

Over psychomatiek

DOOR P. VAN WIRDUM, PSYCHIATER TE ROTTERDAM

De psychosomatische benadering begint met interesse voor alle dingen, die een patiënt bezighouden. Men moet kunnen luisteren naar een verhaal over een petticoat en mee kunnen voelen met de vader, die een hartaanval kreeg toen hij zijn zoon thuis zag komen op suède schoenen. De arts, die na jarenlang werk in een grote praktijk of door wetenschappelijk onderzoek grote waarde aan discipline bij zichzelf en zijn patiënten is gaan hechten, zal hier vreemd tegenover staan. Toch is ook bij de psychosomatische benadering een soort gedisciplineerdheid vereist. Men moet geïnteresseerd kunnen luisteren, maar daarnaast distantie houden. Dat is voor de therapie nodig, omdat de patiënt als het ware in de houding van de therapeut een norm, een rustpunt moet vinden, waarnaar hij zijn eigen houding kan leren beoordelen. Verder geeft alleen deze instelling de arts de mogelijkheid om uitlatingen en gedrag van patiënt op een zeker moment objectief te kunnen beschouwen. De afzonderlijke uitingen moeten met elkaar en met die van andere patiënten worden vergeleken om daarna, als bij elke andere wetenschappelijke benadering, enkele meer algemene trekken te kunnen aanwijzen, die de verscheidene speciale uitingen kunnen verklaren. Het is vaak moeilijk het juiste evenwicht tussen distantie en positieve geïnteresseerdheid te vinden. Hier kunnen geen absolute normen gelden. De sterke distantie, zoals die in de analyse wordt aangehouden, wordt door de meeste psychosomatische patiënten niet verdragen. Bij korte psychotherapieën en bij zwaarder gestoorde patiënten is trouwens al een grotere soepelheid nodig. Psychosomatische patiënten lijken in sommige opzichten meer op mensen met zwaardere karakterstoornissen; het contact met hen is vaak veel moeilijker te krijgen en te behouden dan met neurotici.

Het is de bedoeling van deze beschouwing na te gaan, hoe men aansluiting kan vinden tussen het beleven van de patiënt en de afwijkingen, zoals die gevonden worden bij het lichamelijke onderzoek. In verband met de ruimte wordt vooral aandacht gegeven aan de verhoudingen bij het astma. Als uitgangspunt kunnen daartoe drie patiënten dienen, die in de psychosomatische afdeling van een ziekenhuis uitvoeriger werden onderzocht.

De eerste patiënt was een man van 28 jaar, die werd opgenomen met een flinke benauwdheid. Het bleek, dat hij elders woonde en dat hij daar kort voor de opname door een longarts was onderzocht, die opname adviseerde. Patiënt ging daar niet op in, maar liet zich toen door een nicht naar de woonplaats van zijn ouders in Rotterdam rijden. Daar werd een arts geroepen, die in verband met de ernstige benauwdheid een opname in een ziekenhuis in orde maakte.

In het ziekenhuis ging het, zoals gewoonlijk bij deze patiënten, al vrij gauw weer beter en we konden overgaan tot het psychosomatische onderzoek. Daarbij bleek, dat patiënt de eerste van twee kinderen was. Moeder was erg precies. „Ze was altijd aan het poetsen”. Ze wilde graag goed voor de kinderen zijn, was erg bezorgd voor hen, maar ze was nooit echt hartelijk. Vader was een uitvoerder in het bouwbedrijf, die allerlei functies in het verenigingsleven en zelden contact met zijn kinderen had. Het astma begon in dezelfde tijd dat patiënt naar de lagere school ging. Op de gewone school kon hij zich slecht schikken. Op zijn zevende jaar werd hij overgeplaatst naar de openluchtschool. Daar ging het veel beter. Hij zegt: „Daar mocht ik meer doen wat ik zelf wou”.

