

MAANDELIJKE BIJENKOMSTEN

Deze kunnen niet meer in de Vrouwenclub worden gehouden.
In het vervolg zullen de bijeenkomsten plaats hebben in *Krasnapolsky* te Amsterdam.

De volgende data kunt u vast noteren:

26 September	23 Januari
24 October	27 Februari
28 November	27 Maart <i>in Utrecht</i> .

Op 26 September zullen spreken Mevrouw A. v. Vriesland-Canivez en de heer Vinckenborg.

OPVOEDING

Wie zijn kinderen goed wil opvoeden, moet hun een goede moeder verschaffen.

Christiaan Morgenstern.

Een kind opvoeden volgens een boek is uitstekend.
Men moet echter voor ieder kind een ander boek hebben.

Dann Bennet.



MEDEDELINGENBLAD

van de
**NEDERLANDSE WERKGEMEENSCHAP VOOR
INDIVIDUAL PSYCHOLOGIE**

14e JAARGANG

september 1964

Redactie: J.A. Delbez, Oosterbeek;
J. Vinckenborg, Bilthoven.

Redactieadres: Mevrouw L.M.C. Richard-Stuurman,
Pippelingstraat 60, Den Haag,
Telefoon 68 34 22

Op het week-end te Ede in het kasteel „Hoekelom” op 9 en 10 mei 1964 werden de volgende voordrachten gehouden:

PSYCHO SOMATISCHE STOORNISSEN

Een inleiding door de heer drs. P.W. Windels

Met de term psychosomatische stoornissen bedoelt men een aantal lichamelijke klachten en ziekten, waarbij de oorzaak voor een belangrijk deel psychisch is. „'t Komt van de zenuwen”.

De sterke samenhang of eenheid van psyche en lichaam (soma) kent ieder mens, speciaal bij psychisch zware belasting (emotionele „stress”) in de vorm van vluchtige lichamelijke reacties of stoornissen. Deze vluchtige stoornissen kunnen bij bepaalde mensen overgaan in langdurige en/of ernstige lichamelijke stoornissen of ziekten.

Wanneer er onder invloed van psychische factoren anatomische veranderingen in de lichaamsorganen ontstaan, noemt men deze ziekten: psychosomaten.

Voorbeelden hiervan kunnen zijn:

1. Het ulcus (de zweer van de maag of van de twaalfvingerige darm);
2. de colitis ulcerosa (een dikke darm-ontsteking);
3. asthma;
4. huidaandoeningen;
5. ziekte van Basedow (daarbij is o.a. de stofwisseling verhoogd) en
6. nerveuze hypertensie (te hoge bloeddruk).

Al deze en vele andere ziekten kunnen psycho-somatisch zijn, maar dat hoeft niet. Ze kunnen ook door lichamelijke factoren ontstaan. De lichamelijke kant moet dus altijd ook de volle aandacht krijgen, ook al is de lijder bekend als zwaartillend of neurotisch. Een lichamelijke ziekte bij een neurotische persoonlijkheid is daarmee nog geen psycho-somatische ziekte. (wel als deze ziekte het gevolg is van deze neurose). Er moet voor de diagnose „psycho-somatisch” bewezen worden, dat de oorzaak bij deze patient en deze keer in hoge mate (ook) psychisch is. Dat bewijs is vaak moeilijk of niet te leveren. In de zogenaamde „psycho-somatische geneeskunde” wordt nog zeer veel gewerkt met omstreden hypothesen.

Bij het onderzoek maakt men van iedere patient een biografie, waarbij men in het bijzonder let op de innerlijke verwerking van conflict-situaties. Belastingen van verschillende aard kunnen elkaars effect versterken, b.v. bij het ontstaan en de genezing van long-tuberculose is niet alleen onze lichamelijke weerstand van belang, maar ook onze psychische conditie. Ook een ernstig liefdesverlies kan onze weerstand tegen een tuberculeuze long-infectie verzwakken.

De invloed van psychische factoren bij het ontstaan of de genezing van „lichamelijke” ziekten, is, zoals gezegd, moeilijk bewijsbaar. Dit is echter niet de enige reden waarom een patient zelf afwijzend kan staan t.a.v. de erkenning van mogelijke psychische invloeden. Vooral de lijdens aan echte psycho-somatosen voelen niets voor de diagnose „zenuwen”. Juist hij wil geen last hebben van „zenuwen”, dat vindt hij vaak maar onzin of „aanstellerij”. Zij willen voor alles „normaal” zijn, „aangepast” zijn, „flink” zijn. Bij emotionele moeilijkheden proberen ze voor alles „beheerst” te blijven. Vooral de mensen met een maagzweer of nerveuze hoge bloeddruk zijn vaak „flink”, „beheerst”, „actief”, „hard werkend”, maatschappelijk succes- en waardevol. Door hun sterke zelf-beheersing zijn ze meestal niet duidelijk nerveus in hun gedrag, wel „gespannen”. Het opmerken van deze „gespannenheid” vraagt enige training, oppervlakkig lijken ze voor de leek juist zo kalm of rustig. Dit alles temeer, omdat het vaak mensen zijn, die zich moeilijk uiten over

PERSONALIA

Heden is het bericht tot ons gekomen van het overlijden van mevrouw H.J.E. Bosch-Wilton.

