

- tice Hall Inc, Englewood Cliffs, New Jersey, 1972, pp 315-339. Enkele Nederlandse onderzoeken zijn: E. Th. Cassee: Naar de dokter; enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg. Boom, Meppel, 1973. J. Winkler Prins: Huisarts en patiënt. Boom, Meppel, 1966. J. G. M. Persoon: Veranderingen in de huisarts-patiënt relatie. Van Gorcum, Assen, 1975.
2. T. Parsons: The social system. The Free Press, New York, 1970, pp 428-479. Een onderzoek in deze traditie is: H. Kaupen-Haas: Stabilität und Wandel ärztlicher Autorität. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1969.
 3. E. Freidson: Dilemma's in the doctor/patient relationship; in: C. Cox, A. Mead: A sociology of medical practice. Collier-Macmillan, London, 1975, pp 285-298. Zie ook: M. J. Bloom, G. W. Horobin: Conflict and its resolution in doctor/patient interactions; in: C. Cox, A. Mead, op. cit., pp. 271-284. C. M. Boyle: Differences between patients' and doctors' interpretation of some common medical terms; in: C. Cox, A. Mead, op. cit., pp 299-338. Zie ook: J. G. M. Persoon, op. cit.
 4. J. G. M. Persoon, op. cit.
 5. R. K. Merton, C. G. Reader, P. L. Kendall: The student-physician. Oxford University Press, London, 1957.
 6. E. Freidson: Profession of medicine; a study of the sociology of applied knowledge. Dodd, Mead & Comp., New York, 1973, p 233.
 7. E. Th. Cassee: op. cit. pp 11-28.
 8. C. M. Boyle: op. cit.
 9. H. de Jager en A. L. Mok: Grondbeginnselen der sociologie. Stenfert Kroese, Leiden, 1965, p 204.
 10. Zie bijvoorbeeld: P. L. Berger, Th. Luckmann: The social construction of reality. Penquin, Harmondsworth, 1973.
 11. Zie verschillende werken van E. Goffman: E. Goffman: The presentation of self in everyday life. Harmondsworth, 1971. E. Goffman: Stigma, notes on the management of spoiled identity. Harmondsworth, 1973. E. Goffman: Asylums; essays on the social situation of mental patients and other inmates; Harmondsworth, 1973.
 12. R. K. Merton: Social theory and social structure. Free Press, Glencoe, 1957, p 421.
 13. T. Parsons: op. cit.
 14. Zie bijvoorbeeld Ch. Kadushin: Social distance between client and professional; in: (1962) Amer. J. Sociol. 67 517-531.

Nekpijn-rugpijn, „fight-flight”?

Enkele bespiegelingen over moeilijk te determineren klachten, hun mogelijke verklaring en de betekenis van die verklaring voor huisartsgeneeskundig denken.

W. W. OOSTERHUIS, HUISARTS TE HAARLEM*

Ieder van ons maakt wel eens een bepaald voorval mee, naar aanleiding waarvan de gedachte opkomt: „Dit moet ik eens nader onderzoeken” of „Daar zou ik eigenlijk eens een artikel over moeten schrijven”. Vaak komt het er niet van. Collega Oosterhuis heeft nu wel de moed en energie opgebracht om enkele observaties uit zijn praktijk in een artikel vast te leggen. Het werd een interessante beschouwing over de ethologie, de wetenschap die betrekking heeft op het gedrag van mens en dier. Moge dit artikel andere collegae inspireren ook eens de pen ter hand te nemen (redactiecommissie).

Enkele observaties

1. Enige jaren geleden liepen mijn vrouw en ik bij Vierhouten in een natuurreservaat. Wij kwamen, tegen de wind in, over een met laag hout begroeid heuveltje in een holte van het terrein. Plotseling schoot uit de bodem omhoog – onder een vreemd gedruis – een twintigtal sneeuw witte hartvormige bloemen op slanke bruine stelen. Het hart van elk werd bloedrood, en vervolgens puilde hieruit een zwarte massa, gevolgd door een straal geel vocht. Pas toen die sneeuw bloemen bleken vast te zitten aan donkere schimmen die als door één zweeps slag getroffen met een reuzensprong in het onderhout verdwenen, realiseerden wij ons dat wij onbemerkt tussen een kudde reeën waren terechtgekomen. Wat wij gezien hadden waren hun witte achtersten, waaruit ontlastende en urine spoot. Het meest verbijsterende was de massaliteit en het machineachtige karakter van het verschijnsel. De dieren hadden hun individualiteit door het gebeuren geheel verloren en reageerden volmaakt als automaten met identiek dezelfde reactie in dezelfde schrikseconde. Wij schrokken overigens zelf even erg, en ook ik bespeurde van die schrik het gevoel: mictiedrang.
2. Al weer enige tijd geleden meldde zich op het spreekuur een 57-jarige ambtenaar. Hij had klachten van pijn onder in de rug die niet goed waren te duiden. Deze pijn hield twee jaar aan wisselend in sterkte om gevolgd te worden door enige

weken van nekpijn van heftige intensiteit. Op de röntgenfoto werden spondylose en arthrose gezien. Hierna ontstond weer rugpijn gedurende enige maanden, afgewisseld door een periode van nekpijn. Patiënt was daarna de hele winter klachtenvrij om in het voorjaar weer met pijn in de nek terug te komen. Na deze periode is patiënt tot heden klachtenvrij gebleven. Noch voor het ontstaan, noch voor het verdwijnen van de klachten is een goede medisch-anatomische verklaring gevonden.

