

waarna eventuele verdere opsporing en behandeling van de contactpersoon geschiedt door aan de Consultatiebureaus voor Geslachtsziekten verbonden verpleegsters. Vaak zullen de contactpersonen zich wenden tot de huisarts van de behandelde patiënte, wat het voordeel heeft dat de behandeling in één hand blijft. Soms, bijvoorbeeld bij promiscuïteit, is het nodig ook de (onwetende) echtgeno(o)t(e) te behandelen; in die gevallen is de eigen huisarts de meest geschikte persoon om dit te regelen.

De schrijvers danken collega B. W. Ketting, gynaecoloog en J. L.

Hoogendijk, bacterioloog, voor de gegeven adviezen.

Summary. Gonorrhoea in the female. Gonorrhoea has been markedly on the increase in recent years, particularly in younger age groups. The sensitivity to penicillin and various other antibiotics has unmistakably diminished; strains with reduced sensitivity, however, are as yet no grave problem in The Netherlands. In females, the infection usually takes an asymptomatic course; these asymptomatic female patients are the source from which fresh cases arise.

The diagnosis in female patients is preferably to be established, and the result of treatment verified, by means of a Gram preparation and culture of mucus from the cervix uteri and rectal secretion. The treatment of choice is

intramuscular injection of 4.8 million U Bicilline (procaine-penicillin) 30 minutes after ingestion of two tablets Benemid (500 mg probenecid). The alternative in the case of penicillin hypersensitivity is intramuscular injection of 3 g Delspectin (spectinomycin sulphate); that in the case of pregnancy is a total of 9 g Erythrocin (erythromycin) orally.

Douglas O'Clark. Gonorrhoea, changing concepts in diagnosis and management (1973) Clin. Obstet. Gynec. 16, nummer 2.

Huysmans-Evers, A. G. M. en J. B. Hoogendijk. (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 370-373.

Mali, J. W. H. Geslachtsziekten. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1973.

Symposium on Venereal Diseases; (1972) Med. Clin. N. Amer. 56, nummer 5.

Pessimistische gedachten over het hartinfarct

DOOR DRS. A. P. W. M. APPELS, PSYCHOLOOG

Dit is mijn vierde poging een artikel voor dit blad te schrijven. Een jaar geleden kreeg ik de uitnodiging een artikel, dat verschenen was in een psychologisch vakblad, uit te werken voor huisartsen. Drie keer ben ik vastgelopen op de vraag wat de huisarts aan een cultuurpsychologische studie over het hartinfarct zou kunnen hebben. De vriendelijke, drukbezette doener van de eerste lijn weet ook wel, zonder het artikel van *Russek* gelezen te hebben, dat een leven, waarin steeds moet worden geaccellerend, niet zo goed voor het hart is. *Russek* vond dat het binnen de medische professie juist de huisartsen zijn, die de meeste hartinfarcten krijgen, in afnemende mate gevolgd door anesthesisten, pathologen en dermatologen. Bij een kleine enquête, gehouden onder huisartsen in Den Haag, gaf een grote meerderheid aan te geloven dat psychologische factoren een rol in de pathogenie van het myocardinfarct spelen. Men weet het wel. Maar wat kunnen we eraan doen?

Dat ik nu voor de vierde keer begin, vindt zijn oorzaak in de sceptische overtuiging dat we ons binnen

* Medewerker van de afdeling preventie en sociale psychiatrie van de Medische Faculteit Rotterdam

de studeerkamer van een medische faculteit even machteloos en onbekwaam voelen als de huisarts, die wederom met de plotselinge dood van een te jonge vader wordt geconfronteerd. (En hij was kort daarvoor nog wel bij u geweest.)

Wie kwam er eigenlijk bij u? Een wat vermoeide man met klachten over vage pijnen in borst of buik. Hij is wat mat en met een depressief coloriet klaagt hij over het 's nachts vaak wakker worden, over de wereld die harder is geworden, over de vakantie, waaraan hij eigenlijk hard toe is, maar wat gezien zijn werk niet kan. Hij is wat anders geworden en hij kan zijn werk niet zo goed meer doen, omdat hij zich te zwak voelt. Niet dat hij zich nu echt ziek voelt, maar ja, ook zijn vrouw zei hem, dat hij toch maar eens naar de dokter moest.

