

Somato-neurotische verschijnselen in verband met huwelijksconflicten*

DOOR BERTHOLD STOKVIS, LEIDEN

Een oud spreekwoord zegt: „Al wordt het huwelijk in de hemel gesloten, het wordt op aarde geleid en geleden”. In ieder huwelijk komen conflicten voor. Daarom kan men niet zeggen dat het voorkomen van conflicten in het huwelijk als zodanig pathologisch is. *Freud* zei eens, dat een gezond huwelijksleven bij neurotici niet mogelijk is. Maar omgekeerd is het zeker niet waar, dat huwelijksconflicten tot het optreden van neurotische, c.q. somato-neurotische verschijnselen aanleiding geven. Het feit, dat dit in bepaalde gevallen wel zo is, rechtvaardigt de titel van deze voordracht: somato-neurotische verschijnselen in verband met huwelijksconflicten.

Men gebruikt het woord conflict in de spreektaal wanneer affectieve stromingen van verschillende aard, bij één of meer mensen, met elkaar in botsing komen. In psycho-analytische zin echter is het gebruik van het woord „conflict” beperkt tot die botsingen, waarbij op zijn minst een van de affectieve stromingen bij het individu onbewust blijft.

Iedere huisarts kent uit eigen ervaring huwelijksconflicten bij zijn patiënten. Maar hij moet er wel op letten of zulke huwelijksmoeilijkheden in sommige gevallen geen aanleiding geven tot een reactivering van bepaalde conflictsituaties uit de prille jeugd. Het gaat hier om die infantiele conflicten, die wij „kernconflicten” zullen noemen en die door het volwassen individu al lang weer zijn vergeten. Zulke kernconflicten zijn in de psychosomatica van grote betekenis. Meestal vinden wij dan via het psychodiagnostisch, structuuranalytisch onderzoek, dus met behulp van bepaalde tests, verdrongen conflictsituaties uit de prille jeugd. Soms, maar lang niet altijd, kan men in de biografische anamnese aanduidingen hiervan terugvinden. Door de levensconflicten — wij spreken dan van „lopende” of „actuele” conflicten — zijn die kernconflicten weer actief geworden en geven nu mede aanleiding tot het optreden van neurotische verschijnselen.

Wij moeten er ons wel van bewust zijn dat het probleem gecompliceerd is. Natuurlijk „veroorzaken” die levensmoeilijkheden, die huwelijksconflicten, niet somato-neurotische stoornissen. Juist door de multiconditiële determinatie van zogenaamde psychosomatische aandoeningen is het noodzakelijk, dat internistische, biografische, structuuranalytische, sociale en fysiopsychologische gegevens in een team worden besproken, waarin ook een huisarts, een socioloog en een geestelijke zitting hebben.

De integrale beschouwing van de mens in zijn lichamelijk-geestelijke totaliteit door de huisarts, zoals die in vroegere Boerhaave-cursussen is belicht, is ook voor ons vraagstuk van belang. Door tijdig inzien van de betekenis van een huwelijksconflict kan de huisarts psychohygiënisch te werk gaan.

Wij beschikken in ons Leids Psychosomatisch Centrum nu over een ruim tienjarige ervaring. Een van onze uitgangspunten is, dat men niet zonder meer bepaalde aandoeningen „psychosomatisch” mag noemen. Het is bijvoorbeeld niet juist het ulcus of het astma een psychosomatische ziekte te noemen. Alleen in die individuele gevallen, waarbij er een duidelijk emotionele co-determinatie is bij de totstandkoming of het optreden van de verschijnselen, die zich in de lichamelijke uiten, gebruiken wij het woord „psychosomatisch”. Dan moet dus één van de ziekmakende condities van affectieve aard zijn. Het gaat er dus om na te gaan, of op de levenscurve van de patiënt het beleven van conflictsituaties samenvalt met het optreden van bepaalde ziekteverschijnselen.

Terecht heeft al in 1953 onze landgenoot *Van Balen* er op gewezen, hoe belangrijk het is, dat ook de somatoloog zich nu en dan in het probleem van het huwelijk van zijn patiënten verdiept. Men zou hier vele namen kunnen noemen van auteurs, die zich met dit vraagstuk hebben beziggehouden. Ik volsta hier met enkelen te memoreren: *Spurgeon English* en *Pearson*, *Von Hattingberg*, *Jelinek*, *Michel* en *Schwarz*.

