

Posttraumatische hoofdpijn*

DOOR M. KUILMAN, ZENUWARTS**

Inleiding. De praktische betekenis van het verschijnsel posttraumatische hoofdpijn is de laatste tijd toegenomen, mede dank zij het stijgend aantal ongevallen. Menig huisarts wordt ermee geconfronteerd en daarom lijkt het de moeite waard tot een inventarisatie over te gaan van deze hinderlijke en vaak hardnekkige klacht. De aard van het symptoom brengt al aanstonds diverse problemen voor de diagnostiek met zich. Pijn — en dus ook hoofdpijn — is immers een klacht en niet zozeer een verschijnsel dat men direct kan waarnemen. Men is aangewezen op het verhaal van de patiënt, precies zoals dat het geval is met de vitale en psychische gevoelens. En verder kan de onderzoeker proberen een vergelijking te treffen met pijnervaringen bij zichzelf en bij anderen. Op grond daarvan zal hij ernaar streven zich een mening te vormen over de aard, de intensiteit en de echtheid van de pijn. Het spreekt vanzelf dat deze beoordeling heel wat subjectieve elementen in zich bergt, want de belevingswijze en de expressie van de pijn worden mede bepaald door de structuur van de patiënt en door de actuele situatie, waarin hij zich bevindt. Het is dan ook geen wonder dat men bij de beschrijving van hoofdpijnen veel waarde hecht aan ondubbelzinnige kenmerken, zoals de localisatie en het verloop, alsook aan begeleidende verschijnselen, die onafhankelijk van de subjectieve belevingsmodus kunnen worden gesignaleerd. De bemoeilijkte objectivering van het verschijnsel is er wellicht debet aan dat hoofdpijn nogal eens op neurotische wijze in regie wordt genomen.

Hoofdpijn is een symptoom - geen ziekte - met pluriforme kwaliteiten, berustend op een veelheid van uiteenlopende ontstaansvoorwaarden. Bij de posttraumatische hoofdpijn krijgen wij bovendien te maken met de aard van de samenhang tussen de klacht en het letsel. De traditionele - cartesisaanse - scheiding tussen psychogene en somatogene hoofdpijn is in theorie al aanvechtbaar, in de praktijk komt men er zelden mee uit. De veronderstelde exclusieve somatogenese stoelt vaak op onbewezen supposities en de psychogenese gaat nogal eens terug tot ingewikkelde en niet te verifiëren constructies, óf ze komt als een verlegenheidsoplossing uit

* Naar een voordracht, op 22 november 1969 gehouden in het kader van de cursus voor voortgezet medisch onderwijs „Oost Nederland”, georganiseerd door de Dr. G. J. van Hoytema Stichting met medewerking van de Commissie Boerhaave-Cursussen voor voortgezet medisch onderwijs, Rijksuniversiteit Leiden.

** Chef de clinique van de Psychiatrische afdeling van de Valeriuskliniek, Amsterdam; hoofd: Prof. Dr. F. C. Stam.

het ongeruimde te voorschijn. Psychogenie en kryptogenie zijn dan tot identieke begrippen geworden. Ieder die met de rapportering van posttraumatische syndromen te maken heeft, weet hoe moeilijk het is om ondubbelzinnige diagnostische criteria te vinden. Het gewicht van dossiers, soms in kilogrammen te meten, schijnt wel eens een lineair verband te demonstrenen met de menigvuldigheid van tegenstrijdige meningen, vanuit de meest gevarieerde niveaus van deskundigheid en ervaring tot stand gekomen.

In het nu volgende overzicht zullen verschillende vormen van posttraumatische hoofdpijn achtereenvolgens de revue passeren. Enkele opmerkingen mogen aan deze opsomming voorafgaan.

De eerste opmerking betreft een beperking in de definitie van het begrip posttraumatische hoofdpijn, welke met het verloop te maken heeft: slechts die vormen van hoofdpijn zullen ter sprake komen, welke drie maanden tot een half jaar na het trauma nog worden aangetroffen en die daarna soms jarenlang kunnen voortduren. De tweede opmerking heeft betrekking op de geraadpleegde bronnen. Voor de weergave van de posttraumatische hoofdpijnen van organische aard heb ik dankbaar gebruik gemaakt van een recente studie van de hand van *Nick* en *Sicard*, die een onderzoek hebben verricht bij 240 patiënten. Bij de bespreking van psychogene posttraumatische hoofdpijnen speelt de eigen ervaring met rapporteringen voor de GMD en de Nederlandse Spoorwegen een niet geringe rol.