Het is niet zeker, dat u deze man al goed kende. Misschien was u wel eens bij hem thuis geweest, maar dan was het niet voor hem. Hij klaagde niet gauw. Hij is een voorkomend en actieve man, een harde werker; een goed gezin. Wat is er met hem gebeurd?

HET ZOGENAAMDE A-TYPE

Dat harde werken, dat is welbekend. Het wetenschappelijk onderzoek bevestigt wat alle mensen denken. Het belangrijkste onderzoek is uitgevoerd door de Amerikaanse cardiologen Friedman en Rosenman, die twintig jaar geleden door een stoffeerder erop werden geattendeerd, dat in hun wachtkamer alleen het puntje van de stoel was versleten. Zij gingen er eens op letten en constateerden dat hun patiënten werden gekenmerkt door een jachtige, haastige en ambitieuze levenswijze. Dit gedragspatroon manifesteert zich het duidelijkst in de stijlkenmerken van het gedrag. Zij die dit „coronary prone behavior pattern” vertonen, worden door hen A-types genoemd, degenen, bij wie dit gedragspatroon afwezig of slechts zwak ontwikkeld is, B-types.

Het A-type wordt vooral gekenmerkt door zijn haast. Hij luistert een vraag niet uit, maar geeft het antwoord zodra hij de vraag heeft begrepen. Argumenten of mededelingen onderstreept hij met krachtige gebaren of door het ballen van een vuist. Tijdens een gesprek zit hij niet gemakkelijk achterover, maar met een

hyperalert gezicht op het puntje van zijn stoel, klaar om op alles snel te kunnen reageren. Zijn mededelingen houdt hij wat kort en vaak zal men hem wat vinnig en kort „ja, ja” horen zeggen, zeker wanneer hij moet luisteren naar een onzakelijk verteld, lang verhaal. Hij wordt dan onrustig en ongeduldig en zal proberen zijn gesprekspartner wat sneller „to the point” te laten komen. (Test uzelf door u af te vragen of uw vrouw u meer dan eens heeft gezegd, dat u niet geduldig naar een lang verhaal of probleem van haar kunt luisteren). Zijn conversatie zal waarschijnlijk ook over zijn werk gaan, hij is erin geïnvolueerd en hij staat bekend om zijn verantwoordelijkheidsgevoel. Bij afspraken is hij nooit te laat, eerder te vroeg. Want tijd is kostbaar. Als hij bijvoorbeeld ziet, dat er bij de kapper nog drie mensen voor hem aan de beurt zijn, zal hij niet naar binnen gaan. Hij heeft wel wat beters te doen.

Dit A-type blijkt volgens allerlei onderzoek, waaronder ook een prospectieve studie van 8½ jaar, een verhoogd risico op het krijgen van angina pectoris, een eerste en een tweede hartinfarct te hebben (*Rosenman*).

Maar waardoor wordt deze man dan meegesleept? En komen er dan steeds meer van deze mensen, gezien het voortdurend stijgende aantal hartinfarcten? Dit is het nu wat ons zo sceptisch en pessimistisch maakt. Toen *Rosenman* en *Friedman* in 1960 hun prospectief onderzoek aanvingen, constateerden zij een 50%-50% verdeling van A's en B's. Ruim tien jaar later bleek deze verdeling 75%-25% geworden te zijn. Wij gaan met z'n allen steeds meer een type A-leven leiden.

CULTUURPSYCHOLOGISCHE ACHTERGRONDEN

Wat is er dan met de mens gebeurd, dat hij steeds meer dit soort leven ging leiden? Wie een beetje geschiedenis kent weet dat verantwoordelijkheidsgevoel, plichtsbefef, rationaliteit en zelfbeheersing oude deugden zijn, die reeds in de bijbel als

waardevol worden voorgehouden, maar die met name door de reformatie naar voren zijn gehaald uit alle andere goede eigenschappen, die het christendom ook aanbeval. Van de twee adviezen te leven als de zorgeloze lelies op het veld of als de nijvere rentmeester, die er vijf talenten bijwon, hebben wij de laatste eeuwen uitsluitend het tweede opgevolgd. En God zij dank: want alleen door deze houding konden we pest, hongersnood en kinkhoest overwinnen. Geen zinnig mens zal ontkennen, dat de „nijverheid”, het hele complex van het prestatie-ethos en de daaruit voortkomende technologie ons veel goeds heeft gebracht. Maar zoals deze zich nu in de verontreiniging van lucht, water en bodem tegen de mens dreigt te keren, zo keert zij zich ook psychologisch tegen de mens. Het hartinfarct is de psychologische binnenkant van het industrialisatieproces.