Adreswijzigingen:

Mevrouw A.E. Foeken-Bijl verhuisd naar Leyenlaan 15, Opeinde.
 Mevrouw W.M. Nijkamp verhuisd naar Pres. Kennedylaan 497, A'dam-Z.
 Tel.: 42 16 40.

Aanmeldingen voor het lidmaatschap:

Mevrouw H.A. Levy van Vinninghe v.d. Bergh,	
Mevrouw M.L. Veenendaal,	Mejuffrouw S. de Kloet,
Mevrouw B. Evers-Emden,	Heer P. Hummelen,
Mejuffrouw R. Stakenburg van Praagh,	Mejuffrouw G. Lieffering,
Mejuffrouw E.C. Vijselaar,	Heer L.L.P.H.J. de Vink,
Mejuffrouw E. Bos,	Heer J.A. Tromp.

BIBLIOTHEEK

De cursus heeft behoefte aan een oude, maar stevige handkoffer voor het overbrengen van de boeken.

Indien U zo'n exemplaar zoudt kunnen missen, of juist van plan was het op te ruimen, wilt U dan even berichten aan Mejuffrouw L.C. v. Dijk, Vossiusstraat 51 bel, Amsterdam, tel. 71 97 42.

Is er onder de Amsterdamse leden iemand, die Mejuffrouw v. Dijk geregeld kan helpen met het schrijven van adressen?

CURSUS

Daar de tentamens van verscheidene cursisten nog niet afgelopen zijn, zal een verslag van de resultaten van het afgelopen cursusjaar in het volgende nummer verschijnen.

2. Hierdoor wordt de harts slag versneld. 3. Bloedvaten in maag-darm kanaal worden vernauwd en die in de ledematen verwijd. 4. Suiker wordt uit de lever vrijgemaakt en in de bloedstroom gebracht. 5. De ademhaling wordt versneld, waardoor meer zuurstof ter beschikking komt. Kortom een hele kettingreactie komt tot stand die het hert in staat stelt harder te lopen, dan normaal nodig is. Bij de dieren met aanvalswapenen, worden deze tot verhoogde prestatie aangezet. Bij de mens gebeurt dit in principe evenzo. Naar zijn geaardheid kan hij over aanvalswapenen of verdedigingsmiddelen beschikken. Deze zal het gevaar het hoofd bieden, gene heeft de onmiddellijke neiging zich terug te trekken. Bovendien nemen we bij de mens dezelfde reacties waar bij *het vermeende gevaar*. Daar zien we de neurotische mens belast worden met spanningstoestanden, die de gewone mens niet heeft. Waar bij het dier de opgewekte kettingreactie zin heeft en afgereageerd wordt bij vlucht of aanval, daar blijft de mens met zijn angst of agressie met in alarmtoestand gebrachte lichamelijke functies zitten. Houdt zo'n toestand langere tijd aan, dan kan het een gevaar voor de algehele gezondheid worden. Het lichaam begint zelf ontladingsmogelijkheden te zoeken, welke geschieden langs de weg van het autonome (onwillekeurige) zenuwstelsel, waarbij dan de ons reeds bekende psychosomatische symptomen ontstaan (asthma, migraine, maagpijnen enz.). Wanneer bepaalde neurotische personen zich terugtrekken in een passieve afhankelijkheidsverhouding (i.p.v. activiteit tot zelfbehoud te ontplooiën) dan gedragen zij zich als hulpeloze kinderen, die steun zoeken bij moeder. I.p.v. het gevaar tegemoet te treden, holt de patient naar de W.C. en levert daar de prestatie waarmee hij in z'n jeugd moeders lof en goedkeuring placht te verwerven. Zulke verlangens naar steun en veiligheid zijn ontwikkelings-psychologisch vast verbonden met de behoefte „gevoed te worden” en andere orale behoeften, dus met activiteiten van het maag-darmkanaal.

Orale bevrediging is een vroeg-kinderlijke vorm van verlichting van onlust-situaties. De equivalenten daarvan bij de volwassenen zijn: snoepen, roken, kauwgom kauwen, duimzuigen.

Aan een voorbeeld van hardnekkige migraine werd de psychosomatische uitdrukking van verdrongen vijandige gevoelens gedemonstreerd.

Duidelijk kon hierbij de karakterologische beschrijving van de migraine-patient gevolgd worden, n.l. eerezuchtig, geen gevoelens tonend sensitief, dominerend, weinig of geen gevoel voor humor, dwangmatig, perfectionistische strevingen, wrokkig door besef van onvermogen om hierin voldoende te slagen, verdrongen agressie, die oorspronkelijk gericht was tegen (intellectuele) uitblinkers in de jeugd, later gericht tegen zichzelf uit schuldgevoel.

