

Enkele psychosomatische aspecten van het ziek zijn en de samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker*

DOOR DR. H. J. DOKTER, HUISARTS TE AMSTERDAM EN MEJ. J. G. HOOS

Het is algemeen bekend dat lichamelijke stoornissen hun oorsprong kunnen vinden in de psyche. Men spreekt dan van psychosomatische stoornissen. De definitie van psychosomatiek luidt: de leer van de door geestelijke afwijkingen veroorzaakte lichamelijke stoornissen (Koenen-Endepols). In het leerboek van de interne geneeskunde van Gross en Jahn vinden we de volgende definitie: „die psychosomatische Medizin verfolgt das Ziel, die Bedeutung seelischer Vorgänge für die Entstehung und Fortdauer körperlicher Zustände zu untersuchen, ferner darauf aufbauend spezielle Behandlungsmassnahmen zu entwickeln”.

De huisarts en de specialist zullen in hun praktijk schier dagelijks patiënten tegenkomen met hardnekkige, dikwijls jarenlang bestaande klachten en verschijnselen, waarvoor zij zelfs na een nauwkeurig en grondig onderzoek geen verklaring kunnen vinden, aldus Lindeboom. Zij krijgen de indruk dat aan de klacht geen organische ziekte ten grondslag ligt, doch dat de klachten en symptomen „maar” functioneel zijn. Uit een onderzoek van Buma is gebleken, dat 38 procent van alle aandoeningen een aantoonbare psychosociale achtergrond heeft; 62 procent van de aandoeningen die de huisarts behandelt, is dus zuiver somatisch.

Jansen-Emmer heeft in 1958 gesteld dat in 50 procent van de door haar gekozen „normale” gezinnen de gepresenteerde symptomen niet konden worden geïnterpreteerd en begrepen zonder de gezins- en wijdere milieuproblematiek in beschouwing te nemen. Ook uit Engelse onderzoeken is gebleken, dat bij 30 tot 50 procent van de patiënten die de huisarts bezoekt de oorzaak van de klacht in stoornissen in het psychosociale milieu is gelegen (Delay en Pichot). In een gedegen artikel heeft Kuypers, huisarts te Zelhem, een overzicht gegeven van „psychosomatische” stoornissen in een plattelandspraktijk. De lezer die geïnteresseerd is in dit onderwerp, vindt hier een overzicht van alles wat zich aan nerveuze stoornissen

in de huisartspraktijk voordoet. De nerveuze stoornissen worden bijvoorbeeld ook wel beschreven als emotionele stoornissen of psychosomatische stoornissen. Het ware wenselijk, schrijft Kuypers, dat er overeenstemming werd gebracht in benaming en omschrijving van deze „ontstemmingstoestanden”.

Bij zijn onderzoek is Kuypers uitgegaan van patiënten bij wie geen somatisch substraat voor de klacht kon worden vastgesteld. In de diagnostiek moesten dan naast karakter en aanleg, psychosociale milieufactoren van betekenis zijn, voor het ontstaan der klachten. Gebleken is dat in 85 procent van deze gevallen de huisarts zelf in staat is geweest de patiënten te behandelen.

Heim heeft een voortreffelijk overzicht gegeven van de ontwikkeling van de psychosomatiek. Hij wijst erop dat de oorzaken van ziekten ook in het milieu van de patiënt moeten worden gezocht en dat daarvoor een multidisciplinaire benadering van de ziekte noodzakelijk is. Het is vooral na de jongste wereldoorlog, mede dankzij de ontwikkeling van de sociale psychologie, duidelijk geworden, dat ook het milieu een ziek makend agens kan zijn.

Tijdens het Amsterdamse project van samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker, is een aantal patiënten c.q. cliënten in het project gezamenlijk onderzocht en behandeld. Het betrof hier onder meer die patiënten, bij wie het somatisch onderzoek geen oorzaak opleverde voor het ontstaan van de klacht. De oorzaak van de klacht kan dan liggen in de psyche van de patiënt of in zijn milieu. Bij frequent voorkomende klachten, zoals hoofdpijn, buikpijn, maagpijn vindt de arts nogal eens geen oorzaak op somatisch gebied voor de pijn. Zoals hierboven reeds is uiteengezet is de arts in staat 85 procent van deze gevallen zelf te diagnostiseren en te behandelen. Voor de overige 15 procent is een grotere kennis en een andere deskundigheid noodzakelijk. In ons geval heeft de arts gebruik gemaakt van de deskundigheid van de werker op het terrein van het sociaal functioneren. Hij heeft de maatschappelijk werker verzocht een diagnostisch onderzoek te verrichten en aan het slot daarvan tezamen met hem de te volgen gedragslijn uit te stippelen. In het Amsterdamse experiment is de diagnose van de huisarts tijdens de bespreking van het zogenaamde „intake-team” naar voren gebracht, waar-

