

KANTTEKENINGEN BIJ DE RAPPORTAGE VAN GMD-PATIËNTEN

door M. KUILMAN

(Valeriuskliniek, Vrije Universiteit te Amsterdam)

Hoofd: Prof. Dr. F. C. Stam)

INLEIDING

Het te bespreken onderwerp biedt een goede aanleiding tot een theoretische en praktische bezinning op de psychopathologie en de kliniek van werkstoornissen. De Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD)-structuur heeft bovendien het voordeel dat de rapporteur zich niet meer hoeft te vermoeien met allerlei vragen die tot voor enkele jaren nog relevant waren voor de beoordeling in het kader van de Ongevallen- en Ziektewet. Tenslotte is een nadere bestudering van het onderhavige thema weer actueel geworden, omdat naast de diagnostiek en de validiteitsbepaling nu ook de vraag naar de therapeutische mogelijkheden meer op de voorgrond komt te staan, tot voor kort een nogal stiefmoederlijk bedeed hoofdstuk in de rapportage.

Keuring en behandeling waren immers streng van elkaar gescheiden en de betrokken medicus diende zich zijn rol in de relatie tot de patiënt goed bewust te zijn. Dat sociaal-psychiatrische, c.q. bedrijfs-psychiatrische aspecten van grote invloed zijn op de aard en de verloopsvorm van de desbetreffende ziektebeelden, spreekt thans welhaast vanzelf. Intussen is het nog maar kort geleden, dat men over deze problemen in de psychiatrische handboeken ternauwernood kon worden geïnformeerd.

In dat verband moge de aandacht worden gevestigd op het moderne 'textbook' van FREEDMAN en KAPLAN, waar de lezer een weliswaar bescheiden, maar niettemin afzonderlijke plaats vindt ingeruimd voor de 'Occupational (Industrial) Psychiatry', iets wat met betrekking tot de militaire bedrijfspsychiatrie al geruime tijd het geval was. Ondanks veel verschillen hebben GMD-patiënten een aantal eigenschappen met elkaar gemeen. Zij nemen allen uit hoofde van hun ziekte reeds langere tijd niet meer deel aan het arbeidsproces. Zij genieten dank zij de sociale voorzieningen een financiële tegemoetkoming, waardoor ze ondanks hun handicap in het levensonderhoud kunnen voorzien, al betekent deze nieuwe status in het algemeen geen materiële verbetering. De GMD-patiënt komt niet vrijwillig naar de kliniek, hij heeft niet om de rapportage gevraagd, maar weet zich gestuurd door dokters die hem niet behandelen, doch die een uitspraak verlangen over de mate van arbeidsongeschiktheid en de te nemen maatregelen. Veel patiënten zijn begrijpelijkerwijs bevreesd voor verlies of voor vermindering van hun uitkering. Ook zijn ze be-

ducht hun werk te moeten hervatten terwijl ze zich daartoe niet in staat achten en niet zelden speelt de weerstand tegen een eventuele omscholing eveneens een belangrijke rol. Een angstig-argwanende of op zijn best een gereserveerde instelling is typerend voor alle patiënten die ter observatie komen. Opmerkelijk is in dat verband dat de meesten zich spontaan beginnen te rechtvaardigen over hun ziekteverzuim. Het schijnt alsof zij er bij voorbaat van uitgaan, dat de geloofwaardigheid van hun klachten in twijfel zal worden getrokken en niet zelden kunnen zij zich in dat opzicht op een rijke ervaring beroepen. De klachten worden vaak met wat te veel verve gepresenteerd en zo mogelijk verwijst de patiënt gaarne naar de uitspraken van andere artsen of naar de vergeefse resultaten van langdurige behandelingen. Het is geen wonder, dat het verwachtingspatroon van de patiënt de overdrijving van de klachten in de hand werkt. De veelvuldig aange troffen aggravatie berust m.i. voor een belangrijk deel op de specifieke geaardheid van de onderzoeksituatie als examensituatie.

Intussen is de gedachtengang van de patiënt ook weer niet zo vreemd, want de rapporteur moet zich er eveneens op instellen, dat zijn taak niet identiek is met die van de detective die op ontmaskering uit is. Hoe vaak wordt in de vraagstelling van het rapport niet volstaan met het bekende onjuiste alternatief tussen 'niet willen' en 'niet kunnen'. Deze visie dankt haar hardnekkige bestaan aan de doorwerking van een verouderde vermogenspsychologie enerzijds en het gebrekkige inzicht in gedragsmotiveringen anderzijds. De kwestie van het 'niet kunnen willen' komt daarbij niet eens ter sprake.