Typologie. Van posttraumatische hoofdpijnen kan de volgende indeling worden gegeven:

1 *Eenzijdig gelocaliseerde, circumscrip* hoofdpijnen, als rechtstreeks gevolg van de traumatische inwerking op extra- en/of intra-cerebrale structuren. Deze groep kan op haar beurt worden onderverdeeld in een drietal typen:

- a een arterieel type
- b een veneus type
- c een neuralgisch type

2 *Cervicale hoofdpijnen*

3 *Psychogene hoofdpijnen*

Met betrekking tot de pathogene voorwaarden kunnen we differentiëren tussen vasomotorische, neuralgische, myalgische en psychogene condities, hoe men zich de transformatie van psychische con-

flicten in somatische klachten ook moge indenken. Het spreekt vanzelf dat de bovenstaande indeling enigszins kunstmatig is: overgangsvormen worden in de praktijk veelvuldig aangetroffen.

1 Eenzijdig gelocaliseerde, circumscripte hoofdpijnen.

a *Arteriële type*. Hierbij is er sprake van aanvalsgewijs optredende klachten met een als regel onveranderlijke lokalisatie, vaak ipsilateraal ten opzichte van de plaats van het letsel, niet zelden ook wel contralateraal. Het eenzijdige en paroxysmale karakter suggereert een zekere verwantschap met de migraine en ook in andere opzichten bestaat er een gelijkenis. Zo worden de posttraumatische hoofdpijnen waarvan hier sprake is, vaak vergezeld door overgevoeligheid voor licht en geluid en ook gaan ze nogal eens gepaard met misselijkheid en braken. Nu en dan ziet men versterkte arteriepulsaties en plaatselijke afkoeling of arteriële compressie kunnen de aanval soms couperen. Haardverschijnselen in de zin van flikkerscotomen, afatische stoornissen en dergelijke, ontbreken. In tegenstelling tot de migraine duren de aanvallen vrij kort (zelden langer dan twee uur) en is de lokalisatie onveranderlijk dezelfde. Tussentijds bestaan er pijnloze intervallen. Dit type hoofdpijn is nogal eens verwant met de vasomotore cephalaea van niet-traumatische origine zoals de hoofdpijnen van *Horton* en *Sluder*. In deze gevallen kan men een uitbreiding van de pijn over de gelijknamige gezichtshelft waarnemen, gecombineerd met vasomotore en secretore verschijnselen in de zin van hyperemie van huid en slijmvlies, rhinorrhoe, lacrimatie, sporadisch ook wel miosis en enofthalmus. Deze hiergenoemde varianten van de arteriële hoofdpijn komen in het bijzonder voor na een schedelbasisfractuur. Bij letsels van de schedelconvexiteit komt men ze meestal niet tegen. Hoofdpijnen van het arteriële type debuten als regel pas weken tot maanden na het letsel.

Met betrekking tot de etiologie overwegen de ernstige traumata, gemeten naar de duur van het coma, de aanwezigheid van fracturen, amnesieën, neurologische prikkelings- en uitvalsverschijnselen en (focale) EEG-afwijkingen. Bij ongeveer tweederde van de onderhavige patiënten is er sprake geweest van ernstige intracranieële lesies. De voorwaarden tot het optreden van de arteriële hoofdpijnen moet worden gezocht in durabeschadiging met littekenvorming, als gevolg waarvan collateralen van de arteria carotis externa in het desbetreffende gebied worden „ingesloten”.

b *Veneuze type*. De tweede vorm van gelocaliseerde hoofdpijn is eveneens vasculair, maar van het veneuze type. Deze is bijzonder zeldzaam. Kenmerkend is de „céphalée d'effort”. De klachten treden op direct in aansluiting aan fysieke inspanning, zoals hoesten, tillen en persen. Op dat moment ervaart de patiënt een heftige circumscripte hoofdpijn, die vrijwel onmiddellijk haar maximale intensiteit bereikt en die in de loop van minuten

tot een kwartier afebt. De aanvallen kunnen reeds enkele dagen na het trauma beginnen en ze verdwijnen in de regel na een paar maanden. De pathogenese berust op een plotselinge drukverkoping in een pijngevoelige, geledeerde veneuze sinus. Compressie van de vena jugularis kan de aanvallen provoceren evenals plotselinge hoofdbewegingen. Wat de aard van het trauma betreft: vrijwel altijd is er sprake van ernstige intracranieële letsels.

c *Neuralgische type*. De derde vorm van eenzijdig gelocaliseerde hoofdpijn is de neuralgische, die in het onderzoek van *Nick* en *Sicard* bij ruim 10 procent van de onderzochte patiënten werd gesignaleerd. Karakteristiek is de flitsende en vaak heftige pijn, die soms vanuit bepaalde „triggerzones” kan worden opgewekt. De localisatie is als regel beperkt tot een vrij scherp begrensd gebied, vaak niet meer dan enkele centimeters in doorsnede. In de meeste gevallen debuten de klachten eerst weken tot maanden na het trauma. De aard van het letsel behoeft niet ernstig te zijn. De neuralgische hoofdpijn wordt toegeschreven aan letsels van de extracranieële weke delen, waarbij sensibele vezels in het littekenweefsel „gevangen” worden. De huid ter plaatse van het litteken is vaak pijnlijk bij aanraking. Locale infiltratie met procaine kan de klachten tijdelijk tot verdwijnen brengen.