* Een onderzoek betreffende „Samenwerking van huisartsen en maatschappelijk werk te Amsterdam”. Dit project werd gesubsidieerd door het Departement van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk en werd uitgevoerd onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Voortgezette Opleiding van Maatschappelijk Werkers (Karthuizerplantsoen) en het Genootschap „Zorg en Bijstand” te Amsterdam.

bij alle somatische aspecten van de klacht of de ziekte zo nauwkeurig mogelijk waren onderzocht. De arts heeft tijdens de bespreking zijn vermoedens uitgesproken omtrent de mogelijke etiologie van de klacht of ziekte. In het volgende willen wij proberen iets van de samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker te demonstreren aan de hand van een concreet geval.

Mevrouw A. is een 37-jarige vrouw, die drie jaar geleden, na een huwelijk van tien jaren, van haar man scheidde en alleen de zorg op zich nam voor de opvoeding van haar twee zoons, die respectievelijk 11 en 7 jaar oud zijn. Twaalf jaar geleden kreeg zij voor het eerst rugklachten, die bleken te berusten op een vernauwing van twee tussenwervelschijven. Er was geen hernia nucleï pulposi. Zij is daarop drie jaar lang behandeld met een gipskorset, manipulaties van de wervelkolom, korte golf en dergelijke met een zeer matig succes. Er waren toen al grote moeilijkheden, schreef de vorige huisarts, maar de aard is niet bekend. Zij werd door deze huisarts nog eens naar een andere specialist gestuurd, maar deze vond dezelfde afwijkingen als de reeds eerder geconsulteerde specialist. Wel werd dus een geringe afwijking op de foto van de wervels geconstateerd, maar er werden geen neurologische verschijnselen, die zouden kunnen wijzen op een ernstige afwijking, waargenomen.

Daarna werd patiënte opnieuw onderzocht door de eerste specialist, die echter geen nieuwe gezichtspunten kon aanvoeren. Hoewel er dus een lichamelijke afwijking aanwezig is, is het moeilijk te controleren in hoeverre deze klachten in overeenstemming zijn met de ernst van de afwijking. Het is haar huisarts bekend, dat zij een aantal jaren geleden is gescheiden en dat de eerste rugklachten vermoedelijk wegens moeilijkheden in haar huwelijk — enkele jaren na het begin daarvan, volgens mevrouw A. na de geboorte van haar tweede kind — zijn ontstaan. Van welke aard deze moeilijkheden zijn is de huisarts niet bekend. Mevrouw A. ontvangt alimentatie van haar gewezen echtgenoot, maar deze komt zijn verplichtingen onvoldoende na. Daarnaast heeft zij een uitkering van de ziektewet omdat zij enige tijd heeft gewerkt. De controlerend geneeskundige acht haar arbeidsgeschikt, maar mevrouw A. verzet zich hier tegen en is van mening dat zij niet tot werken in staat is. Zij zoekt hierbij steun bij de huisarts. De huisarts is van mening dat de klachten van patiënte samenhangen met het feit, dat zij nog zeer ambivalent staat ten opzichte van haar gewezen echtgenoot en haar gevoelens hierover, met name een sterke agressie projecteert op de instanties die in haar levensonderhoud moeten voorzien en eisen dat zij weer gaat werken.

Men kan zich indenken dat, waar de somatische en psychosociale problematiek zo nauw verweven was, in dit stadium de hulp van een andere discipline door de huisarts noodzakelijk werd geacht.

Gezien de relatieproblemen op het terrein van het sociaal functioneren van mevrouw A. was de maatschappelijk werker de bij uitstek deskundige. Daar mevrouw A. een goede relatie met de huisarts had en een sterke weerstand tegen vrijwel elke andere hulpverlenende instantie, zou een verwijzing naar een instelling voor maatschappelijk werk in dit stadium vrijwel zeker zijn mislukt. De introductie van de maatschappelijk werker, die met de huisarts samenwerkt, bood de meeste kans van slagen en bracht mede als voordeel, dat de huisarts verder nauw betrokken bleef bij de diagnostiek en behandeling van mevrouw A. De huisarts was daardoor tevens in staat zonder terughouding alle gewenste gegevens aan de maatschappelijk werker te verstrekken, die hij voor zijn diagnose en behandeling nodig had.