De GMD-patiënt onderscheidt zich van de student die niet tot werken komt, doordat de laatste zich relatief vrij voelt en hij geen geldelijke beloning krijgt voor zijn prestaties. De student 'verdient' niet met te studeren, hij ervaart het althans niet zo, ook al wordt de studie voor een groter of kleiner deel door de ouders of door de gemeenschap bekostigd. Een tijd lang is de afkeer van de student tegenover de arbeidsprestatie in ruil voor een geldelijke beloning een soort studentikoze status geweest. Hij was relatief vrij, althans zo ervoer hij het. Het begrip 'werkstudent' heeft dan ook geruime tijd een meewarige affectieve lading gehad. De niet onsympathieke 'boemelaar' als voorbeeld van een bepaald studententype en de 'rentetrekker' als prototype van de niet werkende, parasiterende arbeider, staan tegenover elkaar. Het is misschien niet toevallig, dat de voornoemde arbeider eerder wordt vergeleken met het schoolzieke kind dan met de bovenbedoelde student. Vrijheidsgevoel en van buiten opgelegde dwang spelen in dat verband een niet te verwaarlozen rol. Zo wordt de met ijver vervulde onvrijwillige arbeid van de dienstplichtige niet onaardig met de term 'bruinwerkerij' van een anaal-erotisch coloriet, om niet te zeggen: aroma, voorzien. Het is misschien veelzeggend dat men bij de beoordeling van studiemoeilijkheden op neurotische gron-

den vaak zonder moeite van werkstoornissen bij 'cliënten' spreekt, terwijl deze bepaling bij minder valide mensen uit de werkende stand minder vaak te beluisteren valt. Hier hoort men eerder spreken van traumatische neurose, renteneurose, sociale neurose, hysterie, simulatie, querulantisme. Met het oog op de veelzinnigheid van begrippen vestigen we de aandacht op VAN PEURSEN, die erop heeft gewezen dat dezelfde begrippen en termen een geheel verschillende betekenis kunnen krijgen, afhankelijk van de intentie waarmee een onderzoeker de werkelijkheid exploreert.

HISTORISCHE, PSYCHOPATHOLOGISCHE EN KLINISCHE BESCHOUWINGEN

Het is bijna 60 jaar geleden dat JELGERSMA in zijn leerboek de volgende opmerkingen maakte over een thema dat niet alleen historisch, maar ook functioneel samenhangt met ons onderwerp. Hij schrijft: 'Van grote betekenis voor de ontwikkeling van de hysterie bij mannen is zonder twijfel het trauma, in verband met de Ongeval-lenwetverzekering. Het is hier weinig het organische element der directe of indirecte verwonding van het centrale zenuwstelsel, dat aetio-logische betekenis heeft, maar bijna uitsluitend de psychische ver-werking daarvan, in verband met de strijd om de rente. Omdat man-nen veel meer aan deze schadelijke invloeden blootstaan dan vrou-wen, hebben wij hier bijna alleen mannelijke hysterie met hypochon-drische ontstemming, auto-suggestie en dikwijls monosymptomatische, door het uitgangspunt van het trauma bepaalde hysterie. 'Indien we hier nog aan toevoegen dat de hysterie door JELGERSMA — overeen-komstig de opvattingen van Charcot en Janet — als een ziekte werd opgevat waarvan de ontstaansvoorwaarden voornamelijk in de degener-atieve aanleg zijn geworteld, dan geldt de bovengeciteerde uitspraak als representatief voor de mening van een groot aantal psychiaters uit die tijd. Aanvankelijk was dat anders. Zo heeft Oppenheim de traumatische neurose beschreven als een nosologische ziekte, die berustte op minimale veranderingen van het centrale zenuwstelsel.

Later, met name omstreeks de eerste wereldoorlog, schreef men het beeld van de traumatische neurose niet meer toe aan de specifieke aard van het trauma, noch aan ziekelijke veranderingen van het mor-fologische substraat der hersenen, maar aan een minderwaardige con-stitutie. Hier komen de beperkingen van het materialistische ziektebe-grip duidelijk aan het licht. KRONFELD heeft daar reeds in 1920 op gewezen. Omdat men er niet goed in slaagde om het veronderstelde neuropathologische correlaat van een aantal ziektebeelden aan te tonen, ging men zijn toevlucht nemen tot de constitutionele aanleg als voornaamste ontstaansvoorwaarde van de traumatische neurosen, zo-als ook gebeurde met betrekking tot de degeneratieve ziekten, de psy-chopathieën, een deel van de endogene psychosen en de hysterie.

Volgens KRONFELD tracht men op deze wijze het materialistische ziektebegrip nog te redden via de hypothese van de biologische constitutie als pathogene ontstaansvoorwaarde van de ziekte.

