

## Gezinsgeneeskundige colloquia XII:

# Een huisvrouw die het soms benauwd krijgt; hyperventilatiesyndroom en huwelijksconflict\*

DOOR DR. H. G. M. VAN DER VELDEN\*\*

### INTRODUCTIE DOOR CO-ASSISTENT

Mijn co-assistentenschap huisarts-geneeskunde heb ik doorgebracht in een middelgrote praktijk in het oosten van ons land. Een enkele avond bleef ik bij mijn gastheer om ook eens de sfeer van een avonddienst mee te maken. Op een van die avonden kwam er een telefoontje van het gezin X, uit de praktijk van mijn gastheer. Mevrouw X was „benauwd” geworden en zij dacht dat zij dood ging. Mijn gastheer achtte het verantwoord en, naar hij zei, wellicht erg leerzaam als ik eens even alleen ging kijken.

Mevrouw X was aan mijn gastheer welbekend. Hij vertelde mij dat zij 25 jaar was en moeder van drie gezonde kinderen, 5, 4 en 1 jaar oud. Mevrouw X had vooral de laatste jaren mijn gastheer meermaals bezocht met verschillende vage klachten. Overigens was zij altijd gezond geweest. Mijn gastheer kende een groot deel van haar familie. Haar moeder was altijd erg nerveus geweest en een van haar zusjes was nogal eens „over-spannen”.

Er waren geen problemen geweest tijdens de laatste zwangerschap. De bevalling was vlot verlopen en het kraambed was ongestoord. Dit kind, een jongetje, was door zijn moeder gewenst; zijn vader was er eigenlijk op tegen geweest. Met deze informatie bezocht ik die avond Mevrouw X.

Ik trof haar zittend aan op de divan in de kamer. Haar handen grepen naar haar keel en borst en zij maakte diep zuchtende bewegingen. Zij leek mij niet op te merken, maar gaf mij toch de hand terwijl zij haar ogen afgewend hield. Eigenlijk was zij niet benauwd, althans op dat moment niet meer. Haar man vertelde mij dat zij de laatste tijd aanvallen van benauwdheid had. Hij keek haar

daarbij meer misprijzend dan bezorgd aan. Bij het oriënterend lichamelijk onderzoek kon ik behalve een wat versnelde polsslag niets bijzonders vaststellen. Enkele weken terug had zich hetzelfde voorgedaan. De dienstdoende huisarts had haar toen een kalmerend spuitje gegeven, waarop zij goed had geslapen. Zij was toen erg benauwd geweest en duizelig, maar het was toch snel overgegaan. Ik dacht aan het hyperventilatiesyndroom. Haar benauwdheid was nu over, maar ik vroeg mij af waarom patiënte dit soort aanvallen kreeg.

### REDEN WAAROM DE CASUS WORDT INGEBRACHT

Mijn veronderstelde diagnose hyperventilatiesyndroom kwam mijn gastheer waarschijnlijk voor. Hij had haar enige tijd geleden van hetzelfde verdacht, maar toen hij haar bezocht, was het over. De dienstdoende collega had onlangs echter vastgesteld dat zij hyperventileerde. Het was ons onduidelijk waarom patiënte dergelijke aanvallen kreeg. Ik besloot patiënte de volgende dag nog eens te bezoeken. Het werd uiteindelijk een vieraal gesprek waarbij ik onzeker was, omdat ik het gevoel had met al mijn praten geen stap verder te komen. Geleidelijk aan ontdekte ik echter dat de aanvalletjes duidelijk in verband stonden met telkens optredende spanningsmomenten in het gezin. Ik heb de misschien ijdele hoop dat ik in de verdere gesprekken beide echtelieden een stapje vooruit heb geholpen. Het leek mij in elk geval een geschikte casus voor de bespreking op dit colloquium.

### DE GESPREKKEN

Het eerste gesprek met het echtpaar had ik de volgende dag. Het viel mij op dat het huis en de kamer een overdadig gepoetste indruk maakten. Aan niets was te merken dat in deze ruimte toch ook drie kinderen woonden. Het gesprek kwam op het gebeurde van de vorige

avond. Mevrouw X vertelde dat zij hoe langer hoe meer sukkelde, terwijl zij toch altijd flink en gezond was geweest. Vooral de laatste tijd had zij veel last van hoofdpijn. Zij was enige tijd geleden bij een neuroloog geweest maar deze had niets afwijkends kunnen vaststellen. Haar man mengde zich af en toe op een wat besliste wijze in het gesprek. Hij vond dat zij „zich er tegen moest verzetten”. De dokter had gezegd dat zij niets mankeerde. Zijn opmerkingen leken door haar weinig te worden gewaardeerd.

