, van wie dertien ook tijdens het jaar van onderzoek een recidief hadden gehad. In totaal maakten dus 47 van de 193 vrouwen in een periode van twee jaar een of meer recidieven door, hetgeen neerkomt op ongeveer een vierde der patiënten. Deze uitkomst is gelijk aan die, verkregen bij de mannelijke patiënten. Een belangrijk deel van deze patiënten met lichte neurosen herstelt dus en blijft ook bij langdurige observatie vrij van klachten. Een dergelijk bemoedigend geluid laat ook *Kessel* horen op grond van een onderzoek in een praktijk in Schotland met een nacontrole van acht jaar. Het „once a neurotic always a neurotic” is zijns inziens dan ook verre van juist. „Most neurotic patients get better.”

Van de recidiefpatiënten zijn er 30 (tien mannen en twintig vrouwen) die kunnen worden aangemerkt

als „repeaters”: min of meer vaste klanten die geregeld, met korte of lange tussenpozen, op het spreekuur terugkomen en veel steun en begeleiding nodig hebben. Het merendeel van hen kwam ook al vóór het onderzoekjaar onder behandeling. Als men de levensgang van deze patiënten met verscheidene recidieven en herhaalde psychische decompensaties nog eens overziet, dan zijn er zeker bij het merendeel van hen milieufactoren aanwezig die traumatiserend en belastend werken. Toch ontkomt men niet aan de indruk dat de geringe draagkracht bij vele van deze patiënten meer betekenis heeft voor het optreden der klachten dan de grootte en zwaarte van de belasting. Uiteraard is een dergelijke beoordeling een uiterst subjectieve zaak; onderlinge vergelijking is weinig zinvol omdat de verhoudingen in de individuele situaties nooit gelijk zijn. Daarbij komt dat, hoe lang en goed men de mensen in hun milieu ook kent of meent te kennen, het onmogelijk blijft om zich in de positie van een ander geheel in te leven.

Resultaten. De in het onderzoekjaar behandelde patiënten werden voor de beoordeling van de resultaten nog een jaar gevolgd. Aan het einde van het tweede jaar waren van de 193 vrouwen nog drie ziek en stonden twintig van hen onder min of meer geregelde controle. Een patiënte overleed. Bij 169 van de 193 vrouwen (87,5 procent), werd het resultaat van de behandeling als goed beoordeeld: de behandeling kon worden gestaakt en de klachten waren verdwenen. Zij konden de dagelijkse frustraties in het gezin en op het werk weer op redelijke wijze aan. Van de 106 mannelijke patiënten konden er 91 hersteld uit de behandeling worden ontslagen (86 procent); één patiënt overleed, vier waren nog psychisch gedecompenseerd en twee waren in een redelijk evenwicht met af en toe een controle en een medicatie.

Nadere analyse van de cardiale klachten. Het blijkt dat dergelijke klachten in alle mogelijke variaties van ernst en duur voorkomen. Zoals reeds werd beschreven staat de angst om plotseling dood te gaan bij deze patiënten centraal. In tegenstelling tot de patiënten met een insufficiëntia cordis of een chronische hartklepaandoening, die dikwijls juist

Tabel 5. Overzicht van het aantal verwijzingen en opnamen

Geslacht	Zenuwarts	Oogarts	Keel-neus-oor-arts	Cardioloog	Internist	Chirurg	Gynaecoloog	Röntgenoloog	Totaal aantal patiënten	Waarvan opgenomen
Mannen	2	—	2	1	—	2	—	1	8	5
Vrouwen	3	1	3	1	1	5	1	1	16	6
Totaal	5	1	5	2	1	7	1	2	24	11

dissimuleren, zijn deze psychosomatische patiënten zeer angstig. In de acute gevallen gaat deze angst soms gepaard met heftige benauwdheid, frequente respiratie, onrust, trillen en beven over het gehele lichaam.

Drie groepen van patiënten konden hier worden onderscheiden. In de eerste plaats patiënten met acute vegetatieve dystonieën of vasovagale aanvallen. Deze aanvallen werden slechts bij enkele patiënten gezien. Als voorbeeld diene de volgende ziektegeschiedenis.

De man is 50 jaar, gehuwd, hij heeft twee kinderen en hij is boer. De tenger gebouwde, nerveuze en intelligente man heeft de avond te voren eenmaal en op de dag van het onderzoek viermaal een aanval gehad van duizeligheid en misselijkheid. Hij was bleek geworden, er was een neiging tot syncope en een drang tot ontlasting. Tevoren was hij moe en had hij hoofdpijn. Hij rookt niet. Het fysisch onderzoek levert geen afwijkingen op. Zijn zoon moet in militaire dienst, hij kan hem eigenlijk niet missen en dat zit hem erg dwars. Tevens heeft hij te weinig rust gehad de laatste dagen, hij heeft van 's ochtends vroeg tot 's avonds laat gezwoegd om het hooi droog binnen te krijgen. Hij wordt gerustgesteld en hij krijgt driemaal 30 mg fenobarbital per dag. Een week later blijkt dat hij geen aanvallen meer heeft gehad en zich veel beter voelt. Merkwaardig is dat deze man niet psychisch decompenseerde toen hij, enkele maanden tevoren, naar mijn mening veel zwaardere moeilijkheden in het gezin moest verwerken ten aanzien van zijn oudste dochter.

In de tweede plaats kunnen worden onderscheiden patiënten met als voornaamste cardiovasculaire klacht een continu gevoel van benauwdheid in hals en keel, de „globus nervosus”. Deze benauwdheid, dat gevoel van snoeren of druk in de hals gaat dikwijls gepaard met een gevoel van benauwdheid op de borst en soms ook in de bovenbuik, verder met opboeren, „bulken” zoals men hier zegt. Dit bulken, deze kennelijke uiting van zoeken naar opluchting van de benauwdheid, kan zich merkwaardig frequent en luidruchtig voordoen.

Ten derde kunnen worden genoemd patiënten met pijn in de borst, meestal aangegeven in de streek van de ictus cordis, soms ook substernaal, al of niet met uitstraling in één — meestal de linker — of beide armen, naar de rug tussen de schouderbladen, naar hals of gelaatshelft. Deze pijn gaat gepaard met angst, benauwdheid en beklemming op de borst. De differentiële diagnose met een echte angina pectoris of met een infarct kan soms zeer moeilijk zijn. De volgende patiënt is daarvan een voorbeeld.