De dichotomie tussen lichaam en ziel, tussen aanleg en milieu, tesamen met het bovengeschetste ziektebegrip zijn van grote invloed geweest op de interpretatie van de zogenaamde traumatische neurosen. Men trachtte de schadelijke invloed van het trauma te objectiveren en af te wegen tegen de constitutionele geaardheid. Was het trauma gering en gelukte het om de, overigens twijfelachtige, indices te vinden van een degeneratieve constitutie, dan had dit voor de uitkering belangrijke gevolgen. Men was verder niet zo gauw geneigd om een verband met het trauma aan te nemen, indien er bij somatisch onderzoek geen afwijkingen werden gevonden. Met betrekking tot de desbetreffende ziektebeelden werden de begrippen renteneurose, traumatische neurose en hysterie vaak als synoniemen gebruikt. Bovendien meende men dat de genese en het voortduren van deze beelden zo overtuigend door het verkrijgen van rente werden bepaald, dat men er — overeenkomstig JASPERS' opvattingen over de reactieve ziekten — goed aan meende te doen om de rente niet toe te kennen. Een harde aanpak gold als de meest doelmatige (E. KRETSCHMER). Niet zelden werd over een echte therapie niet gerept, omdat het voorstel tot een behandeling immers stilzwijgend een erkenning van de ziekte inhield, iets dat men juist trachtte te voorkomen. Men krijgt de indruk dat de toenmalige beschouwingen niet waren gespeend van vindingrijkheid, handelsgeest en de vrees voor de maatschappelijk desastreuze konsequenties van een al te soepele instelling: 'Oft genug spiegelt die gegebene Darstellung mehr das Menschenbild des Gutachters als die Struktur der Neurose des Begutachteten' (KRAUSS).

Intussen zijn de opvattingen over de renteneurose in de loop der jaren duidelijk veranderd. Twee richtingen hebben daartoe in het bijzonder meegewerkt, een fenomenologische en een dynamisch-genetische. In de eerste plaats wil ik de aandacht vestigen op het vermaarde werk van STRAUS, waarin een analyse wordt gegeven van de traumatische situatie. Het trauma is geen objectief gegeven met een eens voor al vastgelegde pathogene hoedanigheid, doch het krijgt eerst betekenis tegen de achtergrond van de structuur en de levensgeschiedenis van het individu. Tussen het trauma en de neurose bestaat geen causale, maar een zinwetmatige (VAN DIJK) samenhang, alleen zó wordt een 'Ereignis' tot een 'Erlebnis'. In de tweede plaats heeft het begrip traumatische neurose een verdieping gekregen onder invloed van de psychoanalyse.

FREUD heeft gewezen op de relatie tussen het traumatiserende gebeuren en de angst. Een gebeurtenis is in het algemeen traumatisch, indien zij een confrontatie inhoudt, die representatief is voor een onaanvaardbare situatie, die geen werkelijkheid mag worden en waar-

van de constellatie voor het individu onbewust is. Het traumatische gebeuren actualiseert als het ware een verdrongen innerlijke conflict-situatie en roept daardoor angstgevoelens op. De traumatische neurose zelf is in de eerste plaats gekenmerkt door de verschijnselen van primaire ziektewinst. Zo komt een afweer van de met de neurotische conflict-situatie verbonden angst en onlust tot stand door middel van verdringing, ontkenning, affektisolering (LORENZER en THOMA), symptoomvorming. Voor de onderzoeker gaat het er nu om, de feitelijkheid, de hoedanigheid en de motieven met betrekking tot de afweerreacties op te sporen, teneinde een beter inzicht te krijgen in de pathogenese. (VAN DER LEEUW, GREENSON).

In het licht van het voorafgaande zal het duidelijk zijn, dat het rentemotief als zodanig veelal slechts een gebrekkige verklaring geeft van de traumatische neurose. Het was intussen wel evident dat de 'renteneurose' — hoewel gebonden aan specifieke maatschappelijke factoren (KOLB, KOLLE, MILLER, SIM, SILLEVIS SMITT), toch ook wel voorkwam bij mensen die geen uitkering hadden te verwachten. SAJET heeft er vroeger reeds op gewezen dat men nauwelijks kan aannemen dat het financiële gewin als zodanig nu werkelijk zoveel waard is voor de patiënt. Meestal immers moet hij met een lager inkomen genoegen nemen, ten koste van een deerniswekkend en weinig benijdenswaardig bestaan. Bovendien is het in de huidige maatschappelijke situatie niet erg waarschijnlijk dat de patiënt verkomt. Dit alles draagt ertoe bij dat we een andere kijk op de renteneuroticus hebben gekregen.

Von Weizsäcker sprak van een 'Rechtsneurose' en wees er op, dat de jammerlijke presentatie van de patiënt vaak een aanklacht tegen de gemeenschap symboliseert voor het offer dat hij haar heeft gebracht en waarvoor hij onvoldoende erkenning geniet. Soms ook biedt het trauma een vluchtmogelijkheid voor een onverdraaglijke situatie. De patiënt, die geen slappe capitulant kan zijn, grijpt de ziekte aan als excuus en als zelfrechtvaardiging. Ook agressieve en dependente strevingen kunnen in het beeld van de 'renteneurose' worden geactualiseerd.