Zij vertelde verder dat zij zich steeds zo moe voelde. Zij ging elke week naar de fysiotherapeut op advies van een orthopedisch chirurg. Haar heup zou niet helemaal in orde zijn. Voorts had zij ongeveer een jaar geleden een gynaecoloog bezocht wegens hardnekkige buikpijnen, maar dat was nu over.

Ik had het gevoel niet veel verder te komen. De informatie stapelde zich op, maar ik kon er niet veel mee beginnen. Ik proefde iets van een verwijtende sfeer van de kant van haar man, maar ik kon dit niet plaatsen. Ik maakte een afspraak voor een volgend gesprek. Haar man vond dit een goed idee; patiënte stemde er wat schoorvoetend in toe.

Het tweede gesprek leek mij iets uit de hand te lopen. Na enig gepraat over koe-tjes en kalfjes komt mevrouw X op wat agressieve wijze naar voren met een herhaling van haar klachten. Zij vindt dat „het zo niet langer kan”, er „moet toch iets aan de hand zijn”. Haar man blijft voor mijn gevoel op een afstand en herhaalt dat zij wat flinker moet zijn en zich niet „alles zo moet aantrekken”. Als vanzelf komt hun onderlinge relatie ter sprake. Mevrouw X laat merken dat zij zich het huwelijk toch wel anders had voorgesteld. Haar man wil dit afkappen door de opmerking dat „alles prima is als zij maar normaal doet”. Op mijn opmerking dat het voor haar man toch niet zo eenvoudig is als zij elke keer klaagt en zeker niet als zij dergelijke aanvallen heeft, wordt patiënte regelrecht agressief

\* Zie voor inleiding op deze serie (1974) huisarts en wetenschap 17, 362-363.

\*\* Uit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen.

en loopt zelfs huilend weg. Haar man lijkt het eens met mijn opmerking, maar zijn stemming verandert als ik in het midden breng dat hij haar toch ook in de steek laat door nooit eens op haar problemen in te gaan. Ik gevoelde mij op dat moment erg onzeker worden en was blij het gesprek met beide echtelieden op een wat sussende wijze te kunnen beëindigen.

Voor het derde gesprek heb ik inzage gehad in de patiëntenkaarten van het gezin. De notities van de huisarts bevestigden mijn vermoeden dat patiënte zich regelmatig met allerlei nerveuze klachten op het spreekuur vervoegde. Zij was de laatste jaren enkele malen verwezen voor hardnekkige klachten. De orthopedisch chirurg meende dat haar rugklachten door een lichte heupdysplasie werden verklaard. Op zijn advies bezoekt patiënte sinds een jaar, tweemaal per week, een fysiotherapeut. Uit een berichtje omtrent deze behandeling blijkt dat er weinig vooruitgang wordt geboekt. De echtgenoot heeft weinig contact met de huisarts. Wat betreft de kinderen zijn er enige notities betreffende verkoudheden, keelontstekingen en kinderziekten. Al met al is er over de lichamelijke gezondheid van de overige gezinsleden weinig bijzonder vermeld.

Mijn derde gesprek met het echtpaar verloopt aanvankelijk wat stroef. Mevrouw X herhaalt haar klachten en vertelt dat zij zich soms angstig maakt. Vooral de hardnekkige hoofdpijn en de voortdurende moeheid baren haar zorgen. Op mijn vraag aan haar man, wat hij denkt van haar klachten, vooral van haar hoofdpijn, antwoordt hij ontwijkend: „ik ben geen dokter”. Op dat moment ontstaat er weer een verwijtende discussie tussen de echtelieden. Mevrouw X zegt dat haar man nooit eens extra aandacht voor haar heeft. Hij van zijn kant ergert zich er aan dat zij altijd thuis zit en nooit met hem meegaat naar gezellige avondjes van zijn club. Het gesprek loopt vast in een „welles nietes” en ik heb het gevoel dat ik meer onrust dan rust teweegbreng. Ik stel hen voor er samen toch nog eens rustig over te praten. Intussen zal ik er eens over nadenken en als zij willen zal ik nog een vierde gesprek met hen hebben. Zij stemmen daarin toe en enigszins opgelucht beëindig ik het bezoek.

