

# REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

**59-060 Mental health in old age.** Roth, M. (1958) *Med. Wld.* 89 5, 417.

Eén der grootste gevaren van verouderen is, dat men aan een geestesstoornis gaat lijden. Terwijl de mortaliteit in de meeste landen bijna is gehalveerd en de levensverwachting bij de geboorte ongeveer twintig jaren hoger ligt dan in het begin van deze eeuw, is de verwachting boven de vijfenvijftig jaar ongeveer gelijk gebleven. Dit is een gevolg van het feit, dat de mensen van middelbare leeftijd thans veelvuldig lijden aan vier ziekten: aandoeningen van de kransvaten van het hart, ulcus duodeni, bronchuscarcinoom, hypertensie en hun complicaties. De toegenomen vraag naar psychiatrische hulp is een belangrijk nieuw facet, waarbij zowel een stijging van de behoefte als een meer voorkomen van psychische stoornissen een rol kunnen spelen.

Een groot deel van de klachten der oudere mensen zijn niet, zoals men vroeger dacht, aan de veroudering te wijten maar aan een ziekte, soms een somatische, soms een psychische. De verbeterde behandeling van somatische ziekten en de grote veranderingen in de sociale structuur werken ertoe mee, dat de psychische aspecten van de middelbare en oudere leeftijd belangrijker worden.

Terwijl oudere mensen in landelijke streken nog een geëerbiedigde leidersfunctie hebben, worden zij in de steden meer en meer afhankelijk. Zij geraken vroeger zonder werk, zij wonen niet meer samen met de jongere generatie, zodat de wederzijdse hulp ontbreekt. Vroegtijdiger en in groter getale moeten zij dus door de overheid worden ondersteund. Onder de oudere psychiatrische patiënten is een relatief groot aantal dat alleenstaand en financieel afhankelijk is. Een gegarandeerde overheidshulp zal dus de geestelijke gezondheidstoestand der oudere mensen kunnen verbeteren.

Er bestaat echter nog een groot tekort aan kennis van oorzaken, voorkomen en behandeling van psychiatrische ziekten op oudere leeftijd, zodat de dienst der volksgezondheid hier baanbrekend werk kan doen. Overal ter wereld zijn de opname-cijfers van oudere mensen in zenuwinrichtingen stijgende, zelfs zodanig, dat de normale gang van zaken (actieve therapie, rehabilitatie) dreigt te worden verstoord. Een sterke toename van zelfmoorden op oudere leeftijd wijst ook op een toename van geestesstoornissen. Sociale factoren vergroten de kans op ziekte bij de minder sterken. Ziekte geeft vaak een achteruitgang in de sociale omstandigheden; de isolatie, de eenzaamheid en de afhankelijkheid nemen toe. Twaalf procent van de mensen boven de 65 jaar is alleenstaand; zij bezetten echter 53 procent van het aantal ziekenhuisbedden voor deze leeftijdsgroep. Therapie en profylaxe gaan hier samen. Iedereen die een suicidepoging doet moet psychiatrisch-specialistisch worden behandeld, waarbij sociale hulp alleen onvoldoende is. Vele der dodelijk verongelukten zijn ook mensen boven de 65 jaar (ongeveer 70 procent). Als frequente oorzaken zijn bekend: vallen, verbrandingen, koldamp- en andere vergiftigingen.

Het verminderde verantwoordelijkheidsgevoel van de familieleden wordt vaak als een belangrijke factor gezien voor het grote aantal alleenstaande ouden van dagen. Hierbij moet men echter wel bedenken dat de grotere afstanden, de moderne kleinere behuizing, het kleinere aantal kinderen en de toename van het aantal gehuwde werkneemsters een rol spelen. De centra der grotere steden worden meer en meer bevolkt door de ouderen, terwijl de jongere generatie in de nieuwbouw in de periferie terecht komt. Beide groepen raken dus min of meer geïsoleerd, wat psychische moeilijkheden met zich mee brengt. Het begrip sociale isolatie zal echter nog verder uitgewerkt moeten worden, maar zeker ligt hierin een van de oorzaken van geestelijke stoornissen. Zo nam gedurende de laatste oorlog het aantal ernstige geestesziekten af, als gevolg van het feit dat er meer gemeenschapszin was en dat ook de oudere mensen meer ingeschakeld waren in het arbeidsproces.