Toch is men vaak geneigd om de langdurige werkstoornissen als traumatische neurosen, renteneurosen of hysterieën te bestempelen. Deze generalisering hangt m.i. nauw samen met de gebrekkige onderscheiding tussen primaire en secundaire ziektewinst. Het valt inderdaad op dat veel patiënten op elkaar lijken in zoverre zij zich met een onmiskenbare 'belle indifférence' presenteren. Zij dragen hun met pathos geuite klachten met een onwaarschijnlijke blijmoedigheid. Desgevraagd blijken zij nauwelijks gepreoccupeerd met de toekomst. Zij vragen zich niet af hoe het nu verder moet gaan, ze tonen weinig werkelijke inzet om beter te worden en het soigneren van hun klachten en verschijnselen is veel imponerender dan de preoc-

cupatie met de therapie. Ze hebben hun eigen invaliditeit eigenlijk reeds afgeschat. Zo signaleert DONALD ROSS in de renteneurose 'the tendency to maintain those symptoms which arose in the occupational setting originally, as a defense against losing the secondary gains derived from disability 'benefits' or 'hospitalization'. Aangezien langdurige beelden vaak met secundaire ziekte winst gepaard gaan en de specifieke onderzoeksituatie een stuk aggraving in de hand werkt, vertonen de meeste GMD-patiënten een zekere verwantschap met elkaar. Voor een goed begrip van de aggraving en de secundaire ziekte winst kan men met vrucht gebruik maken van de onderscheiding die WEIJEL heeft aangebracht tussen functionele en simuleerde aggraving en de betekenis van de willekeurige reflexversterking voor het persisteren van de ziekteverschijnselen.

Secundaire ziekte winst en aggraving confronteren ons met de invloed van 'paranosale' factoren op de verschijningsvorm en de duur van de ziekte. Niet zelden is het echter onmogelijk om een betekenis hiërarchische reeks op te stellen van pathogene, predisponerende, provocerende en onderhoudende factoren, zoals door BIRNBAUM in de structuuranalyse is nagestreefd. Vaak komt men beter uit met een meer-dimensionele diagnostiek van gelijkwaardige momenten uit de verschillende fysieke, psychische en sociale dimensies (GRELINGER). We moeten dan rekening houden met leeftijd, persoonlijkheidsstructuur, gezinssituatie, lichamelijke bezwaren, een eventueel ongevalsgebeuren, de fysieke invaliditeit, de arbeidssituatie en de toekomstmogelijkheden met betrekking daartoe (omscholing), materiële belangen, sociale problemen. Over het sociale veld heeft HARTMANN terecht opgemerkt, dat aan het 'soziale Entgegenkommen' evenveel betekenis moet worden toegeschreven als aan het 'somatische Entgegenkommen'. Het is mogelijk, dat de voornaamste voorwaarden van de ziekte in het werk zelf gelegen zijn, maar niet zelden worden problemen op het werk als rationalisaties aangewend voor conflicten, die elders liggen. Veel problemen op het werk, zoals die door de patiënt worden ervaren, krijgen eerst hun pathogene betekenis in het licht van een grotendeels onbewuste, neurotische motievenconstellatie. Het is mij herhaaldelijk opgevallen, dat werkstoornissen niet zelden uiting geven aan een mislukte compensatie van een ambivalente huwelijksrelatie bij een oraal dependente man. De symptomatologie geeft uitdrukking aan een infantiele regressie, waarin het individu volledig afhankelijk wordt van de verzorgende vrouw. Ook het laatste stuk mannelijke identificatie als 'werkman' geeft hij prijs. Opmerkelijk is, dat de vrouw vaak inspeelt op deze symbiotische relatie en daarom de therapie vaak zo moeilijk is.

Niet zelden komt een rolomkering tot stand: de vrouw gaat uit werken, de man doet het huishouden en verzorgt de kinderen. Ook de 'work phobia' schijnt, evenals de schoolfobie, gefundeerd te zijn in

een neurotische man-vrouw relatie, waarin de separatieangst centraal staat (PITTMAN et al.).