Uit de levensgeschiedenis van patiënt is het navolgende voorval vermeldenswaard. Patiënt was kassier, maar werd overvallen. Hierbij maakten de overvallers enige duizenden buit, die bij strikte uitvoering van de dienstorders voor hen onzichtbaar zouden zijn gebleven. De ambtenaar werd hiervoor (na dertig onbevleete dienstjaren) ontheven van zijn functie en gedegradeerd tot het verrichten van saai routinewerk. Een jaar houdt hij het met rugpijn uit, dan beroept hij zich op het ambtenarengerecht. In die tijd komt de nekpijn op. Hij verliest en krijgt zijn functie niet terug. Na enige maanden saai routinewerk is de nekpijn verdwenen, maar nu kwelt zijn rug hem weer. Tot hij het niet meer uithoudt en op de afdeling ruzie maakt. In die tijd komt hij weer hulp voor zijn nek inroepen. Hij wil wegens de ondraaglijke pijnen op grond van arthrose afgekeurd worden. De bedrijfsarts is tegen verwachting akkoord. Patiënt is de hele winter klachtenvrij behoudens een periode van hernieuwde ruzies op het werk die hem weer nekpijn opleveren. De afkeuringsprocedure wordt aangespannen en

* Parttime-medewerker aan het Huisartsen Instituut van de Universiteit van Amsterdam, hoofd Prof. B. S. Polak.

tot heden zag ik patiënt niet meer terug.

3. Mevrouw X meldde zich met een voor mij onverklaarbare rugpijn die onbehandeld in veertien dagen verdween. Enige tijd later – een periode waarin zij, naar ik van haar dochter weet, heftige ruzie met dit meisje had – riep zij hulp in voor een ondraaglijke pijn in de nek. Ook deze pijn bleek na twee maanden verdwenen (na fysiotherapie). Zij kwam mij opnieuw raadplegen voor rugpijn. Zij was met haar dochter tot een compromis gekomen. Tegelijk waren echter haar moeder, die zij niet goed kon uitstaan en haar beste vriend ernstig ziek geworden. Moeder zou eraan sterven. Een tijd van zeer ambivalente emoties voor patiënte. Gelukkig bleek de operatie uitgevoerd op haar vriend succesvol. Het maligne karakter van zijn aandoening maakte de prognose echter onzeker. Na het overlijden van moeder en de reconvalescentie van de vriend begint de fysiotherapie succes te hebben. Patiënte raakt langzamerhand de rugklachten kwijt. Wel heeft zij af en toe buikkrampen, vooral als zij haar vriend heeft bezocht. „Hij zal toch wel blijven leven?” Vervolgens komt zij weer met pijn in haar nek. Op de röntgenfoto geen afwijkingen. Haar lastige dochter is inmiddels het huis uit en getrouwd. De oudste dochter is echter, na een jaar op kamers, weer in komen wonen en gedraagt zich als commensaal in plaats van als een gehoorzame dochter.

„Ze heeft zich toch te voegen, vindt u ook niet dokter?”

De opbrengst

Wat leren ons zulke observaties? Uit de eerste trok ik de lering dat er kennelijk in de natuur in ieder individu identieke reactiepatronen zijn ingebouwd die volgens vaste regels verlopen en een adequaat antwoord geven op stereotype situaties. Het suggereert tevens – getuige mijn eigen mictiedrang – dat die patronen niet noodzakelijkerwijs soortgebonden zijn. De twee volgende observaties geven aan dat er blijkbaar bij onze patiënten een samenhang bestaat tussen medisch-technisch niet goed verklaarbare pijnen en veranderingen in de levensgeschiedenis. Hoewel die samenhang niet direct causaal is te verklaren, blijkt – zowel uit het verhaal van de man als uit dat van de vrouw – de nekpijn samen te hangen met periodes waarin de strijdlust de overhand heeft, terwijl de rugpijn optreedt in periodes waarin de situatie ellendig en uitzichtloos lijkt, zonder dat de patiënten de mogelijkheden hebben om daar iets aan te veranderen. Zou deze samenhang óók terug te voeren zijn op een vast reactiepatroon? Voor patiënten met zulke klachten geldt de definitie van

Postma ten aanzien van het somatiseren: „Het zijn patiënten die regelmatig de huisarts raadplegen voor klachten, die sterk wisselen en van sterk uiteenlopende aard zijn; zowel van lichamelijke aard waar geen – de huisarts bevredigende – verklaring voor mogelijk is, als van psychosociale aard betreffende problemen in de sfeer van gezin, werk of omgeving.” Handhaaft men de opvatting van het medisch model (*Bruins en Bremer*) dan kan men het onvermogen een afwijking aan te wijzen toeschrijven aan gebrekkige kennis en gebrekkige onderzoeksmethoden van de huisarts. Men hoeft dan aan de levensgeschiedenis van de patiënt geen ziekmakende betekenis toe te kennen. *Groen* tekent daar al in 1938 protest tegen aan. Hij introduceerde de psychosomatische zienswijze waarin hij trachtte aan te tonen dat bepaalde constellaties van factoren in een mensenleven kunnen leiden tot bepaalde ziekteprocessen. Over deze denkwijze zegt *Metz* in zijn proefschrift: „De psychosomatiek tracht de inzichten verkregen uit het gesplitste materiaal (door psychologisch en medisch onderzoek) tot één gezichtspunt samen te brengen. Zij beseft echter onvoldoende, dat juist de natuurwetenschappen tot het dualisme hebben gevoerd. De psychosomatiek aanvaardt dat dualisme. Zij aanvaardt dat aan het menselijk lichaam slechts natuurwetenschappelijke kwaliteiten worden toegeschreven. Zij aanvaardt dat de niet-natuurwetenschappelijke aspecten tot een apart wetenschapsgebied behoren: de psychologie. Daarmee snijdt zij de mogelijkheid af, om het lichaam in relatie te brengen met de niet-natuurwetenschappelijke verschijnselen.

