

jejunum en een zeer grote maligne tumor van het jejunum.

Hoewel ik deze patiënt de laatste maanden voor zijn dood herhaaldelijk onderzocht, moet mijn onderzoek nimmer volledig zijn uitgevoerd. Ik was ervan overtuigd, dat de achteruitgang van patiënt's

gezondheid voldoende kon worden verklaard door de longafwijkingen en de zware diabetes.

Deze drie gevallen zijn voor mij een aansporing waakzamer te blijven ten aanzien van chronische patiënten en mij minder te laten beïnvloeden door het etiket, dat zij dragen.

*De betekenis van de psychologie van de hart- en vaatpatiënten voor de huisarts**

DOOR BERTHOLD STOKVIS

Wanneer wij hier spreken over de betekenis van de psychologie van de hart- en vaatpatiënt voor de huisarts, dan is het dit keer niet alleen het gebruikelijke psychosomatische aspect, dat zal worden belicht. Het betreft hier een andere kant van dit vraagstuk, dat slechts weinig aan de orde wordt gesteld en toch van belang is: de wijze, waarop lijdens aan circulatiestoornissen hun ziek-zijn beleven en de manier, waarop zij aan hun leven vorm geven. Wij zullen dus hier de fenomenologische zijde van de psychologie van de hart-vaatpatiënt naar voren schuiven, zonder de andere aspecten van dit vraagstuk uit het oog te verliezen.

I In wezen is elke ziekte een lichamenlijk-geestelijk gebeuren. Voor circulatiestoornissen geldt dit in bijzondere mate, omdat deze ziekten ingrijpen in een orgaanstelsel, dat voor de instandhouding van het leven van primair belang is.

Wij beperken ons bij deze beschouwing niet uitsluitend tot de hart- en vaatziekten, die men tot de psychosomatische stoornissen rekent en waaronder wij die ziekten van het circulatiesysteem verstaan, waarbij emotionele invloeden uit heden of verleden een rol spelen, zoals essentiële hypertonie, managerziekte, coronairsclerose, hartinfarct, hartneurosen en vasovagale aanvallen. Patiënten met dergelijke afwijkingen beleven hun ziekte met een bijzondere instelling. Wij willen hier echter ingaan op het ziek-zijn en het beleven van de ziekte bij alle patiënten, die aan afwijkingen in het circulatiesysteem lijden, ook bij dié, bij wie het ziek-zijn door overwegend somatische invloeden wordt bepaald, bijvoorbeeld bij mensen met stoornissen van de mitraalkleppen of met gedecompenseerde hartafwijkingen. Het verloop van hun leven wordt door de bijzondere aard van hun ziek-zijn bepaald. Deze is gekenmerkt door een alles overheersend beleven van angst. Wij zullen hierop straks nader ingaan.

Reeds de oude huisarts wist, hoezeer het lichamenlijk ziek-zijn bij mensen met gestoorde circulatie, psychisch tot uiting komt. Men drukt dit tegenwoordig

anders uit. Ziet men de zieke in het kader van de beschouwing van de mens als psychosomatische eenheid, als psychofysische totaliteit met vrije geest, dan kan men zeggen, dat ieder ziek-zijn zich ipso facto lichamenlijk en geestelijk uit; het hangt van de aard van dit ziek-zijn af, of de lichamenlijke dan wel de geestelijke verschijnselen overheersen. Het is dus de facto niet geoorloofd, de lichamenlijke en de geestelijke symptomen afzonderlijk te beschouwen, omdat immers elk ziekteverschijnsel op zichzelf uitsluitend lichamenlijk-geestelijk kan worden beschouwd. Men zou alleen kunnen zeggen, dat het ziekteverschijnsel meer in de lichamenlijkheid, of meer in het psychische tot uiting komt.

Antropologisch bezien moet men het hartziek-zijn opvatten als een bepaalde vorm van zijns-angst. De hartpatiënt staat anders in de wereld dan de longpatiënt. Hij voelt zich onophoudelijk bedreigd, hij is onzeker, hij is niet graag alleen, hij vreest de eenzaamheid. Hij heeft altijd opnieuw geruststelling nodig, hij wil „bij de hand genomen worden”, om van de markante terminologie van *Binswanger* gebruik te maken.

