

Op voortreffelijke wijze introduceert Prof. LADEE (1974) zijn twee bijdragen bij de lezers van het tijdschrift. Toch is het eigenlijk jammer dat de redactie een begeleidend commentaar nodig oordeelde. In de eerste plaats krijgt daardoor mijn bijdrage een extra gewicht toebedeeld, in de tweede plaats markeert dit de m.i. ietwat ouderwetse situatie waarin het nog weinig normaal is dat de socioloog, naast andere disciplines, in dit tijdschrift verschijnt. Zeker als we de definitie van de WHO m.b.t. gezondheid in aanmerking nemen.

Voorts gaarne het volgende:

1. LADEE schrijft dat ik het nauwelijks als bezwaar zou hebben gezien dat 20% van de onderzochte patiënten een vragenlijst-diagnose kreeg zonder dat er sprake was van een medische diagnose. Ik zie dit echter wél als een bezwaar, maar voordat iemand nu zou concluderen dat dús de vragenlijst-benadering niet deugt, heb ik er op willen attenderen dat ten minste twee zaken dienen te worden bedacht: mijn mogelijk wat ruimere afgrenzing van het begrip gezondheidsstoornis, en het feit dat veel patiënten slechts m.b.t. één afwijking een diagnose hebben ontvangen, terwijl er in een niet onaanzienlijk aantal gevallen aanleiding zou zijn niet één, maar twee of zelfs meer diagnoses te geven. In mijn metingen zat deze mogelijkheid echter wel.

2. LADEE spreekt van een wellicht wat tendentieuze interpretatie van de onderzoek-gegevens. Misschien heeft hij wel gelijk (hoewel ik in alle oprechtheid zelf meen van niet) maar het voorbeeld dat hij geeft, illustreert dit m.i. nu net niet. Ik zou volgens LADEE niet mogen spreken van een pathogeen sociaal milieu als het gaat om status-ontevredenheid en sociale stijging. Er zijn echter belangrijke aanwijzingen (JENKINS 1971; APPELS 1972) voor bv. de hypothese dat een gefrustreerde sterke stijgingsaspiratie een duidelijke risico-factor is t.a.v. het hartinfarct. Het pathogene karakter van onze maatschappij manifesteert zich dan op twee manieren: een te sterke benadrukking van succes, status, carrière etc., en in de maatschappelijke structuur ingebouwde barrières (diploma's, schaarste aan goed betaalde banen, aanwezigheid van vele „concurrenten”), waardoor de kans op het ontstaan van sociale stijgingsfrustratie toeneemt. Wie geneigd zou zijn daarover als arts de schoulers op te halen (ik wil niet gezegd hebben dat LADEE dat zou doen), zou m.i. zijn patiënten te kort doen; deze aanwijzingen vragen om voortgezet interdisciplinair wetenschappelijk onderzoek.

3. LADEE vraagt naar mijn referentie-kader van het begrip gezondheid; hij vreest dat gezond zijn en gelukkig zijn al te zeer met elkaar worden vereenzelvigd. Onlangs gaf ik daarop mijn visie in *Intermediair* (AAKSTER 1974). Misschien mag ik er heel kort nog dit over zeggen. De definities van gezondheid bevinden zich tussen twee (schijnbare) uitersten: afwezigheid van ziekte en volledig lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden. Ik zeg met opzet *schijnbare* uitersten omdat ik veeleer geloof dat beide aspecten zijn van dezelfde medaille, namelijk de mate van aanpassing die de mens tijdens zijn leven realiseert. Hoe effectiever en efficiënter de mens zijn existentiële doelen bereikt, hoe groter de kans op geluksgevoel en hoe geringer de kans op de aanwezigheid van ziekte en afwijking. Het is m.i. deze intrinsieke verbondenheid van geluk en gezondheid die over het algemeen nog te weinig wordt erkend, wat leidt tot heilloze controversen tussen zogenaamde somatici en zogenaamde „socialen”.