2 *Cervicale hoofdpijnen*. Een belangrijke plaats nemen de cervicale hoofdpijnklachten in. Vaak zijn er ernstige letsels in de anamnese en het cervicale trauma is veelvuldig gecombineerd met craniële lesies. De pijn, die als regel direct in aansluiting aan het ongeval optreedt, is cervico-occipitaal gelocaliseerd, meestal eenzijdig maar soms ook wel symmetrisch. Ze gaat vergezeld van een actieve en passieve bewegingsbeperking van de halswervelkolom. In de acute fase kan ze bovendien worden gecompliceerd door duizeligheid. Nu en dan klaagt de patiënt ook wel over pijn en paresthesieën die in de schouders en zelfs in de bovenste extremiteiten kunnen uitstralen. Het verloop van de klachten kenmerkt zich op den duur door een zekere discontinuïteit, met langer of korter durende symptoomloze intervallen. De pijn verergert niet zelden, indien de patiënt een verticale positie inneemt, maar ze neemt vooral toe bij bepaalde hoofdbewegingen. De cervicale wervelkolom kan plaatselijk drukpijnlijk zijn en tevens vindt men vaak een eenzijdige of een symmetrische hypertonie van de nek-musculatuur, die soms wordt vergezeld door torticollisachtige verschijnselen. Indien de bovenste halswervels zijn getroffen, kan de pijn over de gelijknamige schedelhelft naar voren uitstralen in het gebied dat door de n. occipitalis major wordt verzorgd. Daarnaast kennen we nog andere varianten, zoals de cervicobrachiale vorm, die zich manifesteert in uitstralende pijnen en paresthesieën - nu en dan gepaard gaande met objectieve sensibiliteitsstoornissen en reflexafwijkingen - van de bovenste ledematen.

Niet zelden treden ook cochleovestibulaire klachten en verschijnselen op, soms in combinatie met „dropping attacks”, geïmpulseerd door abrupte bewegingen van het hoofd. Een tractie, die zich voortplant naar de a. basilaris en naar hoger gelegen gedeelten van het zenuwstelsel, wordt voor de onderhavige klachten en verschijnselen wel aansprakelijk gesteld. Men spreekt dan van een cervico-encefaal syndroom. De pathogenese van de cervicale hoofdpijn is nogal complex: neuralgische, myalgische, vasomotorische en psychogene componenten treden daarbij veelvuldig in wisselwerking op. Karakteristiek voor de aard van het cervicale trauma is de excessieve flexie en extensie van de halswervelkolom, zoals bij auto-ongevallen veel voorkomt („whiplash injury”).

3 *Psychogene hoofdpijnen.* Tot de laatste te bespreken categorie van posttraumatische hoofdpijnen behoren de psychogene vormen. Daarover kunnen de volgende opmerkingen worden gemaakt:

a *De aard van de hoofdpijn.* Vaak worden de klachten in de nek en in het achterhoofd gelocaliseerd, soms geschiedt dat op de vertex, terwijl een (bi)frontale lokalisatie evenmin tot de uitzonderingen behoort, soms als stekende of borende pijn achter de ogen aangegeven. De plaats van de pijn wisselt nogal eens bij dezelfde patiënt. De wijze waarop deze zijn informatie verschaft is niet zelden vaag en chaotisch. Wanneer er al sprake is van een onveranderlijke lokalisatie, dan is deze vaak cervico-occipitaal of symmetrisch frontaal. In deze gevallen bestaan er meestal aanwijzingen voor een „spanningshoofdpijn” („tension headache”, „muscle contraction headache”). Daarbij is sprake van een in intensiteit wisselende pijn, die veelal het karakter heeft van een bandgevoel. De klacht neemt toe onder invloed van de meest uiteenlopende vormen van fysieke en psychische stress, ze verdwijnt bij volledige rust. De nekspiering is vaak hypertoon en bij palpatie pijnlijk. Het verschijnsel is meestal ingebouwd in een neurastheniform en/of angstneurotisch beeld.