Reeds van oudsher heeft men waargenomen, dat het hartziek-zijn gepaard gaat met bepaalde psychische veranderingen. Bij vroegere onderzoekers leest men al van een „hart-psyche”. Zover willen wij zeker niet gaan, al was het alleen, omdat wij tot alle prijs de schijn willen vermijden aanhangers te zijn van de zogenaamde specificiteitshypothese in de psychosomatische geneeskunde: de veronderstelling, dat er bepaalde conflictsituaties en bepaalde persoonlijkheidsstructuren bij bepaalde ziekten zouden bestaan. Wij konden ook bij patiënten met hartziekten geen specifieke persoonlijkheidsstructuur en daarmee ook geen „hart-psyche”, om deze verouderde uitdrukking nog even te gebruiken, aantonen. Wij kunnen het niet eens zijn met de onderzoekers, die meenden „certain common personality characteristics” op te merken, bijvoorbeeld bij patiënten met angina pectoris (*Bach*), met hypertonie (*Hambling, Palmer*), met paroxysmale tachycardie (*Duncan*), of met coronairinfarct (*Dunbar, Williams*). Wij vonden niét, dat met een bepaalde

* Uit het Psychosomatisch Centrum van de Rijksuniversiteit te Leiden; voordracht, gehouden in het kader van de Boerhaavecursus 1959 te Leiden op 10 april 1959.

somatische ziekte een bepaalde neurotische karakterstructuur gepaard gaat; wél hebben wij bij onze gevallen van hart- en vaatziekten belangrijke stoornissen opgemerkt in de verhouding van de patiënt tot zijn omgeving en zijn medemens.

* * *

II De aard van deze stoornissen zullen wij nu bespreken door de psychologie van de hartpatiënt fenomenologisch te onderzoeken.

Er bestaat onzes inziens geen specifiek type van beleven bij lijders aan deze stoornissen. Men kan hier tegen inbrengen, dat men bezwaarlijk van „de” stoornis van de circulatie kan spreken, omdat er vele soorten hart- en vaatziekten zijn. Bovendien kan men naar voren brengen, dat men een onderscheid moet maken tussen psychosomatisch en zuiver somatische circulatiestoornissen. Onze jarenlange ervaring heeft ons echter altijd weer getoond, dat men, uitgaande van de opvatting van de mens als totaliteit van geest en lichaam, ziekte in alle gevallen moet trachten te zien en te begrijpen in het licht van de levensgeschiedenis van de patiënt. Dan blijken dikwijls stoornissen in het ritme uitingen van een neurotische levensvorm, soms uitdrukking van een affectgebeuren in de lichamelijkeheid. Het beleven van het affect, dus het affect-beleven en de uitdrukking ervan, dus de affect-uitdrukking zien wij daarbij als twee onafscheidelijke aspecten van één-en-hetzelfde gebeuren.

Soms krijgen vaatziekten, zoals de essentieel verhoogde bloeddruk, een bijzondere betekenis: de verhoogde bloeddruk verraadt het gespannen-zijn van de zieke; de wereld buiten zijn lichamelijkeheid schijnt hem op grond van innerlijke en uiterlijke motieven subjectief eng, nauw, drukkend en bovenmatig gespannen toe (*Boss*).

Het vegetatieve ziekteverschijnsel is voor ons toestand en tegelijk uitdrukking van de wijze van beleving; het is eenvoudig een aspect van het menselijke gedrag. Men moet het affect-gebeuren als een twee-eenheid opvatten; doet men dat niet, dan derailliert men en vervalt weer in de ouderwetse terminologie van „psychogeen” of van „invloed van de geest op het lichaam”, of iets dergelijks. Hetzelfde geldt ook voor de angina pectoris. Vroeger sprak men van een vitale angst, veroorzaakt door lichamelijke stoornissen (*Binder*). Tegenwoordig hecht men veel meer waarde aan de wijze, waarop de beleving van de angst (de doodsangst) door de patiënt wordt verwerkt. Bij de managerziekte beleeft de zieke een gevoel van spanning (als gevolg van verdrongen agressies) en een onophoudelijke druk, die men zou kunnen interpreteren als het beleven van de angst voor een al te grote verantwoordelijkheid.

Wanneer er een insufficiëntie, c.q. een decompensatie van het hart optreedt, moet dit ogenschijnlijk zuiver lichamelijke verschijnsel eveneens als uitdrukking van het lichamenlijk-geestelijke gebeuren worden opgevat; ook dan moet het optreden van dit

ziekteverschijnsel worden gezien in samenhang met verdrongen belevenissen van de zieke. Deze belevenissen kunnen alleen dieptepsychologisch nader worden onderzocht. De ervaringen met ons materiaal aan patiënten bevestigen de bevindingen van *Chambers* en *Reiser*, die in vele gevallen van decompensatie van het hart de aanwezigheid van emotionele gebeurtenissen konden aantonen. Dit wil natuurlijk helemaal niet zeggen, dat een chronisch hartlijden door emoties wordt veroorzaakt. Men moet zich hierbij hoeden voor overdrijving (*Sprague*).

Er zijn gevallen, waarbij circulatiestoornissen als „zuiver somatisch gedetermineerd” worden beschouwd. Men pleegt dat veelal te doen bij bloedingen, trombose en infarcten. Maar ook in die gevallen kan men onzes inziens alleen dán tot een werkelijk begrip van de samenhang der dingen komen, wanneer men de ziekte tracht te begrijpen binnen het geheel van de levensgeschiedenis van de patiënt.