Deze overwegingen werden gedeeld door het z.g. „intake-team”, dat was samengesteld uit de bij het experiment betrokken artsen, supervisors, praktijkleidster en maatschappelijk werkster. Besloten werd, dat de maatschappelijk werkster zou nagaan in hoeverre de lichamelijke klachten van mevrouw A. verbonden waren met de situatie waarin deze vrouw verkeerde, waarna zo nodig tot het verlenen van de gewenste hulp kon worden overgegaan.

Dit onderzoek wees — kort samengevat — het volgende uit: Mevrouw A., die na een gelukkige jeugd enige jaren als coupeuse werkzaam was geweest, zei de eerste jaren van het huwelijk veel van haar man te hebben gehouden. Daar hij een moeilijke jeugd zou hebben gehad, meende zij hem in veel te moeten ontzien en tegemoet te komen. Maar de moeilijkheden bleven niet lang uit en na de geboorte van het oudste kind werd de relatie tussen man en vrouw bepaald slecht. De heer B. voelde weinig voor zijn kinderen, had niets voor hen over en snauwde hen vaak af. Soms sloeg hij er ongeremd op los en trof dan niet alleen de kinderen, maar ook, in tegenwoordigheid van de kinderen, zijn vrouw. Men was doodsbang voor de drift, waarin hij kon geraken. Het vertrek van de man — dat nadien door echtscheiding werd gevolgd — werd aanvankelijk dan ook als een opluchting ervaren.

Maar daarna drongen de consequenties tot mevrouw A. door, hoewel zij voor haar gewezen man niets dan afkeer bleef gevoelen en onder geen voorwaarde enig contact met hem wilde hebben. De heer B. hertrouwde en vestigde zich in het buitenland. In toenemende mate kwam hij zijn alimentatieplicht onregelmatig en onvolledig na. Mevrouw A. reageerde hierop met een sterke rancune tegen haar voormalige echtgenoot, nu hij haar tenslotte ook nog de betrekkelijke welstand ontnam, waar zij gedurende haar huwelijk in had verkeerd. Hierdoor was zij — aanvankelijk ten dele en sinds ongeveer een half jaar geheel — aangewezen op een financiële uitkering van de Gemeentelijke Sociale Dienst (G.S.D.). Deze dienst meende dat mevrouw A. zo spoedig moge-

lijk moest gaan werken om geheel of ten dele in het onderhoud van haar en haar kinderen te voorzien. Mevrouw A. slaagde er in als gezinshulp te gaan werken, doch na zeven weken verergerden de rugklachten, die zij sedert de geboorte van het jongste kind had, reden waarom zij zich tenslotte ziek meldde. Na enige weken achtte de controlerende arts, zoals hierboven reeds is vermeld, haar weer tot werken in staat, waartegen mevrouw A. zich echter verzette.

Zij beleefde heel concreet dat de moeite en de tijd die de G.S.D. besteedde om haar tot werken aan te zetten, beter konden worden gebruikt om de heer B. te dwingen aan zijn verplichtingen te voldoen. De dwang die de G.S.D. op haar uitoefende om door te werken in haar onderhoud te voorzien, gevoelde zij als een krenking. Zij achtte zich opnieuw in de steek gelaten. Duidelijk kwam de samenhang naar voren van deze gevoelens met die jegens haar gewezen man. Daarenboven kwamen ook andere argumenten naar voren om tot uitdrukking te brengen waarom zij — naar haar inzicht — niet kon werken:

Door alle moeilijkheden in het verleden was zij zeer nerveus geworden, wat nog was verergerd omdat zij overal alleen voor stond zonder dat iemand haar steunde en lief voor haar was. Niemand hield rekening met haar situatie en men had alleen oog voor haar rugklachten.

De kinderen, die haar waren toegewezen omdat zij de beste kansen bood, zouden zeker tekort komen — en zij misten toch al zoveel — indien zij zou gaan werken. Men zou haar dit zeker aanrekenen. Door te gaan werken vergrootte zij de kans om weer ziek te worden, tengevolge waarvan de verzorging van haar en haar kinderen nog moeilijker zou worden.

Tenslotte droeg de door haar ervaren positie van rechteloosheid van de alleenstaande vrouw er toe bij dat zij zich verzette tegen het standpunt dat zij zou kunnen gaan werken.