Psychogene hoofdpijnklachten gaan veelvuldig vergezeld van duizeligheid, die bij zorgvuldig navragen wordt beschreven als een licht gevoel in het hoofd, dat een algemene onzekerheid kan vertolken. Soms verdragen de patiënten geen hoofddeksel. Het verloop van de klachten is meestal niet aanvalsgewijs, maar zeurend met exacerbaties onder invloed van stress in de ruimste zin van het woord. De patiënten klagen erover dat ze geen moment vrij zijn van pijn, ze staan er zo gezegd mee op en ze gaan ermee naar bed. De presentatie van deze klachten heeft niet zelden een fobisch, hypochondrisch of een conversief coloriet. In een aantal gevallen is de manier waarop de patiënt zijn bezwaren uit, karakteristiek voor wat men ongelukkigerwijs wel een verhysterisering noemt. De pathetische en jammerlijke attitude is dan niet in overeenstemming met het beeld dat men van de

werkelijke ernst van het lijden krijgt. Hieruit resulteert de indruk van onechtheid. De patiënt schijnt met zijn klachten te willen imponeren. Soms steekt daar een stuk bewuste aggraving in, maar lang niet altijd is het slachtoffer zich de werkelijke motieven van zijn aggraverende houding bewust, een feit waarop onlangs door *Weijel* is gewezen toen hij onderscheid maakte tussen functionele en simulator aggraving. Soms wordt men getroffen door de „belle indifférence”: de welhaast blijmoedige manier waarop de patiënt zijn klachten schijnt te ondergaan, c.q. de beminnelijke wijze waarop hij zijn dokter voor de zoveelste maal mededeelt, dat er geen enkele verandering in de toestand is opgetreden. Niet zelden heeft hij na korte of lange tijd zijn klachten „ingebouwd” in een grotendeels onbewust gemotiveerd levensplan. Hij tracht ze dan bijvoorbeeld te benutten om verschoond te blijven van het appèl dat de buitenwereld aan hem stelt. Ook tracht hij vaak langs deze weg meer aandacht en geborgenheid te krijgen van zijn naaste omgeving. Door zijn klachten te fixeren beschikt de patiënt over een mogelijkheid om zijn persoonlijke talen te verhelen en op die manier probeert hij met een onpersoonlijke kwaal zijn onmacht te camoufleren en zijn gemis aan inzet te rechtvaardigen. Men gebruikt voor de kwalificatie van deze neurotische manoeuvres wel het ongelukkig gekozen begrip „secundaire ziekte winst”.

Wanneer men de psychogene hoofdpijnklachten in de context van de overige verschijnselen plaatst en de ontwikkeling ervan onder de loep neemt, komen er enkele opvallende kenmerken aan het licht. Niet zelden manifesteert de hoofdpijn zich eerst wanneer de patiënt alweer het bed mag verlaten of zelfs wanneer hij reeds gedurende enkele dagen aan het werk is geweest. Het verschijnsel is als regel ingebouwd in een wijder symptomencomplex waarin het een steeds meer vooraanstaande plaats kan gaan krijgen, zodat men van een somatisering mag spreken. In een eigen studie over het verloop* bleek dat langdurige neurotische decompensatietoestanden met somatisering zich vaak geleidelijk ontwikkelen uit een neurastheniform - of zo men wil: hyperesthetisch-emotioneel - syndroom. Daarnaast voorafgaande ziet men nog al eens angstverschijnselen optreden in alle mogelijke - fobische, diffuse en vegetatieve - uitingsvormen, waardoor men kan twijfelen tussen de diagnoses angstneurose en neurasthenie. Gelijktijdig hiermee of kort daarop vindt een toenemende somatisering plaats, waarbij het schijnt alsof een op dat moment aanwezige „locus minoris resistentiae” - in ons geval het trauma capitis - min of meer willekeurig wordt aangegrepen. Bij posttraumatische hoofdpijnen van psychogene aard kan men deze syndromale successie in vele gevallen fraai demonstreren. Het posttraumatische, neurastheniforme syndroom werkt bij de onderhavige patiënten vaak labiliserend op een moeizaam gecompenseerde neurotische con-

* Wordt gepubliceerd.

stellatie, die niet zelden reeds vóór het ongeval tot spanningen aanleiding gaf.

In de premorbide structuur treft men nogal eens eigenschappen aan die wijzen op een geringe weerbaarheid, een gebrekkige ik-opbouw, gemis aan stheniciteit of een karakterneurotische levenshouding. De angstverschijnselen kunnen een vertolking zijn van de vrees voor een psychische ontwijking en via de somatisering wordt dan naar een nieuw - maar nogal pijnlijk, gebrekkig en voor de patiënt vaak onaangenaam - „evenwicht” gezocht. Reeds *Freud* heeft overigens opgemerkt dat verschuivingen in de richting van de hypochondrie vaak voorkomen, indien het neurasthene beeld door angstverschijnselen wordt gecompliceerd.

b *De aard van het trauma* heeft voor de psychogene hoofdpijnen geen essentiële betekenis. Verschillende onderzoekers wijzen zelfs op de geringe ernst van het letsel. Vaak is er niet eens een commotio cerebri in het spel geweest. Soms beroepen de patiënten zich pas achteraf op een trauma en lijkt de samenhang objectief hoogst twijfelachtig. Het fysieke geweld van het letsel schijnt van minder betekenis dan de beleving en verwerking ervan, tezamen met de situatieve context, waarin het ongeval heeft plaats gehad. Bij een tweetal van mijn eigen patiënten ontwikkelde zich na een „bijna trauma capitis” en in aansluiting aan een daaropvolgende hevige schrikreactie dezelfde symptomen als we bij de psychogene posttraumatische hoofdpijn kunnen waarnemen.