#### RANGSCHIKKING VAN DE GEGEVENS EN PROBLEEMSTELLING

Het is duidelijk dat de klachten van

mevrouw X minder door werkelijke organische aandoeningen dan wel door problemen van het echtpaar worden veroorzaakt. Beide echtgenoten zijn lichamelijk gezond en ook over de kinderen is in dit opzicht niets bijzonders te vermelden. De diagnose hyperventilatiesyndroom verdient enerzijds misschien verdere bevestiging, anderzijds is er in elk geval sprake van een nerveuze ademstoornis op basis van spanning en conflict. Het belangrijkste probleem is mijns inziens dan ook dat conflict.

#### BENADERING VAN HET PROBLEEM

De klachten van mevrouw X zijn nauwelijks verklaarbaar door lichamelijke afwijkingen en zijn mijns inziens op te vatten als symptomen of signalen van een voortdurende spanningstoestand. Mevrouw X laat op deze wijze weten dat het zo inderdaad niet voor haar te verdragen is. Anderzijds is zij kennelijk onmachtig om haar gevoelens met haar man te bespreken. Misschien versterkt zij door haar gedrag zelfs de houding van haar man.

Een „behandeling” kan zich richten op het symptoom, in dit geval op het hyperventileren.

Het lijkt echter meer voor de hand te liggen om de relationele problematiek centraal te stellen. Het lijkt mij van belang te peilen of beide partners daartoe bereid zijn. Een vervolgesprek leek mij noodzakelijk om een verdere benadering te kunnen aangeven.

Het vierde gesprek had plaats voor de beëindiging van mijn co-assistentie. Ik heb mij daarbij afgevraagd of ik wel verder kon gaan met mijn bemoeienissen. Ik betwijfelde of ik in staat zou zijn om mijn contacten met patiënte en haar man op een verantwoorde manier af te ronden. Dat vierde gesprek verliep echter vlot en moeiteloos. Beide echtelieden ontvingen mij opgewekt. Zij leken opgelucht en vertelden dat het weer beter ging en dat „het wel goed zou komen”. Ik was wat verbaasd over deze omslag en trok die verwachting in twijfel. Mevrouw X vertelde dat zij inzag hoe zij „zich zat op te vreten”, angstig werd en zich dan liet gaan. De man toonde zich berouwvol door te stellen dat het ook aan hem lag. Hij was veel van huis, ook als dat niet zo nodig was. Voorzichtig informeerde ik of zij de gesprekken achteraf op prijs hadden gesteld. Beiden antwoordden bevestigend. De man herhaalde dat het wel goed zou komen. Ik achtte het mo-

ment daar mijn contacten met mevrouw X en haar man af te ronden. Beiden waren het eens met mijn voorstel de huisarts over een en ander in te lichten. Zonodig zouden zij contact met hem opnemen. Wat de prognose betreft lijkt mij een verdere verbetering van de relatie tussen mevrouw X en haar man mogelijk. Misschien is daartoe een meer intensieve begeleiding gewenst.

#### VERSLAG VAN DE DISCUSSIE

*Huisarts-discussieleider:* In uw verslag komt u tot een duidelijke probleemstelling waarbij u de aanvalsgewijze „ademnood” van patiënte secundair acht aan een gespannen situatie tussen de vrouw en haar man.

*Co-assistent:* Ik denk dat een verdere uitdieping van bijvoorbeeld deze hyperventilatie-aanvalletjes op zichzelf weinig zinvol is, daar de wezenlijke problematiek te vinden is in het conflict tussen man en vrouw.

*Huisarts II:* Een vorige aanval was kennelijk te onderdrukken door een sederende injectie (diazepam?), maar dat is maar een zeer symptomatische aanpak. Het hyperventileren op zichzelf is misschien tot verdwijnen te brengen door patiënte te doen ervaren dat zij de klacht zelf kan opwekken maar ook gemakkelijk kan laten verdwijnen door in een zakje te ademen.

*Co-assistent:* Patiënte heeft die ervaring opgedaan en heeft dus wel verstandelijk inzicht betreffende het ontstaan van de aanvalletjes. Toch lijkt mij dat zij het zo opeens weer zou kunnen krijgen.