Onze ervaringen hebben ertoe geleid aan te nemen, dat huwelijksconflicten vaak tot het optreden van somato-neurotische aandoeningen leiden, wanneer het infantiele onrijpe partners betreft, die in hun kinderlijkheid niet in staat zijn die moeilijkheden en frustraties, welke aan elk huwelijk inherent zijn, adequaat, op volwassen wijze, te verwerken. Deze mensen zien in hun huwelijk een soort herhaling van de vroegkinderlijke kind-ouderrelatie. Dienovereenkomstig denken zij in hun huwelijk soortgelijke remmende invloeden te kunnen verwachten als eens in hun prille jeugd.

Het is zeker niet zo, dat, wat men huwelijksconflicten noemt, altijd een neurotiserende invloed zou uitoefenen. Elke teleurstelling brengt een ontgoocheling; de mens is dan dus steeds als het ware minder begoocheld en wordt in feite van elke frustratie wijzer. Aldus kunnen huwelijksconflicten, die de partners in zekere zin teleurstellen, bij mensen met normale ontplooiingsmogelijkheden de ontwikkeling naar volwassenheid en innerlijke rijping be-

* Voordracht, gehouden op de Boerhaave-cursus „Conflicten in en van het huwelijksleven”, Leiden, april 1962.

vorderen. Wie in deze verwerking tekortschiet, is ipso facto neurotisch: immatuur en heeft dus eo ipso een infantiele persoonlijkheid. Hier moeten fixaties aan vroegkinderlijke conflictsituaties, niet opgeloste oedipale gebondenheid aan vader of moeder, de normale ontplooiing van de persoonlijkheid naar het volwassen-zijn in de weg hebben gestaan.

Verder bleek uit onze ervaringen, dat dergelijke neurotische, infantiele mensen niet een volwassen huwelijkspartner hadden weten te vinden, die hen via het overwinnen van frustraties, voortvloeiende uit huwelijksconflicten, de weg naar het volwassen worden had kunnen wijzen. Veeleer was al uit de keuze van de huwelijkspartner beider onrijpheid gebleken. Szondi heeft maar al te zeer gelijk, dat de mens, ook hier de drie schikgodinnen Clotho, Lachesis en Atropos in zichzelf draagt. Het uitbreken van psychosomatische verschijnselen is in zulke gevallen van vele andere factoren afhankelijk. Dikwijls zijn constitutie, leeftijd, psychosociale omstandigheid en andere stress-invloeden doorslaggevend.

Ik laat nu een typisch voorbeeld volgen:

Vele jaren geleden werd ik geraadpleegd door een 29-jarige vrouw die in haar huwelijk astmatische aanvallen had gekregen. Bovendien had zij last van vaginisme. Zij was opvallend lelijk en droeg een bril, die haar ogen sterk verkleinde. Haar haar was platinablond geverfd. De biografische anamnese leerde, dat zij de enige dochter was van rijke ouders. Zij was zich van haar lelijkheid sterk bewust; wist dat haar ouders herhaaldelijk tevergeefs hadden getracht, haar uit te huwelijken. Als kind werd zij door een overbezorgde moeder afwisselend vertroeteld en streng bejegend. Haar vader, astma-patiënt, was zelden thuis. Minderwaardigheidsgevoelens maakten haar schuw en verlegen. Zij schreef op een huwelijksadvertentie door een buitenlands zakenman geplaatst. Het huwelijk kwam tot stand. De bruidsschat bleek bij hem een grote rol te hebben gespeeld. Enige uren na de huwelijksvoltrekking betaalde hij met dit geld zijn debiteuren, om zich van een faillissement te redden. In de huwelijksnacht verweet de man haar bitter haar lelijkheid en vertelde haar alleen om haar geld te hebben getrouwd. Die nacht kreeg zij haar eerste astma-aanval. De introitus bleek door vaginistische verschijnselen niet mogelijk; uiteraard wenste zij deze man niet te ontvangen. Toen zij later vernam, dat haar man met één van zijn employés een intieme relatie had, kreeg zij opnieuw een aanval.