Na de lagere school ging patiënt, die een goed leerling was, naar de ULO. Daar kreeg hij meer last van de benauwdheid. Ten dele zou hij zijn verschijnselen bewust hebben verergerd, als hij eens vrij wilde zijn of weinig zin had. Halverwege de ULO ging hij over naar de ambachtsschool, waar hij weer minder last had van zijn kwaal. Ook toen patiënt als timmerman ging werken, bleef de toestand heel redelijk. Omstreeks 1950 werden de klachten erger. In 1951 moest patiënt voor het eerst worden opgenomen. Hij heeft toen kort achtereenvolgend drie keer in het ziekenhuis gelegen. Een behandelend specialist gaf hem het advies zich elders te vestigen. Daar ging het eerst vrij goed; in 1953 moest patiënt echter weer worden opgenomen. Na die opname is het een hele tijd weer vrij goed gegaan. Het is merkwaardig, dat patiënt van 1950 tot 1954, dus juist in de periode van de ernstige aanvallen, verloofd is geweest. Het meisje was erg op hem gesteld. Ze had graag willen trouwen. Hij verbrak echter het contact, omdat ze het hem te moeilijk maakte. Hij had nooit over trouwen gedacht; hij meende dat zijn kwaal een groot bezwaar was voor een huwelijk. Patiënt heeft wel altijd graag contact met vrouwen gehad, maar ze moeten niet over een vaste verhouding beginnen. In 1958 was de toestand weer verergerd. Patiënt begon een nieuwe behandeling bij een te anderzame plaatselijke arts. Het is toen een aantal maanden heel goed gegaan, maar in het voorjaar van 1959 kreeg patiënt griep en toen was het „of het hele effect van de behandeling verbroken was”. Patiënt verdiende de laatste jaren de kost als koopman, die met een auto vol goederen rondtrekt. Dit werk beviel hem heel goed; hij voelde zich vrij.

Bij het onderzoek viel op, dat patiënt aan één kant contact wilde en aan de andere kant bang was zich te zeer te geven. Hij weerde af en was er soms kennelijk op uit te tarten. Zo vertelde hij een heel verhaal over een andere psychiater, aan wie patiënt eens duidelijk had laten blijken hoe vreemd hij hem eigenlijk vond.

Op intern gebied waren er behoudens laagstaande longgrenzen, hypersonore percussietoon en piepende ronchi, geen afwijkingen.

Het tweede geval was dat van een patiënt van 33 jaar, die ook rondom het zesde jaar astma kreeg. Zelf vertelde hij, dat hij zich de eerste maanden op de lagere school zeer bedrukt voelde. De school was een obsessie. Hij kreeg al spoedig last van benauwdheid. Niemand kon begrijpen waarom hij zo'n tegenzin in school had, daar hij goed mee kon komen en zeer accuraat en netjes werkte. Op de openluchtschool ging het beter, maar ook daar spijbelde hij nogal eens. Later op de ambachtsschool voelde hij zich veel vrijer en in die tijd had hij ook geen last van het astma.

Patiënt heeft met zijn ouders nogal veel moeilijkheden gehad. Moeder was erg op hem gesteld, ze was erg bezorgd voor hem. Aan haar heeft hij wel prettige herinneringen. In het gesprek komt hij ook vaak op zijn moeder terug, andere vrouwen ver-

gelijkt hij telkens met haar. Moeder was erg op orde en netheid gesteld. Vader was een moeilijke man, een dictator. Hij was erg precies, alles moest naar zijn zin gaan, anders werd hij driftig. Het zou patiënt al jong zijn opgevallen, dat vader erg onhandig was en dat hij zich moeilijk kon uiten. Patiënt kreeg de gedachte, dat vader jaloers was en gauw meende, dat patiënt hem dwars wilde zitten. Uit de conflicten waarover hij vertelde kreeg men echter de indruk, dat patiënt zijn vader ook tartte. Zo legde hij eens een projectiel onder een ketel op het fornuis, met het gevolg dat de bodem uit de ketel werd geslagen. Patiënt kan nog steeds niet goed inzien, dat vader daar zo'n drukte over maakte. Een andere keer, in de oorlogsjaren, zat vader te vertellen over de kleine stukjes vlees, die hij in zijn jeugd kreeg. Patiënt maakte toen kennelijk tartend met de handen een gebaar als om juist een groot stuk aan te duiden.