In deze zin zei *Von Weizsäcker* eens: „Die Angst des Kranken hat sich da bewahrheitet. Wenn das Leben für ihn jeden Wert verloren hat, tritt eine Katastrophe ein”. Vele jaren geleden heeft *Wittkower* hiervoor de term „Katastrophenhypertonie” voorgesteld. Hij wilde daarmee die patiënten aanduiden, die na een diepingrijpende beleving of in aansluiting aan een „emotionally stressful life situation” (*Reid*) geheel en al ineenstorten, zonder dat zij hun innerlijke evenwicht weer terug kunnen vinden.

De verschillende circulatiestoornissen hebben één trek gemeen. Men zou kunnen zeggen, dat angst de beleving is, die men in de meest verschillende vormen en graderingen bij alle patiënten met circulatiestoornissen aantreft.

Deze angst wordt in de algemene praktijk, zoals te begrijpen is, therapeutisch dikwijls verwaarloosd (*Reiser*). Hij wordt soms later als schuldgevoel en angst voor straf beleefd, die zich lichamenlijk bijvoorbeeld als hartkloppingen kan uiten, een andere keer treedt de angst op als een gevoel, waarbij de patiënt de sensatie heeft, dat hij te gronde gaat; in het Duits spreekt men van „Vernichtungsgefühl”. Deze vorm van angst drukt zich somatisch uit in aanvallen van angina pectoris.

Men kan de wijze, waarop de hart-vaatpatiënt zijn ziek-zijn beleeft, op verschillende manieren nagaan en wel:

- a door onderzoek van het spraakgebruik;
- b door een fenomenologische analyse van de ziektebeleving;
- c door experimenteel medisch-psychologisch onderzoek.

a *Het onderzoek van het spraakgebruik*

Uit het dagelijkse spraakgebruik zijn talrijke voorbeelden bekend, waarin de circulatiestoornis op de

meest uiteenlopende wijze wordt gebruikt en verbonden met allerlei belevingen ofwel symbolisch wordt aangewend. Voor de taal van de dichter geldt dit in nog ruimere mate. Het *hart* wordt aangehaald:

- 1 als zetel van het affectbeleven (het hart bloedt, beeft, slaat heftig van angst, staat stil van schrik);
- 2 als aanduiding van een gevoelstoon (mijn hartje, hartedief, hartewens);
- 3 als zetel van de gehele persoonlijkheid (men doet iets uit de grond van zijn hart, met de hand op zijn hart, men neemt iets ter harte);
- 4 als uitdrukking van karaktereigenschappen (men is trouwhartig, openhartig, harteloos).

De omgangstaal wijst op soortgelijke wijze op de betekenis, die het vaatstelsel als symbool van het leven en als de zetel van de vitale gevoelens toekomt.

Maar niet alleen het hart wordt als metafoor gebruikt, hetzelfde geldt voor het *bloed*. Ook hier zijn al weer vier grondvormen te onderscheiden: het bloed als uitdrukking van affecten (het bloed kookt, jaagt, stukt in de aderen); vervolgens: het bloed als gevoelstoon (bloedeigen, bloed zweten, het bloed kruipt, waar het niet gaan kan). Voorts: het bloed als tekening van het karakter (bloeddorstig, koelbloedig, vissenbloed). En tenslotte: het bloed als symbool van het leven, zoals uit vele gedichten blijkt.

b *De fenomenologische analyse van het hartziek-zijn*

Daarbij springt direct in het oog, dat de hartpatiënt zijn lijden dikwijls met angst, afgrijzen en ontzetting beleeft. Hij staat er hulpeloos en met verbijstering tegenover. De ziekte wordt hem tot een obsessie van steeds dreigend onheil, dat zijn leven voortdurend in gevaar brengt. Het houdt al zijn gedachten als in een ban gevangen. Hij leeft in een stage onrust. Hij verkeert in een spanning, die als een gevoel van gespannen-zijn wordt beleefd en die zich lichamelijk als een verandering in de vaattonus uit. Deze spanning kan gepaard gaan met veranderingen in de levenshouding. Zo leeft de patiënt met verhoogde bloeddruk in een toestand van voortdurende angst en vrees.

Men moet zich afvragen, waarom juist bij de hart- en vaatpatiënt de angst op de voorgrond staat.