*Co-assistent I:* Is haar angst door die ervaring niet te verminderen? De aanvallen blijven dan misschien vanzelf weg?

*Huisarts-discussieleider:* Hoe bedoelt u dat?

*Co-assistent I:* Als zij inziet dat zij niet bang hoeft te zijn voor die aanvallen, omdat zij deze zelf kan opwekken en kan afkappen, gaat het misschien vanzelf over?

*Psycholoog:* Het gelukt inderdaad bij een aantal patiënten om door middel van provocatie het aangeleerde gedrag, in dit geval hyperventileren, te wijzigen of af te leren.

*Huisarts II:* Het hinderlijke symptoom verdwijnt dan wel, maar de oorzaak blijft bestaan. Er komen misschien andere klachten voor in de plaats?

*Psycholoog:* Symptoomverschuiving kan inderdaad optreden; dat gebeurt ook nogal eens. Toch kan het verdwijnen van het meest hinderlijke symptoom een verandering op gang brengen waardoor de gehele situatie kan verbeteren.

*Co-assistent II:* Ook, zoals in dit geval, relationele problematiek?

*Huisarts-discussieleider:* Het symptoom, bijvoorbeeld hyperventileren, kan zodanig blokkerend werken dat het wzenlijke probleem overdekt blijft en niet bespreekbaar is te maken.

*Huisarts II:* Het is mij duidelijk dat er geen verklarende organische ziekte bestaat, maar dat patiënte anderzijds veel klaagt. Uit het verslag van de gesprekken komt dit relationele conflict duidelijk naar voren. Hoe moet het nu verder?

*Co-assistent:* Tijdens mijn gesprekken kreeg ik gaandeweg de indruk dat hun problemen echt wel bespreekbaar zijn te maken. Ik heb overigens gesteld dat ik mij slechts tot op een zeker punt competent achtte. Misschien is er toch te denken aan inschakeling van een psychotherapeut?

*Huisarts I:* Aan wat voor vorm van therapie denkt U?

*Co-assistent:* Ik denk dat allereerst de huisarts nog eens dient te peilen in hoeverre er iets op gang is gekomen. In elk geval biedt elke nieuwe klacht of periode van klagen van patiënte de kans de draad op te nemen. Misschien is gezintherapie mogelijk of aangewezen?

*Co-assistent III:* Mevrouw X heeft eerder verschillende klachten gehad, buikpijn, pijn in de heup en hoofdpijn. Zij is specialistisch onderzocht, maar er waren geen afwijkingen. Je vraagt je af, waarom klaagt zij dan?

*Huisarts-discussieleider:* Er zijn inderdaad eerder signalen door patiënte uitgezonden, die evenals het meer dramatische beeld van de hyperventilatie zijn op te vatten als lichaamstaal die onlust uitdrukt. In elk geval heeft uw collega zich wel terdege afgevraagd:

„waarom deze klacht nu?” De kernproblematiek is dunkt mij, wel duidelijk.

*Co-assistent III:* Klaagde patiënte ook over hoofdpijn, duizeligheid en dergelijke vóórdat ze voor de eerste maal zou hebben gehyperventileerd?

*Co-assistent:* Patiënte had al veel eerder dergelijke klachten. Het verergerde wel tijdens de aanvalletjes, maar dat is wellicht verklaarbaar door het hyperventileren op zichzelf.

*Co-assistent III:* Zou zij werkelijk hebben gedacht dat zij doodging of is dat een beetje dramatisch voorgesteld?

*Huisarts-discussieleider:* De angst van dergelijke patiënten, ook van deze vrouw, is niet te onderschatten. Door de aanval worden zij nog angstiger. Zij geraken in een vicieuze cirkel.

*Co-assistent IV:* Hoe reageren de gezinsleden; ik bedoel de kinderen op dit klagen van mevrouw X?

*Co-assistent:* Ik ben daarop niet ingegaan omdat ik de kinderen slechts eenmaal heb ontmoet, maar dat is misschien een punt waaraan verdere aandacht is te besteden.

*Huisarts II:* Het eerste belangrijke probleem vormen toch de moeilijkheden tussen patiënte en haar man.

*Co-assistent:* Ik geloof inderdaad dat de aandacht in eerste instantie daarop is te richten, de rest komt wel.