De man is 42 jaar, pykniker, gehuwd, hij heeft vijf kinderen. Het is een goed gezin uit de middenstand. Zijn vader is op 45-jarige leeftijd plotseling gestorven. De patiënt klaagt over: moeheid, 's ochtends al uitgeput zijn, slapeloosheid,

lusteloosheid en geen zin in het werk; hij kan zich moeilijk concentreren en hij is onrustig. Bij navraag blijkt, dat hij enkele dagen geleden een kortdurende pijn in de hartstreek heeft gehad. Deze actieve, dynamische man heeft in enkele jaren een bloeiende zaak opgebouwd, die hem de laatste tijd veel zorgen geeft door de huidige moeilijkheden met het personeel. Een jaar tevoren had patiënt 's ochtends tijdens het werk een aanval van angina pectoris of een infarct gehad. Hij had gedurende de aanval, die twee uur duurde, geklaagd over substernale pijn uitstralend in linker arm en hand en over oppressiegevoelens. Er waren lichte shocksymptomen geconstateerd. Hij werd thuis behandeld met zes weken bedrust, antistollingstherapie en medicamenten, hoewel de bezinkingssnelheid der erythrocyten en de transaminasewaarden op de tweede dag na de aanval normaal waren, aan het cor geen afwijkingen werden gevonden en ook de temperatuur en tensie normaal bleven. Aan het einde van de kuur leverde een onderzoek door de cardioloog eveneens geen afwijkingen op. Nadien had hij af en toe alleen na emotie en opwinding nog wel eens een pijnlijk gevoel in de borst. Evenals in 1962 wordt hem een leefregel voorgeschreven van soberheid en matiging van zijn werkzaamheden, doch evenals toen, houdt patiënt dit hoogstens enkele maanden vol. In de zomer van 1964 overlijdt hij plotseling na een erg drukke dag en kort na een copieuze maaltijd.

Van veel belang voor de diagnose is de anamnese: hoe reageren pijn en benauwdheid op inspanning, worden deze klachten geringer bij afleiding? Bij de psychosomatici immers treden klachten vrijwel altijd op als zij zich in een rusttoestand bevinden, vooral 's avonds en 's nachts, wanneer zij aan zichzelf zijn overgelaten. Er komt ook een vorm van angina pectoris voor, berustend op een ziekte der kransslagaderen, die uitsluitend in rust en voornamelijk 's nachts optreedt „angine de repos”. Voor de differentiële diagnostiek is van betekenis dat het merendeel dezer patiënten ook aanvallen van „angine d'effort” heeft of heeft gehad (*Van Lier*). Lichaamsbeweging en fysieke inspanning, evenals afleiding doen bij de cardiale neurosen de klachten niet verergeren, doch doen deze juist afnemen, uitgezonderd bij het „soldiers heart”. Van veel belang is verder de familieanamnese, zoals dit bij de bovenbeschreven patiënt het geval was.

Als positieve aanwijzing voor de diagnose van een emotionele cardiovasculaire stoornis geldt weer het aanwezig zijn van het min of meer volledige neurasthene klachtenpatroon van ochtendmoeheid, duizeligheid, hoofdpijn, apathie, adynamie en slaapstoornissen. Dat ook deze aanwijzing niet doorslaggevend behoeft te zijn, toont de hierboven beschreven ziektegeschiedenis. Steeds zullen alle gegevens tegen elkander dienen te worden afgewogen.

Wanneer wij de leeftijdsverdeling der patiënten met nerveuze cardiovasculaire klachten nagaan, (*tabel 6*) dan blijkt de helft van de patiënten jonger

Tabel 6. *Leeftijdsverdeling van de 98 patiënten met nerveuze cardiovasculaire klachten*

	Leeftijdsklasse in jaren							Totaal
	10 tot 20	20 tot 30	30 tot 40	40 tot 50	50 tot 60	60 tot 70	Boven 70	
Aantal vrouwen	8	9	16	12	12	4	1	62
Aantal mannen	2	6	11	9	6	2	—	36

dan 40 jaar te zijn, hetgeen althans voor de vrouwelijke patiënten, mede een aanwijzing is, dat een ziekte der kransvaten als oorzaak van de klachten niet zeer waarschijnlijk is.

Deze indeling in drie groepen moge te summier en te schematisch lijken, toch geeft zij wel een goed beeld van de samenstelling van de bevolking van ons dorp. Onder middenstand zijn samengevat winkeliers, onderwijzers, politiepersoneel, vertegenwoordigers, kantoorpersoneel en dergelijke; zij vormen een minderheid; verder zijn er meer arbeiders dan boeren. Opvallend is het overwegen — zowel relatief als absoluut — van cardiovasculaire psychosomatische klachten bij de middenstanders, en wel vooral bij de mannen. Dit komt nog meer naar voren wanneer in aanmerking wordt genomen dat in het geheel 31 mannelijke middenstanders tussen vijftien en 65 jaar, psychosomatische stoornissen hadden, onder wie negentien patiënten met cardiale klachten.

Een verdeling van deze patiënten naar sociale klasse geeft het volgende resultaat (tabel 7).

Het is niet eenvoudig om uit de vele psychosociale spanningsoorzaken en belastende situaties een gemeenschappelijk frustrerend pathogenetisch mechanisme aan te geven. Na vergelijking en bestudering kwamen toch wel enkele grote lijnen naar voren. Een belangrijke oorzaak voor het optreden der cardiovasculaire klachten bleek te zijn dat deze patiënten, wanneer zij in een bepaalde situatie worden geplaatst, geen uitweg meer zien. Dikwijls betrof het een innerlijk conflict tussen plichten, of tussen wensen en plichten, waarvoor geen oplossing werd gezien of waarvoor geen oplossing mogelijk was; dit was vooral het geval bij vrouwen die inwonen of inwoning hebben van ouders of familie. Zij wensen toch een eigen gezinsleven te kunnen leiden, doch zij voelen hun plichten jegens de inwonenden, hetzij de ouders, hetzij de eigen kinderen, die te vroeg moesten trouwen.

