

Hoofdpijn en de huisarts-patiënt relatie

DR. D. POST*

Hoofdpijn is een klacht waarmee de huisarts veelvuldig wordt geconfronteerd. Al wordt in de meeste gevallen geen lichamelijke oorzaak gevonden, toch zal de huisarts vaak iets doen: medicamenten voorschrijven of verwijzen naar een specialist. Zo is hij opgeleid en hij denkt dat de patiënt dit gedrag van hem verwacht. Met deze medisch-technische aanpak veronachtzaamt hij echter de „berichtwaarde” van de klacht en het uiteindelijke resultaat is dan ook meestal nihil.

Inleiding

Uit de literatuur (*Philips; Dunnell and Cartwright; Clarke and Waters; Milne*) en uit eigen onderzoek (*Post*) blijkt, dat in een praktijk van 3000 patiënten dertig tot zestig patiënten met chronische hoofdpijn voorkomen en dat zeker eenmaal per twee dagen een patiënt met de primaire klacht hoofdpijn op het spreekuur komt. In de meeste gevallen wordt voor de klacht hoofdpijn geen lichamelijke oorzaak gevonden. *Milne* beschrijft, dat 99,5 procent van de patiënten die de huisarts bezoeken geen ernstige oorzaak voor de hoofdpijn heeft; onder een ernstige oorzaak verstaat hij een lichamenlijk lijden met ernstige gevolgen, zoals allerlei intracerebrale processen van vasculaire of maligne aard.

Hoofdpijn is een klacht, aldus *Van Lidt de Jeude*, die men kan rekenen tot de „onwelkome” klachten: de huisarts weet er geen raad mee, hij kan de klacht niet onderbrengen in een medisch model, zodat hij er op rationele, pragmatische wijze mee kan omgaan. Zo kennen we ook de klachten moeheid, duizeligheid, pijn in de schouder, etcetera, het predikaat „onwelkom” toe. Als na lichamenlijk onderzoek de patiënt niet blijkt te lijden aan een somatische afwijking, zit de huisarts in menig geval met een even groot probleem als de patiënt; eigenlijk met een nog groter probleem, omdat de huisarts meent – zoals hem

ook in zijn opleiding is geleerd – dat hij een diagnose moet stellen en een therapie voorschrijven. De patiënt legt de klacht bij de huisarts neer en verwacht in de meeste gevallen een kant-en-klare oplossing.

Wil de huisarts op een meer adequate manier op deze onwelkome klachten ingaan, dan dient hij zich te realiseren dat het van groot belang kan zijn hoe hij zijn relatie met de patiënt definieert. Het welslagen van de behandeling van de patiënt met een onwelkome klacht hangt naar mijn mening af van de relatie die tussen de arts en de patiënt zal ontstaan. Ik zal aan de hand van een patiënt, lijdend aan chronische hoofdpijn, bij wie door lichamenlijk onderzoek geen afwijkingen konden worden gevonden, nagaan welke rol de huisarts kan spelen. Deze patiënt komt met een klacht. Er zijn dan twee mogelijkheden:

- de klacht wordt aangepakt en deze wordt, evenals de patiënt, gedefinieerd, hetzij medisch, hetzij psychosociaal;
- door de klacht laten we de patiënt spreken en we gaan de „berichtwaarde” van de klacht centraal stellen om samen, arts en patiënt, te ontdekken waarmee de klacht samenhangt.

Het zal duidelijk zijn dat beide mogelijkheden in relationeel opzicht zeer verschillen. In het eerste geval zal er een object-subject relatie ontstaan, terwijl in het tweede geval een subject-subject relatie ontstaat, een horizontale relatie tussen de „zoekdeskundige” arts en de „belevingsdeskundige” patiënt.

In dit artikel zullen deze relationele aspecten worden geschetst, waarbij ook

aandacht zal worden gegeven aan de communicatieve en de sociaal-culturele aspecten van de relatie.

Een hoofdpijnpatiënt

De heer A. is een 43-jarige man die ik al jaren ken. Ongeveer tien jaar geleden hielp ik bij de bevalling van zijn zoontje. Het echtpaar was toen een jaar getrouwd en het gezin leek helemaal gelukkig. Ik had verder nauwelijks bemoeienis met dit gezin, tot de heer A. op mijn spreekuur kwam om mij zeer emotioneel te vertellen, dat zijn vrouw met zijn zoontje was weggelopen. Ze wilde scheiden. Van enige problematiek had ik nooit iets gemerkt, zodat ik nogal geschrokken reageerde. Patiënt kon me ook niet duidelijk maken wat de reden van de scheiding precies was.