Afgezien van de situatief bepaalde angst- en schrikreacties zijn ook de premorbide structuur van de patiënt en zijn levensgang van grote invloed op de aard en het beloop van de posttraumatische klachten. Het caput heeft in de „body image” van menig individu een bijzondere betekenis, waarin allerlei magische elementen kunnen zijn geïnvesteerd. Het begrip hersenschudding heeft daardoor voor velen een onheilspellende klank. De „verwaarloosde” hersenschudding heeft in dat verband vaak heel wat psychiatrische implicaties.

c *De situatie*. Van niet geringe betekenis voor het optreden en voortduren van de psychogene hoofdpijnen is de situatie, waarin de patiënt verkeert, met name voor zover deze betrekking heeft op zijn relaties en op de affiniteit tot zijn werk. Hier kunnen we de door *Weijl* als paranoos bestempelde invloeden vaak fraai aan de gang zien. Neurotisch gecompenseerde huwelijksrelaties kunnen bijvoorbeeld uit hun balans raken. De posttraumatische klachten en verschijnselen worden soms in dienst gesteld van neurotische manoeuvres, waarmee de patiënt zich - meestal ten koste van veel narigheid - nog enigszins tracht te handhaven. Wanneer er een (verdrongen) angst voor verlating door de huwelijkspartner bestaat dan kan hij er op die manier onbewust naar streven medelijden en schuldgevoelens bij de ander(en) op te wekken. De klachten staan veelal ook in dienst van de poging zich uit vrees voor verantwoordelijkheid te onttrekken aan de eisen van de omgeving, van het ver-

langen naar verzorging en geborgenheid. Bij enkele uitgesproken oraal dependente mannen zag ik een opmerkelijke gedragsverandering tot stand komen, in het bijzonder wanneer zij waren gehuwd met een sthenische en dominerende echtgenote, voor wie ze meer als „moeders oudste” dan als gelijkwaardige huwelijkspartner golden. Naast de somatisering in de vorm van een overigens blijmoedig gedragen hoofdpijn kwam er een opmerkelijke rolomkering tot stand: de man verwisselde zijn werkelijk duurzaam voor het huishoudschort, terwijl de vrouw buitenshuis ging werken, en zo een eigen inkomen verdiende.

Van grote invloed op de aard en op het voortduren van de klachten is de werksituatie. *Miller c.s.* hebben een interessant onderzoek verricht naar de betekenis van de affiniteit tot het werk voor het tot stand komen van neurotische fixaties en „traumatische neurosen”, die tot een langdurig werkverzuim hadden geleid. Uit hun studie komt naar voren dat een positieve identificatie met het werk preventief kan werken op een dergelijke neurotisering. Ongeschoolde arbeid, werk zonder perspectief op een betere toekomst of een goede carrière, arbeid zonder vakmanschap en beroepseer, zonder mogelijkheden om zich een beetje te kunnen verwezenlijken, predisponereert tot neurotische reacties in de bovenomschreven zin. Vroeger sprak men ongelukkigergewijs wel van traumatische neurosen, renteurosen of „Begehrungsneurosen”. Deze begrippen getuigen van een nogal beperkte visie op de genese en de dynamiek van de onderhavige ziektebeelden. Slechts hoogst zelden is het de patiënt immers om de uitkering als zodanig te doen, zolang hij althans niet verward is geraakt in de vaak eindeloze en voor hem bijna onbegrijpelijke reeks van administratieve, medische en juridische procedures. Het eisen van een uitkering is dan symptomatisch geworden voor een prestigestrijd, waarin neurotische motieven als regel mee van invloed zijn. De winst die de patiënt met zijn somatisering oogst, is die naam in objectieve zin overigens nauwelijks waard want meestal hebben we te maken met een diepongelukkig mens, die er geen cent beter op is geworden. De posttraumatische verschijnselen en klachten waarvan hier sprake is, hebben dan ook meer te maken met de (neurotische) structuur en de wijze waarop de patiënt zich daarmee tegenover zijn gezin en werk tracht te „redden”, dan met bewust of onbewust gemotiveerd verlangen naar geldelijk gewin als zodanig.

Spanningen in de werksfeer en een negatieve of ambivalente instelling kunnen een ziektebevorde- rende of zelfs ziekmakende werkzaamheid ontplooiën. In dat verband is het opmerkelijk dat neurotische fixaties veel minder frequent voorkomen bij zelfstandige werkers met een eigen bedrijf, bij huisvrouwen en bij beroepssportlui. De zojuist genoemde spanningen hangen vaak samen met de rangorde in het bedrijf, gemiste promotiekansen, vrees voor verantwoordelijkheid en mededinging, beduchtheid voor verandering van status als gevolg

van fusies, reorganisaties en gewijzigde taakwaarderingsstelsels.