Zij aanvaardt het dualisme om het te overwinnen: een onmogelijke opgave”. *Tenslotte* zegt hij: „De medische wetenschap zal haar theorie moeten herzien. Door terugkeer tot haar klassieke methode, de observatie, zal zij zich kunnen bevrijden van een verouderd fysisch uitgangspunt, waarbij de door haar bereikte technische resultaten een dienende in plaats van een overheersende functie zullen vervullen”.

Nieuw model

Willen wij schrijven over een logisch verband tussen de bovenbeschreven verschijnselen van pijn en situatie dan hebben wij daarvoor kennelijk een nieuw model nodig. Al in 1970 heeft *Breedveld* de systeembenadering een bruikbaar model genoemd en zeer recent (1977) deed *De Vries* dat opnieuw door op de algemene systeemtheorie te wijzen die in 1950 door *Von Bertalanffy* werd geïntroduceerd. Belangrijk is de ontdekking dat wetmatigheden die gelden voor minder complexe sys-

temen, ook zijn toe te passen voor meer gecompliceerde situaties. Zo laat bijvoorbeeld het gedrag van stalen kogeltjes in een doosje uitspraken toe over het gedrag van personen in een brandend warehouse (*Vroon*).

Ook Kuypers (1970) wijst op de noodzaak van een systeemmodel. Hij zegt: „Door de multidisciplinaire samenwerking van de aan de arts vreemde vakgebieden werd aan het leven een totaal nieuwe dimensie toegevoegd. De materie als enige realiteit werd ontroond en werd drager van informatie, drager van het organisatieconcept dat het levende systeem meer doet zijn dan de som van zijn delen.” *Boulding* heeft voor systemen een hiërarchie voorgesteld, die het denken hierover verheldert:

- (1) frame work: het statische aspect overweegt, bijvoorbeeld een dijk, een hoogspanningsmast;
- (2) clock work: een stelsel met regelmatige dynamiek, het energieaspect doet zijn intrede;
- (3) regelmechanismen: wisselende omgevingsinvloed wordt opgevangen doordat de toestand binnen het systeem wordt geregeld naar een vaste norm, milieu-interieur wordt gehandhaafd, het informatie-aspect is essentieel;
- (4) open systemen: materie, energie en informatie worden met de omgeving uitgewisseld, groei en vermenigvuldiging worden mogelijk, bijvoorbeeld de cel;
- (5) celverzamelingen: zoals bij planten, taakverdeling zonder gespecialiseerd informatie-apparaat;
- (6) het dier: mobiel, in staat tot doelmatig gedrag door gespecialiseerde informatie-systemen, bewustzijn wordt mogelijk;
- (7) de mens: het bewustzijn uitgebreid tot zelfbewustzijn, in staat tot symboolvorming, denken en taal worden mogelijk. Mensen zijn dus biologische systemen gekenmerkt door zelfbewustzijn en het vermogen tot denken, taalvorming en symboliseren. Dit biologisch systeem is in voortdurende interactie met zijn omgeving waarbij het milieu-interieur wordt gehandhaafd en zonder onderbreking uitwisseling plaatsvindt van materie, energie en informatie.

Storingen in het systeem

Aakster (1972) maakt als eerste van deze begrippen gebruik om hiermee medisch-geachte problemen te beschrijven. Hij voegt nog een factor toe aan het menselijk systeem: naast het bezit van de genoemde eigenschappen is er ook sprake van doelgerichtheid. Er niet in slagen een bepaald doel te realiseren zou leiden tot stress en ziekte. Hij formuleert stress als volgt: „Een kracht die van buiten op het

systeem (in casu de mens) inwerkt en leidt tot evenwichtsverstoring van één of meer essentiële variabelen."

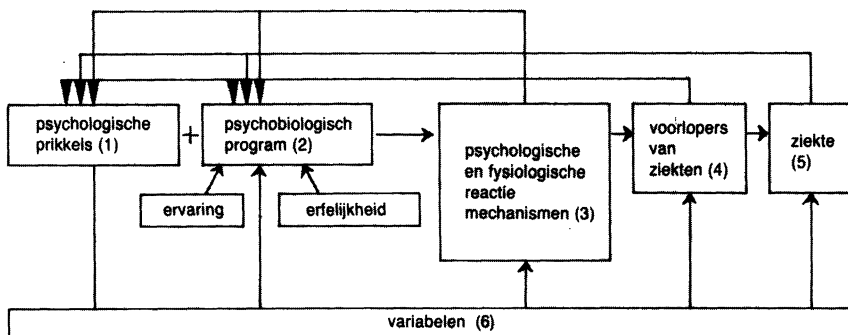
Een essentiële variabele is een erg belangrijk onderdeel van het systeem (de mens) voor zijn voortbestaan of voor het bereiken van zijn doel. Treedt zo een variabele buiten bepaalde grenswaarden (norm van het milieu-interieur) dan ontstaat in het systeem: strain. Deze toestand van strain moet worden opgeheven anders gaat het systeem te gronde. Voor herstel van het evenwicht zijn drie hoofdvormen van aanpassing mogelijk: (1) interne aanpassing: andere doelen worden gekozen, andere grenswaarden aangenomen; (2) het systeem zoekt een andere omgeving waar aan de doelstelling minder hinderpalen worden gesteld: migratoire aanpassing (lees: vlucht); (3) het systeem verandert zijn omgeving zodanig, dat de verstoringe kracht wordt geëlimineerd (lees: aanval).