4. LADEE heeft gelijk als hij mij attendeert op de iets te snelle conclusie dat 25% van de nieuwe volwassenen met een onvolgroeid aanpassingsvermogen in de maatschappij wordt geplaatst omdat zij afkomstig zouden zijn uit minder goed ge-

integreerde ouderlijke gezinnen. De kans daarop is evenwel aanzienlijk.

5. Tot slot zijn vraag of het wél zo gewenst is dat er geen stress zou zijn in een mensenleven. Nee, dat lijkt me bepaald ongewenst, zelfs onmogelijk. De essentie van mijn zienswijze is dan ook niet dat stress leidt tot ziekte, maar dat een *falende aanpassing* aan stress leidt tot ziekte. En de stresses die ik gemeten heb, dragen alle min of meer dit kenmerk van falen in zich. En dan niet een falen omdat wij allemaal zulke domme of veeleisende mensen zouden zijn, maar omdat we geconfronteerd worden met eisen en beperkte mogelijkheden in onze sociale omgeving die we vaak *niet zelf* kunnen veranderen: overstroomd worden met patiënten, je letterlijk doodwerken en dan nog bekritiseerd worden ook (herkent u het?), slechte woning, frustrerend werk etc.

Literatuur: LADEE, G. A. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 117, 192.

Leiden, maart 1974

C. W. AAKSTER

Ad. 2. AAKSTERS toelichting op mijn bezwaar dat hij wat te makkelijk en naar mijn indruk tendentius concludeert tot zoiets als een sterk pathogeen sociaal milieu van de (moderne) mens, illustreert nu juist precies wat ik in het redactionele commentaar heb gesignaleerd. De term pathogeen kan niet zo maar als kwalificatie van welke maatschappelijke structuur ook worden gehanteerd. Ten hoogste kan men bepaalde goed afgrensbare (micro)milieus, arbeidssituaties e.d. pathogeen noemen indien binnen dit kader een bepaalde ziekte veel voorkomt (intoxicaties, infecties of eventueel ook bepaalde psychosomatische aandoeningen). Er is mijns inziens geen maatschappijvorm denkbaar waarop de term „pathogeen” zoals AAKSTER deze nu nader illustreert, niet van toepassing zou zijn. In welke maatschappelijke structuur ook, steeds zullen er velen zijn die daaraan te weinig of juist te veel geadapteerd zijn, hetgeen dan één onder de vele condities kan zijn voor ziekte of „gezondheidsstoornis”. De belangrijkste bijdrage aan de pathogenese wordt geleverd door factoren in de individu, diens dispositie, aangeboren en verworven en bij dit laatste speelt afkomst en micromilieu, met name de gezinsconstellatie een grote rol. Deze is echter slechts zeer ten dele rechtstreeks afhankelijk van de grote maatschappij, hoe die in een bepaald tijdsbestek ook is gestructureerd of eventueel model staat. Voorzover de moderne sociologie al pathogene factoren in onze, en in welke maatschappij ook, ontdekt (en dat doet ze), is het tendentius om in het bijzonder onze huidige maatschappij als „sterk pathogeen sociaal milieu” te betitelen.

Ad 3. De discrepanties tussen gezond zijn en gelukkig zijn enerzijds en tussen ziek zijn en niet gelukkig zijn anderzijds zijn dermate legio, dat de „intrinsieke verbondenheid van geluk en gezondheid” slechts het resultaat kan zijn van schrijftafel-filosofie en bepaald niet kan berusten op de algemene ervaring, expliciet van iedere arts en impliciet van het gros der mensen. Wat AAKSTER onder gezondheid en onder geluk verstaat is, naar ik vermoed, toch anders dan wat mijns inziens de opvatting daarover is van de meesten. Bij ernstig ziek zijn zullen stellig weinigen geluksgevoel beleven, al zijn er bepaalde ziekten die juist een (sterk) geluksgevoel tot kenmerk hebben. Zelfs al zou er een zeker statistisch verband bestaan tussen geluksgevoel en gezondheid, acht ik toch de uitspraak van een „intrinsieke verbondenheid” van beide gevaarlijk en misleidend, en wel omdat er dan een gemeenschappelijke noemer gesuggereerd wordt.