R.-St.

hun emoties, het contact met hen wordt niet gauw persoonlijk en vertrouwelijk. Over hun innerlijke leven blijven ze gesloten, ook t.a.v. henzelf. Ze zien zelf niet goed, wat er psychisch aan schort. Ze ontkennen dan ook vaak te goeder trouw met psychische moeilijkheden te zitten. Ze zijn zo vergroeid met hun krampachtige zelfbeheersing, hun onderdrukking van het gevoelsleven, dat het hunzelf vaak niet meer opvalt. Deze houding is dikwijls bepaald door de opvoeding. In hun opvoeding werd vaak overmatig de nadruk gelegd op „flink zijn”, „je groot houden”, „niet aanstellen”, „ook al heb je pijn of verdriet, je huilt niet, je bent flink en je beheerst je maar”, „en doe vooral niet sentimenteel of zenuwachtig”, we zijn „nuchter” en vooral niet emotioneel.

Emotioneel zijn is haast gelijk geworden aan aanstellerig of neurotisch zijn. De idealen van flink en beheerst zijn kunnen overtrokken worden, de spontaniteit lijdt dan dwangmatige levenshoudingen worden gestimuleerd. Ontlading van psychische spanning gebeurt dan steeds minder op natuurlijke wijze naar buiten: „de zenuwen slaan naar binnen”; de affectieve ontlading vindt dan plaats in het lichaam. Sommige mensen krijgen een psycho-somatische ziekte, nadat ze opgehouden waren zich „af te reageren” in sport of dansen. Omgekeerd zie je soms duidelijk, dat iemand psychisch minder gespannen „geladen” is, nadat hij een psycho-somatische ziekte ontwikkeld heeft. Je kunt hem deze psycho-somatische ziekte dan ook niet zo maar „afnemen” zonder er iets voor in de plaats te stellen, b.v. een andere uitingsmogelijkheid.

Uit dit alles wordt misschien duidelijk, dat iedereen wel korte psychosomatische stoornissen kan krijgen, maar dat niet iedereen een min of meer chronische of recidiverende psycho-somatische ziekte krijgt. Met psycho-somatische ziekten zijn hier bedoeld de bovengenoemde psychosomatosen en de zogenaamde orgaan-neurosen.

Orgaan-neurosen zijn hinderlijke stoornissen in de functie van organen, zonder aantoonbare anatomische afwijkingen.

Voorbeelden van orgaan-neurosen kunnen zijn:

(pseudo) angina pectoris nervosa (pijn in de hartstreek), hartkloppingen, slikklachten, braakneigingen, habituele constipatie, functionele maagpijn, — buikpijn, — hoofdpijn, evenwichtsstoornissen, migraine, impotentie, frigiditeit, vaginisme en menstruatiestoornissen.

Deze stoornissen kunnen psychosomatisch zijn. Als dit zo is, zou de lijder eraan de boven aangeduide bepaalde persoonlijkheidsstructuur hebben, een persoonlijkheidsstructuur, die door velen neurotisch genoemd wordt. Vaak zijn er dan moeilijkheden op het gebied van de emotionele afhankelijkheid, de behoefte aan tederheid, het omgaan met vijandige gevoelens en/of op het gebied van de sexualiteit.

Welke psychosomatische ziekte je krijgt, zou afhangen van de specifieke aard van de persoonlijkheid, gecombineerd met een specifieke emotionele belasting, die dus als een slot en een sleutel bij elkaar zouden moeten passen. Als dit zo is, dan geldt dit waarschijnlijk in het bijzonder voor de bovengenoemde psychosomatosen en orgaan-neurosen.

Psychosomatische stoornissen, die (nog) niet bij deze twee groepen gerekend worden, maar toch even genoemd moeten worden, zijn:

- a. de algemene lichamelijke klachten bij neurosen (zoals moe zijn, slapeloosheid, prikkelbaarheid, verminderd concentratievermogen, gebrek aan libido);
- b. de hysterische conversieverschijnselen (stoornissen van de zintuigen, de motoriek etc.);
- c. misschien suikerziekte en chronische gewrichtsreuma e.a.

De behandeling van psychosomatische stoornissen en ziekten zal in het algemeen bestaan uit de combinatie van een lichamelijke behandeling en psychotherapie. Met deze combinatie kunnen 2 van de 3 patienten in belangrijke mate verbetering bereiken. Gezien de bovenbeschreven persoonlijkheidsstructuur is de weerstand tegen psychotherapie hier meestal extra groot.

ERVARINGEN OVER DE PSYCHOSOMATISCHE BEHANDELING VAN PATIENTEN MET ASTHMA BRONCHIALE

Voordracht door Dr. H.E. Pelser

Bij zijn inleiding merkte Dr. Pelser op, dat hij geen psychiater, doch internist is en zijn belangstelling voor de psychosomatiek te danken heeft aan zijn samenwerking met de onderzoekers van de PSYCHOSOMATISCHE WERKGROEP te Amsterdam, die onder leiding van Prof. Dr. J. Groen (thans hoogleraar te Jeruzalem) destijds met steun van de Rockefeller Foundation researchwerk heeft gedaan naar de samenhang van psychische processen en lichamelijke ziekten. Deze werkgroep, die in Nederland pionierswerk heeft verricht op het gebied van de systematische bestudering van de invloed van de psyche op het ontstaan en het beloop van organische ziekten, zoals maagzweer, chronisch reuma, hoge bloeddrukziekte, diabetes, asthma bronchiale, de ziekte van Basedow, hartinfarct, colitis ulcerosa en longtuberculose, is uitgegaan van de *hypothese*, dat bepaalde ziektebeelden specifiek voorkomen bij patienten

orgaan binnen het kader van een neurotisch-gestoorde persoonlijkheid, op grond van een zeker somatisch „Entgegenkommen” bij het bestaan van emotionele stress-situaties.