De hele scheidingsprocedure was een grote ellende voor de patiënt, waarbij hij mijn hulp nogal eens nodig had, omdat hij danig emotioneel was ontremd. Nadat dit voorbij was en hij weer in een wat evenwichtiger toestand terechtgekomen was, had ik een paar jaar geen contact meer met de heer A. In deze tijd hertrouwde hij en er werden snel achter elkaar drie kinderen geboren.

Vlak na de geboorte van het eerste kind vertelde de heer A. mij, dat hij vaak aan ondraaglijke hoofdpijn leed. „Het is alsof men met messen door mijn hoofd steekt”; zo nu en dan is het zo erg dat „het hoofd barst”. Als de „aanvallen” weer over zijn, is het net „alsof er een steen op het hoofd drukt”. De heer A. gebruikte nogal wat analgetica die nauwelijks enige verbetering gaven. Bedrust hielp wel; niemand mocht dan bij hem komen en hij lag met gesloten ogen in bed, de gordijnen van de kamer dicht: totaal in het donker, alleen. Dit duurde een dag en dan stond hij weer op. Het viel mij op, dat de heer A. moeilijk weer aan het werk te krijgen was. Hij was werkzaam in een fabriek en werkte in een groep van acht personen met een chef. „De chef kan ik wel doodkijken”, zo vertelde hij, „maar ik houd mijn mond maar, anders word ik ontslagen”. Over zijn levensgeschiedenis vertelde hij, dat hij een goede jeugd had gehad. Hij was afkomstig uit een gezin met vier kinderen. Met vader, die overleden was, had hij nauwelijks contact gehad, moeder verweende hem altijd en hij kon bij haar, ook nu nog, altijd aankloppen. Hij meende zelf, dat hij wel eens wat voortrokken werd bij de andere kinderen. Met zijn broer en zusters had hij niet veel contact: hij zag ze alleen, wanneer hij ze bij zijn moeder aantrof. In zijn

* Huisarts te Wezep. De auteur is veel dank verschuldigd aan Prof. Dr. H. J. van Aalderen voor het lezen van het manuscript en zijn kritische opmerkingen hierover.

huwelijk waren geen problemen. Hij kon erg goed met zijn tweede vrouw opschieten. Ook in het gezin waren geen problemen. De kinderen gaven geen moeilijkheden. Vanwege zijn hoofdpijn kon hij het lawaai dat ze maakten, soms niet goed verwerken. Hij moest dan naar bed. Het ergerde hem, dat hij steeds hoofdpijn had en daardoor zijn gezin niet aankon. Hij vertelde mij ook nog, dat zijn moeder altijd hoofdpijn had; „hier was ook niets tegen te doen”.

Bekijken we deze ziektegeschiedenis, dan kunnen we eigenlijk wel zeggen dat dit een huis-tuin-en-keukenverhaal is: eigenlijk niet zoveel bijzonders voor de arts. Wat mij na bestudering wel opviel, is het feit dat ik vaak het gevoel heb, dat ik erg veel van de bij mij ingeschreven gezinnen weet, maar dat dit eigenlijk helemaal niet zo is. Vaak wordt gezegd dat de huisarts zijn pappenheimers kent, maar naar mijn mening gaat dit maar in een klein aantal gevallen op. Zonder verder te komen tot een interpretatie van de verschillende feiten die in dit verhaal naar voren worden gebracht, acht ik het goed om de relatie die nu zou kunnen ontstaan tussen huisarts en patiënt onder de loep te nemen. De vraag is: welk aspect van de relatie zal bij de hulpverlening op de voorgrond staan?

Deze patiënt komt naar de dokter met zijn chronische hoofdpijn. Dit simpele gegeven reeds geeft aanleiding tot de constatering dat er een relatie is ontstaan; of dit nu een positieve of een negatieve relatie is, een helpende of een „groei-belemmerende” relatie, er is een betrokken zijn van het ene individu op het andere door middel van communicatie, verbaal en non-verbaal (*Meininger*). Met de heer A. heb ik reeds een bepaalde relatie; we hebben samen al een geschiedenis. Ik hielp bij de bevaling van zijn eerste kind.