Na het conflict, dat hieruit voortkwam, meldde hij zich voor de Waffen SS. Daar had hij het helemaal niet naar zijn zin, maar hij was volkomen vrij van astma, ondanks de zware opleiding en de moeilijke omstandigheden. Hij was toevallig in Nederland bij de slag om Arnhem en werd ingezet. Na afloop van deze strijd deserteerde hij en dook onder bij zijn ouders, die in het gevechtsgebied woonden. Zelf begreep hij wel, dat dit heel onvoorzichtig was. Hij werd door de Duitsers gearresteerd en ter dood veroordeeld, maar het vonnis werd later omgezet in tuchthuisstraf, omdat hij pas 18 jaar was en er zeer veel desertie voorkwam.

Na de oorlog was patiënt nog enkele jaren geïnterneerd. Die hele tijd ging het goed, maar in hetzelfde jaar waarin hij in vrijheid werd gesteld, kwam ook de benauwdheid terug. De eerste jaren ging het vrij goed. Na 1955 zijn de astma-aanvallen echter zeer verergerd. Terwijl patiënt van 1947 tot 1956 maar één keer twee weken in een ziekenhuis werd verpleegd, moest hij in 1956 driemaal worden opgenomen. De eerste opname in dat jaar ging vlak aan zijn huwelijk vooraf, dat dientengevolge moest worden uitgesteld, de tweede opname geschiedde één of twee weken na de geboorte van het kind. Kort na het huwelijk kwamen er conflicten. Hoewel patiënt eerst zeer positief was ingesteld tegenover zijn schoonmoeder, kreeg hij vooral met haar moeilijkheden. Toen patiënt over deze tijd vertelde viel het op, hoe egocentrisch hij was. Zijn vrouw was voor hem niet zijn gelijke, die hij trachtte te begrijpen, maar ze was als een object, een mooie vrouw, met wie hij voor de dag kon komen, maar van wie hij niet kon begrijpen dat ze een eigen leven had. Patiënt had ook in de oorlog vreselijke dingen beleefd, waar hij over vertelde alsof het hem niet werkelijk had geraakt. Soms kreeg men de indruk, dat hij spanningen zocht om tot een iets dieper beleven te komen. Zijn handelen kreeg daardoor soms ook sadistische trekken.

Bij intern onderzoek werden verspreid vochtige ronchi gevonden. De bloedbezinking was 20 mm na een uur. Het bloedbeeld toonde 5 procent eosinofielen maar was verder normaal. Patiënt gaf wat groenig sputum op, waaruit Haemophilus influenzae kon worden gekweekt. Er was dus wel een etterige bronchitis, maar deze kon niet alles verklaren, omdat patiënt zelf aangaf, dat hij eigenlijk direct in het ziekenhuis al een gevoel van opluchting kreeg.

De derde patiënte met astma, die uitvoeriger werd onderzocht, was een ongehuwde vrouw van 45 jaar, die 23 jaar lang met haar oude vader samenwoonde in een klein huisje aan de rand van de stad en die daar heel gezond was. In het najaar van 1955 overleed de vader. Begin 1956 moest patiënte gaan werken en vrij kort nadat ze daarmee was begonnen, kreeg ze last van niezen en branden van de ogen. Deze verschijnselen hielden heel sterk verband met de geur van een bepaald wasmiddel, die er vaak op de afdeling van het kantoor hing. Later trad benauwdheid op. De overplaatsing naar een andere afdeling waar die geur niet hing, hielp niet. In de zomer van 1958 kreeg patiënte een ernstig ongeval, dat ze toeschreef aan de zware medicijnen. Tijdens de maandenlange verpleging in het ziekenhuis en de daarop volgende revalidatiebehandeling had ze geen last. Kort na beëindiging van de behandeling verkocht ze het ouderlijk huis en ging ze inwonen. Dit beviel niet, maar haar gezondheidstoestand bleef goed. Korte tijd later kon ze een eigen flatje betrekken, dat ze heel aardig vond.

De dag voor de verhuizing kreeg ze echter een astma-aanval. Van het moment dat ze de beslissing nam om het flatje te kopen, was ze al wat meer benauwd geweest. Patiënte werd opgenomen en verbeterde na een interne behandeling. Na een paar maanden ging het echter weer mis.