In de motorische sfeer b.v. constipatie, vage rugklachten, vaginisme. In de vegetatieve sfeer b.v. hyperhydrose, migraine, vasculaire afwijkingen.

3. *Conversiesymptomen*: Het lichamelijk symptoom heeft een onbewuste symbolische betekenis, b.v. een verlamde hand, als zelfbestrafing voor verboden masturbatie.
4. *Psychosomatische afwijkingen*: disfunctie van een bepaald orgaan, dat al dan niet reeds tot organische beschadiging heeft geleid op grond van het bestaan van een specifieke constellatie van omstandigheden t.w.:
 - a. bepaalde predisponerende neurotische persoonlijkheidsstructuur.
 - b. een provocerende pathognomische conflictsituatie, die
 - c. niet op adequate wijze kan worden afgereageerd, maar beheerst of onderdrukt, zijn ontlading heeft langs de weg van het autonome zenuwstelsel of het endocrine systeem, b.v. een maagcultus, optredend in aansluiting aan een frustrerende beroepservaring i.v.b. waarmee patient grote inspanning had opgebracht. Zulks bij een infantiele passief afhankelijke, egocentrische persoonlijkheid.

Als algemeen karakteristiek van de psychosomatische patient zou kunnen worden op zijn onvolwassenheid, zijn onzelfstandige, kwetsbare, niet gemakkelijk tot diepere gevoelsrelatie neigende persoonlijkheid, die zijn emoties, voorzover ze hem bekend zijn, beheerst en onderdrukt, die niet spreekt over zijn moeilijkheden, gesloten als hij is, met weinig communicatiedrang en bang om uitgelachen of verkeerd begrepen te worden.

Dit alles leidt tot spanningen en affectstuwing, waarvan hij zich zelf nauwelijks bewust is. Onder relatief gunstige omstandigheden weet hij zich redelijk goed te gedragen, maar omdat hij de confrontatie met zichzelf niet aankan, pleegt hij niet naar een arts, nog minder naar een zenuwarts te gaan.

Ieder emotionele gerichtheid op de buitenwereld vindt zijn uitdrukking in een specifieke vegetatieve reactie.

Via een psychische indruk wordt in het lichaam een kettingreactie op gang gebracht, b.v.: Een hert dat een leeuw hoort brullen, brengt via het gehoor een prikkel naar het C. Zenuwstelsel: „Gevaar!” Hierdoor wordt het lichaam in alarmtoestand gebracht, met gevolg dat: 1. door de bijniere een hormoon wordt afgescheiden en in de bloedstroom gebracht.

het menselijk lichaam meer is dan de som der delen, en dat men niet de organen, maar de mens als totaal moest onderzoeken en behandelen. En nu is deze totaliteit uitgebreid met de psychische persoonlijkheid van de mens, doch vele van de oudere artsen staan daar sceptisch tegenover voorzover het de invoering van emotionele factoren geldt, als ethiologisch moment bij het ontstaan van de veranderingen in het anatomisch substraat. Zij vrezen, dat daarmee de ziekteleer wel zeer op losse schroeven komt te staan. Toegegeven dat in het verleden tamelijk slordig werd omgesprongen met begrippen, die stoornissen in de psychische sfeer aanduiden, zoals functionele, hysterische, neurotische, psychogene en conversieverschijnselen en het daarom de medicus practicus niet euvel te duiden is, dat hem bij dit alles een gevoel van onbehagen en vaagheid bekreep.

Allereerst dienen we dus duidelijk vast te stellen, waar het bij de PSYCHOSOMATIEK om gaat.

Onder psychosomatische geneeskunde c.q. psychosomatiek wordt, in vergelijking met de interne geneeskunde, verstaan: geen bepaald onderdeel, geen bepaald specialisme, geen bepaalde methode of theorie, die van een dualisme „ziel—lichaam“ uitgaat, noch een groep ziektebeelden, die een nosologische eenheid vormen, noch een vergaarbak van psychogene stoornissen, maar:

A. EEN METHODISCH UITGANGSPUNT VAN MEDISCH DENKEN, een totaliteitsleer, die zijn uitgangspunt heeft in het postulaat van de psychofysische eenheid: het bezielde lichaam.