Patiënte is een 47-jarige vrouw, gehuwd en kinderloos. Zij behoort tot de middenstand. Zij is een tengerere, actieve vrouw, met rhinitis vasomotorica en bronchitis chronica met een begin van bronchiëctasieën, zonder duidelijk emfyseem. Zij is coöperatief, goedwillend; zij vertoont geen afweer of agressiviteit. Zij komt met de volgende klachten: hoofdpijn, doodmoe, 's ochtends al; nerveus, depressief, de angst om plotseling dood te gaan staat sterk op de voorgrond. Zij klaagt over slapeloosheid en over een beklemd gevoel in de borst en in de hartstreek, voornamelijk 's avonds in bed en als zij 's middags rust, niet als zij zich inspant. Begin 1962 heeft zij thuis gekuurd voor een maagbloeding; zij heeft nog dikwijls last van de maag. Patiënte heeft een druk en zwaar leven. Zij heeft een part-time taak buitenshuis; thuis is er veel aanloop. Haar ouders wonen in; de oude moeder die de centrale fi-

guur in het gezin is gebleven, is al jaren bedlegerig, zij wordt door patiënte met liefderijke toewijding geheel verzorgd. Ook de vader geeft veel verplegingszorgen. Patiënte is zich bewust dat haar man veel aan haar te kort komt, zij voelt zich schuldig dat deze vlucht in een intoxicatie. Een zuster is ernstig ziek en een buurman is enkele dagen tevoren aan een acute hartaanval overleden. Bij fysisch onderzoek worden geen hartafwijkingen gevonden. Er is geen dyspneu d'effort, er zijn geen tekenen van een cor pulmonale. De bloeddruk is normaal. De oude moeder is ernstig ziek en overlijdt vrij plotseling aan een hartaanval. Zij mist haar moeder erg: haar „kind” is gestorven. Patiënte ziet de samenhang van al deze belastingen met haar klachten goed in, en naar mijn indruk ook gevoelsmatig. Zij krijgt driemaal 50 mg fenobarbital per dag. Geleidelijk worden de klachten minder en het laatste anderhalve jaar heeft zij geen hartklachten meer gehad, niet-tegenstaande haar man en haar vader nog ernstige zorgen geven.

Er bestaan conflicten van allerlei aard: de grote dochter, die buitenshuis geld kan verdienen en sparen, doch die haar moeder en het grote gezin niet in de steek kan laten; jonggehuwde vrouwen die wegens ziekten in het ouderlijk huis of bij de buurvrouw moeten gaan helpen, maar die liever in het eigen gezin blijven en een werkhuis aanhouden. Ook bij mannen die bij vader op de boerderij of in de familiezaak werken, treden dergelijke spanningen op door het conflict van plicht tegenover vader en moeder en de wens naar eigen zelfstandigheid en zeggenschap.

Wat de andere gezins- en familiefactoren betreft, bij de vrouwelijke patiënten geeft de zorg over invalide, debiele en zieke kinderen nogal eens een te zware belasting, terwijl bij de mannen conflicten met opgroeiende zoons oorzaken kunnen zijn van spanningen. Een andere belangrijke factor voor vrouwen vormt de surmenage in het gezin, bijvoorbeeld tijdens de oogsttijd de combinatie van gezin en werk op de boerderij, de combinatie van zorg voor het gezin en een taak buitenshuis, de extra drukte bij een verbouwing en dergelijke. Sterfgevallen aan kanker en gevallen van plotselinge dood in de familie of in de buurt zijn nogal eens een reden dat mensen gaan tobben en cardiovasculaire of andere psychosomatische reacties ontwikkelen.

De surmenage van mannen in hun werkmilieu is een ruime samenvatting van de vele frustraties en moeilijkheden welke zij in hun werk en beroep kunnen ondervinden. De werktaak is nogal eens te zwaar, te langdurig, zoals bij onderwijzers kort voor de vakantie, vooral indien zij teveel sociale taken op zich nemen en ook alle avonden bezet zijn; ook bij kantoorpersoneel als voor de vakantie veel werk vooruit wordt klaargemaakt, als een collega door ziekte uitvalt, of wanneer iedere avond aan een bijbaantje wordt besteed. Een landbouwer en een

Table 7. Verdeling naar sociale klasse van de 98 patiënten met nerveuze cardiovasculaire klachten

	Arbeiders	Boeren	Middenstand	Totaal
Aantal mannen	24	17	21	62
Aantal vrouwen	13	4	19	36
Totaal	37	21	40	98

kleine ondernemer van een tweemans bedrijfje kregen klachten toen hun zoons in militaire dienst moesten en zij alleen het werk niet meer aan konden; ook voelden zij zich onrecht aangedaan.

Vaker nog ontstaan moeilijkheden als bij het aanvaarden van een nieuwe betrekking of bij promotie de taak te veel verantwoordelijkheid met zich brengt, zoals bij enkele arbeiders die het als voorman niet konden bolwerken.

Een 40-jarige man, gehuwd, vader van twee kinderen, komt met de volgende klachten: moe, nerveus, al enkele weken pijn in de streek van de ictus cordis, uitstralend in de linker arm, benauwdheid op de borst, voornamelijk in rust optredend, niet beginnend of toenemend bij inspanning. De klachten begonnen nadat hij van timmermans knecht een zelfstandige werkkring met eigen verantwoordelijkheid had aanvaard. Na onderzoek, geruststelling en een gesprek verdwijnen de klachten. Twee jaar later bij een behandeling voor een klein ongeval vertelt hij geen cardiale klachten meer te hebben gehad.

De zaak kan iemand ook over het hoofd groeien, zoals het geval was bij de volgende patiënt.

De man, 39 jaar oud, gehuwd, vader van twee kinderen, middenstander, klaagt over: moeheid, hoofdpijn, lusteloosheid, prikkelbaarheid, moeilijk inslapen, doch daarna zeer lang en vast slapen, depressiviteit en angst. Deze aanvallen van angst komen uitsluitend 's nachts in bed. Zij gaan gepaard met erge pijn en beklemming op de borst, voornamelijk in de hartstreek, uitstralend naar linker thoraxwand en arm. Soms zijn er ook hartkloppingen. Nitrobaat geeft verlichting. Overdag tijdens zijn vrij zware werk heeft hij nooit last. Bij fysisch onderzoek worden er geen afwijkingen aan cor en schildklier gevonden. Bloeddruk, temperatuur, en bezinkingssnelheid der erythrocyten zijn normaal. Na veertien dagen bedrust komen er toch nog pijn aanvallen voor. In 1959 en januari 1962 heeft patiënt eveneens perioden van frequente aanvallen van angine de repos gehad gedurende de nacht. Zo'n periode duurde ongeveer een maand. In beide gevallen kon de cardioloog geen afwijkingen vaststellen. Patiënt is een lange, nogal magere man, met wie goed contact is te krijgen; er is geen agressiviteit; er zijn geen duidelijke psychasthene, dwangmatige trekken. Hij kan zijn taak niet meer aan; zijn zaak heeft zich sterk uitgebreid, mede dank zij het stuwende beleid van zijn energieke echtgenote. Vooral de organisatorische en financiële kanten vallen hem zwaar. Na overleg en het aantrekken van meer hulp kan hij zich tot een deel van de uitvoerende taak beperken; tijdens een vakantie met veel fysieke inspanning heeft hij totaal geen klachten. Nadien is het redelijk goed gegaan; als hij zich te druk maakt heeft hij weer lichte klachten, doch tot op heden — begin 1965 — zijn de aanvallen weggebleven.