De technologische ontwikkelingen hebben de onderlinge verstrengeldheid van mensen groter gemaakt. Het netwerk, waarin wij leven werd steeds omvangrijker en daarmee ging het levenstempo omhoog. De toenemende onderlinge afhankelijkheid vereist een steeds nauwkeuriger tikken van het maatschappelijk raderwerk.

Om dit proces op zijn psychologische consequenties te kunnen vatten moet men het zich zo concreet mogelijk voorstellen. Wat voor tijdschema's zijn er al niet nodig, wanneer bijvoorbeeld tien mensen voor een vergadering in Utrecht samenkomen. Ieder moet op tijd de tram nemen om op tijd de trein te halen, maar voordat deze kan vertrekken moeten overal de loketten open zijn, de machinisten moeten op tijd zijn en mechaniciens moeten de voertuigen gecontroleerd en verzorgd hebben. Niemand kan te laat zijn. Alles draait „op tijd”. „Time is efficiency, is money”. Daarom is een beperking van de maximum snelheid ook niet te handhaven, ook al weten we exact hoeveel doden en gewonden elk verder compromis van 10 kilometer kost. En ook al weten we dat het feitelijk nauwelijks iets verschilt of we nu 100

of 120 kilometer per uur rijden. De jacht zit in ons. Dat is het wat ons zo pessimistisch doet zijn. Het vlieg wiel, waarmee wij de industrialisatie op gang hebben gebracht, drijft nu ons.

Tegelijkertijd ontstaat in het, mede dankzij de technologie nog steeds welvarender economisch bestel, een ongekende vrijheid en een — hoewel nog ongelijk verdeeld — eigenlijk toch wel grandioze „opportunity structure”. Nieuwe, interessantere, „hogere” banen komen binnen het bereik van grote groepen mensen, vooral voor wie ervoor wil werken. De auto maakt het mogelijk dat we zelf onze vrienden kiezen en niet meer dorps afhankelijk zijn van toevallige burens of collega's. Ouders zien hun kinderen belanden in betere posities en in een beter huis dan zijzelf hadden. En zij zullen daar heel blij om zijn.

Maar naar binnen toe heeft deze ontwikkeling kille, schaduwrijke kanten. Want zonder steun van ouders en familieleden, die de nieuwe wereld van hun kind immers niet kennen, staat de mens voor de noodzaak zich telkens alert aan nieuwe, onbekende en snel wisselende omstandigheden aan te passen. Of hij het redden zal hangt ervan af of hij de normen van excellentie haalt en dat betekent permanente vergelijking met collega's en dus competitie.

Met complimenten — en psychologisch wil dat zeggen met een warme „feed-back”, noodzakelijk voor de ontwikkeling van het zelfvertrouwen — zullen die collega's niet scheutig zijn. (God verdoeme de man, die propageerde dat het conflictmodel ook op de „small groups” van toepassing moest zijn.) Wie nu verliest, verliest veel. Maar voor wie zich „bewährt” — een bij uitstek reformatorisch woord — zijn er grote beloningen. De smaak van succes. Men hoeft eigenlijk maar de spreuken van de succes-agenda te lezen om het psychologisch klimaat van de prestatie-maatschappij te proeven.

SOMATISCHE CONSEQUENTIES

In dit type samenleving wordt het

„fight”-systeem van het lichaam voortdurend gemobiliseerd: de versnelde hartslag, de hormoonontladingen, de mobilisatie van energie, de verwijding van de pupil, de geringere doorstroming van de kleine bloedvaten, de gebalde vuist van het A-type. De CIBA-atlas van het neurofysiologisch systeem vertelt in afbeelding 18, bladzijde 164, vijfde druk, wat er somatisch gebeurt. Maar de boksende man, die daar is afgebeeld, gaat in werkelijkheid gehuld in een keurig colbertje, want als hij zijn affecten de vrije loop zou laten is het spel voor hem uit. Gedetailleerde zelfbeheersing is een „must”. Het afreageren van spanningen kan daardoor niet op een somatisch adequate wijze geschieden. Surrogaatmiddelen, zoals roken en eten nemen het over. Het korte, nijldige afkloppen van de as en het krachtig uitdrukken van de peuk verraden de spanning. „Beter Niet” leest een patiënt in de wachtkamer van zijn huisarts. Maar hij kan zich de startmotor in de ochtend en de „ontlader” overdag toch niet laten afnemen?