B. EEN WERKWIJZE, die zich bij het meer dimensionaal onderzoek bedient van psychische middelen om de psychische facetten van de persoonlijkheid te leren kennen, en van fysieke, chemische, bacteriologische methoden om andere facetten van de persoonlijkheid te onderzoeken om zodoende het precieze verband tussen emoties en lichamelijke functies vast te stellen en tot een pluricausale verklaring van het ziekzijn te geraken. Daarop zou dan een rationele therapie worden gebaseerd. Als men een dergelijke methode van werken erkent bij bepaalde ziektebeelden als asthma, ulcusziekte, maag—darmaandoeningen, verhoogde bloeddruk etc. dan mogen andere aandoeningen als rheuma, infectieziekten etc. uitgeschakeld worden, al is de samenhang nog niet duidelijk. Wij hebben onderscheid te maken tussen:

1. *Psychogene stoornissen* Bepaalde lichamelijke functies zijn gestoord onder invloed van psychische oorzaken. (b.v. mictiedrang bij examen-candidaten)
2. *Orgaan—neurotische stoornissen*: een dysfunctie van een bepaald

met een *bepaalde persoonlijkheidsstructuur* als gevolg van *bepaalde conflict—situaties*. De argumenten, welke tot steun van deze hypothese door de Amsterdamse Werkgroep verzameld zijn, werden door Dr. Pelser met het oog op de beschikbare tijd verder onbesproken gelaten. Liever wilde hij aan de hand van zijn ervaringen bij de behandeling van patienten met asthma bronchiale iets over het werk van de Amsterdamse onderzoekers vertellen.

Het asthma bronchiale is een aandoening die gekenmerkt wordt door aanvalsegewijs optreden van ademnood, waarbij vooral de uitademing belemmerd is. De ziekte komt in alle leeftijdsgroepen voor, gelijkelijk bij mannen en vrouwen. Bij toenemende frequentie van de aanvallen, en vooral door de veelvuldige complicerende infecties van de luchtwegen, kan de aandoening tot ernstige invaliditeit leiden. De oorzaak van deze ziekte is nog onbekend. De vaak genoemde „constitutieele aanleg“, die het asthma bronchiale gemeen zou hebben met andere in dezelfde families voorkomende ziekten, zoals hooikoorts, eczeem en urticaria, heeft het erfelijkheidsonderzoek niet kunnen aantonen. Hoewel het asthma bronchiale reeds in de vorige eeuw, mede door de waarnemingen van de Utrechtse hoogleraar Talma over de psychogenese van deze aandoening, „asthma nervosum“ werd genoemd, heeft men later, naar analogie van de aanvallen van ademnood, die bij sommige proefdieren konden worden opgewekt door inspuiting van een vreemd eiwit, ook het asthma bronchiale bij de mens toegeschreven aan een allergisch proces, d.w.z. aan een overgevoeligheds—reactie op een contact met lichaamsvreemde stoffen. Men stelde zich daarbij voor, dat bij de mens, evenals bij het proefdier, als gevolg van de interactie tussen het binnendringende vreemde eiwit en bepaalde afweerstoffen in het lichaam histamine zou vrijkomen, dat een kramp van de kringspiertjes van de luchtwegen veroorzaakte en aldus de uitademingsbelemmering tot stand bracht. Dr. Dekker heeft bij zijn onderzoekingen in de Psychosomatische Werkgroep echter kunnen aantonen, dat het asthmatisch piepen, dat zo karakteristiek is voor de asthma—aanval, niet veroorzaakt wordt door samentrekking van de kringspiertjes van de kleine luchtwegen, doch door een *coördinatiestoornis* van de z.g. „willekeurige“ ademhalingspijpen, waardoor een overdruk in de borstkas ontstaat, die een vernauwing van de luchtpijp, en de grote bronchien veroorzaakt. Dit werk heeft een wetenschappelijke basis gegeven aan de op ontspanning en adembeheersing gerichte ademoefeningen, waarbij zoveel asthmapatienten baat vinden. Het verklaart ook ongedwongen waarom zo vaak een asthma—aanval zakt, wanneer de rustgevende figuur van de vertrouwde arts in aantocht is, of als de patient het terrein wordt opgereden

van het ziekenhuis, waar hij weet hulp te zullen vinden. De vraag naar de oorzaak van de asthma-aanval wordt door het werk van Dr. Dekker verschoven naar het probleem hoe de coördinatie van de werking van de ademhalingspijpen ontstaat. Naar analogie van andere stoomissen in de coördinatie van willekeurige spiergroepen, zoals stotteren, schrijfkrampe en spit, is het reeds waarschijnlijk dat psychische processen een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van de asthma-aanval. De waarneming dat toehoorders bij een voordracht of in een concertzaal bij gespannen aandacht oppervlakkig gaan ademen, terwijl zij geïrriteerdheid onwillekeurig in diep zuchten, kuchen of hoesten tot uiting brengen; de toneelspeler die met de ademhaling bepaalde emoties kan vertolken, ook wanneer zijn rol hem geen tekst in de mond legt, maken duidelijk dat de ademhaling ook een *mimische* functie heeft. Prof. Bastiaans heeft er op gewezen, dat de ademhaling een symbool is voor de dualiteit vrijheid-onvrijheid: de mens is vrij om de lucht om hem heen in- en uit te ademen, doch hij is niet vrij om zijn ademhaling naar willekeur stop te zetten. Beleving van onvrijheid zou derhalve in stoomissen van de ademhaling tot uitdrukking kunnen worden gebracht. Andere onderzoekers hebben een overeenkomst gezocht tussen de piepende ademhaling van de asthma-aanval en het onderdrukte huilen van een boos, teleurgesteld en zich machteloos voelend kind. Hoe dit ook zij, wanneer men in het contact met astmapatiënten zorgvuldig naspeurt onder welke omstandigheden de eerste benauwde aanval is opgetreden, dan ontkomt men niet aan de indruk, dat hierbij een emotionele conflictsituatie, die voor de beleving van de patient vaak een dramatisch karakter heeft en die direct verband houdt met het gevoel van onvrijheid ten opzichte van een geliefde figuur, zo regelmatig voorkomt, dat men gemakkelijk geneigd is aan een oorzakelijk verband te denken.