*Huisarts II:* Dateren de klachten van vóór de geboorte van het laatste kind, heb ik begrepen?

*Co-assistent:* Het hyperventileren niet, maar reeds vóór haar laatste zwangerschap had zij frequent vage klachten.

*Huisarts-discussieleider:* Die laatste zwangerschap was niet door beide partners even gewenst. Dat was al een belangrijk signaal dat de relatie nogal te wensen overlaet.

*Co-assistent:* Vooral patiënte wilde een kind; misschien was het een vlucht voor de problemen?

*Huisarts-discussieleider:* Ik heb het gevoel dat wij de probleemstelling en

mogelijke benadering voldoende hebben uitgesponnen. De beschikbare gegevens maken een verdere discussie op dit moment niet zinvol. Ik ben met de co-assistent van mening dat de huwelijksproblematiek van cruciale betekenis is voor het ontstaan van klachten bij Mevrouw X. De aangegeven weg om samen met het echtpaar tot een oplossing te komen lijkt mij juist. De huisarts kan zonodig de draad opnemen. Eventueel zou in relatie-therapie een deskundige zijn in te schakelen. Voor onze bespreking was deze casus leerzaam. Het is opvallend hoe gemakkelijk wij de lichamelijke klachten accentueren. Hoe belangrijk en noodzakelijk dat ook kan zijn, bij een integrale benadering mag dit niet leiden tot veronachtzaming van de betekenis van de klacht of het klagen. Het werkelijke probleem blijft anders voortbestaan met alle risico's van dien.

#### BESCHOUWING VAN DE REFERENT

Er zijn ademhalingsstoornissen die niet op duidelijk aantoonbare organische afwijkingen zijn terug te voeren. *Jores* vat een aantal van deze verschijnselen samen onder de aanduiding „nervous ademsyndroom”. Het klassieke hyperventilatiesyndroom is de meest bekende variant. *Buitenhuis en anderen* onderzochten het klachtenpatroon bij een aantal neurologische poliklinische patiënten, bij wie hyperventilatiesyndroom was gediagnostiseerd. Bij analyse van deze klachten zouden zich twee min of meer afzonderlijke syndromen aftekenen. Een syndroom waarbij stoornissen in de ademhaling op de voorgrond staan en één waarbij centraal nerveuze dysregulaties in het geding zouden zijn. Het is verleidelijk om het eerste syndroom een organische en het tweede een psychische oorzaak en ontstaanswijze toe te kennen. Bij het eerste type treden de verschijnselen van tetanie op de voorgrond.

Klachten als zuchten, benauwdheidsaanvallen, paresthesiën, duizeligheid, hoofdpijn en moeheid, welke inderdaad door hypocapnie kunnen worden veroorzaakt, treden echter in wisselende variëteit, maar met grote frequentie op bij allerlei patiënten. Zelfs als de predispositie tot het aanvalsgewijs optreden van deze klachten bij patiënten met het hyperventilatiesyndroom groter zou zijn dan bij anderen (*Droogleever Fortuyn en anderen*) dan nog blijft de vraag waarom deze patiënten gaan hyperventileren.

Mevrouw X klaagt al enige jaren en er

zijn ook klachten geweest die niet of nauwelijks vanuit een dergelijke dispositie zijn te verklaren. Anderzijds zijn er wel duidelijke aanwijzingen dat er ernstige spanningen bestaan in haar levenssituatie, met name in haar huwelijk. De vraag waarom patiënte nerveus-functionele klachten heeft of anders gesteld de vraag welke functie haar klagen heeft, intrigeert ons dan ook het meest.

Patiënte is bang dat zij doodgaat, althans zij heeft momenten waarop zij in paniek raakt, angstig wordt. Intussen is zij voortdurend gespannen; zij vindt dat „het zo niet langer kan”. De angst neemt tijdens een aanval duidelijk toe. Dat is een begrijpelijk en misschien ook verklaarbaar gevolg van veranderingen in de elektrolyten-verhoudingen in cellen en bloed (*Barkmeyer-Degenhart en anderen*). Er is dan sprake van een circulus vitiosus, maar de vraag blijft: waarom treedt het hyperventileren op? Bij mevrouw X was dat op momenten waarop zij de spanning niet meer kon verdragen. Het is genoegzaam bekend dat min of meer dramatische klachten of symptomen een somatische expressie kunnen zijn van hevige emoties. Men kan dergelijke verschijnselen dan ook beschouwen als signalen of beter als hulpkreten van de patiënt: „Zo kan het niet langer”. De grondoorzaak is daarbij dikwijls van meer belang dan de pathofysiologie van het verschijnsel.