Wij zouden eerst willen herinneren aan de fijnzinnige analyse van *Heidegger*, als hij zegt: „Der Tod ist eine Seinsmöglichkeit, die je das Dasein selbst zu übernehmen hat. Die Angst vor dem Tode ist Angst vor dem eigensten, überzüglichen und unüberholbaren Sein-Können”. Volgens *Heidegger* laat de normale mens in zijn dagelijkse leven de moed tot het hebben van doodsangst bij zichzelf niet toe. Het is te begrijpen, dat de hartpatiënt er vaak niet in slaagt, deze vlucht voor de dood vol te houden, dank zij het feit, dat hij voortdurend wordt

geconfronteerd met de mogelijkheid op dit moment en op deze plaats dood te blijven. En deze mislukking wordt hem tot angst.

Analoog daaraan zou men kunnen aannemen, dat de ontoereikendheid en zwakte, die inherent is aan de ernstige hartpatiënt, de mens dubbel angstig moet maken, wanneer hij tracht de confrontatie met zijn mogelijkheden uit de weg te gaan.

Ook dieptepsychologisch heeft men getracht de sterke angst bij lijders aan hart- en vaatziekten te verklaren. *Schultz* beschrijft deze angst zo treffend als een diepe, half bewuste angst voor een ongewenste, verdrongen, driftmatige instelling. Men kan angst hebben voor zijn eigen geneigdheid tot haat, voor zijn opwellingen van haat tegen zijn naasten uit zijn tegenwoordige of vroegere omgeving, men kan angst hebben voor de mogelijkheid slachtoffer te worden van het noodlot, dat iedere mens kan treffen of voor de vergankelijkheid van het aardse leven. Hier raakt de angst de oerangst van de mens, de angst voor de existentie, de zijnsangst, de angst voor ouderdom en dood.

Dieptepsychologisch bezien zijn de hartpatiënten, die wij hebben onderzocht, dikwijls mensen met onderdrukte woede- en wraakgevoelens, mensen met agressieve neigingen. Uit angst voor hun boze wensens jegens mensen uit hun naaste omgeving zijn zij in een toestand van voortdurende angst geraakt. Zij zien hun ziekte als een zelfbestrafing. Onze patiënten bleken mensen met zware zorgen van alledag, met zorgen om het dagelijks brood, met tegenspoed in hun beroep, met slechte verhoudingen in het gezinsleven, met ongeluk in de liefde en teleurstellingen op seksueel gebied. Wij zagen onder hen mensen, die zich dagelijks afbeulen en afjakkeren of op wie in hun werk of anderszins een veel te zware verantwoording rust. Onder deze patiënten bevonden zich mensen, die met hun geweten in conflict waren geraakt en die in voortdurende onzekerheid en angst uit verdrongen haatgevoelens en moeizaam ingehouden woedeuitbarstingen moesten verder leven.

c *Het experimenteel medisch-psychologisch onderzoek*

Dit kan men onderscheiden in:

- 1 het psychodiagnostische onderzoek;
- 2 fysiopsychologisch onderzoek;
- 3 het experimenteel-klinische onderzoek.

1 *Het psychodiagnostische onderzoek*

De kardinale vraag bij de klinische testpsychologie in het algemeen is, of een uitgebreid testonderzoek in staat is een waardevolle bijdrage te leveren tot de inzichten die bij het klinische gesprek zijn verworven. Na een 25-jarige ondervinding als testpsycholoog menen wij deze vraag positief bevestigend te mogen beantwoorden. De uitkomsten van het psychodiagnostische onderzoek geven dikwijls

een waardevolle aanvulling van de kennis omtrent de wijze, waarop de zieke zijn belevingen verwerkt. Natuurlijk gaat aan het testen het opnemen van een biografische anamnese vooraf.

Wij zouden nu iets willen mededelen over onze test-ervaringen bij patiënten met circulatiestoornissen en wel in de eerste plaats bij de zogenaamde psychosomatische circulatiezieken. Dit zijn mensen, die men volgens onze Leidse opvattingen tot de somato-neurotici kan rekenen.

De door ons onderzochte psychosomatische hart-vaatpatiënten bleken volgens de testuitkomsten infantiel, onrijp, affectieel te zijn. Hun intellectuele prestaties zijn affectief geremd. Zij hebben een sterke behoefte zich te doen gelden. Dit brengt hen vaak in moeilijkheden, omdat hun neurotisch geremde intelligentie hen niet in staat stelt de vurig verlangde prestaties op te brengen. Er bestaat bij hen een conflict enerzijds tussen overdreven eisen aan zichzelf en hooggestemde idealen bij een onvermogen, en anderzijds de rauwe werkelijkheid van het leven, waarin van deze idealen niets terecht komt. Dit conflict leidt bij hen dikwijls tot sterke geestelijke spanningen en haatgevoelens. Zij trachten deze angstig weg te duwen, te verdringen, maar slagen er niet in ze harmonisch te overwinnen. De mislukte pogingen, klaar te komen met de haat, die zij tegenover de buitenwereld koesteren, leiden tot de reeds genoemde haatinstelling. Zij durven deze zichzelf niet te bekennen, maar altijd komt zij in het bewustzijn te voorschijn in de gedaante van angst, van bedreiging van de existentie en van een nooit verminderend gevoel van opwinding. De geestelijke spanning, die met het conflict gepaard gaat, uit zich ook in het lichamelijke. Wij kunnen daarom spreken van een emotionele toestand van geestelijk-lichamelijk gespannen-zijn.