In elke interpersoonlijke relatie treedt een definiëring van elkaar op: men stelt een definitie op van de ander. *Verhulst* heeft dit uitgewerkt voor de relatie waarin ziek-zijn en ziek-worden een rol spelen: deze relatie kan een helende werking hebben, maar ook een invaliderende; dat hangt af van de definitie. Typeer ik de ander als zieke, terwijl hij worstelt met problemen, en behandel ik deze zieke in een medisch kader, dan loop ik kans de zieke te invalideren. In de relatie met patiënt A. moet ik mij dit terdege bewust zijn. Wanneer ik hem als zieke beschouw en hem daardoor ook afhankelijk van mij maak, zal er een

ander verloop van zijn klachten plaatsvinden dan wanneer ik hem beschouw als een man met problemen waaraan door arts en patiënt samen wordt gewerkt. Wanneer ik hem zie als een slachtoffer van zijn verleden, als een verwende jongen, dan zal er weer een ander verloop volgen. Bovendien zal ik ook moeten nagaan hoe de patiënt mij definieert.

Om te kunnen beslissen welke weg ik zal kiezen, die van de „klacht-behandeling”, of die van de „patiënt-met-klacht-behandeling”, moet ik eerst de vraag verhelderen (*Van Aalderen; Holten-Vriesema e.a.*): wat wil de patiënt mij precies vertellen als hij met zijn hoofdpijnklacht bij mij komt; wat wil hij dat ik doe, wat verwacht hij van mij? Pas als ik op deze vragen een antwoord heb en als het de patiënt zelf ook duidelijk is waarom hij naar mij toekomt, kunnen we samen beslissen wat het doel zal zijn van het hulpverleningsproces.

De subject-object relatie

Zoals in de geneeskunde vaak voorkomt, met name in de klinische geneeskunde, kan de subject-object relatie centraal komen te staan. In dat geval beschouw ik de heer A. als een patiënt „in wie zich een storing bevindt, zich uitend als een klacht”. De persoon tegenover mij is een object met een bepaalde stoornis; ik zie mijzelf als een persoon die iets weet van lichamelijke stoornissen en die dergelijke stoornissen probeert te verhelpen: een allesweter tegenover een nietsweter, een repareur tegenover een voorwerp, een man in witte jas tegenover een ontklede patiënt. Ook de patiënt definieert mij in zo'n geval als zodanig; hij ziet mij als iemand die zijn kwaal wel eens even zal oplossen.

In deze relatie kan ik de heer A. volgens de medische methode behandelen: ik neem een anamnese op, doe een onderzoek (zo uitgebreid mogelijk), stel een differentiële diagnose op, kom door nog meer onderzoek tot een diagnose en stel daarna een therapie in. In dit verband dient de opmerking gemaakt te worden, dat artsen bij het onderzoeken van de patiënt, menigmaal deze subject-object relatie scheppen: de ontklede patiënt ligt op de onderzoekbank en is „onder mijn handen”, terwijl hij „naar mij moet opkijken”. Deze situatie is uiteraard onvermijdelijk, maar ik denk toch dat het goed is ons dit aspect te realiseren en het met de patiënt te bespreken. *Brouwer en Dijkhuis* menen dat door een „gewoon” gesprek tijdens het on-

derzoek deze situatie voor de patiënt meer acceptabel is. Naar mijn mening is het voor de patiënt even acceptabel, wanneer de arts zegt dat hij zich even moet concentreren op het onderzoek en daarom niets kan zeggen, terwijl hij weet dat het voor de patiënt onaangenaam kan zijn.

Blijft de relatie met patiënt A. een subject-object relatie, dan zal ik de heer A., die van zijn klacht af wil komen, verwijzen naar de specialist, omdat ik geen afwijkingen bij hem kan vaststellen. De kans is dan zeer groot, dat de patiënt nog meer in zijn rol van zieke wordt bevestigd en dat somatische fixatie optreedt (*Huygen; Smits e.a.; Groll e.a.*). Wanneer ik niet verwijs, kan ik medicijnen voorschrijven; het stereotiepe gedrag van de arts, om iets te doen. Artsen hebben het gevoel, dat de patiënt dit ook verwacht. Ik meen dat we ons veel te weinig afvragen of het wel zin heeft om iets te doen. *Packard* deed een onderzoek bij hoofdpijnpatiënten en hun behandelaars. Hierbij bleek dat in de meeste gevallen (80 procent) de hoofdpijnpatiënt helemaal niet verwachtte dat de arts hem medicijnen zou voorschrijven; hij verwachtte vooral geruststelling en een gesprek over de achterliggende problemen. Van de artsen meende 70 procent dat de patiënt voor medicijnen kwam. *Packard* zegt dan ook: „Obviously, if we think patients just want pain relief, we may not be as interested in spending time listening to them or spending time explaining what is wrong”.