In vele gevallen duren de moeilijkheden voort en blijft het conflict bestaan zolang geen inzicht is verkregen in oorzaken en samenhang en er geen besluit is genomen, geen keuze is gemaakt, of zoals *Van der Schaar* het zegt, zolang de „grensoverschrijding”, casu quo „overstijging” zich niet heeft voltrokken. Toch valt het moeilijk en lijkt het geforceerd om in al deze moeilijkheden en conflicten grensoverschrijdingen en a fortiori grensoverstijgingen te zien. Trouwens, de aard van deze conflictsituaties is niet specifiek voor het optreden van cardiovasculaire klachten en symptomen. Dit valt ook uit de tabellen af te lezen en het blijkt eveneens uit het frequent voorkomen van symptoomverschuivingen bij recidieven. Hetzelfde gamma van intermenselijke relatietoornissen en sociaal belas-

tende factoren vindt men bij patiënten met maag- en darmklachten, met spier- en zenuwpijnen enzovoort.

Een enkele maal betreft het mensen met uitgesproken psychasthene karaktertrekken, die hun werk nauwgezet en tiptop willen uitvoeren.

Een 33-jarige man, gehuwd, vader van twee kinderen, middenstander, pykniker, komt met de volgende klachten: moe, 's ochtends al, nerveus, onrustig, prikkelbaar; hij kan zich moeilijk concentreren; hij heeft last van hartkloppingen en een benauwd gevoel op de borst; hij heeft angst voor een plotselinge dood. Bij inspanning worden de klachten niet erger. Een collega op kantoor viel uit door ziekte en kon niet worden vervangen. Patiënt doet nu veel overwerk, want hij wil het werk punctueel klaar hebben. Hij heeft een gevoel van dwang dat hij dit moet doen, dat hij niet anders kan. De klachten verergerden nadat hij zich op kantoor een keer erg woedend had gemaakt. Een week tevoren stierf een kennis plotseling. Enkele jaren geleden had hij in een analoge situatie op het kantoor dezelfde klachten gehad. Na geruststelling en bespreking van de samenhang, welke hij goed inziet, verdwenen de klachten.

Deze mensen met het „caractère scrupulo-inquiet”, die hoge eisen aan zichzelf stellen, zouden eerder en gemakkelijker psychisch decompenseren bij stress, zij zouden ook meer moeilijkheden hebben bij aanpassing aan en integratie van nieuwe levenssituaties (*Dantzig* en *Waage*). Er kon echter niet worden vastgesteld dat deze minder dan normale draagkracht, dit geringe incasseringsvermogen op grond van een neurotische karakterstructuur, bij een belangrijk deel van mijn patiënten een rol van betekenis speelde. Het is niet onmogelijk dat de verschillen worden veroorzaakt doordat genoemde auteurs hun gegevens ontleen aan een geselecteerde groep van ernstige en meer gefixeerde gestoorde patiënten. De algemene practicus behandelt immers voornamelijk de lichte en beginnende stoornissen.

Psychosomatische stoornissen tijdens en na traumata en ziekten. Uit de vele patiënten met somatische ziekten die in het jaar van observatie werden behandeld, kwam slechts een klein aantal naar voren dat aandacht vroeg voor begeleidende of er op volgende psychosomatische stoornissen. Dit was het geval bij twintig vrouwen (ongeveer tien procent) en bij vijftien mannen (ongeveer dertien procent). De vraag dringt zich op of er bijzondere redenen van somatische of psychische aard bij deze patiënten werkzaam waren, die hen anders deden reageren dan de overgrote meerderheid van de somatische patiënten. Bij een nadere analyse van deze gevallen kon in het algemeen worden vastgesteld, dat de ziekten en ongevallen die hierbij in het geding waren, zeer gevarieerd en niet van ernstige, levensbedreigende aard waren. Zij konden op twee vrouwen en een man na, ambulante of thuis worden behandeld. Een vrouw moest gedurende lange tijd worden opgenomen en chirurgisch behandeld voor een slecht genezend recidief van een tibiafractuur.

Als een tweede gemeenschappelijk kenmerk werd gevonden dat bij zeventien van de twintig vrouwen en bij elf van de vijftien mannelijke patiënten er een

of meer belastende factoren van psychosociale aard van meestal overwegende invloed waren op het ontstaan van de psychosomatische klachten.

Een derde punt van meer algemene betekenis was dat veertien van de twintig vrouwen en elf van de vijftien mannen angst hadden voor kanker, hersenaandoening, krankzinnig worden, invaliditeit, dood gaan. Veel angst en ongerustheid wordt gewekt en aangewakkerd tijdens het ziekenbezoek van familie en kennissen, die dikwijls met allerlei sombere verhalen van naar hun inzicht analoge gevallen komen. Zij trachten het vertrouwen van de patiënt in de behandelende medicus te ondermijnen door de patiënt te adviseren het „hoger” op te zoeken, want „er kon wel eens wat meer achter steken”. Niet zelden hoort men van de patiënten dat zij nooit hadden geweten dat er zoveel mensen met eenzelfde kwaal waren behept. Ook de populaire damesbladen en de televisievoorlichting veroorzaken soms onzekerheid en ongerustheid. Veel van de energie van de arts wordt dagelijks gevraagd om deze negatieve invloeden te neutraliseren.

Ten vierde: alle patiënten vertoonden het neurastheen syndroom in meer of minder complete vorm.

De somatische klachten waren verdeeld als volgt:

- cardiovasculaire klachten bij zes vrouwen en vijf mannen;
- gastrointestinale klachten bij zes vrouwen en vier mannen;
- gynaecologische klachten bij twee vrouwen;
- spier- en zenuwpijnen bij drie vrouwen en vier mannen;
- hoofdpijn bij drie vrouwen en twee mannen.

Een korte opsomming van de ziekten en ongevallen, die tot een psychosomatische stoornis aanleiding gaven, moge hier volgen:

Ongevallen (bij zes vrouwen): fractuur van de pols; beet van een (eigen) hond aan de pols; fractura tibiae (met operatieve behandeling); bromfietsongeval met schaafwonden; commotio met bovenkaakfracturen, (operatieve behandeling en langdurig ziekenhuisverblijf, de psychosomatische klachten begonnen pas thuis na ontslag uit het ziekenhuis); val zonder letsel.

Ongevallen (bij vijf mannen): lichte contusio capitis; contusie van de knie; contusie van de schouder; commotio cerebri (drie jaar geleden); fractura femoris (tien jaar geleden genezen met een verkorting van vier cm, scoliose en hinkende gang).

Operaties (een vrouw): na een uterusextirpatie ontstond een langdurige en ernstige depressie.