Mislukt de aanpassing dan gaat de gezondheid verloren. *Aakster* noemt de volgende voorbeelden: (1) een inadequate corrigerende respons: waan, dwanghandelingen; (2) blokkade van al begonnen correctie: psychosomatische ziektebeelden; (3) aanvankelijk tekortschietende correcties: infectieziekten; (4) correctie met schadelijke bijwerking: auto-immuun ziekten, allergieën.

Wij kunnen deze opvattingen wellicht als volgt samenvatten. Onwelbevinden is een uiting van falende aanpassing van het systeem „mens” aan zijn omstandigheden. Falende aanpassing veroorzaakt verandering in structuur en/of functie van dat systeem, hetgeen per definitie ziekte wordt genoemd. Of *Aakster's* onderzoek zijn stellingen heeft kunnen waarmaken, laat ik in het midden (*Ladee, Crone, Schuurmans Stekhoven*). De door hem gehanteerde begrippen lenen zich echter goed om fenomenen te beschrijven, die zich aan huisartsen voordoen. Het belang van het aspect „doelgerichtheid” van het systeem „mens” is aan de orde bij de noodzakelijke vraagverheldering wanneer patiënten hun klachten voorleggen aan artsen (*Van Aalderen*). Hierbij komt vaak aan het licht hoe belangrijk interactie met de omgeving voor het systeem „mens” is. De samenhang tussen de klachten van de mens en de interacties waarin hij is betrokken is echter vaak bijzonder moeilijk aan te tonen.

Naar de invloed van alle mogelijke interactieprocessen is uitvoerig onderzoek gedaan. *Kagan* en *Levi* geven een overzicht over de resultaten van 183 van zulke onderzoeken. Ook zij vatten hun daaruit verworven inzichten samen in een sys-

Figuur. Zie tekst.



teemmodel, dat principieel niet van dat van *Aakster* verschilt. Zij geven het volgende commentaar bij hun schema (*zie figuur*): het gecombineerde effect van psychologische prikkels (1) en het psycho-biologisch program (2) bepaalt de psychologische en fysiologische reactie-mechanismen (3) van elk individu. Deze kunnen onder bepaalde omstandigheden leiden tot voorlopers van ziekten (4) en tot de ziekte zelf (5). Het verloop kan worden bevorderd of worden tegengewerkt door de inwerking van variabelen (6). Dit verloop is geen éénrichtingverkeer, maar vormt een deel van een cybernetisch systeem met doorlopende feedback.

Zij concluderen dat het niet is bewezen dat psychosociale prikkels tot ziekte kunnen leiden, maar dat het er wel verdacht veel op lijkt. De invloed van zulke prikkels op reactiemechanismen en op voorlopers van ziekten is beter bekend, maar nog slecht begrepen. Ook op het in Stockholm gehouden symposium onder de titel *Society Stress and Disease* werden deze opvattingen verkondigd. Daar verstond men onder stress: „Een fysiologisch reactiepatroon dat het organisme op actie voorbereidt.” Daar werd ook gesteld dat het nuttig is om ziekte te beschouwen als een mislukte poging van het lichaam (ik zou liever zeggen: van de patiënt) om ongunstige milieu-invloeden de baas te worden. De reactie van het individu op zulke prikkels zal in het algemeen afhangen van zijn erfelijk bepaalde hoedanigheden en zijn vroegere ervaringen.

Verstaat men nu onder ongunstige milieu-invloeden niet alleen besmettingsgevaar, kans op ongevallen etcetera, maar óók ongunstige relaties met de medemens en accepteert men dat ook zulke slechte intermenselijke relaties veranderingen in het doelgerichte biologische systeem „mens” kunnen veroorzaken dan moet men ook de veranderingen in de omgeving van patiënten in relatie tot hun al aanwezige gedrag onderzoeken om eventuele ziekteverschijnselen te kunnen verklaren. Dit gedrag kan ofwel voortkomen uit aan-

leg (erfelijke-factoren) ofwel cultureel bepaald zijn (vroeger opgedane ervaringen).

Ethologische argumenten

Argumenten voor het aangeboren zijn van gedragspatronen komen voort uit ethologisch onderzoek. Zo concludeert *Van Ootmersen* dat erfelijkheidsonderzoek van gedrag heeft bewezen dat erfelijke informatie meespeelt bij totstandkoming van gedrag. *Baerends* (1973) zegt: „Het gedragsrepertoire van een soort kan op dezelfde wijze worden bekeken als het arsenaal van orgaanstructuren waarmee de individuen van een soort zijn uitgerust. Een genetische basis bepaalt wat voor gedragsmogelijkheden er voor een soort open liggen en langs welke weg zij moeten worden ontwikkeld, dus ook wat daaraan door leerprocessen moet worden bijgedragen.” Of het resulterende gedrag voornamelijk een opvoedingsresultaat of voornamelijk een expressie van erfelijke aanleg is, kan met ethologisch onderzoek niet worden vastgesteld (*Kruijt*), maar is voor wie met het uiteindelijk gedrag te maken heeft ook niet zo relevant. Wel belangrijk lijkt de notering dat dezelfde uitwendige situatie meer dan één systeem van handelingen kan activeren waarbij conflicten tussen gedragsystemen kunnen optreden die resulteren in ambivalent gedrag, oversprong en omrichten van gedrag.

Baerends: „Het vermogen om door te leren ervaring op te doen, is in tal van verschillende nuancerings en met verschillende mate van vrijheid in de genetische bepaalde organisatiestructuur van het gedrag opgesloten. Uit de interactie van milieu met dit vermogen ontstaat de kern van aangepastheid van het gedrag van een diersoort (dus ook van de mens; ref.) aan zijn omstandigheden. Deze kern kan door keuze tussen alternatieve gedragingen of door modificatie met behulp van binnen het systeem mogelijke leerprocessen het hoofd bieden aan variaties in omstandigheden. Grove milieuwijzigingen vereisen evolutionaire aanpassing, dat wil zeggen door wijziging van gedragsbeïnvloedende

genen, tenzij (zoals bij de mens; ref.) informatie-overdracht door traditie mogelijk is".