Hier blijkt duidelijk de neurotisch-gedetermineerde huwelijkskeuze. Zij had een psychopathische man getrouwd. Haar somato-neurotische symptomen kwamen tot stand via een reactivering van het kernconflict van deze vrouw; in haar prille jeugd had zij de liefde moeten ontberen, die haar naar de volwassenheid had moeten voeren. Zij was infantiel gebleven. Toen haar man haar dadelijk na de huwelijksvoltrekking frustreerde, stond zij opnieuw in de kou en kreeg een kramp-toestand van de fijnste bronchioli als somatische uiting van haar affectieve toestand. Dat hier identificatorische momenten — vader had immers astma! — bij de „organkeuze” mede in het spel zijn geweest, ligt voor de hand.

Om nu deze ervaringsindrukken te toetsen aan objectieve gegevens, hebben wij in ons Psychosomatisch Centrum, in samenwerking met collega *Van der Kroef* een onderzoek ingesteld. Er waait tegenwoordig een frisse wind door de medische en psychologische laboratoria. Men onthoudt zich steeds meer van hypothesen en van onderzoekingen met een te gering aantal patiënten; alleen statistisch

significante uitkomsten mogen tot bepaalde uitspraken leiden. *

Wij hebben ons afgevraagd:

1 In hoeveel van de onderzochte gevallen hebben huwelijksmoeilijkheden mede het optreden van somato-neurotische aandoeningen beïnvloed? In hoeverre heeft het huwelijksleven ingewerkt op somato-neurotische stoornissen, die al vóór het huwelijk bestonden?

2 Zijn er bepaalde conflicten in het huwelijksleven aan te tonen, die mede voor het optreden van die stoornissen van betekenis waren?

Ik zal u hier niet teveel met het noemen van cijfers vermoeien. Ik mag alleen releveren, dat wij ruim honderd gevallen — evenveel mannen als vrouwen — uit ons archief hebben gekozen, waarbij huwelijksmoeilijkheden in het centrum van de anamnestiche gegevens stonden. Deze resultaten gelden alleen voor deze steekproef; het is zeer wel mogelijk dat de hierna te noemen verhoudingen anders liggen bij psychosomatische patiënten uit andere sociale lagen, uit andere landen of streken; ook is het niet onmogelijk dat bijvoorbeeld de leeftijd een rol speelt.

Onder dit voorbehoud dan vonden wij dat in 80 procent de somato-neurotische verschijnselen gedurende het huwelijk waren ontstaan. In de overige gevallen was een al bestaand psychosomatisch lijden tijdens het huwelijk verergerd of opnieuw opgetreden. De meeste conflicten — bijna de helft, 46 procent — waren terug te voeren tot seksuele moeilijkheden; bij onze onderzochte vrouwen vooral door frigiditeit (70 procent) en door onbevredigheid (20 procent); bij de mannen vooral door frigiditeit van de zijde van de vrouw (60 procent) en door impotentia coeundi (25 procent). Het feit, dat dus bijna de helft van alle huwelijksconflicten, die tot somato-neurotische stoornissen hebben geleid, van seksuele aard zijn, wijst op de juistheid van de uitspraak, dat het hier onrijpe persoonlijkheden betreft, mensen, die niet tot een volwassen seksualiteit waren uitgegroeid. Hiervan zouden vele voorbeelden zijn te geven.

Bij ongeveer 25 procent van onze gevallen waren de kinderen oorzaak van de huwelijksmoeilijkheden. Hier waren allerlei conflicten te vinden: bij vrouwen (70 procent) opvoedingsmoeilijkheden, zwak begaafde kinderen, moeilijkheden met stiefkinderen, een onbevredigde wens tot meer kinderen, te strenge vaders. De mannen beklagden zich over een liefdeloze houding van hun vrouw tegenover de kinderen, jaloersheid en ontrouw van de vrouw, geldzorgen, bezorgdheid over de toekomst van de kinderen. Kinderloosheid bleek een probleem, dat tot ernstige spanningen in verband met het optreden van somato-neurotische verschijnselen kan leiden.