Merkwaardig zijn de omstandigheden, waaronder toen een aanval optrad. Patiënte voelde zich zo goed, dat ze van plan was te gaan zwemmen. Toen ze echter in het zwembad ging informeren, kwam opeens de gedachte bij haar op, dat ze daar in badpak rond zou lopen en dan heren van kantoor zou ontmoeten in dezelfde kleding. Deze gedachte is merkwaardig affectloos. Het was volgens haar zo maar een rare gedachte, die je maar niet los kon laten. Patiënte legde zelf ook geen verband met de aanval. De oorzaak daarvan was naar haar mening de chloorlucht in het zwembad.

Merkwaardig is ook, dat patiënte zeer tegen het psychosomatisch onderzoek opzag en vlak daarvoor veel benauwder was. Tijdens het gesprek verdween de benauwdheid geheel, maar toen ze na afloop in haar rolstoel op de gang moest wachten, tot dat ze weer naar haar kamer zou worden gebracht, begon ze zeer heftig te hoesten en werd erg benauwd. Iets dergelijks wordt vaak gezien.

* * *

Wanneer gepoogd wordt aan de hand van deze gevallen algemenere gezichtspunten te vinden, dan blijkt dat de patiënten hun astma-aanvallen vaak krijgen als ze voor een bijzondere beslissing of in een nieuwe situatie kwamen te staan. In het eerste geval was dat bij het gaan naar de lagere school en later tijdens de verlovingsperiode. Bij de tweede patiënt speelde het naar school gaan en het huwelijk een grote rol. De derde patiënte kreeg haar aanvallen toen ze op kantoor kwam, nadien weer vlak voordat ze een flatje zou betrekken en de laatste keer toen ze zou gaan zwemmen.

Toch hebben niet alle nieuwe situaties een dergelijke invloed. Bij de eerste patiënt lijkt de verhuizing naar elders bijvoorbeeld eerder als een bevrijding te hebben gewerkt. Bij de tweede is hetzelfde het geval met het in dienst treden bij de Waffen SS. De vrouwelijke patiënte kreeg ook na het overlijden van haar geliefde vader nog geen last. Het gaat hier om een moeilijkheid, die altijd voorkomt bij de beoordeling van psychische invloeden, namelijk dat niet het gebeuren, maar de subjectieve betekenis ervan de reactie bepaalt.

Hetzelfde gebeuren kan de ene keer een positieve en de andere keer een negatieve betekenis hebben. Uit de beschrijving van de bovenvermelde gevallen merkt men al, wanneer men zich ten minste enigszins kan inleven, dat bepaalde veranderingen als een bevrijding worden ervaren en andere als een opsluiting. Zo kan men begrijpen dat de gewone lagere school, waar de instelling meer op de klas is gericht, beklemmender werkt dan de openluchtschool, waar meer ruimte voor het individu bestaat. Ook de ambachtsschool is voor vele kinderen een bevrijding na de lagere school.

Toch gaat het niet alleen om de bevrijding; onze patiënten zoeken de bevrijding, maar ze zijn weer heel benauwd voor de eenzaamheid. Ze willen vrijheid van handelen en tegelijk aandacht. Vooral in het contact valt dat op. Men zou kunnen zeggen, dat de patiënt een toestand nastreeft van heel labiel evenwicht. Er moet aandacht zijn, maar deze is

gauw te beklemmend; er moet vrijheid zijn, maar er is angst voor eenzaamheid.

Ieder mens kent de problemen, die hier werden besproken, en menigeen kan zich voorstellen, dat hij zich in de situaties, die bij de patiënten tot benauwdheid aanleiding gaven, beklemd zou voelen. Merkwaardig is in dit verband, dat we geneigd zijn van beklemmende situaties te spreken, alsof iedereen toch ook iets voelt van een beginnende benauwdheid zonder werkelijk benauwd te worden. Men zou nu kunnen menen, dat het enige verschil tussen de astma-patiënt en de gezonde is, dat bij de patiënt een aanval optreedt, wanneer een ander alleen maar een wat onaangenaam gespannen gevoel krijgt. Dit gaat toch niet op; er zijn aanwijzingen, dat door de patiënt allerlei veranderingen veel schokkender worden beleefd en dat hij veel angstiger is, al zal hij dat zelf als regel pas duidelijk merken als hij een tijd onder psychotherapeutische behandeling is geweest. Het is alsof de patiënt, in de situatie dat het evenwicht tussen aandacht van anderen en eigen vrijheid verloren dreigt te gaan, een astma-aanval krijgt. Het is of de aanval een reactie is, die optreedt als patiënt psychisch zijn houvast verliest, als hij als het ware valt.