Deze opvattingen – uit dierstudie verkregen – passen goed in het systeemmodel. Mag men ze ook geldig verklaren voor het zelfbewuste doelstrevende biologische systeem: „mens?” *Morris (1967 en 1969)* meent zonder voorbehoud van wel. Hij is nogal aangevallen op zijn onstuimige popularisatie en directe extrapolatie van diergedrag naar mensgedrag. Minder onstuimig ging *Eibesfeldt* te werk, die bij mensen het bestaan van vaste gedragscomplexen trachtte aan te tonen door middel van transculturele observatie. Het aangeboren zijn van gedragscomplexen is immers waarschijnlijker naarmate de eenvormigheid van zo'n complex in geheel verschillende culturen gehandhaafd blijft en indien gedrag eenvormig blijkt met gedrag zelfs bij andere diersoorten. Voor een aantal gedragscomplexen blijkt dit op te gaan. Ook bevestigen waarnemingen bij doofstom- en blindgeboren kinderen, die niet door imitatie tot expressie van gedragspatronen kunnen komen, dit vermoeden.

Lorentz behandelt in extenso agressie, als zijnde een bij mens en dier herkenbaar complex van gedragingen. Ook hij wijst op menging van gedrag wanneer een prikkel tegelijk aanval en vlucht stimuleert. Hij geeft schema's van hoe men bij de hond en de gans exact de componenten van beide gedragspatronen in het resulterende gedrag kan aanwijzen. Daar er voor aanvalsgedrag en vluchtgedrag tussen mens en dier grote overeenkomst bestaat, lijkt het niet te boud om aan te nemen dat ook bij de mens van een aangeboren complex gesproken kan worden. In het schema horen deze complexen in het vak: mechanismen. Zij kunnen beschouwd worden als een mechanisme om storende factoren uit het milieu te verwijderen (agressie) of om storende factoren in het milieu te ontlopen (vlucht).

De toepassing

Hoe kunnen wij nu de observaties in het boven uitgewerkte model onderbrengen? De machinale vlucht van de reeënkudde heeft alle kenmerken van gedragsautomatisme, maar gaat dit nu óók op voor nekpijn en rugpijn bij de beschreven patiënten? In elk geval hebben beiden nekpijn in situaties die – naar eigen mededeling – hen ergeren. De situaties waarin de rugpijn optrad hebben als gemeenschappelijke factor dat zij niet voor ingrijpen van de patiënt zelf toegankelijk waren, tevens dat zij onontkoombaar waren. Niettemin sloegen geen van beiden geërgerd er op los, noch liepen zij weg uit de onontkoom-

bare situaties. Misschien was juist het pijn veroorzakende dat de biologisch zinvolle afloop van de aanpassing niet tot stand kwam. Is hier sprake van een falende aanpassing, uit de formulering van *Aakster*? Zo ja, bestaat er dan enigermate van specificiteit in groepen van vage klachten, zoals somatiserende patiënten die uiten?

Kuypers (1966), die een uitgebreide inventarisatie van emotionele klachten en hun somatische nevenverschijnselen gaf – zoals hij die in zijn praktijk waarnam – meent van niet. Hij achtte de conflictsituaties niet specifiek voor het optreden van klachten en symptomen. Nu kent de patiënt niet altijd dezelfde emotionele waarde toe aan een conflictsituatie als zijn arts (*IJzermans* en *Schouwenburg*).

Ook blijken patiënten aan hun artsen soms een niet voor hun klachten relevant conflict te tonen (*Van Amstel*). *Kuypers (1966)* zegt verder: „Toch ontkomt men niet aan de indruk dat de geringe draagkracht meer betekenis heeft dan de grootte van de belasting.” Deze bewering zou steun kunnen vinden in de constatering van *Schouwenburg* en *Van Loon* dat zich bij somatiserende patiënten een verschil in testscore voordoet ten opzichte van de niet somatiserende groep. Deze vondsten passen in het schema in het vak: psycho-biologisch program. Hiermee wordt echter niet uitgesloten dat hiernaast toch een effect van de reactiemechanismen kan worden gevonden.

Mijn vragenderwijs geopperde veronderstelling wordt gesteund door het onderzoek van *Rose* die constateerde dat patiënten met nek- en lage rugpijn in de drie maanden voorafgaand aan de presentatie van deze klachten meer belangrijke veranderingen in hun leven doormaakten dan personen in een controle-groep zonder deze klachten. *Dorpat* en *Holmes* bestudeerden een groep patiënten met rugpijn; zij constateerden dat de pijn gewoonlijk optrad in dreigende situaties voortvloeiend uit problemen met persoonlijke en sociale aanpassing. Deze patiënten waren dikwijls niet in staat om hun problemen actief te benaderen, uit angst dat daaruit meer onveiligheid en frustratie zou ontstaan. *Bierkens* onderzocht 31 mannen tussen 18 en 59 jaar met lage rugpijn, verdacht van psychogenese. Negentien maal vond hij: opgejaagd voelen op het werk, frustratie, spanning met superieuren en gepasseerd zijn. Zeventien maal ernstige huwelijksconflicten (met ruzie, impotentie, frigiditeit en buitenechtelijke relaties). Zesentwintig maal problemen met het zelfstandig worden. Ook hier overweegt de onmacht. *Van Westreenen* wijst op de mogelijke samenhang van het zogenaamde cervicale syndroom (*Van der*

Meer) met agressiegevoelens. Ook *Kemp* wijst op mogelijke psychogenese bij het cervicale syndroom.