De volgende aanvallen ontstaan vaak in situaties die op de een of andere manier aan de oorspronkelijke „asthmatische” conflictsituatie herinneren. In het algemeen worden de reminiscenties aan de situatie waarin de eerste asthma-aanval ontstond, steeds oppervlakkiger naarmate de frequentie van de aanvallen toeneemt. Het is alsof de volgende aanvallen steeds „gemakkelijker” ontstaan. Dit doet denken aan hetgeen de russische onderzoeker Pavlov *conditionering* heeft genoemd: het verschijnsel dat wanneer de prikkel die tot een bepaald gedrag van een organisme aanleiding geeft, steeds begeleid wordt door een op zichzelf voor dit gedrag indifferente prikkel, het organisme op den duur ook met dit gedrag gaat reageren wanneer alleen de indifferente prikkel inwerkt.

Bij het naspeuren van omstandigheden, waaronder de eerste asthma-

PSYCHOSOMATIEK

Voordracht van de heer Mr. G.W. Arendsen Hein, zenuwarts

Het inzicht, dat er verband bestaat tussen psychische stoomissen en lichamelijk lijden, is al zo oud als de geneeskunde zelf. In de loop van de geschiedenis der geneeskunde is men zich echter lang niet altijd in dezelfde mate van deze samenhang bewust geweest. Bij de priester-artsen uit de Oudheid was de psychosomatische samenhang blijkbaar iets van zelfsprekends. Men krijgt de indruk, dat behandelingen als de tempelslaap, hypnotherapie etc. slechts varianten zijn op de psychotherapeutische methoden van thans en dat de denkbeelden, waarvan deze behandelingen uitgingen als twee druppels water gelijken op die, welke de laatste decennia zich als moderne psychosomatiek aandienen.

Hierna volgt een kort overzicht (naar v. Peursen) hoe het wijsgerig denken het probleem lichaam, ziel en geest in de loop der eeuwen heeft gehanteerd. Aristoteles accentueert de psychische eenheid van de mens. De ziel bestaat nooit zonder lichaam en een lichaam zonder ziel is ontzield, een stoffelijk overschot. In de Bijbel wordt voor ziel het Griekse „psychè” gebruikt, hetgeen de totale mens aanduidt, zoals deze leeft en zich oriënteert in zijn wereld (psychikos) ter onderscheiding van de mens, levende vanuit God, waardoor zijn leven een nieuwe demensie krijgt, een van God ontvangen gave (pneumatikos). Beide zijn niet onstoffelijk gedacht maar als de totale mens en hiermee wordt de eenheid van ziel en lichaam onderstreept. Bij de geestelijke mens manifesteert de ziel zich in de intensiteit, waarmee de mens zich in het leven beweegt, („met hart en ziel”, „als een bezielend voorbeeld”).

Ook het lichaam wordt in het Nieuwe Testament gebruikt voor de totale mens. Men zou kunnen zeggen: de ziel is een levenskracht met twee verschillende verschijningsvormen, de lichamelijke en de psychische, welke tezamen komen in het bezielde lichaam, het psychosomatische organisme. Tegenover deze totaliteitsgedachten van de psychofysische eenheid staan de dualistische opvattingen met name van Plato en vooral later van Descartes, die zeer fundamentele invloed gehad heeft op het Westers materialistisch-natuurwetenschappelijke denken.

Het blijkt in de psychosomatische geneeskunde welk een moeite men heeft zich van deze dualistische gedachtegang los te maken. Begrijpelijk, in aanmerking genomen, de enorme vlucht der geneeskunde i.v.m. de snelle ontwikkeling der natuurwetenschappen. Na een stilstand van eeuwen, zijn de ontdekkingen op fysisch, bacteriologisch en bio-chemisch terrein wel zeer imponerend geweest en werd de aandacht niet op de psychische facet der menselijke persoonlijkheid gericht. Wel werd er op gewezen, dat