In de literatuur is er verscheidene malen op gezien, dat de astma-aanval in het beleven van de patiënt verwant is met een huilbui. Dergelijke equivalenten voor gevoelens en gevoelsuitingen zijn bij de psychotherapeuten wel bekend. Zo zijn hartklachten bij jongere mensen vaak duidelijke angst-equivalenten. In situaties waarin men angst zou verwachten, heeft de patiënt geen enkel gevoel, maar daarvoor in de plaats krijgt hij hartklachten, die nogal eens aan een angineuze aanval doen denken. Het is alsof in plaats van de angst de lichamelijke verschijnselen, die er normaal bij horen, versterkt en als onaangename sensaties bewust worden. Bij onze vrouwelijke patiënte is, wat het verband tussen astma-aanval en huilen betreft, opvallend, dat ze de eerste tijd op kantoor steeds brandende ogen en veel vocht in de neus had. Dat zou een soort hooikoorts kunnen zijn, maar als men het beleven van patiënte nagaat, is het waarschijnlijk dat het een begin van huilen was. Astma-patiënten huilen ook weinig, terwijl men nogal eens ziet, dat ze wel gaan huilen als er na een psychotherapeutische behandeling verbetering van het astma optreedt. Ze beschrijven dan wel hoe het eerst was, alsof hun gevoelens niet goed door kwamen. Pas toen dat beter ging waren ze innerlijk zekerder. Het was of ze toen pas zichzelf voelden en daarmee zelfbewustzijn kregen, terwijl ze tevoren als het ware krampachtig moesten trachten iemand te zijn.

Van analytische zijde zijn er een aantal belangrijke studies over astma-patiënten verschenen, waaruit blijkt, dat bij deze mensen de verhouding tot de ouders is gestoord. Ze zijn in wezen zeer afhankelijk van de ouders, vooral van de moeder. De ouders hebben vaak scherp gereageerd op de eerste sexuele uitingen, waardoor er angst blijft om de liefde van moeder te verliezen, als men zich overgeeft aan

de verleidingen van het leven. Vaak krijgt men de indruk, dat het promiscue contact nog wel mogelijk is, omdat dat niet diep wordt beleefd, maar meer een spel blijft. Pas als doorbraak van de afweer dreigt en het ernst lijkt te worden met de verhouding, komt de angst en daarmee de astma-aanval. Deze verbanden, die duidelijker naar voren komen in langduriger analytische contacten, stemmen overeen met de beschouwingen, die werden gehouden naar aanleiding van de hier vermelde gegevens over drie patiënten. De analytische vondsten wijzen echter specifiek op problemen ten opzichte van de moeder en van de seksualiteit.

Als dit nog eens wordt nagegaan bij de beschreven patiënten, blijkt dat de twee eersten ook duidelijk moeilijkheden hadden met de verhouding ten opzichte van hun moeder. De eerste ging weliswaar weg uit het ouderlijk huis naar elders, maar er kan nog worden vermeld, dat hij langzamerhand zijn klanten zo had gekozen, dat hij minstens tien dagen van de maand onder de rook van de stad van inwoning zijner ouders werkte. Hij kon dan elke dag naar zijn moeder gaan, terwijl hij zich toch vrij van haar voelde, omdat hij „ver weg” woonde, zoals hij zei. De andere patiënt dook heel onvoorzichtig bij moeder thuis onder aan het eind van de oorlog en vergeleek nog telkens andere vrouwen met moeder. Wat de seksualiteit betreft, spreken de gegevens over alle drie voor zichzelf.

Van allerlei kanten is erop gewezen, dat de moeders van astma-kinderen vaak overmatig beschermend optreden en tegelijkertijd de kinderen verhinderden voor zichzelf eens op te gaan in iets, dat niet direct in de door hen gestelde orde paste. In Nederland wees Groen daar ook vooral op; hij sprak over de „liefdevolle tyrannie” van de astma-moeders.

Men kan zich heel goed indenken, dat bij de beschreven houding van de moeders de persoonlijkheidsontwikkeling in de knel komt. Normaal moet het kind, als het ware ingebed in het ouderlijk milieu en overtuigd van de liefde en steun van de omgeving, zelf gaan experimenteren om een houding tegenover de wereld te veroveren. Het kind met een liefdevol tyrannieke moeder krijgt echter niet de kans tot een rustige ontwikkeling.