Partus: depressie na een partus.

Congenitale afwijkingen (bij twee jonge mannen): Klinefelter syndroom en een diplegia spastica.

Ziekten (elf vrouwen): acut spierreuma (een), secundaire anemie (drie), griep en angina (vier), fissura ani (een), cystitis acuta twee;

Ziekten (acht mannen): chronische otitis media met doofheid (twee), beiden later operatief behandeld; insufficiëntia cordis met atriumfibrillatie; bronchitis acuta (twee); bronchitis chronica met emphysema (een); pernicieuze anemie (twee).

Bij de vrouwen ging het achttien maal om kortdurende ziekten of ongevallen; alleen de patiënten met respectievelijk een tibiafractuur en bovenkaakfractuur hadden een vrij langdurig ziekbed. Bij de mannen daarentegen waren er maar vier kortdurende tegen elf langdurige gevallen. Het meren-

Tabel 8. De betekenis van de gezinsconstellatie voor het ontstaan van psychosomatische stoornissen

Groepering der gezinnen	Sociale klasse		Gezinsgrootte					Gezinsleeftijd			
	Aantal gezinnen	Aantal patiënten	Arbeider. Aantal / Percentage tussen haakjes	Boer. Aantal / Percentage tussen haakjes	Middenstander. Aantal / Percentage tussen haakjes	Klein. Tot en met vier personen. Aantal / Percentage tussen haakjes	Middel. Vijf en zes personen. Aantal / Percentage tussen haakjes	Groot. Zeven en meer personen. Aantal / Percentage tussen haakjes	Tot 35 jaar. Aantal / Percentage tussen haakjes	35 tot 55 jaar. Aantal / Percentage tussen haakjes	55 en ouder. Aantal / Percentage tussen haakjes
Groep I met één patiënt per gezin	173	173 123 vrouwen 50 mannen	77 (44)	41 (24)	55 32	102 (58)	54 (32)	17 (10)	78 (45)	47 (27)	48 (28)
Groep II met meer patiënten per gezin	56	130 73 vrouwen 57 mannen	27 (48)	15 (27)	14 25	22 (39)	24 (43)	10 (18)	18 (32)	28 (50)	10 (18)
Groep III Controlegroep. Gezinnen zonder patiënten	50		23 (46)	14 (28)	13 26	18 (36)	26 (52)	6 (12)	25 (50)	16 (32)	9 (18)

* Deze criteria werden beoordeeld zonder diepgaand sociologisch onderzoek, doch zoals een huisarts die jarenlang in de gezinnen komt, deze meent waar te nemen en te taxeren. Zij hebben dus slechts een relatieve waarde. Dit geldt eveneens voor de criteria: kwaliteit huwelijk, stress-inwoning en stress-gezin in de controlegroep; voor groep I en II werden zij afgeleid uit de klachten van de patiënten.

deel van de mannelijke patiënten was van middelbare leeftijd (twaalf tussen 44 en 67 jaar); drie waren jongemannen (tussen zeventien en twintig jaar). Zij 'decompenseerden' door psychische en sociale stress. De vrouwelijke patiënten waren over het algemeen jonger; zes beneden de leeftijd van 35 jaar (19 tot 33 jaar), twaalf tussen de 38 en 45 jaar en twee vrouwen respectievelijk van 58 en 68 jaar.

De betekenis van de gezinsconstellatie. Het bleek dat 173 patiënten behoorden tot gezinnen met één ziektegeval per gezin in het jaar van observatie, 130 patiënten kwamen uit gezinnen met meer dan één ziektegeval per gezin in het onderzoekjaar (tabel 8). Van deze laatsten was de verdeling als volgt: 40 gezinnen met twee ziektegevallen per gezin; veertien gezinnen met drie ziektegevallen per gezin; en twee gezinnen met vier ziektegevallen per gezin.

De vraag kwam naar voren of de gezinnen met meer dan één psychosomatische patiënt „anders” zouden zijn, het om de een of andere reden moeilijker zouden hebben, dan de gezinnen met één patiënt of zonder patiënten. Om deze vraag enigermate te benaderen, werden de gezinnen van beide groepen patiënten onderling vergeleken wat betreft enkele gezinskenmerken en eigenschappen, en daarnaast vergeleken met een controlegroep van 50 aselect uit het kaartregister getrokken gezinnen.

Toelichting tabel 8.

Controlegroep III: de verdeling van de beroepen in deze groep werd om een gelijkwaardige groep te krijgen gelijkgemaakt aan die van de patiëntengroepen I en II. De 23 arbeiders, de veertien boe-

ren- en de dertien middenstandersgezinnen werden aselect uit het kaartregister getrokken.

Gezinsleeftijd: leeftijd van de ouder(s).

Geloof: in deze gezinnen wordt aan het geloof „gedaan”.

Asociaal gezin: gezinsstructuur onstabiel en chaotisch, weinig vaste normen.

Incompleet gezin: gezin waarin een der ouders ontbreekt, door welke reden dan ook.

Secundair gezin: tweede gezin, oud of jong, inwonend onder hetzelfde dak.

Kinderloos gezin: huwelijk langer dan vijf jaar zonder kinderen.

Er waren dus op de 229 gezinnen met patiënten 76 gezinnen met inwoning in een of andere vorm; blijkens tabel 8 was dit in het onderzoekjaar bij 49 mensen in 37 gezinnen oorzaak van de stress. In de controlegroep kwamen twintig gezinnen met inwoning voor — hetzelfde percentage van 40 procent als in groep II — waarbij slechts driemaal stress werd aangenomen. Hieruit blijkt dat de sociaal ongunstige factor van de inwoning lang niet altijd hoeft te leiden tot moeilijkheden en overbelasting. Trouwens de schaduwzijden van de inwoning zijn reeds overbekend; in de nog traditioneel levende boerengezinnen waar het goed gaat met de inwoning, ziet men echter, hoewel zelden, ook wel goede en zelfs mooie kanten van de inwoning.