Bij enige patiënten meenden wij, op grond van het testen volgens *Rorschach* en *Szondi*, een innerlijke verbijstering, door de Amerikanen met „perplexity” aangeduid, en een onzekerheid („impotence”) te moeten constateren. Bij deze mensen bestaat een dusdanige Ik-zwakke en een toestand van desintegratie, dat men hier niet meer van een somato-neurose kan spreken, maar van een somato-psychose, of zoals *Meng* deze noemt: een orgaanpsychose.

* * *

De belangrijkste component, die de innerlijke situatie bij zulk een patiënt helpt bepalen, is het eenzaamheidsgevoel. Hij voelt zich verlaten en liefdeloos behandeld. Hij kan dit gevoel van terneergeslagenheid niet overwinnen. Hij tracht in een neurotische verdringing aan deze uitzichtloze situatie te ontkomen. In deze poging tot verdringing slaagt hij niet en hij uit dit opnieuw in haat tegen de buitenwereld, die hem zo in de steek heeft gelaten. Maar hij durft deze gevoelens niet vrij uit te leven en richt daarom de agressie tegen zichzelf, dus tegen de eigen lichamelijk-geestelijke totaliteit. Dit onbewust verlopend proces wordt hem bewust in de vorm van innerlijke angst, spanning en onrust.

Deze kennis van de innerlijke structuur van het beleven van het ziek-zijn en zijn dieptepsychologische achtergrond danken wij niet aan enkele, dikwijls onnauwkeurige, subjectieve uitlatingen, maar aan systematische testonderzoekingen en met name aan het zogenaamde projectieve onderzoek. Dit heeft na de oorlog een grote vlucht genomen. Het heeft de mogelijkheid geopend, de levensloop van de patiënt experimenteel na te gaan en daardoor ook de hart-vaatpatiënt in zijn ziek-zijn beter te leren begrijpen. De wijze waarop hij zijn leven heeft ingericht, zijn mistasten, zijn falen en zijn ziekte kunnen in het kader van de mislukkingen in zijn levensgeschiedenis beter worden begrepen.

Bij onze patiënten met circulatiestoornissen — en nu niet alleen de psychosomatische, maar ook de zuiver-somatische — gaat het vaak om mensen, die teleurstelling hebben ervaren bij hun werk of in hun huwelijk. Zij kunnen hun verzet tegen het lot niet in wraak, woede en agressie omzetten, maar moeten deze gevoelens verdringen. De zieken drukken deze houding lichamelijk-geestelijk uit. (Dieptepsychologisch zou men zeggen: de patiënt richt de geblokkeerde, agressieve neigingen, waaruit hij zich uit een gevoel van onbehagen wil ontdoen, opnieuw tegen zichzelf. In zijn ziekte komt dit lichamelijk-geestelijk tot uitdrukking.)

De chronische zieken, die wij onderzochten en die hoofdzakelijk somatisch gestoord waren, hadden soortgelijke belevenissen; ook bij hen vertoonden zich innerlijke spanningen en angst. In bijna alle gevallen verwerken zij hun ziek-zijn neurotisch en hypochondrisch. De zieke komt daardoor in een fatale kringloop: hij beleeft eerst lichamelijke ziekteverschijnselen, daarop volgt het angstige verwachten, wat dan weer, om de cirkel te sluiten, tot een verergering van het lichamelijk lijden voert.

2 *Het fysiopsychologische onderzoek*

Al jarenlang (*Stokvis*) hebben wij in Leiden getracht het beleven van het ziek-zijn bij de hart-vaatpatiënt experimenteel na te gaan. Wij hebben verschillende vegetatieve uitdrukkingsmiddelen van de zieke onderzocht: de registrering van de bloeddruk (vroeger elektromagnetisch met triodenlampversterking, later met een elektronische apparatuur), de registrering van de pols, de actiestromen van het hart, de ademhaling, de bloedvulling (met behulp van een foto-plethysmograaf), de galvanische huidreactie (vroeger psychogalvanisch reflexfenomeen genoemd) en de elektroencefalografische verschijnselen. Wij hebben bij gezonden en bij hart-vaatzieken vergelijkende onderzoekingen verricht, om door correlatieberekeningen de samenhang na te gaan tussen de lichamelijke uitdrukkingverschijnselen en het affectieve beleven. Het is ons gelukt, uit de gemaakte curven van de fysiopsychologische veranderingen bepaalde gevolgtrekkingen te maken over het affectieve beleven. Het hoe-beleven bleek voor de patiënt belangrijker te zijn dan het wat-beleven. Het is mogelijk uit de veranderingen in de bloed-

druk verschillende gegevens vast te stellen. Men kan nagaan, of een proefpersoon een gesprek affectief beleeft, of hij sensitief is, dus gemakkelijk toegankelijk is voor affecten, of hij het affect lang nabeeleeft, of hij al van te voren in een affectieve toestand was, of eerst daarna erin geraakte. *Stevenson* c.s. hebben voor enige jaren al gepoogd bepaalde conclusies over de affectiviteit te trekken (meer speciaal over de angst) uit het optreden van extrasystoles bij hartpatiënten, wanneer zij opwindende gesprekken moesten voeren.