Pathogene invloeden, uitgaande van de werksituatie, zijn van velerlei aard. Ze krijgen wat meer reliëf indien men zich realiseert, dat het werk een aantal positieve elementen in zich bergt, die tot een stabiele aanpassing kunnen bijdragen. Werken hangt vaak samen met contacten leggen, kameraadschap winnen, prestaties verrichten, erkenning en waardering genieten, succes oogsten. In ideale omstandigheden biedt het werk ook een mogelijkheid tot identificatie en daardoor kan een hechte binding tussen het individu en zijn werk tot stand komen (STAM). In dat verband is het onderzoek van MILLER van betekenis. Deze onderzoeker heeft erop gewezen, dat de frequentie van posttraumatische neurosen afhankelijk is van een aantal variabelen, die direct samenhangen met de identificatiemogelijkheden die het werk vaak te bieden. Een al te sterke identificatie kan er overigens toe leiden, dat de pensionering een ernstige decompensatie tot gevolg heeft: het 'Pensionierungsbankrott'.

Zoals gezegd, sensibiliseren vdrongen neurotische conflicten het individu vaak voor op zichzelf niet zulke belangrijke incidenten op het werk. Vroegere conflictsituaties worden overgedragen en uitgewerkt in de arbeids sfeer. Onder het motto: 'every man has his breaking point', kan men een scala opstellen van pathogene factoren, waarin de telkens wisselende krachtsverhouding tussen provocerende en predisponerende momenten beslissend is voor het ziek worden. De 'on-the-job-stress' kan een onderliggende problematiek actualiseren, precies zoals voor elke traumatische neurose het geval is. Werkstoornissen hangen vaak samen met rivaliteit, competitie, gemiste promotiekanalen, autoriteitsconflicten, ressentiment en sociaal prestige. Het onvermogen tot aanvaarding van de autoriteit of de onmacht tot het onderdrukken van dependente strevingen draagt vaak bij tot een decompensatie in de werksituatie. Een gemiste carrière kan agressieve gevoelens mobiliseren, die op hun beurt tot een desintegratie kunnen voeren. Sommige dependente of psychasthene figuren worden krachtens hun ijver en toewijding bevorderd tot een positie, die ze op karakterologische gronden niet aan kunnen. Deze mensen zijn voor hun gevoel van eigenwaarde zozeer aangewezen op de erkenning en genegenheid van de buitenwereld, dat ze de voorgestelde positieverbetering aanvaarden, ondanks veel angst en spanning. Want tegelijkertijd zijn ze niet goed in staat om het gezag uit te oefenen dat met de nieuwe functie verbonden is. Zelfs de gedachte dat anderen gevoels van wrok en boosheid jegens hen zouden koesteren, is onverdraaglijk en roept angst en schuldgevoelens op.

Factoren die de ziekte onderhouden, hangen met de reeds besprokene nauw samen. Los daarvan wijzen we nog op de overbezorgde houding van de familie, op de identificatie met zieke of invalide

sleutelfiguren, op ervaringen met betrekking tot invaliditeit bij anderen en bij zichzelf. Soms bestaat er vrees voor verlatting door de huwelijkspartner. Veelvuldige geneeskundige onderzoeken, veelal met tegenstrijdige bevindingen vormen een belangrijke iatrogene component, evenals herhaalde procedures (SILLEVIS SMITT, STAM).

Rancune jegens de werkgever, angst en aversie met betrekking tot het werk, kunnen de ziekte onderhouden, evenals de beperking van toekomstmogelijkheden. De mechanismen van verschuiving en verdichting kunnen we hier vaak fraai aan het werk zien. Van niet te onderschatten belang is tenslotte de invloed van de publieke opinie en van de vakbond, die meestal participeert in een belangenstrijd. Een enkel woord over de premorbide structuur. Verschillende auteurs wijzen op de invloed van premorbide neurotische of psychopatische constituties. De aangegeven percentages lopen sterk uiteen en zijn mede afhankelijk van de psychopathologische criteria en van de selectie van het patiëntenmateriaal (MÜNCH, FLUCKIGER-MÜLLER). Algemeen wordt aangenomen, dat de premorbide structuur niet uniform is (HARTMANN, KOLB).

Uit de beschouwingen van MÜNCH en BRAUTIGAM blijkt dat psychische reacties ook kunnen optreden bij tevoren normaal functionerende individuen, al is men het erover eens dat chronificering veel vaker voorkomt bij mensen met premorbide aanpassingsstoornissen. Hoe normaler de premorbide structuur, des te groter de kans op passagère stoornissen.

Met betrekking tot de ziektebeelden als zodanig, is er een grote variatie mogelijk. FENICHEL noemt de traumatische neurosen 'mengneurosen'. MÜNCH heeft in een onderzoek op psychische gevolgen van chirurgische ongevalsletsels de volgende syndromen beschreven: primitieve reacties, depressieve reacties, angstneurosen, hysterische reacties (conversie), 'sexualneurotische' reacties, verslavingen, paranoïde reacties, dwangreacties, regressieve reacties met infantiel gedrag, neiging tot bagatelliseren, querulantisme, aggraviatie, simulatie, zelfdestructie, antisociaal gedrag, 'Begehrungs'-reacties en psychosomatosen. Tesamen maken deze beelden ongeveer 10 pct uit op een materiaal van 2000 onderzochte gevallen. Het percentage 'Begehrungs'-reacties bedraagt 20-30 van alle psychische aanpassingsstoornissen.