Het onderzoek wees tevens uit dat mevrouw A. op zichzelf genomen geen bezwaar had om te gaan werken, dat zij de periode welke zij als gezinshulp had doorgebracht, positief waardeerde, en dat zij erkende, dat haar financieel verre van rooskleurige situatie, verbetering zou ondergaan indien zij zou gaan werken. Maar tegen de achtergrond van bovengenoemde factoren ervoer zij de dwang om te werken als onverdraaglijk.

In het overleg van arts en maatschappelijk werker bleek — op grond van het zojuist weergegeven onderzoek — al gauw, welke functie de klachten van de vrouw vervulden. De rancune tegenover haar gewezen man voedde haar verzet tegen de G.S.D. en andere instanties. Voor haar kon dit verzet alleen de vorm aannemen van een ziekte en zij nam haar toevlucht tot een verdere „somativering” van de reeds aanwezige rugklachten. De afspraak werd gemaakt dat de arts pijnstillende middelen zou toedienen en dat hij voortspatiënte, die

uit eigen beweging regelmatig op zijn spreekuur kwam, slechts zou aanhoren en ondersteunen. De maatschappelijk werker zou dan kunnen ingaan op de emotionele problemen rondom de huwelijksverhouding en de echtscheiding en de gevoelens van te worden gekrenkt en te zijn verlaten. Zij zou trachten de weerstanden van mevrouw A. tegenover het werk te verminderen en haar te helpen de realiteit te aanvaarden van haar financiële situatie en in verband daarmee de eisen, welke door de G.S.D. werden gesteld.

Uitgaande van de positieve ervaringen als gezinshulp, zou gezocht kunnen worden naar ander werk dat haar aansprak. Daar de rugafwijking beperkingen oplegde ten aanzien van het werk dat voor haar geschikt zou zijn, werd afgesproken dat een en ander in nauw overleg met de arts zou plaatsvinden. Tenslotte zou de arts contact opnemen met de controlerende geneesheer om hem de lichamelijke en psychische componenten van de klachten van mevrouw A. uiteen te zetten.

Nadat tot deze taakverdeling was besloten, verliep het contact van de maatschappelijk werker met mevrouw A. als volgt. Na informatie te hebben ingewonnen over de rechten en plichten van mevrouw A. met betrekking tot de G.S.D., richtte de maatschappelijk werker de behandeling op de objectieve realiteit, met name op de eisen die de G.S.D. aan mevrouw A. stelde in verband met haar werk. Hierbij werd gebruik gemaakt van haar positieve ervaringen als gezinshulpster, waardoor het haar langzamerhand mogelijk werd een onderscheid te maken tussen haar bevindingen aangaande het werk als zodanig en haar weerstand tegen de dwang om te gaan werken. Heel langzaam en met perioden van op- en neergang verminderde haar weerstand. Hierbij bleek de behandeling bij cliënte vooral dan goed aan te slaan, wanneer tegelijkertijd met het bespreken van de materiële moeilijkheden en de eisen van de G.S.D., werd ingegaan op haar behoefte aan hartelijkheid en persoonlijke aandacht. Een ander punt dat aan de orde kwam was het agressieve gedrag van mevrouw A. waardoor zij ook bij ambtenaren van de G.S.D. weerstanden opriep. Doordat onomwonden met haar de gevolgen van haar gedrag werd besproken en omdat zij in het contact met de maatschappelijk werker ervoer niet te worden afgewezen — ondanks alle agressieve uitingen — liet mevrouw A. haar agressieve houding allengs goeddeels varen, zoals ook tot uiting kwam in de wijze waarop zij vertelde over haar gesprekken met verschillende ambtenaren. Tijdens deze periode van de behandeling bleven de huwelijksproblemen nog vrijwel onaangeroerd, hoewel mevrouw A. herhaaldelijk haar rancune jegens haar man op zeer agressieve wijze en met grove woorden uitte.

Nadat de G.S.D. haar had verplicht zich bij het G.A.B. te laten inschrijven, werd mevrouw A. opnieuw gekeurd door een aan dat bureau verbonden arts. Deze laatste was tevoren door de huis-

arts ingelicht over de aard van de klachten van mevrouw A. Na het onderzoek had mevrouw A. het gevoel dat zij bij deze arts voor het eerst gelegenheid kreeg over iets anders dan over haar lichamelijke klachten te praten. Daartoe werkte wellicht ook de veranderde instelling van mevrouw A. mee, die een samenhang had leren zien tussen haar problemen en de lichamelijke klachten. Zij kon de arts nu een duidelijker inzicht geven in haar moeilijkheden. Mevrouw A. werd voorlopig afgekeurd op grond van lichamelijke en psychische ongeschiktheid tot werken.