De verschillen tussen de patiëntengroepen I en II zijn gering, zowel wat betreft de objectieve gezinseigenschappen zoals gezinsgrootte, leeftijd, beroep en sociale laag, aantal incomplete gezinnen, inwoning, pleegkinderen, invalide personen, kinderloos zijn, als wat betreft enkele subjectieve kenmerken zoals kwaliteit huwelijk. stress-inwoning

Geloof *	Asociaal gezin		Incompleet gezin	Aantal gezinnen met inwoning van:				Aantal gezinnen met stress door gezinsomstandigheden, uitgezonderd inwoning ***	Stief- of pleegkind per gezin. Aantal	Kinderloos gezin. Aantal	Invalide personen in gezin. Aantal	Aantal gezinnen waarvan kwaliteit huwelijk niet goed werd geoordeeld	Percentage tussen haakjes
	Aantal	Aantal		Secundair gezin. Aantal	Een persoon. Aantal	Totaal / Percentage tussen haakjes	Aantal gezinnen met stress door inwoning **						
81 (47)	3	15	(5 met inwoning)	36	17	53 (30)	26 (op 53 gezinnen met inwoning = 50 procent)	87 (op 173 gezinnen = 50 procent)	7	22	5	19	(12)
28 (50)	1	1	(2 met inwoning)	13	10	23 (41)	11 (op 23 gezinnen met inwoning = 50 procent)	46 (op 56 gezinnen = 82 procent)	4	0	1	8	(14)
29 (58)	0	0	(3 met inwoning)	12	8	20 (40)	3 (op 20 gezinnen met inwoning = 15 procent)	9 (op 50 gezinnen = 18 procent)	1	2	3	0	(0)

** In de 26 gezinnen uit groep I uiteraard 26 patiënten. In de elf gezinnen uit groep II 23 patiënten. In de drie gezinnen uit groep III gaf de stress geen aanleiding tot ziektegevallen.

*** In groep I 87 patiënten in 87 gezinnen (82 vrouwen en vijf mannen). In groep II gaf de stress aanleiding tot 76 patiënten (52 vrouwen en 24 mannen). In groep III geen patiënten in de negen gezinnen met deze stress.

en stress-gezin. In de gunstige groep I — gezinnen met één patiënt — is wat minder inwoning, doch het aantal incomplete gezinnen en kinderloze gezinnen is belangrijk hoger dan in groep II (gezinnen met meer patiënten). Verder is in de ongunstige groep II de gezins-stress duidelijk frequenter dan in groep I. Ook in de controlegroep zijn de percentages van de objectief vaststelbare gezins-eigenschappen van dezelfde orde van grootte als in de patiëntengroepen. Wat behuizing en financieel-economische toestand betreft, waren er geen opvallende verschillen tussen de groepen, met uitzondering van een asociaal gezin met vier patiënten, dat met een inwonend gezin, in totaal elf personen, in een te klein doch redelijk huis woonde.

Uit deze gegevens blijkt niet dat de onderzochte gezins-eigenschappen van betekenis waren voor het optreden van meer dan één psychosomatisch ziektegeval in de gezinnen, of anders gezegd, een invloed hadden op de epidemiologie van psychosomatische stoornissen in het gezin, de omstandigheden in dit dorp in aanmerking genomen. Dit is eigenlijk tegen de verwachting in. Men zou hebben kunnen verwachten dat bijvoorbeeld wat de verdeling van de beroepen betreft, in groep II meer middenstanders en arbeiders en minder landbouwers zouden voorkomen dan in groep I. Immers uit tabel 4 is gebleken dat de frequentie van psychosomatische ziekten bij de boerenbevolking veel lager ligt dan bij de arbeiders en middenstanders. Hieruit zou volgen dat de factor beroep en sociale laag wel degelijk een rol speelt. Blijkbaar is de invloed van de factor beroep in deze opstelling niet groot genoeg om duidelijk tot uiting te komen. Wel zijn in de controlegroep van gezinnen zonder patiënten de percentages van de subjectief beoordeelde gezins-eigenschappen, die de affectieve sfeer van het gezin aangeven — kwaliteit huwelijk, inwoningsstress en gezins-stress — belangrijk gunstiger dan bij de patiëntengroepen. Hieruit zou kunnen worden afgeleid dat deze gezinsfactoren wel van betekenis zijn voor het optreden van psychosomatische stoornissen in de gezinnen.

Het betrekkelijk kleine aantal gevallen, de relatief korte duur van de observatieperiode, de beperking tot slechts enkele sociale kenmerken van het gezin, laten een verdergaande conclusie ten aanzien van de betekenis van de gezinsconstellatie — het samenstel van factoren en eigenschappen dat het gezin als groep bepaalt — voor het optreden van psychosomatische stoornissen in het gezin niet toe. Men kan zich ook afvragen of de frequentiever verschillen van psychosomatische stoornissen tussen de gezinnen een juiste maatstaf vormen om de invloed van de gezinsconstellatie na te gaan. Het komt mij voor dat de ziektefrequentie daartoe een belangrijke aanwijzing vormt. Eveneens zijn de gebruikte gezinskenmerken door hun objectiviteit en door hun betekenis voor de sociale kwaliteit van het gezin, een geschikte keuze te achten.

De kennis van de constellatie van het gezin, het op de hoogte zijn van de gezinsachtergrond, is voor

de huisarts van grote betekenis; daaraan ontleent hij dikwijls belangrijke informatie, die hem kan helpen bij een gerichte anamnese en aanpak van patiënten met psychosomatische stoornissen. Het ontbreken van de verwachte correlaties in tabel 8 tussen de objectief vaststelbare gezins-eigenschappen en het vóórkomen van psychosomatische stoornissen vormt echter een aanwijzing dat deze kennis van de gezinsconstellatie niet mag worden overgewaardeerd. Hoe goed ook in het gezin ingevoerd, telkens komt de huisarts voor verrassingen te staan. Er vinden onverwachte wijzigingen plaats waarvan hij niet op de hoogte was en ook niet kon zijn.

Jarenlang kunnen bij een bepaalde gezinsconstellatie stoornissen uitblijven en lasten worden gedragen (*Huygen*), tot, soms plotseling en onverwacht — door kleine wijzigingen intern, door exogene invloeden of door veranderingen in de constellatie, zoals bijvoorbeeld door inwoning — psychische decompensaties optreden. Hierop wijst ook dat het thuisfront voor de mannen lang niet die betekenis heeft als hun werkmilieu (tabel 1). De kennis van de gezinsconstellatie betekent een hulp, doch geen sleutel voor de oplossing van actuele psychosomatische stoornissen bij het individuele ziektegeval.

Bespreking. In het voorgaande werd getracht een beeld te geven van aard en omvang van de psychiatrische patiënten die de huisarts in hoofdzaak krijgt te behandelen. Dit beeld heeft weinig gemeen met de voorstelling over psychiatrische ziektegevallen waarmede de huisarts de universiteit verlaat. Psychosen en neurosen zoals de grande hystérie, de dwangneurosen en fobieën, komen betrekkelijk weinig voor, ofschoon er bij vele patiënten wel symptomen en facetten van dergelijke ziektebeelden aanwezig zijn. De afgrenzing van de vele depressies in de praktijk ten opzichte van de (manisch)-depressieve psychose blijkt soms verre van scherp en het is niet onmogelijk dat een aantal van deze „lichte” depressies als „formes frustes” van het ziektebeeld van de endogene depressie moeten worden gezien.