willende—beschermende—bemoeiingen van de toegewijde arts, verpleegster of maatschappelijk werkster, zijn juist voor de asthmapatienten vooral zo irritant, wanneer zij zich in een conflictsituatie bevinden, waarin hun afhankelijkheid precies één van de belangrijkste elementen van het conflict uitmaakt. Aangezien de achtergronden van hun gedrag voor de patient, doch ook vaak voor de therapeut niet of slechts half bewust zijn, ontstaat gemakkelijk een reeks van misverstanden, die niet bevorderlijk zijn voor het effect van de behandeling. Het is dan ook geen wonder dat asthmapatienten „overgevoelig” worden, niet zoals sommigen menen voor allerehande stoffen die uit de omgeving op hen inwerken, doch veel meer voor die omgeving—zelf, waarvan de asthmapatient zijn afhankelijkheid ervaart en waarmee hij tegelijkertijd in botsing komt, wanneer hij zijn eigen wensen en verlangens tracht te realiseren. Eerst wanneer dit centrale conflict, dat de herhaling is van het kinderlijke conflict met de dominerende moeder, genoegzaam is besproken, kan de asthmapatient er toe komen op een ontspannen wijze de eigen tekortkomingen te aanvaarden en daarmee ontkomen aan de benauwende levenssituatie, waarin hij door een neurotische reactie op de ambitieuze eisen van een liefdevol tyrannieke moeder was geraakt.

VRIJHEID EN VERANTWOORDELIJKHEID

Freiheit bedeutet Verantwortung.

Darum fürchten sie die meisten Menschen.

Shaw.

Freiheit ist wertlos, wenn sie nicht auch:

Freiheit zu irren bedeutet.

Gandhi.

Es ist so bequem unmündig zu sein.

Kant.

Freiheit ist immer gefährlich.

Aber sie ist das Sicherste was wir haben.

Harry Emerson Fosdick.

aanval optrad, door middel van de *biografische anamnese* is gebleken, dat vrijwel alle asthmapatienten, ook wanneer de ziekte pas op latere leeftijd manifest werd, in hun jeugd een eigenaardige verhouding tot hun moeder hebben gehad. De wijze waarop asthmapatienten hun moeder beschrijven is zo karakteristiek, dat men het type van de „asthma—moeder” is gaan onderscheiden. Het gedrag van deze asthmapatienten wordt gekenmerkt door *liefdevolle dominantie* en *te ambitieuze verwachtingen* tegenover het kind. Dat dit niet alleen zo door de asthmapatienten beleefd wordt, is door een psychologische onderzoek, dat door Dr. Pelser uitvoerig beschreven werd, aangetoond. De neiging van deze moeders om altijd grotere prestaties van hun kind te verwachten dan waartoe het in staat is, veroorzaakt bij het kind onzekerheid omtrent de moederlijke genegenheid. Dit maakt de kinderen vaak „lastig”, veel aandacht eisend, dwingend en snel ontmoedigd. Anderzijds maakt het overdreven zorgende en beschermende gedragspatroon van deze moeders de kinderen onzelfstandig, angstig voor nieuwe en vreemde situaties en overgevoelig voor teleurstellingen. Dit zijn karaktertrekken, die vaak bij asthmapatienten worden aangetroffen en die gemakkelijk leiden tot een sociaal isolement, waarin een diep wantrouwen tegenover de buitenwereld en een neiging tot eigenzinnigheid en een aggressief zich te weer stellen tot ontwikkeling komen. Het verweer tegen de beklemmende, bedrukkende moederlijke zorg maakt van deze kinderen mensen, die iedere band als te knellend afwijzen; die zich niet aan een afspraak kunnen houden, vaak van betrekking wisselen, zich moeilijk naar anderen kunnen schikken, kortom bijzonder gesteld zijn op hun vrijheid van handelen.

Het spreekt voor zichzelf dat de arts, maar ook de ademtherapeut, de verpleegster of de maatschappelijk werkster, die bij de behandeling, verpleging en nazorg van de asthmapatient betrokken zijn, om hen te kunnen helpen, met deze karaktertrekken vertrouwd moeten zijn. Geduld, tolerantie en begrip voor de achtergrond van de vaak provocerende veeleisendheid en aggressief gedrag zijn belangrijker middelen dan spuitjes, poeders of pillen. De heftig benauwde asthmapatient, die in een vreemd ziekenhuis bij een vreemde dokter wordt gebracht, vraagt natuurlijk *onmiddellijk* aandacht en wil dat die dokter *direct iets doet*, maar opluchting krijgt hij pas wanneer hij bemerkt dat die dokter hem begrijpt en hem door zijn meelevende vragen in de gelegenheid stelt zijn hart te luchten. Dit gebeurt dan vaak in een, ondanks de ademenood niet te stuiten woordenstroom. Merkwaardig is, dat wanneer een benauwde asthmapatient in huilen uitbarst, het asthmatische piepen op slag verdwijnt, om weer terug te keren, wanneer de tranen worden terug gedrongen. Blijkbaar veroorzaakt

het uiting geven aan de opgekropte gevoelens direct een vermindering van de spierspanning die de hoge druk in de borstkas en daardoor de belemmering van de uitademing in stand houdt. Omgekeerd is het opkomen van het asthmatisch piepen, b.v. tijdens een gesprek, een zeker teken dat er iets is aangeraakt, waarover de patient zich niet durft of wil uiten, doch dat hem bijzonder hoog zit. Ook hoesten, kuchen en keel schrapen hebben in dit verband betekenis als signalen voor het onderdrukken van een opkomende emotie. Wie deze signalen kent, kan de patient gelegenheid geven over deze opkomende gevoelens te spreken en hem leren een benauwheidsaanval te voorkomen door zich vrijer te uiten. Dit moet echter niet nadrukkelijk gebeuren om te voorkomen dat de patient zich tot uitspreken *gedwongen* voelt, hetgeen een tegengesteld effect zou hebben.