Na dit resultaat van de keuring, dat tot gevolg had dat de eis om te gaan werken kwam te vervallen, trad bij mevrouw A. een opvallende verandering in. Haar denken en voelen bleken veel nuanceerder te zijn dan de aanvankelijke indruk deed vermoeden. Zij bleek nu ook in staat om meer te vertellen over de mislukking van haar huwelijk en over de moeilijkheden die aanleiding tot de echtscheiding waren geweest. Mevrouw A., die haar werkelijke gevoelens altijd moeilijk kon uiten, durfde nu toch te spreken over haar verdriet, de problemen in het huwelijk, de eenzaamheid na de echtscheiding en over de moeite die het haar kostte om het alleen zijn te aanvaarden.

Hierna bleek het mogelijk haar rancune tegen de man aan de orde te stellen en kon zij inzien dat zij niet door haar man in de steek was gelaten, maar dat de echtscheiding een besluit van beide partners was geweest omdat zij niet bij elkaar pasten, een besluit waarin mevrouw A. zelf een beslissende rol had gespeeld. De gevoelens van rancune maakten plaats voor een meer op de werkelijkheid gegrond inzicht in de aanleiding tot en de gevolgen van de echtscheiding, terwijl zij ook meer begrip kon opbrengen voor het gedrag van haar man.

Bij deze gesprekken werd, mede uit preventief oogpunt, de aandacht ook gericht op de opvoeding van de kinderen en de wijze waarop mevrouw A. met hen over hun vader zou kunnen spreken. Zij merkte dat haar gevoelens tegenover haar man een belemmering vormden om op een juiste wijze over hem met de kinderen te spreken. Ook de seksuele voorlichting, die voor mevrouw A. extra moeilijk bleek te zijn, werd in dit verband aan de orde gesteld.

Tot zover gekomen, werd in overleg met de arts besloten dat de maatschappelijk werker de behan-

deling zou afsluiten. Ten aanzien van de acute problemen was een aanmerkelijke verbetering ingetreden. De rugklachten waren sterk verminderd, wat onder andere tot gevolg had dat mevrouw A. veel minder dan vroeger de arts bezocht. Doordat zij een groter inzicht had gekregen in haar situatie, was te verwachten dat een eventuele keuring in verband met het werk minder weerstanden zou oproepen en niet zoals voorheen tot een verdere „somatisering” van reeds aanwezige klachten zou leiden. De huisarts, die nauw bij de behandeling van de maatschappelijk werker betrokken was geweest, nam de begeleiding van mevrouw A. over en hielp haar over verschillende drempels waarvoor zij nadien nog kwam te staan. Zij werd tenslotte weer goedgekeurd en aanvaardde een werkring. Doordat zij tot een zekere verwerking van haar verhouding tot haar gewezen man was gekomen, stond zij weer open voor een eventueel nieuw huwelijk.

Blijkens het rapport van *Ploeger en Halbertsma* betreffende het Amsterdamse experiment, heeft het hoofddoel van het maatschappelijk werk vooral in het psychosociale vlak gelegen. In dergelijke gevallen, waarbij somatische klachten hun oorsprong vinden in de psychosociale sfeer, heeft de samenwerking de meeste kans van slagen gehad.

In 60 procent van de gevallen kon door de maatschappelijk werker een min of meer afgeronde vorm van hulp worden geboden. Alle gevallen uit de hierboven genoemde categorie vallen hieronder.

- Buma, J. T. Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, Leiden 1959.
- Delay, J. en P. Pichot. *Medizinische Psychologie*. G. Thieme, Stuttgart, 1966.
- Gross, R. en D. Jahn. *Lehrbuch der Inneren Medizin*. Schattauer, Stuttgart, 1966.
- Heim, E. (1966) *Schweiz. med. Wschr.* 96, 1717.
- Jansen-Emmer, E. M. Bijdrage tot de kennis van het aandeel van de huisarts in de geneeskundige verzorging van de Amsterdamse bevolking. *Academisch proefschrift*, Amsterdam, 1958.
- Kuypers, C. A. (1966) *huisarts en wetenschap* 9, 42.
- Lindeboom, G. A. *Nederlands Leerboek der Interne Geneeskunde*. Scheltema en Holkema, Amsterdam, 1958.
- Ploeger, P. en H. Halbertsma. *Samenwerking van huisarts en maatschappelijk werk (Rapport uitgebracht door het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk)*, 1968.