Werken en roken zijn sociogene verslavingen. Het heeft daarom geen zin met behulp van psychologische technieken te trachten om A's en B's te veranderen. Want wat we in onze spreekkamer zouden behandelen wordt aan de andere kant van de deur weer versterkt; nog afgezien van het feit dat de naar schatting 40 procent van de Nederlandse bevolking, dat tot het A-type behoort, natuurlijk nooit in psychotherapie kan worden genomen. (Gegevens, ontleend aan de zogenaamde Kaunas-Rotterdam Intervention Study, K.R.I.S.).

DE HUISARTS

De huisarts krijgt dit alles te zien

wanneer dit leven na zo'n dertig jaar goed en veelbelovend te zijn geweest, plotseling dramatisch dreigt te eindigen. Hij ziet een vermoede man, bij wie een ogenschijnlijke futiliteit een hartinfarct provoceerde. Waarom kon hij zo weinig dragen? Het hoeft weinig betoog dat de geschetste levenswijze niet alleen bijdraagt aan de ontwikkeling en versterking van de atherosclerose (er is voldoende onderzoek dat deze opvatting steunt), maar ook tot een vitale uitputting leidt; tot een overbelasting van de boog, die te lang gespannen is geweest. Een kleine krenking kan nu grote gevolgen hebben. Deze toestand bij de individuele patiënt te herkennen zou misschien preventieve mogelijkheden kunnen gaan inhouden.

Hoe deze vitale uitputting precies moet worden omschreven, is nog niet helemaal bekend (*Engel*). Het psychologisch onderzoek is nog niet zo ver dat dit emotionele complex in volle omgang beschreven en meetbaar kan worden gemaakt. Waarschijnlijk behoren er de volgende componenten toe:

1. Gevoelens van hulpeloosheid en hopeloosheid: niemand kan mij eigenlijk helpen.
2. Gevoelens van een vitale moeheid: ik ben te zwak om mijn werk goed te kunnen doen; mijn lichaam is een batterij, waarvan de kracht aan het opraken is.
3. Projectie van de eigen onmachtsgedoele op de buitenwereld: het leven is harder geworden; de mensen hebben minder waardering voor elkaar.
4. Depressieve stemmingen, met soms zelfs een suïcidale onder-

toon: ik zou het liefst het bijltje erbij willen neerleggen.

5. Verlies van gratificaties uit de primaire relaties: mijn familie begrijpt me niet. Soms worden substituu-oplossingen gezocht, bijvoorbeeld in de vorm van extramaritale contacten.
6. Verbreking van het gevoel van continuïteit tussen verleden, heden en toekomst.
7. Verlies van waardering van zichzelf: ik ben niet zoveel meer waard als vroeger.

Deze lijst is incompleet, voorlopig en grotendeels nog speculatief. Horen er potentiële stoornissen bij? En melancholieke buien? (Denk aan de dood van Wim Sonneveld; zijn levensverhaal is exemplarisch.) Heeft het werkelijk de predictieve betekenis, die er nu van wordt vermoed? Laten we het hopen, want als het zo is, kunnen we de huisarts ooit een psychodiagnosticum verschaffen, dat hem in staat stelt de hartinfarctkandidaat nog juist om vijf voor twaalf te ontdekken, waarna (welke?) maatregelen kunnen worden getroffen.

Als de vroege diagnostiek van de „coronary-prone-person” faalt omdat er geen praktische consequenties uit kunnen worden getrokken, misschien, heel misschien, hebben we dan iets aan een bijna-te-laet-diagnostiek. Ze komt altijd nog eerder dan de hartenwagen.

- Engel, G. (1968) Bull. Menninger Clin. 32, 355-365.
 Friedman, M. en anderen. (1970) J. Amer. med. Ass. 212, 1030.
 Rosenman, R. H. (1970) J. chron. Dis. 23, 173-190.
 Russek, H. (1960) Amer. J. med. Sci. 240, 711-721.