

INGEZONDEN

MIGRAINE EN DONKERE BRIL

De kleine discussie over dit onderwerp¹ heeft naar mijn mening enkele psychologische bootjes losgemaakt. De begrippen „alleen maar psychisch”, en „geloven in een donkere bril” zijn niet zo eenvoudig als zij lijken. Mag ik op grond van persoonlijke bekendheid met een familie waar de migraine „dominant erfelijk” in vijf generaties voorkomt enkele opmerkingen maken?

In de bedoelde familie ziet men, wat de verdeling der lijdens betreft, geen verschil tussen de zwakken en de sterken, de flegmatici en de geëmotioneerden, de gespannenen en de lauwen, de hard-werkenden en de zeer-rustig-levenden. Bij de vrouwelijke lijdens is de samenhang met de hormonale cyclus duidelijk, bij de mannen valt een zekere periodiciteit der aanvallen niet te ontkennen. Daarnaast zijn er veel en velerlei dingen die ook tussentijds een aanval kunnen uitlokken. Hierbij zijn ook zintuiglijke prikkels. Of de fysioloog deze nu al of niet tot de sterke prikkels rekent, lijkt mij van minder belang dan de vraag of zij de patiënt imiteren of vermoeien. Dit is alles niets nieuws, maar ik wilde in dit verband enkele opmerkingen maken die de standpunten van de redactie en collega OBBINK tot elkaar kunnen brengen. Allereerst meen ik dat een van de factoren die een aanval kunnen uitlokken, de vrees kan zijn dat deze grillige ziekte voor de zoveelste maal plannen in de war zal sturen. In één geval sprak dit zeer duidelijk: Patiënt moest op gezette tijden een vergadering leiden die aangelegenheden betrof welke zijn grote belangstelling hadden. Wanneer de datum der vergadering naderde, was het in de huiselijke sfeer merkbaar dat hij alles trachtte te vermijden wat de boel in de war zou kunnen sturen; daarnaast was er een zekere angst dat het toch wel mis zou gaan. Het ging ook meestal mis; d.w.z. bijna steeds wist de patiënt zich op de been te houden tot na de vergadering; dan zette de aanval met kracht door.

Dit punt mag ik wel onder de aandacht brengen van die collega's die wat al té simplistisch de schablone aanvaarden: psychisch geïnduceerde lichamelijke verschijnselen zijn alleen maar een gevolg van de werking van „het onbewuste” door middel waarvan patiënt zich aan onaangename plichten tracht te onttrekken. Dit simplistische standpunt is des te gevaarlijker, wanneer de arts meent dat het hem ontslaat van de plicht tot nadere verdieping in de aard van het ziekteproces of van het geven van bijzondere zorg aan de patiënt. Doch dit was slechts ter zijde. Behalve bovenbeschreven vrees kan alles wat ons hindert of prikkelt, een aanval uitlokken. Dit lijkt althans zo, maar in een deel van de gevallen is het oorzakelijk verband een weinig anders. Soms wordt nl. de aanval voorafgegaan door een soort aura, een enkele uren durende periode van eigenaardige activiteit en opgewektheid of ook van verhoogde prikkelbaarheid bij verder volslagen welbevinden. Nu komt het vaak voor dat in die uren de patiënt wordt getroffen door een prikkel die hij anders zou negeren, doch die nu bijzonder onaangenaam aandoet. De aanval wordt dan met de prikkel in verband gebracht, en de patiënt tracht in de toekomst dit soort prikkels te vermijden.

Zo zien wij dat de pogingen om allerlei te vermijden, in het leven der migraine-lijdens een grote invloed kunnen hebben, en dat, wanneer bepaalde dingen niet te vermijden zijn, de angst dat deze tot een aanval zullen leiden, een zelfstandige betekenis kan krijgen.

Daardoor hebben vele migraine-lijdens hun eigen bijzondere gewoonten: er zijn kleine, onbelangrijk schijnende dingen die zij doen, of die zij laten. Dit kan, objectief gezien, op goede, doch ook op zwakke gronden berusten. Men hoede er zich voor, hiertegenover een al te sceptische houding aan te nemen en grijpe vooral niet in, als hiervoor geen duidelijke aanwijzing is. Deze patiënten hebben veelal zeer goed geleerd voor zich zelf te zorgen. Men late hun hun kleine voorzorgen; om bij de brillen te blijven: de donkere bril, de prismabril, de zwakke cilinderbril enz. Aan de andere kant blijve men er zich van bewust dat deze talrijke individueel misschien belangrijke maatregelen niet als algemene therapeutica moeten worden gezien.

Literatuur: ¹Vraag 86 (1955) *N.T.v.G.* 99, 2815 en 3619.

F. WIBAUT