Het is ook de vraag of de verplichte pensionering op 65-jarige leeftijd niet een obsoleete maatregel is, die veel kwaad doet en bovendien de gemeenschap berooft van veel waardevolle ervaringen en rijpe kennis. Het schept anderzijds weer een verruiming van de mogelijkheden voor de jongeren en geeft nieuwe inzichten een kans.

Er zijn vijf grote groepen van geestelijke stoornissen op oudere leeftijd te onderscheiden, die in behandeling en prognose zeer verschillen. Dit zijn de delirante, de affectieve, de parafrenische, de seniele en de arteriosclerotische psychosen. Bij de eerste drie groepen is de therapie succesrijker en de verbetering groter dan bij de laatste twee. Vaak zijn het somatische ziekten die aanleiding zijn voor het ontstaan van psychosen, zodat de behandeling hiervan noodzakelijk is voor het verkrijgen van een goed therapeutisch resultaat. De zenuwinrichtingen moeten dus aan grote eisen, wat betreft medische staf en laboratorium, kunnen voldoen. Scherp onderscheid tussen somatische en psychische stoornissen is gevaarlijk en irrationeel.

Ter bescherming van de geestelijke volksgezondheid is een uitgebreide dienst nodig die omvat: voorzieningen voor hulp aan huis, inclusief een psychiatrische consultatiedienst, poliklinieken, dag-ziekenhuizen en zenuwinrichtingen. Het doel is de patiënt zolang mogelijk in zijn eigen omgeving te laten. De samenwerking van vrijwillige en overheidshulpverleningen moet intensief zijn gecoördineerd, zodat de families die hun eigen ouden van dagen willen verzorgen, niet een ondraaglijke last hebben te dragen. Zo is een belangrijke preventieve maatregel het tijdelijk ontlasten van deze families door extra hulp of door korte opnamen. Moeilijk is echter het aantrekken van bekwaame huisbezoekers en huishoudelijke hulpen. Het ontdekken van de hulpbehoevende ouden van dagen is ook een probleem. Velen melden zich niet uit angst voor verwijdering uit hun milieu of uit schaamte over de verwaarlozing van hun behuizing. Er bestaat geen instantie die verplicht is hen te zoeken en hulp aan te bieden.

Toch is vroegtijdige herkenning der aandoeningen belangrijk; immers, kunnen de patiënten met depressies, zij die suicide neigingen hebben en de lijders aan parafrenieën beïnvloed worden door het doorbreken van de sociale isolatie. Het vaststellen van doofheid en het verstrekken van gehoorapparaten, het voorkomen van ondervoeding, het vroegtijdig onderkennen van somatische en psychische ziekten verbeteren de prognose zeer.

Vele chronische ziekten geven hun eerste verschijnselen al op middelbare leeftijd, wanneer behandeling doeltreffender is dan later. Het is echter bewezen dat sommige psychiatrische ziekten op oudere leeftijd minstens zo goed reageren op behandeling als op jonge leeftijd. Zo moet dus een overwaarding van sociale factoren en van de gevorderde leeftijd niet leiden tot een uitstel of afstel van de mogelijke psychiatrische hulp.

(Dit artikel is een samenvatting van een deel van een rapport voor een commissie van experts, die in juli 1958 in Oslo bijeenkwam onder auspiciën van de Europese afdeling van de „World Health Organisation“.) C. D. Duyvendak

**59-064 Gedachten over de commissie-ziekte.** Querido, A. (1959) *Maandbl. v. d. Geestelijke Volksgezondheid* 14, 325.

Onze samenleving kan niet buiten commissies. Een commissie geeft de minst slechte waarborg voor een evenwichtige conclusie en een uitvoerbaar advies. De excessen van het commissiewerk moeten bestreden worden. Daarvoor geeft Querido scherp omlinjende en geestig geformuleerde richtlijnen.

Een commissie moet klein zijn; liefst niet meer dan vijf leden tellen. Deskundigen, op wier oordeel de commissie prijs stelt, kunnen beter tot een gehoor worden uitgenodigd, dan dat zij in de commissie worden opgenomen. Het werk wordt zodoende gelijkmatiger verdeeld en veel aangenamer.