Bij de heer A. zal het uitlopen op het gebruik van tranquillizers: hij was immers altijd al nerveus en kwam met allerlei kleine klachten op mijn spreekuur. Wanneer deze niet helpen, ontwikkelt zich uiteindelijk bij de patiënt een gevoel van „hier is niets meer aan te doen”. Van zijn moeder vertelde hij dit ook. De patiënt leeft daar verder mee, meestal in de WAO.

Ik denk, dat bij veel „onwelkome” klachten de subject-object relatie schadelijk kan zijn voor de patiënt. In een aantal andere gevallen zal de subject-object relatie wel tot een bevredigende behandeling leiden. Het is van groot belang, dat men zich bewust is van de relatie die men met de patiënt aangaat. Blijft men binnen de subject-object relatie, dan dient men zich te realiseren dat de hulp vaak niet meer is dan technische hulp; de heer A. wordt met technische middelen van zijn hoofdpijn afgeholpen: met medicijnen of hulpmiddelen als biofeedback. Het is mijn erva-

ring, dat deze technische hulpverlening binnen een subject-object relatie bij de meeste hoofdpijnpatiënten nauwelijks tot een oplossing zal leiden.

De relatie als ontmoeting

Wanneer ik de relatie tussen een patiënt en mij als een ontmoeting definieer, ga ik ervan uit dat er een existentiële betrekking is, een subject-subject relatie. Dit wordt dan ook de dialogische relatie genoemd.

In het begin van deze eeuw werd in de filosofie het grote belang van de dialoog herontdekt. Een van de wegbereders hiertoe was Feuerbach, terwijl de uitwerker van deze gedachten Martin Buber is geweest. In zijn boek *Ich und du*, in 1923 geschreven, legt hij grote nadruk op ik-jij relatie als het belangrijkste fenomeen van het mens-zijn. Zonder het „jij” is er geen „ik”. De mens kan niet alleen mens zijn, maar beleeft zijn mens zijn aan de ander. De ander is voor mij geen „het”, maar een „hij”, een subject, terwijl ik mij ook als een subject aan de ander beleef. Doordat beide individuen tot subject zijn geworden, gebeurt er in de relatie iets waar de ander iets aan heeft. Deze manier van omgaan met patiënten vond ik terug bij Rogers. Ook hij legt de nadruk op de subjectiviteit van de hulpverlener en de hulpvrager; hierdoor gaat de hulpverlener niet directief met de hulpvrager om, maar proberen beiden gezamenlijk een oplossing voor het probleem te vinden.

Bij mijn hoofdpijnpatiënten kan ik op deze wijze proberen hulp te verlenen. Ik ken de heer A. vooral uit de tijd van zijn echtscheiding. Ik heb hem leren kennen als een mens die in problemen heeft gezeten, waaruit nauwelijks meer een uitweg was te vinden, en ik heb geprobeerd door met hem in een ik-jij relatie te treden, iets voor hem te betekenen. In deze ontmoeting probeerde ik mijzelf te zijn en ik aanvaardde de ander zoals hij was. Nu komt hij weer met problemen en door gesprekken herkennen we dat vooral de werksituatie een grote rol speelt. Hij kan niet met de chef opschieten. De chef irriteert hem en het lijkt er ook veel op, dat de chef hem probeert te treiteren. Hij is eigenlijk erg boos op de chef, maar durft het niet te uiten omdat hij anders op straat kan komen te staan. Door de gesprekken relativeert hij het gedrag van de chef, waardoor het hem mogelijk wordt in de fabriek te blijven, hoewel hij ook telkens bezig is met het zoeken naar ander werk.