Uit observatie van de woedende hond, de woedende chimpansee, de woedende gans en de woedende mens blijken ook overeenkomsten: bij allen overweegt de stimulatie van de kop-schouder zone. Zelfs zo, dat het innemen van die gestimuleerde houding onmiddellijk wordt herkend als vijandig niet alleen bij mensen onderling, maar ook tussen mens en dier. Het heeft een duidelijke signaalbetekenis. Door *Lorentz* en *Tinbergen* is op deze signaalbetekenis van gedragsmengsels gewezen. Specifieke mengingen van aanval- en vluchtgedrag noemen zij ritualisatie.

Signaalhandelingen

Speciaal bij paringsritueel en nestelgedrag spelen deze signaalhandelingen een rol (*Hinde*). Waarschijnlijk speelt zich iets dergelijks ook bij mensen af. Zo zegt *Eibesfeldt* in een commentaar op de onderzoeken van *Lorentz*: „The diversity of human expressions might well come about by a similar combination of basic patterns. There is a strong suggestion that this is so”. *Leach* brengt daar vanuit linguïstisch standpunt wel bezwaren tegen in. *Argyle* citeert Ekman als volgt: „Posture varies with emotional state, especially along the dimension tense-relaxed. This is of some importance since posture is less well controlled than face or voice and there may be leakage, as for example when anxiety does not affect the face, but can be seen in posture”.

Van zulke ambivalente gedragspatronen zegt *Baerends* het volgende: „Gaaf men af op de vorm, dan valt op dat elementen van aanval of vlucht steeds aanwezig zijn, maar dat elementen die uitsluitend hun vorm aan een seksueel- of broedsysteem ontleen, niet of nauwelijks kunnen worden gevonden. Ook kan men op grond van de vorm uiterst moeilijk signalen van dreig-gedrag onderscheiden van paarvormend-gedrag. Dit alles wordt het eenvoudigst verklaard met de hypothese, dat de vorm van ambivalente signaalhandelingen, ongeacht hun functie geheel of vrijwel geheel afkomstig is van systemen voor aanval of vlucht”.

Toepassing bij de mens

Neemt men aan dat ook de mens aan deze drangen-balans is onderworpen dan zou kennis van eventuele mengvormen tussen woede en vrees en hun centrale fenomenen een belangrijke aanwinst kunnen betekenen voor de analyse van vage klachten.

Van Lith de Jeude en in zijn spoor *Stam*

wijzen erop hoe moeilijk het is voor patiënten verband te zien tussen hun klachten en hun situatie. Zij merken daarbij op dat het gebruik van lichaamstaal, het metafoor gebruik van de klacht, voor patiënten dat verband veel meer invoelbaar maakt. *Van Lidth* stelde dat de patiënt zijn probleem symboliseerde in de klacht.

Ik ben echter van mening dat milieufactoren zodanig inwerken op de patiënt dat zijn evenwicht hierdoor verstoord raakt en hij wordt gestimuleerd tot verweergedrag. Culturele factoren beletten echter de „acting-out” daarvan. Hij blijft steken in een balans van „fight/flight”, afhankelijk van zijn beoordeling van de omgevingsprikkel.

Door het te lang inwerken van de aanzet tot gedrag raken de uitvoeringssystemen tenslotte overprikkeld en er ontstaan nare gevoelens in die systemen. Deze nare gewaarwordingen hebben kennelijk dezelfde betekenis als de geritualiseerde handelingen bij dieren, met dien verstande dat bij mensen (biologische systemen met zelfbewustzijn en in het bezit van taal) deze signaalgevoelens onder woorden kunnen worden gebracht. De inleefbaarheid van dergelijke verwoorde gevoelens is groot en men voelt direct aan hoe de spreker de situatie beleeft als hij zegt: dat hij zijn tanden zal laten zien
dat hij het niet langer slikt
dat het hem tot hier zit
dat hij het niet kan verkroppen
dat hij er wel van kan kotsen
dat het zwaar op zijn maag ligt
dat hij het wel moet pruimen
dat hij er buikpijn van heeft
dat het hem dun door de broek loopt
dat hij er onder gebukt gaat
dat hij gaat met knikkende knieën
dat hij lood heeft in zijn schoenen
dat hij door de knieën gaat
dat hij door de grond zinkt
dat hij afdruipt (met de staart tussen de benen)

Laat hij zo horen welke zones hem achter-eenvolgens parten spelen, dan ondervinden wij bij het meevoelen een afname van agressie en een toename van gevoelens van vrees en machteloosheid. Ik stel mij daar ook werkelijke veranderingen in het systeem bij voor, al hoeft het niet tot blijvende schade en defecten in de anatomie te komen.

Fantasie of realiteit?