De co-assistent vermeldt dat de diagnose hyperventilatiesyndroom wellicht bevestiging behoeft. Als de precieze medische diagnose relevant is voor de behandeling dan heeft hij gelijk. De vraag is echter of dat bij mevrouw X het geval is. Mij dunkt dat hier met de waarschijnlijkheidsdiagnose hyperventilatiesyndroom voor de verdere behandeling is te volstaan.

Men kan het verschijnsel verhelpen door ademhalen in een plastic zakje. Mevrouw X heeft inzicht in de betekenis

van de aanvalletjes. De werkelijke oorzaak van het optreden van die aanvalletjes is daarmee echter niet benaderd.

Het symptoom van hyperventileren kan anderzijds een eigen leven gaan leiden. De frequentie en de ernst van de verschijnselen is dan dusdanig dat de vicieuze cirkel: spanning – hyperventileren – spanning in eerste instantie is te doorbreken door een individuele op het symptoom gerichte behandeling. Met behulp van provocatie van aanvallen onder deskundige begeleiding gelukt het dikwijls de angst voor de aanval te verminderen of tot verdwijnen te brengen. Hoe effectief ook terzake van het hyperventileren op zich, het blijft een symptomatische aanpak.

Het probleem van mevrouw X ligt in een vastgelopen conflictueuze relatie met haar man. De gesprekken van de co-assistent, geen terzake deskundige, brachten hierin een verandering teweeg. Wellicht bracht de co-assistent meer op gang dan hij zelf opmerkte. De door hem besproken wonderlijke ervaring dat het bij zijn laatste contact zo onwaarschijnlijk verbeterd leek, is een gewoon verschijnsel. Soms is inderdaad geen langdurige reeks gesprekken nodig en is in een betrekkelijk kortdurende begeleiding een verandering ten goede in gang te zetten (*Huygen*). Er is echter een adder onder het gras waarop men verdacht moet blijven. De optimistische stemming van de echtelieden kan ook een „afweer” zijn, een vriendelijke weigering om de ter tafel komende problematiek werkelijk ter discussie te stellen. Met andere woorden een signaal dat men voor het „veranderen” terugschrikt. Juist de huisarts is door zijn continue zorg voor patiënten en gezinnen in de gelegenheid de ontwikkelingen te volgen. Hij biedt in feite steeds een „open deur” en is in staat

op het eerste signaal de draad weer op te vatten. De suggestie van de co-assistent om niet alleen met de huisarts maar ook met patiënte en haar man de mogelijkheid van verdere begeleiding te bespreken is dan ook zeer terecht. De onderkenning van een relationeel probleem als grondoorzaak is niet voldoende. Ook in het geval van mevrouw X is nog veel onduidelijk en de problematiek is mogelijk zeer complex. Voor de verdere benadering is de „diagnostiek” echter betrekkelijk onbelangrijk en niet te scheiden van de „therapie”. Het is geen medisch probleem meer en misschien ontstaat de behoefte een andere vorm van hulpverlening in te schakelen. Die vorm van hulpverlening is wel te vinden. De keuze is echter eerst aan patiënte.

Op deze wijze benaderd, blijft het medische aspect van het hyperventilatiesyndroom (hoe belangrijk ook) terecht ondergeschikt aan de hulpverlening aan de patiënt als mens, een mens in zijn of haar directe levenssituatie, in het gezin bijvoorbeeld. Voor een gelukkig functioneren in die situatie is soms een sederend middel of een plastic zakje nuttig, maar voldoende is het niet.

Barkmeyer-Degenhart, P. en anderen. (1976) Ned. T. Geneesk. 120, 822-830.

Buitenhuis, J. M. en anderen (1976) Ned. T. Geneesk. 120, 778-781.

Droogleevers Fortuyn, J. en anderen (1976) Ned. T. Geneesk. 120, 878-880.

Huygen, F. J. A. (1976), huisarts en wetenschap 19, 207-213.

Jores, A. Der Kranke mit psychovegetativen Störungen. Verlag für medizinischen Psychologie, Göttingen, 1973.