Naar mijn mening – gestaafd door mijn

onderzoek, een analyse van vijftien patiënten met chronische hoofdpijn (*Post*) – heeft de benaderingswijze van de patiënt, waarbij een subject-subject relatie wordt gehanteerd, een bevredigend resultaat voor wat betreft de verbetering van de klacht. In mijn onderzoek ging het erom een zodanige manier van omgaan met de patiënt te vinden, dat de hoofdpijn niet meer als een ziekzijn werd beleefd. Vaak werd de patiënt en mij duidelijk, dat hoofdpijn een manier van reageren was die nauwelijks veranderd kon worden. Na de gesprekken, die samen met hulpmiddelen zoals medicijnen en fysiotherapie werden toegepast in het hulpverleningsproces, bleek de patiënt vaak beter met zijn hoofdpijn te kunnen omgaan: hij was er niet meer ziek van.

Enkele aspecten van de relatie

Relatie is niet mogelijk zonder communicatie. Zowel verbaal als non-verbaal brengen wij naar elkaar bepaalde boodschappen over. Bij het communicatieaspect van de relatie zullen we moeten letten op de aard van de communicatie en op de inhoud ervan. Beide aspecten van de communicatie worden bepaald door de sociaal-culturele context.

- *De aard van de communicatie.* Iedere relatie wordt getypeerd door de wijze van communiceren. Wanneer de heer A. bij mij komt met zijn klacht hoofdpijn, is er communicatie in de zin van een interactie. De patiënt vertelt iets en ik reageer daarop, waarop hij weer iets naar voren brengt; er gebeurt dan iets tussen ons beiden.

Zowel voor de verbale als de non-verbale communicatie is het van groot belang, dat we de mechanismen die hier optreden, kennen. Uit de literatuur – *Watzlawick et al.*; *Haley*; *Van der Veen en Van de Meulen*; *Van de Ven* – is bekend hoe communicatiepatronen kunnen worden herkend. *Watzlawick et al.* spreken over inhouds- en betrekkingaspecten van de communicatie, over symmetrische en complementaire communicatie en over congruente en incongruente communicatie. Bij al deze verdelingen speelt als belangrijkste gegeven, dat men vooral de betrekking tegenover elkaar in de gaten moet houden: hoe reageer ik op de patiënt, hoe reageert hij op mij; is er niet een streven van machtsuitoefening van een van de partners, is niet één de baas in de relatie?

Als de heer A. mij vertelt dat hij erge hoofdpijn heeft, en ik zit wat uit het raam te kijken of teken wat poppetjes op een notitieblok, dan zal hier een

incongruente relatie ontstaan. Zo'n houding geeft ook vaak aan, dat ik me de baas voel en dat de patiënt de afhankelijke, de ondergeschikte is. Als ik probeer de patiënt te overtuigen dat hij eigenlijk niets heeft, dat zijn hoofdpijn maar „zenuwen” zijn en als de patiënt probeert mij te overtuigen dat hij wel een kwaal heeft, dan is er een pathologische, symmetrische communicatie aan de gang, een tegen elkaar opbieden van waarheden, een allebei de baas willen zijn, wat ook leidt tot een incongruente communicatie. Deze manier van communiceren leidt tot niets anders dan tot conflicten.

Herkennen van de aard van de communicatie en vooral ook het bespreken van de manier van communiceren met elkaar, leidt vaak tot oplossingen. Wanneer men het niet met elkaar eens is, hoeft dit niet tot een incongruente communicatie te leiden, als men vaststelt dat het niet gaat om machtsverhoudingen in de relatie: de een hoeft niet zodong de ander te overtuigen. Er kan een congruente communicatie ontstaan, wanneer men concludeert het met elkaar oneens te zijn; vanuit dat punt kan men vertrekken om dan toch tot een oplossing te komen.

In de hulpverleningssituatie kan ik de heer A. proberen te overtuigen, dat zijn hoofdpijn van nerveuze aard is. De heer A. houdt vol, dat het wel een afwijking in zijn hoofd zal zijn. Er treedt dan een incongruente communicatie op. Wanneer we dit bespreken en het met elkaar eens zijn dat beide mogelijkheden bestaan, dus dat niemand gelijk hoeft te hebben, is dit een goede start voor een verdere congruente communicatie.

- *De inhoud van de communicatie.* Een ander aspect van de communicatie is de betekenis die de klacht kan hebben. Het is van belang, dat zowel de arts als de patiënt zich gaan afvragen wat de betekenis van de hoofdpijn kan zijn, in de interactie tussen patiënt en arts, in zijn interactie met zijn omgeving, thuis en op het werk. Kan zijn hoofdpijn bij de heer A. uitdrukken, dat hij het leven niet meer aan kan? Wil hij zeggen dat hij zich machteloos voelt tegenover zijn chef? Is hij eigenlijk erg boos op zijn chef en durft hij hem dat niet te vertellen?