Uit het beschreven onderzoek blijkt dat in een plattelandsgemeente, waar een snelle overschakeling van een deel der jeugd van de boerderij naar de industrie plaatsvindt, veel nerveuze casu quo psychosomatische aandoeningen voorkomen (per jaar vijftien procent van de bevolking) en dat de overgrote meerderheid van deze nerveuze stoornissen, welke de huisarts in eerste instantie krijgt te zien, tot de lichte psycho-emotionele ziekten kunnen worden gerekend, ziekten die door de algemene practicus zonder specialistisch psychiatrische vorming en nascholing tot een hoog percentage (ongeveer 85 procent) zelfstandig kunnen worden behandeld.

Hieruit volgt dat de bemoeienis met deze groep van patiënten een belangrijk deel van de taak van de huisarts vormt, en tevens dat hij zo goed mogelijk toegerust dient te zijn, om deze taak uit te

voeren. Met „common sense”, „feeling”, aanleg, of hoe men het complex van aangeboren eigenschappen van de huisarts ook wil noemen, komt de gemiddelde huisarts niet uit. Hoe belangrijk deze eigenschappen ook zouden zijn, door een betere opleiding en nascholing, ontleend aan een gericht op deze „common psychoneuroses” zal de huisarts meer oog en meer belangstelling krijgen voor „de mens achter de ziekte”. Een en ander zal hem in staat moeten stellen, zonder een lange aanloopperiode met veel vallen en opstaan, met zelfvertrouwen, zonder tegenzin en een gevoel van onvermogen, dit belangrijke deel van zijn taak te verzorgen.

* * *

Men kan zich afvragen of deze lichte psychoneurosen wel behandeling behoeven. Is het niet zo, dat de ernstig gestoorde neurotische patiënten voor specialistisch psychiatrische behandeling in aanmerking komen en dat de overigen, de „alledaagse” gevallen”, „van zelf” en op den duur door aanpassing, eeltvorming, uitslijten en door wijzigingen in de situaties herstellen? Wellicht gaat dit nihilistische standpunt voor een deel der patiënten op, maar de kans bestaat ook dat dit niet gebeurt en dat zich een ernstige en langdurige stoornis ontwikkelt. Daarbij komt dat deze patiënten om hulp vragen en de huisarts zich in een bijzondere positie bevindt om deze hulp te geven. Hij maakt bij vele van deze patiënten de psycho-emotionele stoornis in de beginfase mee en hij kan door zijn belangstelling, begrip en steun, zijn medicatie en begeleiding, hulp bieden om verdringing, fixatie en verstarring in het „evenwicht” van de ziekte te voorkomen.

Wat de huidige nascholing van de huisartsen betreft, men krijgt mijns inziens over de werkwijze van de medisch-psychologische studiegroepen de indruk, dat daar vooral de bijzondere, ernstige neurosen ter bespreking komen en dat er „diep gegraven” wordt. Hoe leerzaam en nuttig een en ander ook is, hierdoor wordt het vergaren van kennis te weinig systematisch en te chaotisch. Dit maakt een codificering en overdraging van kennis moeilijk.

Bij een bezinning op de huidige en toekomstige taak van de huisarts moet men wel tot de conclusie komen dat een streven naar een poly-specialisme van de huisarts tot een mislukking zal leiden. Er zal in de psychosomatiek, zoals ook in de somatische vakken het geval is, naar scheidingslijnen, naar beperking moeten worden gezocht. Wil een nascholing vruchtbaar zijn, dan moet, mijns inziens, in overweging worden genomen om te beginnen met de bespreking van de problematiek van de lichte psychosomatische reacties op basis van een gericht en systematisch, tevoren uitgestippeld onderzoek, waarbij de uitkomsten vastgelegd en onderling vergeleken moeten worden. Men zou zich bijvoorbeeld kunnen beperken tot het onderzoek van een der stressfactoren-groepen, zoals huwelijksmoeilijkheden, of ziekten en ongevallen, en daarvan de frequentie, de diagnostiek en de rubricering van de

aard der moeilijkheden en de aanpak daarvan, leeftijdsgroep, sociale laag en samenstelling gezin, enzovoort, kunnen nagaan.

Vanzelfsprekend heeft de huisarts ook voor de begeleiding van de ernstige neurotici en de psychotische patiënten een taak, doch naar mijn mening zal hij deze taak, uitzonderingen daargelaten, moeten delen met specialisten in een gezamenlijke, consultatief georganiseerde, verzorging. Daartoe is het noodzakelijk dat er meer psychiaters in het stafpersoneel van de streekziekenhuizen komen. De huidige bezetting met neurologen-psychiaters is ontoereikend. Deze artsen zijn overbelast, waardoor het meer tijdrovende psychiatrische deel van hun taak in het gedrang dreigt te komen. Men heeft deze lacune trachten op te vullen met consultatiebureaus voor de geestelijke gezondheidszorg, hetgeen mijns inziens een noodoplossing is. Deze wijze van organiseren heeft verschillende nadelen, waarvan de voornaamste is het tekort aan mankracht en de overbelasting van de psychiaters, verbonden aan de consultatiebureaus. Slechts enkele psychiaters zijn belast met de zorg voor een gehele provincie. De contacten en de communicatie met de huisartsen, het home-team, zijn daardoor onvoldoende, mede omdat de bij het consultatiebureau werkzame psychiater niet in de streek woont. De vereiste afwisseling van klinische en thuisbehandeling door respectievelijk de streekpsychiater en de huisarts loopt niet soepel. Alleen bij een organisatie van de psychiatrische zorg, zoals die voor de organische ziekten bestaat, dus van streekziekenhuis met eigen psychiaters en afdelingen voor eventueel klinische observatie en tijdelijke onttrekking van de patiënten aan de sociale stress, kan er een goede communicatie groeien tussen specialist en huisarts. Dit is noodzakelijk voor het realiseren van een permanente begeleiding van de ernstig psychisch gestoorde. Op deze wijze zullen huisarts en home-team kunnen worden geruggesteund. Deze steun tracht hij nu nog te vinden in de medisch-psychologische studiegroepen.

Samenvatting. Bij een inventariserend en beschrijvend onderzoek van psychosomatische ziekten en stoornissen in een plattelandspraktijk, bleek dat meer dan 95 procent van deze stoornissen tot de lichte gevallen („minor mental illness”) kon worden gerekend, met een genezingspercentage van 86 en een recidievenpercentage van ongeveer 25 in twee jaar. In acht procent der gevallen werd naar een orgaan- of zenuw-specialist verwezen. Er waren tweemaal meer vrouwelijke dan mannelijke patiënten. De frequentie was het hoogst op middelbare leeftijd.