* Ik zou hier onze psychologische medewerker Drs. M. P. Bolten willen dankzeggen voor zijn statistische toetsing van onze uitkomsten.

Ik kan de verleiding niet weerstaan, hier een kort voorbeeld te geven, hoe een liefdeloze houding van de vrouw jegens de kinderen, een psychosomatische aandoening van de man kan co-determineren.

Het betreft hier een 27-jarige man, een lange schuchtere figuur met asthma bronchiale. Hij werd grootgebracht door een strenge moeder. Vader bemoeide zich weinig met het gezin. Patiënt had twee zusjes, die respectievelijk twee en vier jaar jonger waren. Moeder liet de kinderen soms uren op een keukenstoel zitten. Zij mochten dan niets zeggen.

Patiënt trouwde met een twee jaar oudere vrouw; zij bleek het evenbeeld van zijn moeder. De man beleefde zijn huwelijk als een soort herhaling van zijn kind-moederrelatie. Ook zijn vrouw behandelde haar kinderen streng en liet haar kleuters, op raad van de schoonmoeder, eveneens de „stoel oefeningen” verrichten. Bij het aanschouwen hiervan en een erop volgende discussie, kreeg onze patiënt zijn eerste astma-aanval. Zijn eigen frustraties in zijn prille jeugd: de ervaring van te weinig liefde van de kant van zijn moeder waren weer opgevlamd door zijn huwelijksconflict.

De sociale werkster vertelde ons: „Een ijskoude vrouw en een zure moeder.” Voor deze man gold het oude gezegde in de Talmud: „Wie heeft reeds de hel op deze wereld? De man van een boze vrouw.”

Het psychologisch onderzoek toonde aan, dat de man een infantiele onrijpe persoonlijkheid was, met als kernconflict een frustratie in zijn behoefte aan hartelijkheid van de kant van zijn moeder. De reactivering van dit conflict deed bij deze onvolwassen man een astma-aanval ontstaan; in casu de lichamelijke uiting van de innerlijke beleving van het huilen om moeders liefde.

In andere gevallen sproten de huwelijksconflicten voort uit meningsverschillen van de echtgenoten betreffende het aan-, c.q. afzetten van radio en televisie. Soms bleken burenruzies de aanleiding tot deze conflicten, variërend van het gevecht op de vuist in de volksbuurt tot meer intellectualistische speldeprikken van op elkaar hokkende, meer „gegoede” flatbewoners. Dit alles kan tot sterke spanningen in de gezinssfeer leiden. Het wonen van echtparen onder het ouderlijke dak, in verband met de woningnood, bleek nogal eens de infantiele verboden van seksuele toenadering te reactiveren met als gevolg: conflicten en somato-neurotische stoornissen. Soms ook bleken godsdienstige moeilijkheden in het spel te zijn.

Huwelijksmoeilijkheden bij neurotische ouders kunnen ook invloed hebben op de totstandkoming en het verloop van psychosomatische verschijnselen bij kinderen (Peshkin, geciteerd door Musaph, H. (1962) Ned. T. Geneesk. 106, 228). Dit is ook zeer begrijpelijk. De „ware” liefde, die ouders met rijpe, volwassen persoonlijkheidsstructuur, hun kinderen schenken, is niet aan voorwaarden gebonden (*Heigl-Evers*); wanneer de kinderen ondeugend zijn en straf krijgen, voelen zij zich niet door hun ouders in de steek gelaten. Neurotische ouders beperken zich tot „voorwaardelijke liefde”; wanneer de kinderen hen niet gehoorzamen, laten zij ze los; ofwel zij koesteren een soort apenliefde ten opzichte van hun kinderen; zij zijn dusdanig sterk gebonden aan en dusdanig zelf sterk afhankelijk van hun kinderen, dat zij de ontplooiing en het volwassen- worden van hun kinderen als een bedreiging voelen. Zij willen voorkomen dat de gebondenheid van hun kinderen

zwakker wordt en in een verbondenheid zou kunnen overgaan; door een overmaat van bezorgdheid remmen zij de ontwikkeling naar volwassenheid en zelfstandigheid: zij dwingen het kind in een neurotisch keurslijf en de gevolgen van een dusdanige houding van de ouders in het gezin brengen psychosomato-neurotische storingen bij het kind teweeg.