Relatief sterk vertegenwoordigd zijn de angstneurotische reacties (ongeveer 30 pct), die ook een goede kans maken op een chronisch beloop. Overigens is de prognose van de meeste syndromen niet zo slecht. Het lage percentage psychische aanpassingsstoornissen vinden we ook reeds door VAN DER HOEVEN vermeld.

LORENZER heeft getracht de onderhavige beelden te onderscheiden in traumatische reacties, die passagère zijn, traumatische neurosen met een relatieve irreversibiliteit en psychoneurosen, waarbij het trauma of een reeks van traumata als 'agents provocateurs' hebben

gediend voor het actualiseren van een in de levensgang van het individu verankerde psychoneurose. De echte traumatische neurosen berusten op een ingrijpende en duurzame verandering van een op zichzelf normale psychische structuur onder invloed van het trauma. Het is wel duidelijk, dat deze m.i. nogal theoretische indeling inspeelt op allerlei juridische problemen die met de schadevergoeding in verband staan.

BRAUTIGAM heeft een onderscheiding gemaakt, die naar het mij voorkomt, zeer bruikbaar is en die een dynamische uitwerking is van K. SCHNEIDER'S 'Erlebnisreactionen'. Hij beschrijft in de eerste plaats conflictreacties: passagère beelden bij premorbide onopvallende structuren. Hieronder vallen de eenvoudige neurasthene reacties, neurasthene uitputtingstoestanden, depressieve reacties, (hysteriforme) tendentieuze reacties, suïcide en angstreacties op stress. Met betrekking tot de laatste beschrijft hij naast de acute angstaanvallen 'Angstbereidschappen' en de chronische angsttoestanden. Soms wordt het angstaffect verdrongen en resten alleen de vegetatieve begeleidverschijnselen. Angstneurosen duren vaak lang, ze predisponeren tot tendentieuze reacties (verhysterisering) en werken de secundaire ziekte winst in de hand, zodat de patiënt zich kan onttrekken aan verantwoordelijkheid en frustratie. Niet zelden geven angsttoestanden aanleiding tot het ontstaan van pseudofobieën. Als laatste reactievorm noemt BRAUTIGAM dan nog de psychomatosen.

Het is hier wellicht de plaats om nog even de aandacht te vestigen op het uitgebreide palet van somatische klachten op psychische basis, want zij leveren een belangrijk aandeel in de onderzochte gevallen. We noemen in dat verband de neurasthenie, de angstneurose, de conversie, de neurotische hypochondrie, sommige fobische syndromen en de psychosomatosen. Een klare onderscheiding is hier van groot belang. FREUD wees al op de verschillen tussen de conversiehysterie en de angstneurose. Conversieverschijnselen hebben een symbolische betekenis, ze vertegenwoordigen het neurotische compromis.

Volgens LOCH worden de modellen die op de conversie van toepassing zijn ten onrechte ook wel gehanteerd bij andere 'Lebensbereiche'. Bij de angstneurotische reacties hebben we echter slechts te maken met het somatische equivalent van een angsttoestand. Deze angst heeft op zichzelf geen symbolische betekenis, doch hij verwijst naar een angstverwekkende bron in de psychische constellatie.

Angstneurosen en vegetatieve neurosen worden door sommige onderzoekers vereenzelvigd (ALEXANDER). In dat verband moge de aandacht worden gevestigd op de beschouwingen van MITSCHERLICH over de psychosomatosen. Hij somt daarin een aantal pathogene voorwaarden op, waartoe naast de neurotische ontwikkelingsgang, het reële of gefantaseerde objectverlies en de stemming van hulpeloosheid en hopeloosheid ook de regressie wordt gerekend. Door deze

regressie komt een resomatisering van de affecten tot stand, want MITSCHERLICH gaat ervan uit dat de normale ontwikkeling is gekenmerkt door een toenemende desomatisering van de affecten. Misschien ligt hier een brug tussen de angstneurosen en de psychosomatosen.

Terugkerend naar BRAUTIGAM zien we hoe deze naast de conflictreacties een aantal neurotische ontwikkelingen beschrijft: de conversiehysterie, de dwangneurose, de neurotische depressie, fobische angstsyndromen, hartfobicën, sensitief-paranoïde ontwikkelingen, neurotische depersonalisatie- en derealisatie-toestanden, hypochondrisch-neurotische ontwikkelingen.