Wij konden bij hart- en vaatziekten, vooral bij essentiële hypertensie constateren, dat deze optreden bij mensen, die in een toestand van voortdurende gespannenheid leven en daardoor in een chronische affectoestand verkeren. Zij zijn zeer vatbaar voor nieuwe affecten, die weer lang bij hen nawerken.

3 *Het experimenteel-klinische onderzoek*

Wij hebben door hypnose, actieve tonusregulatie en autogene training getracht de beleving van het ziek-zijn bij hart- en vaatpatiënten te onderzoeken. *Schultz* heeft met zijn autogene training reeds lang geleden erop gewezen, dat de beleving van de zogenaamde ontdekking van het hart in de methode van de autogene training gepaard kan gaan met angst, zelfs met doodsangst. Onze klinische ervaringen hebben dit bevestigd. Dit komt ook voor als een patiënt door het controleren van de automatische hartslag de mogelijkheid met evidentie ervaart, dat deze plotseling zou kunnen worden onderbroken. Dezelfde gewaarwordingen hebben mensen, die bang zijn voor het slapen op de linkerzijde.

Experimenti gratia werden verscheidene suggesties en autosuggesties toegediend; de erbij optredende lichamelijke verschijnselen werden geregistreerd. In 1943 hadden wij de gelegenheid een indrukwekkende waarneming te doen. Door een huisarts werd onze hulp ingeroepen voor een 47-jarige man. Hij werd door de Nazis bedreigd. De vraagstelling van de huisarts luidde, of het mogelijk was deze man een methode te leren, waardoor hij zijn polsfrequentie willekeurig zou kunnen verhogen om de indruk te wekken, lijder aan paroxysmale tachycardie te zijn. Zo zou het mogelijk zijn hem voorlopig van deportatie te vrijwaren. Na lang aarzelen meenden wij dat de omstandigheden ons optreden medisch-ethisch wettigden. Door ontspanningsoefeningen, zoals wij die in Leiden met de actieve tonusregulatie toepassen, gelukte het hem door intensieve oefening, 20-40 keer per dag, zijn pols tot 220 slagen per minuut op te voeren. Nu is het interessant, dat bij deze man psychische verschijnselen ontstonden, gelijk die bij „echte” hartvaatzieken plegen op te treden. Dit vond plaats ondanks het feit, dat de snelle pols door (auto)suggestie van een met angst gepaard gaande vroeger door-gemaakte beleving werd opgewekt. Hij doorleefde namelijk één keer dezelfde doodsangst, die men bij een „echte” angina pectoris doormaakt en hij kreeg zelfs een hevige pijn aanval.

Deze experimenteel te voorschijn geroepen angina pectoris toont alweer, hoe ingrijpend het angstbeleving bij circulatiestoornissen is.

* * *

III Wij zullen nu, eveneens aan de hand van fenomenologische onderzoeken, de betekenis van de hart-vaatziekte als beleving belichten. Als men de oudere literatuur naslaat, vindt men enkele studies van *Braun* over dit onderwerp, die wel enig in hun soort mogen worden genoemd. Zijn werk „Herz und Angst” en zijn bijdrage in het *Sammelwerk* van *Schwarz* „Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome”, dat reeds in 1925 verscheen, zijn de belangrijkste. Hij toont in deze geschriften, die rijk aan inhoud zijn, aan, dat de angstbeleving bij alle soorten hart- en vaatziekten overheersend is. Natuurlijk zijn zijn theoretische gezichtspunten en zijn conclusies achterhaald door de tegenwoordige totaliteitsopvatting van de mens; ook gaan de tegenwoordige dieptepsychologische onderzoeken verder, maar, uitgaande van het klinische en algemeen cultuurhistorische standpunt blijft zijn arbeid waardevol.

Wij stippen nu een paar gevallen uit onze praktijk aan, die natuurlijk met ontelbare andere kunnen worden aangevuld. Een 27-jarige vrouw met hoge bloeddruk zegt: „Dat gevoel, dat ik af en toe in mijn hoofd heb, is ontzettend, het is alsof mijn hele hoofd wordt samengeperst, ik ben er dan zo onrustig en angstig bij en denk, dat het ieder ogenblik met mij gedaan kan zijn”. En inderdaad, het vraagstuk van de angst is het probleem van de dood, het onmiskenbare inzicht, dat het leven afloopt, dat men in het niets opgaat, iets onbekends gaat zich voltrekken, het is de vraag of het leven nog wel verder zal gaan.