* * *

Voor de huisarts is het van belang zich af te vragen: Kan ik de totstandkoming van die somato-neurotische symptomen verhinderen? En, als dit stadium al voorbij is, wat kan ik er zelf, therapeutisch aan doen?

Hierover is veel te zeggen. Ik wees er al op dat de „general practitioner” in zijn hoedanigheid van „family doctor”, preventief zeker nuttig werk kan doen, wanneer hij huwelijksconflicten waarneemt. Neurotische mensen immers stammen in de regel uit neurotische gezinnen. Wanneer dus de ouders tijdig worden behandeld, kan de huisarts in de eerste plaats het optreden van (somato)-neurotische verschijnselen bij dezen voorkomen. Maar tevens kan hij dan psychohygiënisch werkzaam zijn ten aanzien van het neurotisch worden van de kinderen. Wanneer ik hier spreek over psychotherapeutisch ingrijpen door de huisarts, denk ik aan het belangrijke werk van M. Balint. In ons land worden onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen Genootschap al een aantal Balint-huisartsencursussen gegeven; wij hebben in Leiden langer dan een jaar gunstige ervaringen met een dergelijke groep. In wezen gaat het hier om toepassing van medisch-psychologische beginselen in de huisartsenpraktijk. Met name leggen wij er de nadruk op, dat de huisarts in staat moet zijn de overdrachts- en tegenoverdrachtsverhoudingen te kunnen hanteren. Een erkenning van de medische psychologie als basisvak in de geneeskunde zal in verband hiermee op de duur noodzakelijk blijken.

Men kan moeilijk van de huisarts eisen dat hij de speciale chirurgische technieken beheerst; evenmin kan men van hem verwachten, dat hij de zogenaamde grote psychotherapie kan toepassen. Wel moet hij de indicaties kennen om de neurotische huwelijkspartner naar een psychotherapeut te verwijzen, wanneer een diepgaande psychotherapie nodig blijkt. De verwezen partner wordt maar al te vaak door de ander als „ziek” of erger, als een „zenuwlijder” beschouwd en krijgt dan pas goed de schuld van alle narigheid. Daarom achten wij het beter dat de huisarts beide echtelieden in zulk een geval naar een psychotherapeut verwijst; liefst niet naar dezelfde. Maar, zoals gezegd, dikwijls kan de huisarts het zelf af, wanneer hij via een directieve psychagogische behandeling de beide echtelieden richtlijnen geeft ofwel via het „non-directive counseling” in de zin van Rogers de patiënt met zijn eigen falen in het huwelijk confronteert.

Ik zou willen afsluiten met de optimistische op-

merking, dat de huisarts hier, naar onze ervaring, goed werk kan verrichten, als hij maar oog heeft voor de huwelijksmoeilijkheden en de tijd kan vrijmaken om deze met de partners te bespreken. Maar juist hieraan schortte het helaas, ondanks alle goede wil, bij de overbelaste huisarts van de laatste decennia. Het steeds toenemende inzicht van de hedendaagse huisarts, het gezin als een totaliteit te zien en te behandelen, zal hier zeker een verandering in brengen. Zijn hulp bij huwelijksmoeilijkheden is onontbeerlijk; zijn bemoeienis in menig huwelijk gewenst; de praktijk leert, dat de uitspraak juist is, die Petit Senn honderd jaar geleden deed: „Le mariage est un port dans la tempête, mais plus souvent une tempête dans le port”.

AANWINSTEN

*Diagnostische hulpmiddelen bij traumatische hersenletsels**

DOOR DR M. DE VLIAGER, NEUROLOOG**

Gaarne wil ik twee methoden van onderzoek behandelen waardoor men, naast het klinisch neurologisch onderzoek, iets meer over de toestand van de hersenen na een trauma te weten kan komen en wel de electroëncefalografie en de echoëncefalografie.