In mijn analyse van vijftien patiënten met chronische hoofdpijn (*Post*), bleek vaak het opsporen van de betekenis van de klacht, het communicatie-aspect, van doorslaggevend belang voor de behandeling van de patiënt. De patiënt bleek iets met zijn

hoofdpijn te willen zeggen, dat hij met woorden niet kon uitdrukken.

• *Het sociaal-culturele aspect van de relatie.* Wanneer we in het gesprek met de patiënt de nadruk leggen op zijn relaties met zijn omgeving, dan komen we in de richting van de systeemtheoretici (*Zelditch; Nevejan; Minuchin; De Lange en Van de Hart*). Elke relatie is ingebed in een bepaald systeem en de gedragingen van het systeem zijn weer van belang voor de relatie. Als huisarts zal ik oog moeten hebben voor de systemen waarin de patiënt verkeert, gezin en werksituatie en ook het systeem arts-patiënt. De heer A. vertelde mij, dat hij als fabrieksarbeider werkzaam is in een kleine groep. In het gesprek met hem speelt dit gegeven een belangrijke rol. Hij heeft het gevoel, dat hij door mij als minder wordt beschouwd, omdat hij uit een „lager” milieu komt. Een aantal malen maakte hij mij duidelijk, hoe belangrijk hij het vond dat hij met mij mocht praten: „U weet toch veel en u ziet toch veel meer van de wereld dan ik”. Bij het navragen hierover bleek hij jaloers te zijn op mijn inkomen en mijn vakanties. Dit maakte in de relatie dat hij zich minderwaardig ging voelen. Dit speelde ook een rol in zijn werk. Hij voelde zich de mindere van zijn chef en had alleen daarom al een hekel aan hem. Hij herkende zijn hoofdpijn als verdrongen agressie tegen zijn chef: „Ik kan hem zo nu en dan wel in elkaar timmeren”.

Voor de hulp aan de patiënt dien ik dus het sociaal-culturele aspect van de relatie tussen de patiënt en mij te herkennen, en daarnaast zijn manier van optreden in de systemen waarin hij zit, zijn opvattingen over werkverhoudingen, zijn plaats in het systeem gezin. De klacht is niet alleen een te diagnostiseren probleem voor de hulpverlener, maar heeft binnen het systeem waarin de patiënt verkeert, berichtwaarde. Deze berichtwaarde dient ook in het licht van het systeem van de patiënt en zijn omgeving te worden gedecodeerd. Immers, er is geen scheiding mogelijk van enkeling en samenleving. De betrekking „ik met de ander” is opgenomen in een veel grotere betrekking, die van „ik en de buitenwereld”.

Conclusies

In de omgang met patiënten dienen we ons steeds bewust te zijn van de aard van de relatie tussen de huisarts en de patiënt. We moeten, naar mijn oordeel, in bepaalde situaties een bepaald aspect

van de relatie bewust naar voren brengen. Het is zo nu en dan nodig de subject-object relatie te hanteren. Wanneer dit duidelijk aan de patiënt wordt gezegd in de zin van „Ik ga u nu onderzoeken en het is hiervoor nodig, dat ik u als een bepaald mechanisme ga beschouwen met bepaalde functies”, zal de patiënt dit begrijpen. Subject-object relaties zijn niet altijd te vermijden. Voor een meer integrale benadering van de patiënt, vooral bij de onwelkome klachten, is de ik-jij relatie erg belangrijk, waarbij de communicatietheoretische en sociaal-culturele aspecten van de relatie niet mogen worden vergeten. Ik ben mij bewust, dat het voorbeeld van de hoofdpijnpatiënt evengoed vervangen kan worden door een patiënt met moeheid, een patiënt met duizeligheid, etcetera. Met de hoofdpijnpatiënt heb ik er wel de nadruk op willen leggen, dat juist bij de klacht hoofdpijn de relatie tussen patiënt en arts van zo groot belang is (*Post*). *Friedman and Merritt*, die meer dan 5000 patiënten met chronische hoofdpijn onderzochten, legden ook de nadruk op de arts-patiëntrelatie, die onder meer ook inhoudt: „The attitude of the physician toward the medicine given and the length and frequency of interviews with the patient”. Ik ben het voorts met *Packard* eens, die schreef: „The key to successful treatment is a good patient-physician relation”. Deze relatie kan goed worden, als arts én patiënt zich afvragen op welke wijze zij met elkaar omgaan.