Het commissiewerk moet worden voorbereid. Vóór de eerste convocatie van een commissievergadering moet een uiteenzetting van het vraagstuk en het voorstel tot een werkplan aan de leden zijn toegezonden. Dit kan bij gecompliceerde of nieuwe vraagstukken het resultaat zijn van de arbeid van een kleine werkgroep van bijvoorbeeld drie leden. Het werkplan moet voorzichtig opgesteld worden, het mag niet reeds oplossingen aangeven, opdat de commissieleden onbevooroordeeld blijven. Dit naar aanleiding van de „working papers”, die in de Verenigde Staten veel worden gebruikt. Schriftelijke arbeid kan tijdens commissiewerk veel tijd besparen, bijvoorbeeld wanneer een bepaald facet van het vraagstuk eerst schriftelijk wordt bewerkt door elk van de commissieleden en de verschillende meningen worden rondgezonden vóór er weer wordt vergaderd. Eenstemmigheid in de conclusies is begerenswaardig; het moet echter niet tot een fetisch worden. Het kan zeer nuttig zijn wanneer de tegenstelling tussen twee meningen duidelijk wordt uitgesproken, doch het waarom van de tegenstelling moet dan zo nauwkeurig mogelijk worden gemotiveerd en de tegenstelling mag niet op technisch of deskundig terrein liggen.

De opstelling van het rapport tenslotte worde overgelaten aan de secretaris of aan de redactiecommissie en de commissieleden moeten hun kritiek beperken tot de essentiële punten. Querido herinnert aan een uitspraak van Florence Nightingale, dat „no report is self-executive”. De opdrachtgevers, die de commissie hebben samengesteld, dienen te bedenken, dat de enige beloning, die zij aan de commissieleden kunnen geven, bestaat in de tenuitvoerlegging van de gegeven adviezen.

N. Bessem

#### 59—065. Poliomyelitis vaccine preparation and administration. Salk, Jonas E. (1959) *J. Amer. med. Ass.* 169, 1829.

De schrijver overziet de verkregen resultaten na vijf jaar vaccinatie met het Salkvaccin. Een belangrijke vraag, die opgelost moet worden betreft het vóórkomen van paralytische poliomyelitis bij enkele gevaccineerde personen.

Theoretisch zijn hiervoor verschillende verklaringen mogelijk:

- a de potentie van het vaccin is niet optimaal geweest;
- b sommige personen hebben niet voldoende gereageerd op het optimale vaccin;
- c een aanvankelijk voldoende effect heeft zich niet gehandhaafd;
- d het poliomyelitisvirus heeft het centrale zenuwstelsel bereikt langs een andere weg dan de bloedbaan en is zodoende ontkomen aan de beschermende invloed van het serum;
- e de paralyse is veroorzaakt door een ander virus, dan waarvoor het vaccin bescherming geeft.

Na vijf jaar blijkt, dat het verloop van de antilichamen-titer zeer gunstig is. Slechts negen procent der gevaccineerden heeft geen antilichamen tegen het poliomyelitisvirus type één, een half procent heeft geen antilichamen tegen type twee en achttien procent heeft geen antilichamen tegen type drie. Bij ongevaccineerden is dit voor de verschillende typen gelijk, namelijk 60 tot 70 procent heeft geen antilichamen. Het effect van de derde dosis vaccin blijkt afhankelijk van de hoeveelheid antigeen bij de eerste en tweede dosis. Kinderen die na de derde dosis een lage of ontbrekende antilichamen-titer hebben tegen type een of drie, wordt een vierde dosis toegediend. Twee weken na deze vierde dosis blijkt de antilichamen-titer zeer goed te zijn en te verlopen als bij de grote meerderheid der gevaccineerden na de derde dosis.

Bij 103 gevaccineerde personen, waarbij zich ziektebeelden ontwikkelden, die geleken op poliomyelitis, werd de faeces binnen veertien dagen na het optreden der symptomen onderzocht op een virus. Men vond in 75 gevallen een virus; in 55 gevallen was dit een poliomyelitisvirus. Bij 39 type één, bij vijftien type drie en bij een geval type één en drie. In twintig gevallen werd een ander virus gevonden en wel bij derden een Coxsackievirus en bij zeven een ECHO-9-virus.

Type één werd dus twee en een halve maal zo vaak gevonden als type drie. Bij ongevaccineerden werd vroeger gevonden, dat type één acht- tot tienmaal zo vaak paralytische poliomyelitis veroorzaakte als type drie en type twee iets minder

vaak dan type drie. Als belangrijkste oorzaak van poliomyelitis na drie vaccinaties beschouwt de schrijver het gebruik van niet optimaal vaccin. De controle van het vaccin is zeer belangrijk. Verder zal het vaccin moeten worden verbeterd, wat betreft type één en drie. Totdat deze verbetering is bereikt, adviseert de schrijver om nog een vierde vaccinatie te geven.