Een ander geval is dat van een 50-jarige collega, een huisarts, die sinds enige maanden angineuze bezwaren heeft. Hij krijgt een aanval en roept in wanhoop: „O, *o* toch niet de kamer uit, ik heb zo’n verschrikkelijke angst, ik sterf!”, enige minuten later is hij werkelijk dood. Dit zekere verwachten van de naderende dood, dat met grote angst gepaard gaat, hebben wij bij vele hartpatiënten kunnen constateren. De angst als affectbeleving is met de affectuiddrukking van het lichamenlijk-geestelijk falen onwrikbaar verbonden: een gevoel van onzegbare zwakte, krachteloosheid, hulpeloosheid, onzekerheid, ontsteltenis, verbijstering en een gevoel vernietigd te zijn, niets meer te zijn.

De aard van het onbewuste beleving van de angst kan men opmaken uit dromen van de patiënten. Wij hebben bij enkelen van hen dromen waargenomen, waarin de zieke als een verlaten kind naar zijn moeder verlangt. Ook *Braun* vermeldt dergelijke dromen, waaruit een zoeken naar de moeder spreekt. Om deze gevoelens nader te belichten is een psychotherapeutisch ingrijpen nodig.

Het is niet mogelijk uit de wijze waarop de patiënt zijn ziekte beleeft, conclusies te trekken omtrent een overwegend lichamenlijk of een overwegend

geestelijke determinatie van het lijden. Wanneer de ziekte meer psychisch geconditioneerd is, valt dikwijls de dramatische aard van de beschrijving door de patiënt op.

* * *

IV Hoe is tenslotte de wijze waarop de hart-vaatpatiënt zijn leven inricht? Hoe is zijn levensloop en hoe is zijn einde? En vooral: wat kan de huisarts in deze voor zijn patiënt doen?

Wij hebben er al op gewezen dat patiënten met een hart- en vaatziekte zich lichamelijk-geestelijk ziek voelen. Daardoor staat hun gehele levenshouding in het teken van hun ziekte, zij richten hun leven in overeenstemming met hun ziek-zijn in; zij zijn bijzonder voorzichtig, zij kunnen niets ondernemen zonder aan een mogelijk fatale afloop te denken. Om de hartpatiënt hangt een onbehaaglijke, bijna griezelige sfeer van onzekerheid, ongewisheid, onrust en voor alles van angst, die uit al zijn daden spreekt, die hemzelf in voortdurend angstige spanning houdt en ook zijn omgeving angstig maakt. Zulk een toestand kan soms jaren duren. Het komt niet zelden voor dat een dergelijke patiënt zijn levenseinde voelt naderen. Iedere arts kent uit zijn praktijk voorbeelden, dat de hartpatiënt inderdaad zelf zijn dood juist voorspelde.

Maar wat kan de huisarts van psychisch standpunt uit, voor zijn patiënt doen? Hier komt de betekenis van de psychotherapie voor de huisarts, waarop wij in Leiden zo graag de nadruk leggen, duidelijk naar voren. De hulp in te roepen van een psychiater is in gevallen als deze te ontraden. Hier moet de huisarts zelf ingrijpen. Geen analysering van dromen, geen dieptepsychologie moet hier plaats vinden, maar bedekkende psychotherapie: suggestieve, aanmoedigende therapie, geruststelling, systematisch toegepast, ontspanningsbehandeling in diverse vormen, al dan niet gecombineerd met hypnose, is hier geïndiceerd. In sommige gevallen zal psychagogische behandeling op zijn plaats zijn: met de patiënt nieuwe levensperspectieven uitstippelen. In andere gevallen zal de huisarts zijn patiënt tot een innerlijke aanvaarding van het lijden moeten trachten te brengen, een moeilijke vorm van therapie die meestal meer berust op een innerlijke evenwichtigheid en rijpheid van de huisarts zelf dan op gedegen kennis van de techniek van de logotherapie volgens *Frankl*. Men ziet het, er is genoeg te doen. Maar dikwijls komt dit aspect van het hart-vaatziek-zijn niet voldoende tot zijn recht en bovendien ontbreekt uiteraard niet zelden de tijd voor psychotherapie.