Is dit nu louter fantasie of zijn er argumenten voor de juistheid van deze veronderstelling aan te dragen? Vele metingen onder experimentele stress zijn verricht (*Kagan*) waarbij hyperlipoproteïnaemie, ver-

hoogde stolbaarheid van het bloed, verhoogde zuurstofconsumptie in de hartspier, ritmestoornissen, bloeddrukstijging zijn gemeten. *Wolf* en *Wolff* beschreven bij fistelpatiënten veranderingen aan de maag bij wijziging in emotionele toestand. *James* was het opgevallen dat zodra wij emoties bespeuren lichamelijke veranderingen optreden. Hij stelde het bespeuren van emoties gelijk aan deze veranderingen in zijn lichaam. *Cannon* bestreed dit, omdat kunstmatige opwekking van dezelfde verschijnselen niet resulteerde in de bijbehorende emoties. Hierbij sluit aan dat als men bij proefpersonen een toestand van woede opwekt dezelfde veranderingen worden gemeten als wanneer men hen in een opgewekte stemming brengt. De toestand van verhoogde actiebereidheid heeft een waardetoekening (cognition) nodig voordat een herkenbare emotie optreedt (*Schachter*). Vóór men „fight” en „flight” kan mengen moet de causale omstandigheid een bepaalde betekenis gekregen hebben. Dit suggereert dat „every emotional state has its own physiological syndrome” (*Alexander*). *Rooymans* heeft kritiek op het specifiek achten van zulke syndromen voor het ontstaan van ziekten. Hij wil met de introductie van het begrip „typisch” aangeven dat de samenhang niet altijd honderd procent is en niet altijd in beide richtingen. Bij de ziekte is het syndroom niet altijd te herkennen, en de ziekte volgt ook niet altijd op het syndroom. Toch vormt dit geen beletsel om aan te nemen dat vele vage klachten zijn onder te brengen in syndromen die een bepaalde balans van „fight/flight” vertegenwoordigen.

Consequenties voor de huisarts

Zo de juistheid van die veronderstelling zou kunnen worden aangetoond dan heeft de huisarts een belangrijke analyse mogelijkheid gewonnen. Immers *Von Uexküll* stelt: „Funktionelles Syndrom ist keine Ausschlussdiagnose, sie verlangt neben dem negativen organischen Befund den positiven Befund im psychologischen Bereich”. Hij geeft daarbij evenwel geen richtlijn om tot zo een positieve diagnose „im psychologischen Bereich” te komen. De veronderstelling dat er een zekere wetmatige samenhang bestaat tussen de waarde die de patiënt toekent aan bepaalde veranderingen in zijn milieu en zijn klachtenpatroon, geeft de mogelijkheid aan deze eis te voldoen. Op grond van de hierboven ontwikkelde hypothese ben ik een pilot study begonnen naar de mogelijke samenhang tussen het optreden van nekpijn en rugpijn met veranderingen in de levensomstandigheden, bij patiënten in

mijn praktijk. Tussen 1960 en nu hebben ruim 400 patiënten deze klachten één of meermalen gepresenteerd. Zou het lukken de patiënt zich te laten uiten over de manier waarop hij veranderingen in zijn milieu beleeft en zou de waardering die hij geeft stroken met een bepaalde balans tussen vechtlust en vluchtlust dan heeft men een belangrijke steun voor de veronderstelling dat zijn daarbij geuite klachten een falende aanpassing betekenen. Dit zou de noodzaak om in al die gevallen eerst een uitsluitingsprocedure in te stellen, aanzienlijk minder dwingend maken. Dat dit geen geringe zaak betekent moge uit het volgende blijken: *Fry* acht vijftien procent van zijn dagtaak te bestaan uit het beoordelen van zogenaamde „emotional states”. *Oliemans* schat dat op twintig procent en *Lamberts* op rond drieëntwintig procent. *Fry* berekende voor een praktijk van 2500 zielen een aantal ziekmeldingen van 7500 per jaar. Hiervan zouden in zijn geval 400 op „emotional states” berusten. Bij een percentage als dat van *Lamberts* worden dat 580 per jaar per praktijk.

Samenvatting. Op grond van observatie van twee patiënten met rugpijn en nekpijn wordt een typische samenhang tussen deze klachten en een toestand van onmacht respectievelijk ergernis gesignaleerd. In het raam van systeemtheoretische beschrijving van patiënten, namelijk als doelgerichte biologische systemen in interactie met hun milieu, kunnen deze klachten worden aangemerkt als falende aanpassing: ofwel falend in het verwijderen van de noxe uit het milieu, ofwel falend in het zich onttrekken aan de noxe in het milieu. Hierbij wordt de veronderstelling geopperd, dat specifieke programma's voor aanval en vlucht behoren tot het biologisch arsenaal van de mens en dat blokkering van die programma's de oorzaak kan worden van vage klachten. Aldus geproduceerde gedragspatronen zouden typisch kunnen zijn voor bepaalde milieu-constellaties en daardoor van diagnostische betekenis. Of falende aanpassing óók ziekte kan veroorzaken wordt voorlopig in het midden gelaten. Eveneens wordt buiten beschouwing gelaten dat de arts zélf in zijn interactie met de patiënt, een milieufactor van grote invloed kan zijn.

Summary. Nuchal pain – dorsal pain. Fight – flight. On the basis of observations on two patients with dorsal pain and nuchal pain, a typical relation between these symptoms and a condition of impotence or vexation is reported. In the context of a system-theoretical description of patients (as target-oriented biological systems in interaction with their environment), these symptoms can be interpreted as expressive of failure of adjustment: either failure