J. Jongen

#### 59—067. Anaemia after gastrectomy. Editorial (1959) *Brit. med. J.* II, 147.

Binnen ongeveer twee jaar na een totale gastrectomie kan men verwachten, dat zich een pernicioze anemie ontwikkelt, welke vlot reageert op een behandeling met parenteraal toegediend vitamine B<sub>12</sub>.

Na partiële gastrectomie komt deze anemie niet zo vaak voor, maar wel andere vormen van bloedarmoede en wel voornamelijk een hypochrome anemie. Deze heeft een sluipend begin en wordt gewoonlijk twee tot acht jaar na de operatie gediagnostiseerd. Het is bijna altijd een ijzergebreksanemie, die reageert op oraal toegediend ijzer. Hoe en waarom deze anemie optreedt is niet erg duidelijk. Verschillende oorzaken zijn verondersteld: chronisch bloedverlies, gebrekkige resorptie van het ijzer, het gebruik van een beperkt dieet of de beschadiging van het jejunum tengevolge van een directe overgang van maaginhoud in het jejunum. Geen enkele genoemde oorzaak is ooit voldoende bewezen.

Kortgeleden hebben I. M. Baird c.s. — (1957) *Quart. J. Med.* 26, 393; (1959) *Idem* 28, 21 en 35 — de resultaten gepubliceerd van een uitgebreidere poging om deze problemen op te lossen. Zij waren in staat 341 patiënten te bestuderen, die voor een ulcus pepticum een partiële gastrectomie volgens Polya of Billroth hadden ondergaan in de afgelopen tien jaar. Zij vonden, dat de hemoglobinegehalten langzaam en gestaag daalden na de gastrectomie; de daling was bij mannen minder dan bij vrouwen en minder bij mannen na een Billroth-operatie dan na Polya-operatie. IJzergebrek was de voornaamste afwijking. Slechts één geval van megaloblasten anemie werd vastgesteld.

Een mogelijk belangrijke vondst is het feit, dat bij toediening van organisch gebonden ijzer tijdens de maaltijd bij anemische patiënten met intacte magen, de opname van ijzer groter is, dan bij de niet-anemische patiënt; deze grotere opname treedt echter niet op als een partiële gastrectomie is verricht. Op de vraag waarom deze anemie dan optreedt, wordt echter geen antwoord gegeven. Van iedere patiënt met een partiële gastrectomie behoort regelmatig, ten minste eens per jaar, het hemoglobinegehalte te worden bepaald.

P. Zwanenburg

#### 59—069. The use of gamma-globulin. Anderson, Th. (1959) *Practitioner* 183, 283.

Het in het serum aanwezige gammaglobuline bevat het merendeel van de circulerende antistoffen. Het vertegenwoordigt in een bepaald individu als het ware alle reacties op natuurlijk of kunstmatig ontvangen antigenen. Eén ml drooggevroren gammaglobuline bevat de antistoffen, aanwezig in ongeveer tien tot twintig ml menselijk serum.

Concentreert men het gammaglobuline uit het verzamelde serum van een groot aantal donors, dan ziet men hierin weerspiegeld de verschillende infecties, voorkomend in de gemeenschap, waaruit de betreffende donors afkomstig zijn. Dit „pooled adult serum” is dus geen standaardmateriaal van onveranderlijke samenstelling, doch varieert van land tot land en wellicht zijn er zelfs verschillen tussen bepaalde groepen uit hetzelfde land.

Wil men het gammaglobuline toepassen voor bepaalde doeleinden, dan moet men gebruik maken van de hoge concentraties, aanwezig in reconvalescentenserum (bijvoorbeeld mazelen, rode hond) of in serum van actief geïmmuniseerde personen (bijvoorbeeld pokken). Met een injectie van gammaglobuline bereikt men een passieve immuniteit, waarbij een voordeel is, dat minder overgevoelighedsreacties optreden dan bij immunisatie met soortvreemd eiwit. Een nadeel is het verdwijnen van de immuniteit na drie tot vijf weken. De volgende criteria gelden voor het gebruik van gamma-

globuline als profylacticum. De diagnose van de betreffende infectie moet gemakkelijk en correct te stellen zijn; het juiste tijdstip van het contact moet bekend zijn; de incubatietijd mag niet te lang, maar ook niet te kort zijn; besmetting dient te resulteren in het uitbreken van de ziekte met duidelijke symptomen; ziekten met vele abortieve en klinisch onopgemerkte gevallen zoals poliomyelitis, zijn derhalve ongeschikt voor deze behandeling; infecties, die neigen tot recidieven zijn eveneens ongeschikt; het bevorderen van passieve immuniteit door middel van gammaglobuline is een vorm van individuele bescherming en als zodanig niet geschikt voor massaal gebruik.