Wat tot nog toe werd besproken, geeft steun aan de opvatting, dat veel astma-patiënten bijzondere trekken in hun karakterstructuur hebben, die vaak ontstaan schijnen te zijn door de houding van hun ouders. Hoewel daar nog niet over werd gesproken, kan erbij worden gevoegd, dat deze trekken en ook deze houding van de ouders niet direct blijken samen te hangen met de bijzondere zorg, die aan het kind werd besteed, omdat het een astma-patiëntje was. De afzonderlijke astma-aanvallen worden dan veroorzaakt door situaties met een bijzondere betekenis, waartegen de patiënt niet is opgewassen.

* * *

Als men nu deze beschouwingen in verband wil brengen met de somatische, dan komt in de eerste

plaats de vraag, hoe het is met de psychische factoren bij patiënten, die uitgesproken allergisch zijn. Als antwoord kan daarop worden gegeven, dat er verscheidene publikaties zijn, waaruit blijkt, dat dezelfde psychische factoren in het spel zijn bij patiënten met een allergie. Het bekende onderzoek van French en Alexander, dat in 1941 als monografie werd gepubliceerd, handelt over de psychische factoren bij 27 astma-patiënten, van wie het merendeel ook duidelijke allergische verschijnselen vertoonde.

Er is dus geen reden om te spreken van een afzonderlijk psychogeen naast een allergisch astma. Een ander vraagstuk is de reactie van astma-patiënten op somatische therapie. Wat dat aangaat zullen de meeste artsen wel de ervaring hebben, dat allerlei soorten therapie vaak enige tijd goed helpen. Deze veelheid is een aanwijzing, dat psychische factoren bij die werking een belangrijke rol spelen. Als curiositeit kan nog worden verteld, dat bij de literatuurstudie voor deze beschouwing ook enige neurologische publikaties werden doorgenomen en dat in één ervan werd meegedeeld, dat een zeer betrouwbare methode om de ernstige astma-aanval te doorbreken bestond in het aftappen van liquor cerebrospinalis.

Eén van onze patiënten vertelde eens zelf een verhaal, dat een merkwaardig inzicht gaf in de werking van psychische factoren bij medische bemoeiingen. Hij had zich een keer naar het ziekenhuis laten brengen, omdat hij zo benauwd was. Hij vroeg de zuster of die met een mandrin zijn spray schoon wilde maken, die al een dag verstopt was, omdat hij dan in afwachting van de komst van de opnamedokter kon inhaleren. Op het moment echter, dat hij zag dat de spray weer werkte, kwam er een opgelucht, blij gevoel in hem en de benauwdheid verdween. Er zullen zeker medicijnen zijn, die primair organisch werken, zoals adrenaline, die de spasme van de bronchiaalmusculatuur opheft, maar men is bij het astma nooit zeker in hoeverre een bepaalde therapie hoofdzakelijk op psychogene gronden aanslaat.

Belangrijk om een beter begrip te krijgen in de werking van psychische factoren zijn de gevallen, waarbij zowel astma als ulcusklachten voorkomen. In het materiaal, dat wij in de loop der jaren verzamelden, kwamen er enige voor. Het bleek, dat de twee nooit gelijktijdig optraden en dat de situatie, waarin het astma ontstond, altijd een andere was als die, waarin de ulcusklachten naar voren kwamen.

In één geval had de patiënt in zijn jeugd astma. Vlak voor hij in dienst moest kreeg hij een heftige aanval. In dienst had hij echter geen last; wel kreeg hij daar na verloop van tijd ulcusklachten. Een tijdlang was het zo, dat hij midden in de week ulcusklachten had en het weekend astma.