Het electroëncefalogram zegt in de eerste plaats iets over de functie van de hersenen. Met behulp van het electroëncefalogram kunnen na een trauma, naast meer algemeen diffuse functiestoornissen, bepaalde haarden in de hersenen worden aangewezen, waar de functie van het cerebrum plaatselijk is gestoord. Daar de electroëncefalogram-gegevens vaak in schijnbare tegenspraak zijn met de klinische bevindingen is het, in verband met de in te stellen therapie, van belang om met behulp van het electroëncefalogram een cerebrale stoornis te kunnen vaststellen. Verjaal toonde reeds in 1955 bij een groot aantal patiënten met een ogenschijnlijk ongecompliceerde commotio cerebri een afwijkend electroëncefalogram (en bloed in de liquor) aan. Onze eigen gegevens gaven bij 51 procent der lichte schedeltrauma afwijkende electroëncefalogrammen te zien; bij patiënten met een afwijkend electroëncefalogram na een schedeltrauma troffen wij in 80 procent der gevallen tevens bloed aan in de liquor.

Voordat wij de afwijkingen op het electroëncefalogram na een schedeltrauma gaan bespreken, eerst iets over het normale electroëncefalogram. Dit wordt gekenmerkt door een bepaald patroon. Meer

- Balen, G. F. van (1953) Z. Psychother. med. Psychol. 3, 127.
 English, O. Spurgeon en G. H. J. Pearson (1945) Emotional problems of living. W. W. Norton and Cy, New York.
 Freud, S. (1924-1934) Gesammelte Schrifte V. Drei Abhandlungen zur Sexualität. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien.
 Hattingberg, H. von (1949) Ehekrise - Entwicklungskrisen. J. und G. Federmann Verlag, München.
 Heigl-Evers, A. en F. Heigl (1961) Geben und Nehmen in der Ehe; eine tiefenpsychologische Studie. Verlag für angewandete Psychologie, Stuttgart.
 Jelinek, A. (1937) Med. Klin. 33, 502.
 Kroef, C. van der en B. Stokvis (1958) Der Psychologe, 10, 136.
 Michel, E. (1955) Ehe. Ernst Klett Verlag, Stuttgart.
 Schwarz, O. (1949) Sexualität und Persönlichkeit. Weidmann, Wien, Leipzig, Bern.
 Idem (1950) The psychology of sex. Penguin Books, Harmondsworth.

occipitaal komt het ritme voor van 8¹/₂-13/sec., het alfa-ritme en meer frontaal een ritme van 18-30/sec., het bèta-ritme. Hoe jonger het individu, des te meer langzame golven aanwezig zijn. Langzame golven met een frequentie van 4-7/sec. worden thêta-golven, die met een frequentie van 1¹/₂-3/sec. delta-golven genoemd. Elke leeftijd heeft een bepaald electroëncefalogram-patroon; het electroëncefalogram is gestoord wanneer meer langzame golven diffuus verspreid voorkomen dan bij die leeftijd mag worden verwacht.

Het bilateraal synchroon optreden van langzame golven kenmerkt stoornissen in de hersenstam. Er kan voorts een te geringe activiteit zijn door het ontbreken van normaal functionerend zenuwweefsel en er kunnen ook activiteiten voorkomen die een prikkelingstoestand van hersenweefsel aangeven, zoals pieken, scherpe golven en piekgolfcomplexen (epileptiforme activiteit). Bij plaatselijke stoornissen kunnen deze activiteiten met een bepaald maximum focaal voorkomen of er kan in een bepaald gebied een onderdrukking zijn van alle activiteit. Dit laatste wordt onder andere gezien bij sub- en epidurale hematomen in een hemisfeer.

Het electro-encefalografisch onderzoek heeft ons het volgende geleerd: het vaststellen van een beschadiging van de hersenen na een schedeltrauma, in welke mate, en het aangeven van de ernstigst beschadigde plaats; er blijkt een correlatie tussen electroëncefalogram-afwijkingen en bloed in de liquor cerebrosinalis te zijn.

In aansluiting op het schedeltrauma kan epilepsie ontstaan. Met behulp van het electroëncefalogram is het mogelijk de ernst der epileptische activiteiten na te gaan. Uit de literatuur hierover blijkt dat

* Voordracht gehouden op de studiedag traumatologie, ziekenhuis Dijkzigt te Rotterdam, 28 april 1962.

** Afdeling neurologie, ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam. Hoofd Prof. Dr J. W. G. ter Braak.