Na het voorgaande zal het ook begrijpelijk zijn dat bij de behandeling van asthmapatienten vóór alles vermeden moet worden dat autoriteitsconflicten ontstaan. Iedere dwang die van de arts, de verpleegster of maatschappelijk werkster uitgaat, „in het belang van de patient“ herinnert hem aan de beknellende dwang van de „zorgvolle“ moeder, waarop hij reageerde met een asthma-aanval. Om dezelfde reden is de asthmapatient zo bijzonder gevoelig voor het zonderlinge, doch vaak gehoorde verwijt dat hij zijn benauwheidsaanval aan zijn eigen onverstandig of eigenzinnig gedrag te wijten heeft. Toch zou het een vergissing zijn te menen dat men een benauwde asthmapatient maar zo snel mogelijk in al zijn verlangens moet tegemoet komen.

In de eerste plaats zijn deze verlangens, die het geduld van de arts en de verpleegster soms in hoge mate op de proef stellen, even zovele uitingen van de angst om alleen gelaten te worden. Een kort geruststellend gesprek, waarin tot uitdrukking gebracht wordt dat men voor deze gevoelens van ongerustheid begrip heeft en afspreekt na verloop van een bepaalde tijd weer te zullen komen kijken, doet vaak wonderen. In de tweede plaats is het uiting geven aan hun verlangens voor deze patienten belangrijker dan de vervulling ervan: het conflict, waaruit de asthma-aanval ontstond, geeft in de toestand van regressie, die nu eenmaal bij iedere ernstige lichamelijke ziekte ontstaat, aanleiding tot het optreden van een kinderlijk gedragspatroon, waarbij de liefde van moeder, getransponeerd in de verzorging door de verpleegster of de arts, telkens opnieuw moet worden afgedwongen. Het gaat dus niet om het glaasje water, het extra kussen in de rug, het open raam, nog een spuitje of wat dan ook in feite wordt verlangd, doch om telkens weer te ervaren dat de zuster of de arts geduldig, vriendelijk, behulpzaam, begrijpend *blijft*. In de derde plaats is 't

een kenmerk van het kinderlijke gedragspatroon dat de vervulling van een verlangen *tegen een bepaalde weerstand* in méér voldoening geeft, omdat deze weerstand de waarde van het begeerde nog vergroot.

De onbewuste neiging om in de verzorgende figuren van arts en verpleegster het equivalent van het moederimago te zien, maakt de asthmapatient bijzonder kritisch tegenover de voorschriften en adviezen, die deze hem geven. Deze instelling maakt dat vele asthmapatienten goed op de hoogte zijn van de werking, de voor- en nadelen van de meest gebruikelijke geneesmiddelen, en graag „meedokteren“. Ook hierin ligt een bron voor autoriteitsconflicten, die echter gemakkelijk vermeden kunnen worden, wanneer de arts zich op het standpunt stelt, dat alle geneesmiddelen bij de behandeling van de asthmapatient slechts *hulpmiddelen* zijn en dat het accent van de therapie behoort te vallen op de behandeling van het centrale conflict, dat aan de ziekte ten grondslag ligt. Dit impliceert niet dat men bij de behandeling van asthmapatienten geneesmiddelen zou kunnen missen. De psychotherapie van patienten met asthma bronchiale en andere psychosomatische aandoeningen stelt in vergelijking tot die van psychoneurotici bijzondere eisen, omdat de psychosomatische patienten bij frustratie geneigd zijn te reageren met een exacerbatie van hun lichamelijke aandoening, die door de arts behandeld moet worden. Dit was waarschijnlijk de reden waarom in Amsterdam, waar groepstherapie van asthmapatienten zowel door internisten als door psychiaters gedaan werd, de groepen die door de psychiater geleid werden en waarvan de patienten voor hun lichamelijke klachten naar de internist verwezen werden, al vrij spoedig mislukten, terwijl de groepen die onder leiding van de internist stonden goede therapeutische resultaten konden boeken. Ook elders heeft men dergelijke ervaringen gehad. In Glasgow werden bij groepsbehandeling van asthmapatienten de beste resultaten verkregen wanneer de psychiater, die de groep leidde, ook als algemeen arts optrad en zijn patienten ook voor hun lichamelijke klachten behandelde.

Zijn ervaringen als leider van een discussiegroep van asthmapatienten zijn voor Dr. Pelsler bijzonder verrijkend geweest. Niet alleen hebben deze discussies zijn inzicht verdiept in de aard van de problemen waarmee asthmapatienten worstelen en in de belemmeringen die hun beletten een aanvaardbare oplossing daarvoor te vinden, maar ook heeft hij beter leren begrijpen waarom artsen en verpleegsters, ondanks de beste bedoelingen, hun patienten met asthma bronchiale zo vaak teleurstellen en hen van zich vervreemden, wanneer zij hun hulp het meeste nodig hebben. De neiging om te bemoeieren, het om-bestwil-berispen en de goed-