Een ander interessant geval was dat van een tweeling, waarbij, gezien het gelijke geslacht en de gelijke bloedgroepen de kans op monozygotie ruim 80 procent moest zijn, terwijl, lettende op de sterke gelijkenis, die kans nog aanzienlijk groter was. Een

helft van deze tweeling werd zes weken in de couveuse verpleegd. Hij vroeg heel veel aandacht, ook voordat hij op vijfjarige leeftijd astma kreeg. Deze patiënt voelde zich steeds bedreigd door zijn veel krachtiger broer, die meteen van de geboorte af bij moeder kon blijven. De eerste hilde als kind veel en dronk slecht, terwijl de tweede veel rustiger was en gretig dronk. Op 18-jarige leeftijd kwam deze rustige jongen in de gevangenis terecht, waar hij heftige ulcusklachten kreeg. Later werd hij voor een telkens recidiverend ulcus geopereerd. Beide patiënten verschilden, wat het karakter aangaat, duidelijk. De astma-patiënt was wispelturig, egocentrisch en kon zich niet aan een meisje binden, zoals men dat vaak bij astma-patiënten ziet. De ander was serieus, hij toonde een groot verantwoordelijkheidsgevoel en voelde zich ook zeer vast verbonden aan zijn meisje. Uit het geval met alternerend astma en maagklachten kan men concluderen, dat de aard van de situatie, waarin de astma-aanval ontstaat, een andere is dan die waarin maagpijnen bij een ulcus-patiënt optreden. Uit dat van de tweeling krijgt men de indruk, dat de hele persoonlijkheidsontwikkeling een rol speelt. Het is een merkwaardig feit dat in het geval van de tweeling, de latere astma-patiënt als baby een „huiler” was, terwijl zijn broertje een „drinker” kon worden genoemd. Het is alsof hiermee reeds op zeer jonge leeftijd het orgaansysteem was bepaald, waarin de bijzondere reacties zouden plaats vinden.

Nadat verschillende psychische aspecten van het astma bekeken zijn, komt de vraag hoe men zich voor kan stellen, dat deze psychische factoren met de lichamelijke samenhangen. Bij de bespreking van het verband tussen de astma-aanval en het huilen is hiervoor al een aanwijzing gegeven. Deze komt er op neer, dat men er rekening mee moet houden, dat gevoelens en stemming niet slechts intrapsychische fenomenen zijn, die ten hoogste samengaan met kleine veranderingen in de hersenen, maar dat ze samengaan met verschuivingen in het functiepatroon van het hele lichaam. Dit blijkt uit de algemeen bekende invloed op hartactie, transpiratie, urineproductie en darmbewegingen. Soms gaan affecten niet slechts gepaard met dergelijke veranderingen, die hoofdzakelijk de interne economie van het lichaam betreffen, maar leiden ze tot uitdrukkingbewegingen als lachen, huilen, gillen. Deze uitdrukkingbewegingen zijn instinctief vastgelegde reactiepatronen, die door hun oude oorsprong goed aangepast zijn aan het verdere lichamelijke functioneren. Normaal huilen of lachen brengt de ademhalingsfunctie niet in de war. Deze functie is zelf dusdanig stabiel, dat er allerlei variaties mogelijk zijn. Er is ruimte om de inspiraties sterker te maken, maar ook om de expiraties te vergroten, zonder dat er een te groot of te klein luchtresidu optreedt. Er na treedt weer snel een evenwicht tussen expiratie en inspiratie op. Deze stabiliteit van de ademhalingsfunctie is echter niet automatisch gegeven, maar wordt in stand gehouden door regulaties van verschillende variabelen. Al naar de omstandig-

heden varieert bijvoorbeeld de sterkte van de ademings- of uitademingsbeweging en kan de wijde van de bronchiën worden gewijzigd. Ook als bepaalde variabelen door omstandigheden worden gefixeerd in een ongunstige positie, bijvoorbeeld als er een vernauwing in de bronchiën is, zal het meestal wel mogelijk zijn het evenwicht te bewaren, hoewel het dan minder stabiel wordt. Een compensatie van ongunstige veranderingen, zo, dat toch het evenwicht bewaard blijft, zien we bij allerlei functies, zoals in het geval van de gecompenseerde hartgebreken.

Bij astma-patiënten krijgt men vaak de indruk, dat er een onvoldoende streven is om de evenwichtsstand zo goed mogelijk aan te houden. De ademhaling is soms duidelijk inefficiënt, er wordt bijvoorbeeld te diep ingeademd, waardoor het residu alleen maar toe kan nemen en de buikademhaling functioneert niet goed. Sommige patiënten schijnen de glottis te vernauwen (verschijnsel van Talma). Dit zijn aanwijzingen, dat de regulatie van de functie gestoord is.