Hoewel mazelen over het algemeen een onschuldige kinderziekte is, kan het gebruik van gammaglobuline nuttig zijn bij verzwakte kinderen beneden anderhalf jaar en bij zaalinfecties in kinderziekenhuizen.

Bij rubeola in de eerste drie graviditeitsmaanden geeft het gammaglobuline een mogelijke bescherming. Teleurstellende resultaten hiermee wijt de schrijver aan te lage dosering. Men moet 1500 tot 2000 mg inspuiten (20 tot 25 ml).

Bij primovaccinatie tegen pokken bij volwassenen met eczeem of andere aandoeningen, waarbij het risico voor encephalitis postvaccinalis groter is dan normaal, dient tegelijkertijd met de vaccinatie eveneens 1500 tot 2000 mg gammaglobuline te worden gegeven.

Als therapeuticum bij de behandeling van virusinfecties is de waarde van gammaglobuline nog twijfelachtig, aangezien meestal reeds viremie bestaat op het moment, dat de diagnose kan worden gesteld en het effect dan onvoldoende is.

Een maandelijks toediening van gammaglobuline kan nodig zijn bij kinderen met aangeboren hypogammaglobulinemie, terwijl wegens het ontbreken van andere doeltreffende middelen gammaglobuline met succes is toegepast bij vaccinia generalis en bepaalde vormen van encefalitis.

E. van Westreenen

**59—071. Tracheotomy in acute respiratory disease. Davidson, L. A. G. (1959) *Lancet* I, 597.**

Hoewel de tracheotomie reeds sedert tweeduizend jaren wordt toegepast, heeft zij pas in de laatste decennia op ruimere schaal toepassing gevonden bij de preventie en therapie van de luchtwegobstructies.

Tracheotomie en afzuigen van obstruerend slijm en sputum kan door ongeschoolden op het gebied van de bronchoscopie geschieden; het invoeren van de zuurstofslang waarbij de dode ruimte tot ongeveer de helft wordt verkleind is eenvoudig, ook bij patiënten die niet medewerken. Chirurgisch gezien is de tracheotomie een van de veiligste operaties, zeker in deze gevallen, waarbij narcose gevaarlijk is en sedativa zelfs tot asfyxie kunnen leiden.

Het patiëntmateriaal, dat door de auteur is bestudeerd omvatte acute bronchitiden of bronchopneumonien bij chronische hoesters en emfyseemlijders, voorts uitgeputte patiënten, die niet meer in staat waren sputum op te brengen, patiënten, bij wie de hoestprikkel ten gevolge van pijn (pleuritis of anderszins) werd onderdrukt en tenslotte een aantal, dat tot een der bovengenoemde groepen behoorde maar bij wie het ademcentrum en de hoestprikkel werden onderdrukt door sedativa.

Het klinische beeld is opvallend eenvormig. Tot enkele dagen of weken vóór de ziekenhuisopname bestaat een redelijke gezondheid. Sinds enkele dagen kan de patiënt het overvloedige sputum niet ophoesten en onder invloed van de hypoxie en de koolzuurretentie wordt hij rusteloos of kan er sprake zijn van excitatie (in foudroyante gevallen wordt dit stadium overgeslagen) ten slotte gevolgd door sufheid en coma.

In de precomateuse stadia bestaat het beeld van een echte koolzuurretentie: warme ledematen, gevulde pols, licht verhoogde tensie, snelle oppervlakkige ademhaling, bleek uiterlijk, later meer grauw en daarna cyanotisch. De hulpademhalingsmusculatuur werkt mee en goede inspectie brengt intercostale intrekkingen aan het licht. De temperatuur is normaal of daar beneden, hetzij doordat de reactie op de infectie gering is, hetzij door vergrote warmteafgifte als direct gevolg van de koolzuurretentie. De afwezigheid van koorts bij wijdverspreide en vooral aan de basis luid hoorbare ronchi kan

gemakkelijk leiden tot de conclusie acute insufficiëntie van het linker hart. Hierna volgt meestal een daling van de bloeddruk en een echte linksinsufficiëntie; de situatie is dan zo, dat de hypoxie en de koolzuurretentie de ademhaling eerder verlammen dan aanzetten. Er treedt ademstilstand op, na enige minuten gevolgd door hartstilstand.