Ad 5. In deze laatste alinea zit wellicht de quintessens van

het betoog van de auteur met de riskante eenzijdigheid als de socioloog AAKSTER tot conclusies komt: we worden minstens evenzeer geconfronteerd met eisen en beperkte mogelijkheden *in onszelf*, die we soms wel en soms niet kunnen veranderen, maar we zijn dikwijls erg geneigd die eisen en beperkingen op onze sociale omgeving te projecteren. Dat is minder frustrerend, reden waarom we er vaak nogal wat bevrediging in vinden „de maatschappij”, dit als zo sterk pathogeen geëtiketteerde sociale milieu, voortdurend te kritiseren en met geweld te willen veranderen, meer althans dan de grond van de „pathos” (in de zin van lijden, ziekte én van emotie) in onszelf te zoeken.

Rotterdam, april 1974

G. A. LADEE

Hebt u de patiënt wel in de nek gezien?

In de boeiende klinische les van Prof. JONGKEES (1974) mis ik als therapeuticum de manuele therapie, niet te verwarren met de osteopathie of de chiropraxis. De manuele therapie, zoals die in Nederland is ontwikkeld en wordt gedoceerd op de School voor Manuele Therapie te Utrecht, is een nieuwe en volkomen ongevaarlijke methode ter bestrijding van aandoeningen van het bewegingsapparaat. De grondlegger, G. VAN DER BIJL, fysiotherapeut, stelt de diagnose van de aandoening van het bewegingsapparaat op grond van objectief vast te stellen factoren die individueel gebonden zijn. Daardoor wordt op een exacte wijze de beperking van het bewegingsapparaat vastgesteld. De methode is zo zachtzinnig van uitvoering dat hij wel eens „eggshell methode” werd genoemd, daarmee uitdrukking gevende aan het feit, dat door de toegepaste handgrepen zelfs een eierschaal niet gebroken zou worden.

Persoonlijk heb ik met deze methode zeer goede ervaringen, bv. bij patiënten met zeer ernstige traumata van de wervelkolom, maar ook bij patiënten bij wie het trauma ogenschijnlijk licht was maar de gevolgen van langdurige en tamelijk ernstige aard waren.

Literatuur: JONGKEES, L. B. W. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 329.

Amsterdam, 30 maart 1974

B. VAN OMMEN

Sociaal-geneeskundige beschouwingen over mens en samenleving als complex-adaptieve systemen

1. Inleiding. De ideoloog AAKSTER (1974) heeft een tweetal door LADEE (1974) ingeleide verhandelingen geschreven over verband tussen sociale factoren en gezondheidsstoornissen. Die verhandelingen verdienen biologische en medische toetsing. Zij hebben nl. bij het publiek onjuiste indrukken gevestigd omtrent ziekte en gezondheid van mens en maatschappij, indrukken die bij biologische en medische toetsing feitelijke en wetenschappelijke grondslag missen. Indrukken die pathologisch en daarom pathogeen zijn, twee adjectieven die AAKSTER ten onrechte door elkaar haalt.

2. Systeemtheorie. Behalve de mens is de samenleving een complex-adaptief systeem. Onder samenleving wordt hier niet het stoffelijke maar het persoonlijke „milieu” verstaan. Dat persoonlijke milieu speelt „sociaal” (socius = makker) een veel gewichtiger rol dan de materiële omgeving. Tussen mens en mens, mensengroep en mensengroep, mens en mensengroep(en) bestaan banden, die tussen mens en materieel

milieu zijn uitgesloten. Natuurlijk is die materiële omgeving ook van belang. Maar zij is van een andere orde.