Trouwens, ook bij de sterke contractie van de bronchiaalmusculatuur moet toch de regulatie een rol spelen. Als men de patiënt afleidt wordt de toestand ook vaak beter. Het is alsof de regulatie dan minder

wordt tegengewerkt. Dit kan men verklaren, doordat de uitdrukingsfunctie, die op de ademhaling gesuperponeerd is, deze stoort. In normale gevallen zal dat weinig voorkomen, maar juist als de uitdrukingsfunctie door een sterke tendens tot uiting aan de ene kant en een repressie aan de andere wordt vervormd, kan dat eerder voorkomen. Terwijl het huilen niet wordt getolereerd, krijgt de patiënt als regel wel aandacht in verband met zijn astma-aanval. Daardoor is er grote kans, dat de aanval nu een belangrijke uitdrukingswaarde krijgt en wordt geritualiseerd. Afgezien van het gedrag van de omgeving kan de aanval verder bij de patiënt sensaties opwekken, die hem bevredigen. Als men het vertrouwen van patiënten heeft, vertellen ze ook wel hoe er soms een verlangen naar een soort orgastisch beleven in de aanval over hen komt. Alle belevingsuitdrukking schenkt trouwens terugwerking door verandering van de houding van de omgeving, maar ook directer bijvoorbeeld doordat iemand die gilt, zichzelf hoort gillen en daarmee als het ware al minder eenzaam is.

Met deze uiteenzetting is het hopelijk enigszins gelukt de verschillende feiten, waarmee men in de psychosomatiek te maken krijgt, in onderling verband te brengen.

SPOEDEISENDE GEVALLEN IN DE ALGEMENE PRAKTIJK (17)

Spoedeisende gevallen in de mondheelkunde

DOOR DR. W. A. M. VAN DER KWAST, SPECIALIST VOOR MONDHEELKUNDE TE HAARLEM

Toen Flieringa schreef over spoedeisende gevallen in de oogheelkunde — (1959) huisarts en wetenschap 3, 6 — wees hij op de betrekkelijkheid van het begrip „spoed” en op het feit dat gevallen, waarin het uitblijven van onmiddellijke hulp fataal zou zijn, zich in de oogheelkunde praktisch niet voordoen. Deze zelfde beperking moet worden gemaakt voor de mondheelkunde. Onder de vele afwijkingen, die in de mondholte voorkomen, zijn er slechts enkele, die een directe bedreiging vormen voor het leven van de patiënt. Deze komen bovendien betrekkelijk zelden voor.

Regelmatig blijkt, dat voor diverse stomatologische aandoeningen primair de huisarts wordt geconsulteerd, hoewel het ook voorkomt, dat de hulp van de huisarts wordt ingeroepen, wanneer na behandeling door de tandarts complicaties zijn opgetreden. Een bespreking van die aandoeningen, waarvan beloop en prognose worden begunstigd door het instellen van een snelle adequate therapie, is hier zeker op zijn plaats.

In deze beschouwing zal aan specifiek tandheelkun-

dige problemen worden voorbijgegaan, omdat zij voor de huisarts van ondergeschikt belang zijn. Door onvoldoende bekendheid met de tandheelkunde spreken deze problemen hem bovendien niet aan. Er zal hier iets worden gezegd over de kwaadaardige gezwellen in de mondholte en de diagnostiek hiervan, alsook over enkele traumatologische aandoeningen en sommige vormen van ontsteking.

Tumoren. De verscheidenheid van tumoren, die in de mondholte voorkomen, is groot. Bijzonderheden over de benigne tumoren doen op deze plaats niet terzake. Wel moeten echter enkele opmerkingen worden gemaakt over het carcinoom, dat in de mondholte kan voorkomen en dat in een groot aantal gevallen niet wordt onderkend. Het is helaas meer regel dan uitzondering, dat mondcarcinomen in eerste instantie worden behandeld als hardnekige dentogene ontstekingen.

Kwaadaardige gezwellen in de mondholte komen vooral voor als carcinoom van het bekleedende slijmvlies van de kaak zelf of van de kaakholte. Meestal zijn het plaveiselcelcarcinomen — 90 procent van