Toegepast op ons onderzoekmateriaal zou men uit de voorafgaande beschouwingen de hypothese kunnen destilleren, dat men relatief meer psychoneurosen, angstneurosen en psychosomatosen zal waarnemen, naarmate men te maken krijgt met patiënten die langduriger ziek zijn. Dezelfde redenering geldt wellicht voor de secundaire ziekte-winst. Deze veronderstellingen heb ik getracht te toetsen bij 75 patiënten die ik in de afgelopen jaren voor een bedrijfsgeneeskundige rapportage heb onderzocht. De volgende tabel geeft daarvan een oriënterend overzicht.

Diagnose	Duur van het ziekteverzuim in jaren					
	0-0.5	0.5-1	1-2	2-3	3-5	5-
1 neurastheniform syndroom	13	2	1	—	—	—
2 angstneurose	6	4	2	1	—	—
3 mengbeelden (1+2)	7	2	1	—	—	—
4 neurasthene uitputtingstoestand	—	—	1	—	—	—
5 angsthysterie	—	—	1	—	—	—
6 conversiehysterie	4	1	5 (1)	1 (2)	2	— (1)
7 neurotische hypochondrie	—	2	— (1)	—	—	—
8 neurotische depressie	—	2	—	—	—	—
9 geremd-apathisch-depressief syndroom	—	2	5	—	—	—
10 geagiteerde depressie	—	—	1	—	—	—
11 sensitief-paranoïde ontwikkeling	2	— (1)	— (2)	1	—	—
12 psychosomatose	—	—	—	—	—	1
13 secundaire ziektewinst, c.q. verhysterisering	10	2 (1)	4 (5)	1 (2)	2	1 (1)

Ziekteverzuim en ziektebeeld. De tussen haakjes geplaatste cijfers hebben betrekking op GMD-patiënten. De overige resultaten uit een onderzoek bij personeelsleden van de N.V. Nederlandse Spoorwegen.

SLOTSOM

Het is wel duidelijk, dat de GMD-patiënten met wie we te maken krijgen, — althans voor zover het de klinische observaties tot dusver betreft — tot een bijzondere groep behoren. De patiënt leent zich krachtens de specifieke situatie waarin we hem ontmoeten al moeilijk tot een onderzoek, laat staan tot een behandeling. We verkeren hier in het stadium van de veelal heilloze tertiaire preventie. Primaire preventie behoort in het algemeen tot de taak van de huisarts en vooral van de bedrijfsarts, de secundaire preventie is veelal het werk van huisarts, bedrijfsarts en specialist. De tertiaire preventie is vrijwel geheel afhankelijk van de sociaal-psychiatrische context. Het wil mij voorkomen dat er met name op het gebied van de secundaire preventie vaak nog veel hapert aan een tijdige en doeltreffende interactie tussen de betrokken medici. De oogst hiervan bij de langdurig zieke patiënten is onmiskenbaar: velen van hen demonstreren de pathogene invloed van iatrogene condities maar al te duidelijk. De ter rapportage gekomen GMD-patiënten vormen een negatieve selectie. Men moet hier streven naar het verhelpen van chronisch wordende invaliditeit bij mensen die reeds geruime tijd niet werken en die daartoe krachtens de secundaire ziekte winst die zij genieten, bijzonder moeilijk zijn te motiveren. Hetzelfde geldt voor hun affiniteit tot enige therapeutische maatregel. Wanneer men deze patiënten beoordeelt volgens de prognoseschaal zoals die bijvoorbeeld door HOWELL en HOMAN is samengesteld, dan behoren zij zonder uitzondering tot de minst belovende gevallen. Teneinde in de toekomst een optimaal resultaat te bereiken, is het van het grootste belang dat de patiënten in een zo vroeg mogelijk stadium worden gezien. Bovendien is het wenselijk, dat de patiënt, wanneer hij eenmaal is onderzocht, zo spoedig mogelijk efficiënt kan worden gerevalideerd. In zoverre is ons onderwerp een sociaal — c.q. bedrijfs-psychiatrisch probleem van de eerste orde.

SUMMARY

In this article a theoretical survey is given about the psychiatric problems concerning the underlying factors of adaptation and maladaptation in the work-situation.

Attention is paid to the specific situational and iatrogenic factors which complicate the symptomatology.

The traditional classification of 'occupational neurosis' offers an incorrect impression about the complicated and multifactorial etiology of these disturbances. In particular, the importance is stressed of the primary and secondary preventive measures in industrial psychiatry.