Het leven van de hartpatiënt is zwaar; hij kent als ieder ander zijn hoop en vrees, zijn vreugde en verdriet, zijn angst en vrees. Het is dus juist, dat hij als ieder ander, ook in vreugde en leed, in hoop en vrees leeft. Maar wat hem van anderen onderscheidt is zijn bovenmatige grote angst, die al zijn andere gevoelens dreigt te verstikken, die zijn gehele levenspatroon beslissend beïnvloedt en zijn levenshouding een geheel eigen vorm geeft. De wijze, waarop hij zijn leven leidt en beleeft, wordt uitein-

delijk door zijn angst beheerst. Niets is voor hem zo smartelijk als zijn falen. Zijn einde is soms wreed, soms zacht, onberekenbaar als de dood zelf, die, hoe hij ook moge zijn, uiteindelijk de verlossing betekent.

- Arlow, J. A. (1952) *Psychosom. Med.* 14, 461.
Bach, H. (1954/55) *Z. psycho-som. Med.* 1, 89.
Binder, H. (1949) *Schweiz. med. Wschr.* 705, 11.
Boss, M. (1949) *Psyche*, 2 499.
Braun, L. (1920) *Herz und Psyche in ihren Wirkungen aufeinander*. Franz Deuticke, Leipzig/Wenen.
Braun, L. (1925) *Psychogene Störungen der Herztätigkeit*, in O. Schwarz: *Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome*. J. Springer, Wenen.
Braun, L. (1928) *Z. Psychol.* 106, 1.
Braun, L. (1932) *Herz und Angst*. F. Deuticke, Wenen.
Braun, L. (1934) *Allg. Z. Psychiat.* 102, 155.
Chambers, W. N. en M. F. Reiser (1953) *Psychosom. Med.* 15, 38.
Dunbar, F. (1942/43) *Clinics* 1, 879.
Duncan, C. H., I. P. Stevenson en H. S. Ripley (1950) *Psychosom. Med.* 12, 23.
Hambling, J. (1951) *Brit. J. med. Psychol.* 24, 242.
Heidegger, M. (1953) *Sein und Zeit*. M. Niemeyer Verlag, Tübingen.
Meng, H. (1934) *Int. Z. Psychoanal.* 20, 443; (1935) *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* 36, 271.
Palmer, J. P. (1950) *J. Amer. med. Ass.* 144, 295.
Reiser, M. F. (1951) *Amer. J. Psychiat.* 107, 781.
Reid, M. F., A.A. Brust en E. B. Ferris (1951) *Psychosom. Med.* 13, 133.
Schultz, I. H. zie Wittkower.
Sprague, H. B. (1947) *Bull. N.Y. Acad. Med.* 23, 631.
Stevenson, I. P., C. H. Duncan, S. Wolf, H. S. Ripley en H. G. Wolff (1949) *Psychosom. Med.* 11, 257.
Stokvis, B. (1937) *Hypnose, psyche en bloeddruk*. Tijdstroom, Lochem.
Stokvis, B. (1940) *Cardiologica* IV, 75.
Stokvis, B. (1941) *Psychologie und Psychotherapie der Herz- und Gefäßkranken*. Tijdstroom, Lochem.
Stokvis, B. (1952) *Hypnose in de geneeskundige praktijk*. Tijdstroom, Lochem.
Weiszäcker, W. von (1939) *Ueber seelische Krankheitsentstehung*. G. Thieme, Leipzig.
Williams, H. (1950) *Bull. Menninger Clin.* 14, 108.
Wittkower, E. (1930) *Nervenarzt* 3, 193.

BOEKBESPREKING

H. de Jonge. Inleiding tot de medische statistiek, deel II. Verhandelingen van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde XLVIII. Leiden. 1960. 350 bladzijden.

Evenals deel I van dit leerboek, zie (1959) huisarts en wetenschap 3, 26, munt ook deel II uit door een heldere toegevoegde inhoud. In het thans verschenen deel worden de klassieke statistische methoden behandeld. De schrijver heeft het klaargesteld in een betrekkelijk klein bestek — de beide delen omvatten tezamen minder dan 700 bladzijden — het overgrote deel van de gangbare statistische methoden te behandelen. Deze laatste worden telkens toegepast op medische en biologische problemen. De medicus, die statistisch werk verricht, zal daardoor vrijwel steeds in dit boek datgene vinden, wat hij nodig heeft.

Deel II behandelt steekproeven uit normaal verdeelde populaties, technieken betreffende varianties, technieken betreffende het gemiddelde van één of meer populaties, regressie en correlatie, beschouwingen over de keus van een klassieke of een verdelingsvrije methode, een interessante verhandeling over statistiek en proefopzet en een hoofdstuk over de techniek van de standaardisatie. In het gedeelte, dat over de correlatie handelt, bleef helaas de multiple correlatierekening buiten beschouwing. Zeer instructief zijn de in beide delen voorkomende opgaven, waarvan de antwoorden in deel II worden vermeld. Voor het overige kan worden verwezen naar hetgeen in de bespreking over het eerste deel is gezegd.

D. Hoogendoorn