Bij analyse van de klachten werd gevonden dat naast de klachten in de somatische sfeer bijna zonder uitzondering ook klachten in de psycho-emotionele sfeer bestonden, die werden gekenschetst als een neurastheen syndroom, waarvan de aanwezigheid als een positieve aanwijzing voor de diagnose van een psychosomatisch lijden werd beschouwd.

In bijna alle gevallen kon psychosociale overbelasting worden getraceerd, merendeels van acute en actuele aard; bij de vrouwen in het gezin, bij de mannen voornamelijk in het beroepsmilieu. Op grond van deze ervaring werden, ter bekorting van de anamnese, gerichte vragen gesteld met betrekking tot deze milieus. De invloed van beroep en sociale laag op het vóórkomen van deze stoornissen kwam tot uitdrukking in het feit dat bij de middenstanders absoluut en

relatief — vooral bij de mannen — veel meer psychosomatische stoornissen werden gevonden dan bij arbeiders en boeren. Met name bij de boerenbevolking was dit aantal (relatief) bijzonder laag.

Summary. Psychosomatic disorders in a rural practice. In an inventorial and descriptive investigation of psychosomatic diseases and disorders in a rural practice, it was found that over 95 per cent of these disturbances could be defined as „minor mental illness”, with a cure rate of some 86 per cent and a relapse rate of 25 per cent in two years. Eight per cent of the cases were referred to a medical specialist or psychiatrist. There were twice as many female as male patients. The frequency was highest in middle age. An analysis of the symptoms showed that somatic symptoms in these cases were nearly always associated with psycho-emotional symptoms; the latter were characterized as a neurasthenic syndrome, and their presence was regarded as a positive argument in favour of a diagnosis of psychosomatic illness. Psychosocial overstrain was found in nearly all cases; it was usually of an acute and topical nature, traced back to the home environment in the case of the women, and to the occupational environment in the case of the men. On the basis of this experience, history-taking was shortened by posing aimed questions concerning

these environments. The influence of occupation and social stratum on the incidence of these disturbances was manifested in the fact that the middle class subjects — especially the men — showed a higher absolute and relative frequency of these disturbances than manual workers and farmers. In the farmer population in particular, the (relative) number of these disorders was exceedingly small.

- Booy, Joh. (1964) *Ned. T. Geneesk.* 198, 1629.
Dantzig, A. van en J. Waage (1962) *huisarts en wetenschap* 5, 239.
Fry, J. (1962) *Practitioner* 189, 639.
Hodgkin, K. (1963) *Towards earlier diagnosis*, E. en S. Livingstone Ltd., Edinburgh.
Huygen, F. J. A. (1963) *huisarts en wetenschap* 6, 305; 338. *Idem* 7, 428.
Kessel, N. (1965) *Practitioner* 194, 636.
Koopman, J. (1961) *huisarts en wetenschap* 4, 248.
Lidth de Jeude, A. H. van (1959) *Ned. T. Geneesk.* 103, 1697.
Lier, A. A. W. van (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 85.
Schaar, P. J. van der (1962) *Ned. T. Geneesk.* 106, 1141.
Shepherd, M., B. Cooper, A. C. Brown en G. W. Kalton (1964) *Practitioner* 192, 688.

*Therapeutische mogelijkheden op chirurgisch gebied bij aandoeningen van de perifere vaten**

DOOR DR. F. W. MREIJEN, CHIRURG TE TILBURG

Inleiding. Het perifere vaatstelsel omvat de arteriën, die het bloed aanvoeren, de capillairen, die het bloed door de weefsels leiden en de venen, die het weer afvoeren. De distributie van het bloed in het perifere vaatstelsel wisselt voortdurend naar gelang van de behoefte van verschillende organen of weefsels. Deze behoefte is weer afhankelijk van verschillende omstandigheden. Zo krijgen de weefsels of organen tijdens een periode van activiteit veel meer bloed toegevoerd dan wanneer zij in rust verkeren. Toch moet bij gelijkblijvende totale hoeveelheid bloed onder deze omstandigheden de bloeddruk blijven gehandhaafd om adequate doorstroming te garanderen. Dit alles wordt geregeld door verschillende mechanismen. Het belangrijkste hiervan is het autonome zenuwstelsel, dat in bepaalde gebieden vasodilatatie veroorzaakt (overheersing van de parasymphatische component), in andere gebieden vasoconstrictie (overwicht van de sympathische component).

Een andere voorziening, welke men in de meeste organen en weefsels aantreft ter regeling van de distributie van het benodigde bloed, is een systeem van talloze kleine precapillaire, rechtstreekse arterio-veneuze verbindingen, die zich naar behoefte kunnen openen of sluiten. In het eerste geval wordt een gedeelte van het bloed rechtstreeks in het veneuze stelsel teruggeleid zonder de capillairen te

passeren; in het tweede geval moet al het beschikbare bloed het capillaire bed doorstromen alvorens de venen te bereiken. Deze rechtstreekse arterio-veneuze shunts worden eveneens in hoge mate beïnvloed door het sympathische en parasymphatische zenuwstelsel.

Tot de belangrijkste perifere vasculaire aandoeningen die in aanmerking komen voor heelkundige behandeling behoren: congenitale vaatafwijkingen; letsel van de arteriën; ontstekingsachtige en degeneratieve aandoeningen van de arteriën, die aanleiding geven tot afsluiting of tot het ontstaan van een aneurysma; aandoeningen van de venen.

Congenitale vaatafwijkingen. Congenitale vaatafwijkingen zijn het gevolg van een stoornis in de normale ontwikkeling van arteriën en venen uit de primitieve plexus van capillairen, welke in eerste instantie uit het mesenchym wordt gevormd. Bij normale ontwikkeling verdwijnt een groot gedeelte van de capillairen uit de primitieve plexus. Enkele daarvan blijven over, worden groter en dikker en ontwikkelen zich tot arteriën of venen.

Bij een stoornis in bovengenoemde ontwikkeling kunnen verschillende vormen van angiomen ontstaan. Het angioma simplex (wijnvlek) is de meest eenvoudige vorm, deze bestaat voornamelijk uit een plexus van capillairen. Bij de meer gecompliceerde vormen van angiomen (angioma cavernosum, angioma pulsans, angioma racemosum) vindt men grote ruimten gevuld met bloed, alsmede klei-

* Voordracht, gehouden op het door de afdeling Tilburg en omstreken der Maatschappij georganiseerde Therapie-symposium in Tilburg, maart/april 1965.