De fusies van grote bedrijven hebben de fiscus via de dokter geen windeieren gelegd! In de wijze waarop de patiënt zijn klachten presenteert steekt niet zelden een stuk sociaal ressentiment, dat gestalte krijgt in zijn querulerende houding tegenover alle mogelijke vertegenwoordigers van de autoriteit. Het is mij opgevallen dat de desbetreffende individuen in een niet onaanzienlijk percentage de gevolgen van de werkeloosheid uit de crisisjaren ófwel zelf hebben ondervonden, ófwel van nabij meegemaakt bij hun vaders en oudere broers. Het vergeldingselement verleent aan hun optreden een karakteristieke kleur. Wanneer deze attitude eenmaal is geconsolideerd, vindt gemakkelijk een paranoïde vertekening plaats van allerlei informatie uit de buitenwereld - zoals uitspraken van doktoren en controlerende instanties -, de patiënt wordt te kwader trouw. Hij krijgt niet zelden een zekere behendigheid in het uitspelen van tegenstrijdige meningen. Soms grijpt iemand die vóór het trauma zijn werkzaamheden met grote moeite en ten koste van veel spanningen nog maar net wist te verrichten, het trauma onbewust aan om via zijn klachten verschoond te blijven van een nieuwe confrontatie met zijn werk.

Een machinist, die bij de dieseltractie goed functioneerde werd na zijn overplaatsing, c.q. bevordering naar de elektrische tractie nerveus en gespannen. In aansluiting aan een onbetekenend trauma capitis ontwikkelde zich een typische spanningshoofdpijn, die resulteerde in een langdurig werkverzuim en die korte tijd na terugplaatsing in zijn oude functie weer verdween.

Het vergaat deze mensen als Icaros. In het hierbeschreven geval heeft het trauma als „noodrem” gefunctioneerd. Het volgende voorbeeld is in dat verband bijzonder illustratief.

Een 34-jarige rangeerder stapte in de nachtdienst van een locomotor en struikelde daarbij over een rondslingerende dwarsligger. Bij het overeind komen greep hij zich vast aan een spoorstang en daardoor kwam het treinstel weer in beweging. Langzaam zag hij het gevaarte op zich afkomen. Gelukkig wist hij zich tijdig in veiligheid te stellen, maar hij was danig geschrokken en razend bovendien. Wat was namelijk het geval? Drie weken tevoren was hij onder overeenkomstige omstandigheden over dezelfde dwarsligger gestruikeld en hij had daarbij het hoofd gestoten. Die eerste keer rapporteerde hij het gebeuren verholpen aan zijn chef en drong hij op verwijdering van het obstakel aan. Dat was echter kennelijk niet gebeurd en tijdens het gesprek over deze zaak kan de patiënt nauwelijks zijn woede intomen. Twee weken na het laatste incident/accident ging hij wegens hoofdpijn met ziekteverlof. Opmerkelijk was dat hij de pijn lokaliseerde op de plek waar hij bij de eerste struikelpartij het hoofd had gestoten. Inmiddels kreeg hij bij wijze van revalidatie administratief werk, hetgeen hem uitstekend bevalt. De hoofdpijn, die aanvankelijk vrijwel continu was en die bij elke vorm van fysieke en psychische inspanning verergerde is thans praktisch geheel verdwenen en de patiënt zinspeelt erop dat hij het werk dat hij nu verricht, wel zou willen blijven doen. Bij het psychiatrisch onderzoek imponeert hij als een weinig weerbare en onzekere figuur. Er bestaat een onmiskenbare „denial of problems”, onderzochte schildert een kleur - en rimpel-loze levensgang. Achter een quasi beheerst front gaan echter sterke insufficiëntiegevoelens schuil. Hij is een narcistisch kwetsbaar man, die zijn gevoelens van boosheid krampachtig onderdrukt, omdat hij voor zijn zelfbevestiging zózeer op de steun van de

buitenwereld is aangewezen, dat hij zich de luxe van agressie-uiting niet kan permitteren.

Opmerkelijk is zijn levensgeschiedenis. Hij komt uit een milieu waarover hij een nogal neutraal verhaal vertelt, maar tussen de regels door beluistert men dat hij met name zijn vader veel verwijten maakt over zijn gebrekkige opleiding. De lagere school werd met één doublure doorlopen; onderzochte was geen hoogvlieger en temidden van zijn leeftijdgenoten gold hij als „de bijwagen”. Een voortgezette opleiding heeft hij niet genoten en hij is daarover nogal wrokig.