Samenvatting. Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat een goede huisarts-patiëntrelatie van essentieel belang is bij de behandeling van hoofdpijnpatiënten. Aan de hand van een praktijkvoorbeeld wordt ingegaan op de subject-object relatie en de subject-subject relatie; deze laatste wordt getypeerd als een ik-jij relatie in de betekenis die daaraan door de filosoof Martin Buber is gegeven. Deze relatie veronderstelt communicatie, zowel verbaal als non-verbaal. De inhoud en aard van deze communicatie worden besproken, evenals de sociaal-culturele aspecten die daarbij een rol spelen. Geconcludeerd wordt, dat het voor de behandeling van een patiënt met klachten die geen lichamelijke oorzaak hebben, belangrijk is dat zo'n subject-subject relatie ontstaat.

Summary on page 17.

Aalderen, H. J. van. Waarom methodisch werken? (1976) *huisarts en wetenschap* 19, 366.

- Brouwer, W. en J. H. Dijkhuis. Praten met patiënten. *Erven Bijleveld, Utrecht*, 1967.
- Buber, M. De vraag naar de mens [Das Problem des Menschen]. *Erven Bijleveld, Utrecht*, 1957.
- Clarke, G. J. R. and W. E. Waters. Headache and migraine in a London general practice. In: W. E. Waters (ed.). *The epidemiology of migraine. Boehringer, Ingelheim*, 1974.
- Dunnell, K. and A. Cartwright. Medicin takers, prescribers and hoarders. *Rouledge and Kege Paul, New York*, 1972.
- Friedman, A. P. and H. H. Merritt. Headache, diagnosis and treatment. *Davies, Philadelphia*, 1959.
- Grol, G., H. Mokkink, F. Huygen e.a. Preventie van somatische fixatie III, IV, V. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 402-410; 486-489.
- Haley, J. Strategies of psychotherapy. *Greene and Stratton, New York*, 1963.
- Holten-Vriesema, J., C. Tompot, H. van Aalderen e.a. Methodisch werken. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 322-335.
- Huygen, F. J. A. Preventie van somatische fixatie I. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 363-365.
- Lange H. en O. van het Hart. Gedragsveranderingen in gezinnen. *Tjeenk Willink, Groningen*, 1973.
- Lidt de Jeude, A. H. van. De huisarts in de maalstroom der emoties. *Stenfert Kroese, Leiden*, 1971.
- Meininger, J. V. De patiënt en zijn geneesheer. *Van Stockum, Den Haag*, 1958.
- Milne, J. S. Headache in general practice. (1965) *Scot. med. J.* 10, 251.
- Minuchin, S. Gezinstherapie. *Spectrum, Utrecht*, 1973.
- Nevejan, M. Gezins- en echtparentherapie in Nederland. *Van Loghum Slaterus, Deventer*, 1974.
- Philips, C. Headache in general practice. (1977) *Headache* 16, 322.
- Pierloot, R. A. De medische relatie. *Staflou, Leiden*, 1974.
- Packard, R. C. What does the headache patient want? (1979) *Headache* 19, 370.
- Post, D. De huisarts en zijn hoofdpijnpatiënten. *Staflou, Alphen aan den Rijn*, 1980.
- Rogers, C. R. On becoming a person. *Houghton Mifflin, Boston*, 1961.
- Smits, A., J. van Eijk, R. Grol e.a. Preventie van somatische fixatie II. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 366-369.
- Veen, C. J. E. van der en J. E. van de Meulen. Gezinsbehandeling. *Samsom, Alphen aan den Rijn*, 1970.
- Ven, P. van de. Vriend als vijand. *Nelissen, Bloemendaal*, 1975.
- Verhulst, J. Pokerspel geneeskunde. *Nederlandse Boekhandel, Utrecht*, 1972.
- Watzlawick, P., J. H. Beavin and D. P. Jackson. A note on the analysis of equilibrium systems. In: T. Parsons and R. F. Bales (eds). *Family socialisation and interaction process. Free Press Glenco, New York*, 1955.