- to remove the noxa from the environment, or failure to avoid the noxa in the environment. The hypothesis is advanced that specific programmes for fight and flight are possibly included in the biological equipment of man, and that inhibition of these programmes can become a cause of vague symptoms. Behaviour patterns thus produced might be typical of certain environment constellations, and therefore of diagnostic significance. Whether failure of adjustment can also become a cause of illness remains as yet undiscussed. Likewise undiscussed is that the physician himself, in interaction with the patient, can be an environmental factor of great importance.*
- Aakster, C. W. (1971) huisarts en wetenschap 14, 296.
- Aakster, C. W. Sociocultural variables in the etiology of health disturbances. A sociological approach. Proefschrift, Groningen, 1972.
- Aakster, C. W. (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 194.
- Aalderen, H. J. van. Methode van hulpverlening in de eerste lijn. Syllabus H.I.V.U., 1976.
- Alexander, F. Psychosomatic medicine, its principles and applications. Allen and Unwin, London, 1952.
- Amstel, R. van. Discussiestuk. Interne rapportage Huisartsen Instituut van de Universiteit van Amsterdam, 1976.
- Argyle, M. Non verbal communication in human social interaction. Non Verbal Communication (Edit. Hinde). Cambridge University Press, 1972.
- Baerends, G. P. De evolutie van signaalhandelingen. Verslag Vergadering Afdeling Natuurkunde Kon. Acad. v. Wetensch., 1971.
- Baerends, G. P. De ethologische benadering van menselijk gedrag in: „Ethologie, de biologie van het gedrag”. Centrum voor Landbouwdocumentatie. Wageningen, 1973.
- Bertalanffy, L. von (1951) Human Biology 302, 61.
- Boulding, K. E. (1956) Management Science 197, 208.
- Breedveld., M. P. Informatie en geneeskunde in: „Ontwikkelingslijnen in de geneeskunde”, (redactie J. de Waard) Spruyt, van Mantgem en de Does, Leiden, 1970.
- Bierkens, P. B. (1967) Ned. T. Geneesk. 111, 1637.
- Bremer, G. J. (1972) huisarts en wetenschap 15, 418.
- Bruins, C. P. (1974) Medisch Contact 9, 277.
- Cannon, W. B. Bodily changes in pain, hunger fear and rage. Appleton, New York, 1929.
- Crone, R. A. (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 16.
- Dorpat, T. L. en T. H. Holmes. Backache of Muscle Tension Origin, in: Psychosomatic Obstetrics, Gynaecology and Endocrinology (redactie W. Kroger), Springfield, 1962.
- Eibesfeldt, Eibl I. Liebe und Hass, zur Naturgeschichte elementarer Verhältnissen. Piper und Co., München, 1970.
- Eibesfeldt, Eibl I. Similarities and differences between cultures in expressive movements in: Non verbal communication (redactie R. A. Hinde). Cambridge University Press, 1972.
- Fry, J. Common diseases, their nature, incidence and care. MTP, Lancaster, 1974.
- Groen, J. J. „Ken U zelve”. Inaugurale rede Leiden, 1969.
- Groen, J. J. (1973) Ned. T. Geneesk. 117, 34.
- James, W. The principles of psychology. Holt, New York, 1890.
- Kagan, A. R. en L. Levi (1974). Medicine 8, 225-241.
- Kemp, A. (1963) Ned. T. Geneesk. 107, 859.
- Kruijt, J. P. Ontogenie en gedrag in: „Ethologie de biologie van het gedrag”. Centrum voor Landbouwdocumentatie Wageningen, 1973.
- Kuypers, C. A. (1966) huisarts en wetenschap 9, 42.
- Kuypers, H. G. J. M. (1970) Medisch Contact 42, 113.
- Ladee, G. A. (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 6.
- Lamberts, H. (1975) huisarts en wetenschap 18, 492.
- Leach, E. The influence of cultural context on non verbal communication in man. In: Non verbal communication (Ed. Hinde). University Press Cambridge, 1972.
- Lidth de Jeude, A. H. van. De huisarts in de maalstroom der emoties. Stenfert Kroese, Leiden, 1971.
- Loon, T. J. P. van en H. C. Schouwenburg. Persoonlijke aspecten van patiënten met vage lichamelijke klachten. Heijmans Bulletins Psychologische Instituten. Rijks Universiteit Groningen, 1975.
- Lorentz, K. On aggression. University paperbacks. Cox Wyman Ltd., Fakenham (pagina 81 en volgende; pagina 86 en volgende), 1967.
- Meer, P. van de (1949) Ned. T. Geneesk. 93, 4153.
- Metz, W. Het verschijnsel pijn. De Erven Bohn, Haarlem, 1964.
- Morris, D. The naked ape. Bayles and son Ltd. London, 1967.
- Morris, D. The Human Zoo. Corgi Books, 1969.
- Oliemans, P. Morbiditeit in de huispraktijk. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.
- Ootmersen, G. A. van. Gedrag en erfelijkheid. In: „Ethologie de biologie van het gedrag”. Centrum voor Landbouwdocumentatie. Wageningen, 1973.
- Postma, T. N. M. Over somatiseren: een discussieraam. Instituut voor Huisartsgeneeskunde Universiteit van Amsterdam, 1976.
- Rooymans, H. G. M. (1974). T. Geneesk. 108, 118.
- Rose, H. J. (1975) J. roy. Coll. Gen. Practit. 25, 771.
- Schachter, S. The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. Advances in experimental social psychology, Volume 1 (Ed. Berkowitz) Academic Press, New York, 1959.
- Schuermans Stekhoven, W. (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 16.
- Schuermans Stekhoven, W. Society Stress and Disease. W.H.O. Chronicle, Volume 25, nummer 4, pagina 168-178, 1970.
- Stam, J. (1976) huisarts en wetenschap 19, 140.
- Tinbergen, N. Comparative studies of the behaviour of gulls. A progress report. Behaviour, 1959.
- Uexküll, Th. von. (1966) Landarzt. 42, 26.
- De Vries, M. J. (1977) Ned. T. Geneesk. 121, 17.
- Vroon, P. Bewustzijn, hersenen en gedrag. Ambo, Baarn, 1976.
- Westreenen, E. van. (1962) huisarts en wetenschap 5, 202.
- Wolf en Wolff. J. J. Groen, op cit.
- IJzermans, C. J. J. M. en H. C. Schouwenburg (1976) huisarts en wetenschap 5, 185.