LITERATUUR

- Alexander, F.: *Psychosomatische Medizin*. Berlin 1951.
- Birnbaum, K.: *Der Aufbau der Psychose*. Berlin 1923.
- Bräutigam, W.: *Reaktionen, Neurosen, Psychopathien*. Stuttgart 1968.
- Donald Ross, W.: Occupational (Industrial) Psychiatry. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Ed. by A. M. Freedman and H. I. Kaplan. Baltimore 1967.
- Dijk, W. K. van: *Psychopathologische en klinische aspecten van de psychogene psychose*. Groningen, 1963.
- Fenichel, O.: *The psychoanalytic theory of neuroses*. New York 1945.
- Fluckiger—Müller, R.: Persönlichkeit und Lebenssituation bei 130 Versicherungsneurotikern. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* 68 (1952), 279.
- Freedman, M.,
H. I. Kaplan: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore 1967.
- Freud, S.: *Hemmung, Symptom und Angst*. Ges. Werke XIV, 1926.
- Greenson, R. R.: *The technique and practice of psycho-analysis*. Vol. I. London 1967.
- Grelinger, H.: Over beoordeling en behandeling van ongevalsneurosen. *Psych. Neurol. Bl.* 1939, 169.
- Hartmann, H.: *Ich-Psychologie und Anpassungsproblem*. Stuttgart 1960.
- Hoeven, H. van der: *Psychiatrie*. Rotterdam 1936.
- Howe, H. F., W. Wolman: Guide for Evaluating Employability after Psychiatric Illness. Committee on Mental Health in Industry. *J. A. M. A.* 181 (1962), 1086.
- Jaspers, K.: *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin. Göttingen. Heidelberg 1953.
- Jelgersma, G.: *Leerboek der psychiatrie*. Amsterdam 1911.
- Kolb, L. C.: *Noyes' Modern Clinical Psychiatry*. Philadelphia, London, Toronto, 1968.
- Kolle, K.: *Psychiatrie*. Stuttgart 1967.
- Krauss, P.: Zur Begutachtung von Neurotikern auf Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. *Fortschr. Neur.* XXX (1962), 135.
- Kretschmer, E.: Neurosen und psychopathische Reaktionen in der Sozialversicherung. *Dtsch. med. Wschr.* 1957, 433.
- Kronfeld, A.: *Das Wesen der psychiatrischen Erkenntnis*. Berlin 1920.
- Leeuw, P. J. van der: Zur Entwicklung des Begriffes der Abwehr. *Psyche* 19 (1965), 161.
- Loch, W.: *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*. Stuttgart 1967.
- Lorenzer, A.: Ein Abwehrsyndrom bei traumatischen Verläufen. *Psyche* 18 (1964—6 5), 685.
- Lorenzer, A.: Zum Begriff der 'traumatischen Neurose'. *Psyche* 20 (1966), 481.
- Mitscherlich, A.: Anmerkungen über die Chronifizierung psychosomatischen Geschehens. *Psyche* 15 (1961), 1.
- Miller, H.: Accident neurosis. *Brit. Med. J.* 1961, 916; 992.
- Münch, F.: *Medizinisch-psychologische Untersuchungen Unfallverletzter*. Stuttgart 1963.

- Peursen, C. A. van: *Fenomenologie en werkelijkheid*. Utrecht, Antwerpen 1967.
- Sajet, B. H.: *Bijdrage tot de geneeskundige beoordeling in de praktijk van de Ongevallenwet*. Amsterdam 1940 (Diss.).
- Pittman, F. S.,
D. G. Langsley,
C. D. Deyoung:
Schneider, K.:
Sim, M.:
Sillevis Smitt, W. G.:
Stam, F. C.:
Strauss, E.:
Visotsky, H. M.:
Weijel, J. A.:
- Work and School Phobias. A Family Approach to Treatment. *Amer. J. Psychiat.* 124 (1968), 1535.
- Klinische Psychopathologie*. Stuttgart 1966.
Guide to Psychiatry.
Edinburgh and London, 1963.
- De neurologische zijde van het vraagstuk der zogenaamde ongevalsneurosen. *Psych. Neurol. Bl.* 1941, 671.
- Traumatic and Posttraumatic Psychosyndromes. *Psychiat. Neurol. Neurochir.*, 70 (1967), 175.
- Geschehnis und Erlebnis*.
Zugleich eine historiologische Deutung des psychischen Traumas und der Rentenneurose. Berlin 1930.
- Community Psychiatry II: Intervention. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Ed. by A. M. Freedman and H. I. Kaplan. Baltimore 1967.
- Aggravatie als geneeskundig probleem. *Ned. T. Geneesk.* 108 (1964), 353.

VERANTWOORDING

Dit eerste nummer van de nieuwe jaargang begint met een oorspronkelijke bijdrage van Prof. Dr. W. K. van Dijk. Het artikel van M. Kuilman is bewerkt naar een voordracht, gehouden op het symposium sociale psychiatrie en sociale verzekeringsgeneeskunde, georganiseerd onder auspiciën van de Gemeenschappelijke Medische Dienst te Leiden op 5 maart 1969.

Prof. Dr. F. Grewel verwerkt in zijn bijdrage een voordracht welke gehouden werd voor de Amsterdamse Neurologen Vereniging op 1 mei 1969.