Uit deze patiënten doet de auteur een keuze van negen, die bovenstaand fatale einde zeker zouden hebben bereikt, indien geen tracheotomie was verricht. Bij drie heeft dit echter het beloop niet gewijzigd, terwijl twee anderen overleden aan hun oorspronkelijke ziekte of aan late complicaties.

A. J. M. Daniëls

**59—072. Obesity and the denial of hunger. Stunkard, A. *Psychosom. med.* (1959) 281.**

Meestal wordt aangenomen, dat het hongergevoel wordt veroorzaakt door de bewegingen van de lege maag. Naar aanleiding van het feit, dat twee zwaarlijvige vrouwen, uit de praktijk van de schrijver, het gevoel van honger ontkenen terwijl toch hun maag de typische hongerbewegingen maakten, werd een kritisch onderzoek ingesteld naar het verband tussen maagbeweging en het gevoel van honger.

Zeventien gezonde zwaarlijvige vrouwen en achttien gezonde niet-zwaarlijvige vrouwen werden bestudeerd. In de eerste groep waren de vrouwen gemiddeld 62 procent te zwaar (het percentage varieerde van 26 tot 182). Dit was het enige verschil tussen de twee groepen. Alle patiënten werden op dezelfde wijze onderzocht en behandeld. Door middel van een ballon in de maag werden kimografisch, via een watermanometer, de maagwandbewegingen geregistreerd. De test duurde vier uur en gedurende elke vijftien minuten werden vragen gesteld over het hongergevoel of het gevoel van leegte in de maag.

Om tot een beter inzicht te komen in wat men bedoelde met het gevoel van honger, had de schrijver tevoren nog tweehonderd zwaarlijvigen en niet-zwaarlijvigen gevraagd naar de uitdrukkingen, die zij gebruikten wanneer zij zeiden, dat zij hongerig waren. Deze antwoorden werden samengevat als „honger”, „leegte in de maag” en „verlangen naar eten”.

Uit het onderzoek met de maagballon bleek, dat deze woorden door de niet-zwaarlijvige vrouwen in het algemeen werden gebruikt in samenhang met meer en sterkere bewegingen van de maagwand. De zwaarlijvige vrouwen gebruikten daartegen statistisch significant minder deze uitdrukkingen, terwijl in beide gevallen geen verschil was tussen maagwandbeweging onder dezelfde omstandigheden. Het blijkt dus, dat bij de zwaarlijvige vrouwen de versterkte maagbewegingen bij lege maag, niet behoeven te leiden tot het beleven van een gevoel van honger of een verlangen naar eten, in tegenstelling tot de situatie bij de niet-zwaarlijvige vrouwen.

Hierna werd een onderzoek ingesteld naar het hongergevoel gedurende de afwezigheid van maagbewegingen. Thans bleek geen verschil tussen de groepen te bestaan. Verder bleek uit het onderzoek, dat in de groep van zeventien zwaarlijvige vrouwen, acht leden aan het syndroom van 's nachts te moeten eten in perioden waarin ze onder emotionele spanningen verkeerden en dat bij deze vrouwen vooral het verband tussen hongerbeleving en maagwandbeweging was gestoord. Het is zeer waarschijnlijk, dat het ontbreken van het hongergevoel bestaat bij die vrouwen, waarbij het eten conflictmatig emotioneel beladen is en waarbij zij onder sociale druk staan wat betreft het eten. Het eten wordt hierdoor niet langer een neutraal voldoen aan een biologisch verlangen, maar het wordt een gewetenszaak. Wanneer een bewuste controle van de voedselopname boven de automatische regulatie moet gaan, blijkt het buitengewoon moeilijk om weer tot een automatische regulatie te komen.

Hoewel over de therapie niet wordt gesproken, lijkt het duidelijk, dat men bij de behandeling van zwaarlijvigheid vooral moet ingaan op de emotionele beladenheid van de voedselopname, daar immers de fysiologische perceptie van het hongergevoel door emotionele beladenheid is gestoord en de therapie zich dus niet zozeer zal moeten richten op de regulatie van de voedselopname, dan wel op de bewustmaking van de mogelijke spanningen, die hierbij een rol speelden (ref.).

R. L. Cornelissen