3. Aanpassing. Planten, dieren en mensen die zich niet voldoende kunnen aanpassen, gaan in „the struggle for life” te gronde. De mens die onvoldoende aanpassingsvermogen bezit, wordt vroeger of later uit de samenleving verwijderd als hij die samenleving niet tijdig vaarwel zegt. Natuurlijk moeten elke mens en elke mensengroep zich ook aanpassen aan de stoffelijke omstandigheden in het milieu. Zulks te meer naarmate menselijke en stoffelijke „omgeving” vijandiger zijn. Nog altijd geldt in beginsel „the law of the jungle”. Want „the survival of the fittest” is biologisch gefundeerd.

4. Strijd om het bestaan. Het enige reële doel waar een mens en een mensengroep naar kunnen streven, is ontplooiing, verwerkelijking, ontplooiing en verwerkelijking van individu en gemeenschap. Daarvoor is door de gehele geschiedenis van de menswording heen bitter gevochten. Daarvoor zijn oneindig veel bloed, zweet en tranen geofferd. Bij die strijd is vaak een beroep gedaan op ideeën, idealen, dromen. Maar nog nooit is een oorlog met een vaandel en een vlag gewonnen. Ook niet met godsdienstige en levensbeschouwelijke beginselen en leuzen. Geluk, liefde, aanzien, bezit, zekerheid, enz. kunnen niet anders dan bij-oogmerken zijn. Wezen, zin en doel van het leven onttrekken zich aan het menselijk kenvermogen.

5. Complexiteit van leven. De wetenschap van het leven (biologie) gaat uit van eigen specifieke werkhypothesen. Biogenese, ontogenese, filogenese, evolutieleer, genetica. Zij beheersen de van geslacht op geslacht overgedragen eeuwige levensstroom in de vorm van samengestelde genenpatronen. Patronen die levenslang onveranderlijk zijn. Plant- en dierkundigen kunnen met die patronen experimenteren, maar ten aanzien van de mens is dat niet of nauwelijks mogelijk. Voor systeemtheoretici is de levende materie in laatste instantie evenzeer een complex adaptief systeem als de atoomkern voor de atoomfysici. Atoomfysici kunnen nog atoomenergie vrijmaken, de mens alleen geestelijke energie voor zelfontplooiing en zelfverwerkelijking.

6. Aanpassingsgrenzen. Het aanpassingsvermogen van de mens als functionele eenheid wordt primair bepaald door zijn onveranderlijke op het genenpatroon gebaseerde structuur. Behalve die structuur spelen ook secundair samenlevingseisen, stoffelijke en persoonlijke omgevingsomstandigheden, conjunctuur, wisselende psychosomatische constellatie, religieuze en politieke invloeden, motivatie, wensen, verlangens, illusies, discrepantie tussen realiteit en idealiteit een rol. Al die factoren samen bepalen de „spanning in de levensband”, de verhouding tussen draagkracht en draaglast.

7. Over-spanningsverschijnselen. AAKSTER identificeert de begrippen spanning en overspanning door „stress” te veronderstellen als „gezondheidsstoornis” zodra een mens geen kans ziet zijn ideële doelen te bereiken. Voor hem betekent dus frustratie (= teleurstelling) al tot gezondheidsstoornis leidende „stress”. Alleen een mens ontdaan van aanpassingsvermogen kan zeer kwetsbaar en labiel zijn. Maar hij is daarom nog niet ziek, althans niet in een voldoende „beschermde omgeving”. Die gehele beschermingsfactor zag AAKSTER over het hoofd. Ook incasservermogen en draagkracht zijn in hoge mate door de structuur bepaald en dus onveranderlijk.

8. Menselijk dysfunctioneren. Medisch en sociologisch bezien treden gezondheidsstoornissen pas aan het licht bij een aanmerkelijke wanverhouding tussen draagkracht en draaglast. Onlust kan een prikkel zijn om lust te zoeken,