Objectief beschouwt valt het echter te betwijfelen of hetgeen hij nastreefde niet ver buiten zijn bereik lag. Toen hij 17 jaar oud was ging hij naar zee en het varen heeft hij met plezier gedaan, totdat hij op aandringen van zijn vrouw - een beetje contre coeur - een baan aan de wal zocht. Zo kwam hij zonder veel ambitie bij de Nederlandse Spoorwegen terecht, waar hij bovendien veel minder verdiende dan hij op zee gewend was geweest. Zijn echtgenote, die qua opleiding (mulo) en intelligentie op een veel hoger niveau functioneert, is vier jaar ouder. Problemen in de echtelijke relatie worden hardnekkig ontkend. Het huwelijk is kinderloos gebleven, zonder dat onderzochte er een duidelijke oorzaak voor kan geven. Een steriliteitsonderzoek werd niet verricht omdat onderzochte het niet nodig vond. Men krijgt de indruk dat hij bevreesd is dat de kinderloosheid aan hem te wijten is. Zijn werk als rangeerder heeft hij nooit met hart en ziel gedaan en evenmin voelde hij zich daarbij erg veilig, eigenlijk was hij er een beetje bang voor.

De posttraumatische hoofdpijn kan worden opgevat als een somatisering bij een neurotische evenwichtsverstoring; het trauma heeft angst en agressieve gevoelens gemobiliseerd. Onderzochte „gebruikte” zijn klachten om zich daarmee te onttrekken aan werkhervatting in zijn oude functie en hij demonstreert thans dat hij in zijn nieuwe administratieve baan klachtenvrij is. De huidige werkring betekent in zijn belevingswereld een niet geringe verhoging van zijn sociale prestige. Het tendentieuze element in zijn attitude is onmiskenbaar.

d *De pretraumatische structuur van de getroffenene.* Deze ziektegeschiedenis voert ons tot het laatste te bespreken aspect van de posttraumatische hoofdpijnen, de pretraumatische structuur van de getroffenene. Verschillende onderzoekers wijzen erop dat de posttraumatische klachten toenemen naarmate de persoonlijkheid neurotischer of psychopathischer is (*Ruesch en anderen*). *Kozol* beschrijft in een hoog percentage pretraumatische relatiestoornissen. *Schaller* komt tot een globaal percentage van ongeveer 25 procent hoofdpijnklachten na een trauma capitis. Wanneer hij het onderzoek echter beperkte tot patiënten met een neurotische structuur, namen de hoofdpijnklachten toe tot 97 procent. Psychogene hoofdpijn na een trauma wordt ook volgens *Nick* en *Sicard* vooral aangetroffen bij asthene persoonlijkheidstypen: weinig weerbare individuen, die onvoldoende stheniciteit bezitten om zich een zelfstandige positie van enige betekenis te verwerven. In het eigen gezin hebben zij als identificatie-object voor hun kinderen nauwelijks een positieve betekenis. Op het werk zijn ze onopvallende lieden, gemakkelijk vervangbaar door anderen. Er bestaat een basale onzekerheid en een benepen, klein behuisde levensinstelling. Zó er al rancunes zijn, dan gaan deze schuil achter een passieve „laisser-faire”-attitude. Bij teleurstellingen treedt eerder een „flight reactie” op dan een „fight-reactie”.

Vechtjassen en energieke figuren die het leven als

een avontuur en uitdaging opvatten, zal men hier tevergeefs onder zoeken. Tot aan het ongeval hebben deze mensen zich als regel behoorlijk weten aan te passen en voor het oog van de buitenwacht golden ze als trouwe en bruikbare krachten, die zonder veel elan maar ook zonder protest de hun opgedragen werkzaamheden hebben verricht. Van initiatief, ambitie en creativiteit zijn ze evenwel gespeend. Na het ongeval draagt het ontbreken van een positieve werkidentificatie bij tot de aanhoudende klachten en het langdurig ziekteverzuim. De prikkel tot zelfverwerkelijking ontbreekt te enen male. De patiënt laat het afweten. Zijn ziekteverschijnselen scheppen de mogelijkheid tot het verkrijgen van een stuk sociale zekerheid en geborgenheid, zonder dat hij zich erg hoeft in te spannen en bovendien komt hij met zijn klachten opeens in het centrum van de belangstelling te staan, vaak voor het eerst in zijn leven. Ook vanuit het werk is de binding aan de patiënt niet hecht: hij is gemakkelijk te vervangen en men zit niet (meestal) om hem te springen.

De sthenische typen vormen de tegenpool van de hierboven geschetste asthene karakters. In een eigen onderzoek,* verricht bij werknemers met langdurig ziekteverzuim en met verschijnselen van secundaire ziekte winst, heb ik getracht om de pre-morbide structuren nog wat verder te differentiëren. In het bijzonder de oraal dependente en sensitieve karakters treden daarbij in het voetlicht. De oraal dependente typen vertonen een zekere verwantschap met de bovengeschetste asthene persoonlijkheden. In hun structuur signaleren wij veel infantiele trekken, een geringe zelfstandigheid en een passieve levensinstelling met een grote behoefte aan koestering en verzorging. Tot aan het ongeval hebben deze mensen meestal een weinig opwindend, maar overigens onopvallend leven geleid. Daarna nemen zij gemakkelijk de wijk in een passieve attitude, waarbij het schijnt alsof hun persoonlijkheid over te weinig impulsen en idealen beschikt om zich opnieuw in te zetten. Van een positieve identificatie met het werk kan nauwelijks worden gesproken. Vooral wanneer de werksituatie onbevredigend, vervelend en conflictueus is, komt de secundaire ziekte winst gemakkelijk via een somatisering tot stand. Hier ziet men ook de fraaiste conversies.

Bij de sensitieve persoonlijkheden zijn de structuur en de dynamiek veel gecompliceerder. Wij treffen hier de semipermeabele neurotische karakters aan, die moeizaam gecompenseerde ambivalente betrekkingen tot hun omgeving onderhouden. Enerzijds zijn zij voor hun gevoel van eigenwaarde en zelfbewustzijn erg aangewezen op de waardering van hun omgeving, anderzijds worden agressieve gevoelens op grond van hun narcistische kwetsbaarheid en insufficiëntiegevoelens gemakkelijk gewekt, doch moeizaam afgeweerd. Het gebrekkige utingsvermogen waardoor deze mensen zich van vele anderen onderscheiden, berust op een

* Wordt gepubliceerd.

sterke agressieremming. Het trauma kan nu een evenwichtsverstoring tot stand brengen in deze gecompenseerde situatie. Bij de patiënt wordt de vrees gewekt dat hij niet meer door zijn omgeving wordt geaccepteerd, dat er wel over hem zal worden gepraat op het werk, nu hij er niet is. Het posttraumatische neurasthene syndroom vermindert zijn op zichzelf reeds geringe weerbaarheid en draagkracht. Angstverschijnselen wijzen op de vrees voor verdergaande ontworping en de somatisering dient als een nieuwe aanpassingsmodus. Het schijnt alsof de patiënt met zijn somatische klachten een geldig en onpersoonlijk excuus aangrijpt om zich aan de eisen van zijn omgeving te onttrekken en bovendien doet hij met zijn handicap een beroep op het medelijden en de tolerantie van zijn milieu.

Bestond er bij de oraal dependente karakters vaak in het geheel geen positieve identificatie met het werk, bij de sensitieve persoonlijkheden is er veeleer sprake van een ambivalente binding, waardoor veel neurotische spanningen en manoeuvres begrijpelijk worden. Veelvuldig en in weinig subtiele vorm worden de somatische klachten gefixeerd bij zwakbegaafde individuen en bij mensen met een weinig gedifferentieerde persoonlijkheidsstructuur. Zij hebben slechts een uiterst beperkt aantal registers op het klavier van hun persoonlijkheid, vertonen een laag streefniveau en bezitten een gebrekkige ideaal-ik functie.

Uit het eigen onderzoek kwam tenslotte naar voren dat de tendens tot een psychogene fixatie, c.q. tot secundaire ziekte winst relatief zeldzaam is bij de uitgesproken psychastene individuen met hun „caractère scrupuleux-inquièt”, de sterke ambitie, strenge gewetensfunctie, hoge ethische normen en een hypertrofisch gevoel voor plicht en verantwoordelijkheid. Hier ziet men eerder geprotraheerde depressieve reacties met een geleidelijk toenemende apathie en een verlies van vitaliteit en esprit. Terwijl er bij de orale karakters en bij de weinig gedifferentieerden nauwelijks sprake is van een positieve identificatie met het werk en deze bij de sensitieve persoonlijkheden ambivalent is bestaat er bij de psychastenen vaak een overdreven sterke binding waardoor hij zich de „weelde” van secundaire ziekte winst als het ware niet mag veroorloven.

- Freud, S. Hemmung, Symptom und Angst. Ges. Werke XIV, Imago Publ. Ltd., London, 1962.
- Kozol, H. Pretraumatic personality and psychiatric sequelae of head injury. (1946) Arch. Neurol. Psychiat. 56, 245.
- Miller, H. en anderen. Accident neurosis (1961). Brit. med. J. 919, 992.
- Nick, J., C. Sicard-Nick. Chronic post-traumatic headache. In: Research and clinical studies in headache. Ed. by A. P. Friedman. Basel-New York, 1969.
- Ruesch, J., R. Harris en K. M. Bowman. Pre- and post-traumatic personality in headinjuries (1945) Res. Publ. Ass. Res. nerv. ment. Dis. 24, 507.
- Schaller, W. After-effects of headinjury (1939) J. Amer. med. Ass. 113, 1779.
- Stam, F. C. Posttraumatische hoofdpijn. Boerhaave-cursus Leiden, 1969.
- Weijel, J. A. Aggravatie als geneeskundig probleem (1964) Ned. T. Geneesk. 108, 353.