Syndroom-verschuiving en -onderdrukking

DE BETEKENIS VOOR DE INTERNE EN PSYCHIATRISCHE KLINIEK[a]

DOOR DR. J. GROEN, ARTS VOOR INWENDIGE ZIEKTEN, DR. J. BASTIAANS, ZENUWARTS, EN J. M. VAN DER VALK, ARTS[b]

Samenvatting:

De schrijvers vestigen de aandacht op het verschijnsel dat „psychische" ziektebeelden kunnen ontstaan wanneer „organische" syndromen verdwijnen, en omgekeerd. Ook geven zij voorbeelden van het onderdrukken van organische symptomen onder invloed van tussentijdse emoties (VAN LOGHEM). Een verklaring van deze verschijnselen is nog onvoldoende te geven; waarschijnlijk is de oorzaak niet in alle gevallen dezelfde. Soms wordt door een lichamelijke behandeling de ontlading in een somatisch syndroom onmogelijk gemaakt, waarna verschuiving naar een psychisch ziektebeeld ontstaat. Soms wordt de ontlading van door frustratie verwekte gevoelens in neurotische of sociopathische patronen geremd door de in het individu belichaamde sociale en ideale normen, hetgeen de verschuiving naar een somatisch syndroom schijnt te bevorderen.

Syndroomverschuiving en syndroomonderdrukking zijn volgens de schrijvers substitutie processen, analoog aan de sublimatie en regressie die tijdens de normale ontwikkeling voorkomen, en aan het verschijnsel van de „oversprong" bij dieren. Het neurofysiologische mechanisme dat aan deze substitutie ten grondslag ligt, is nog onvoldoende bekend.

Inleiding.

Onder *syndroom-verschuiving* verstaan wij het ontstaan van een nieuw symptoom of syndroom in aansluiting aan het verdwijnen van andere ziekteververschijnselen. Een klassiek voorbeeld in de interne kliniek is het ontstaan van asthma bronchiale tijdens het verdwijnen van dauwworm bij kinderen. Ook op latere leeftijd kan men soms het elkaar afwisselen van astma en constitutioneel eczeem waarnemen. RÖSSLE heeft vele jaren geleden gewezen op het veelvuldig ontstaan van ulcera ventriculi en duodeni als „tweede ziekte" na een andere stoornis.

Voorts is bekend, dat de verschijnselen van astma of reumatoïde arthritis kunnen verdwijnen tijdens een met koorts gepaard gaande ziekte. Bij migrainepatiënten, die jarenlang regelmatig aanvallen hebben, kan men eveneens waarnemen, dat de hoofdpijn tijdens een intercurrente ziekte niet ontstaat. Opmerkelijk is verder de verbetering die door een met koorts gepaard gaande ziekte in het ziektebeeld van de essentiële hypertensie kan intreden; de aanzienlijke daling van de bloeddruk houdt vaak nog weken of maanden aan, nadat de koorts is geweken. Dit verdwijnen van een ziekte wanneer de patiënt door een andere aandoening wordt getroffen, stellen wij voor, *syndroom-onderdrukking* te noemen.

Heeft men eenmaal zijn aandacht gericht op de syndroom-verschuiving en -onderdrukking, dan blijken deze volstrekt niet zeldzaam te zijn. Zo zagen wij twee keer reumatoïde arthritis ontstaan bij patiënten met ziekte van Basedow, nadat de schildklieraandoening met goed gevolg was behandeld, resp. met methylthiouracyl en radioactief jodium. Wij zagen twee gevallen van reumatoïde arthritis vrijwel onmiddellijk in aansluiting op de genezing van colitis ulcerosa. Levendig herinneren wij ons een lijder aan ernstige hypertensie met boezemfibrilleren en aanvallen van asthma cardiale, die vrijwel iedere nacht ontstonden. Toen deze patiënt een embolus in de linker arteria cerebri media kreeg, gevolgd door hemiplegie en afasie, waren de astma-aanvallen opeens verdwenen. Onlangs beschreef JORDAN (1953) een patiënt met vrijwel niet te beïnvloeden asthma bronchiale, wiens aanvallen volkomen ophielden na een apoplexie.

In de psychiatrische kliniek is syndroom-verschuiving eveneens een bekend verschijnsel. Uiteraard denkt iedereen hier het eerst aan de merkwaardige afwisseling van exaltatie en depressie bij de lijders aan manisch-depressieve psychose. Ook in het ziektebeeld van schizofrenie komen verschuivingen voor. Men ziet niet zelden bij een patiënt een syndroom van massale hallucinaties, fonemen en onrustig-agressief gedrag, verschuiven naar een catatone stuportoestand. Vrijwel onuitputtelijk zijn de syndroomverschuivingen, die de hysterie ons laat zien. Niet alleen zijn de verlammingen of pijnen nu eens in dit, dan weer in dat lichaamsdeel gezeteld; daartussendoor nemen wij bij dezelfde patiënt ook afwisselend schemertoestanden, automutilaties en zelfmoordpogingen waar. Niet zelden ontstaan zulke verschuivingen in aansluiting op emoties of na een suggestie of hypnose (SEITZ 1951, 1953). Ook tijdens langdurige psychotherapie is de psychiater herhaaldelijk in staat soortgelijke verschuivingen waar te nemen (KEPECS 1953).

Syndroomverschuiving als psychosomatisch, resp. somatopsychisch verschijnsel.

De hernieuwde belangstelling voor de psychosomatiek heeft o.a. als gevolg gehad, dat wij de zieke mens thans minder dan vroeger classificeren als òf lichamelijk òf geestelijk ziek. In plaats daarvan zien wij de mens en zijn ziekteverschijnselen als een eenheid, die zich in een deels gezonde, deels zieke verschijningsvorm op wisselende wijze aan ons openbaart. Van

[a] *Voordracht gehouden voor de gemeenschappelijke vergadering van de Nederlandsche Internisten Vereeniging en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie te Utrecht op 6 februari 1954.*

[b] *Uit de Tweede Kliniek voor Inwendige Ziekten (Eerste Geneesheer: Dr. J. GROEN) en de Neuropsychiatrische Universiteitskliniek (Hoofd: Prof. Dr. L. VAN DER HORST) in het Wilhelmina-Gasthuis te Amsterdam. Onderzoekingen, verricht met steun van de Rockefeller Foundation.*

dit gezichtspunt willen wij de aandacht vestigen op de afwisseling van lichamelijke syndromen en psychiatrische ziektebeelden, die men bij dezelfde patiënt kan waarnemen.

Patiënt *A*, lijdend aan colitis ulcerosa, werd in zeer ernstige toestand opgenomen. Hij verbeterde op treffende wijze onder invloed van een eenvoudige vorm van ondersteunende psychotherapie, zodat hij, die uitgedroogd, cachectisch, bloedarm, met hoge temperatuur en profuse diarree werd opgenomen, in normale voedingstoestand kon worden ontslagen. De ziekte had zich ontwikkeld in aansluiting op een vernederende gebeurtenis; in zijn persoonlijkheid toonde de patiënt trekken, die als predisponerend voor deze ziekte zijn beschreven (MURRAY 1930; GROEN 1947a; GROEN e.a. 1951). Tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis had zijn vrouw de slagerij voortgezet met behulp van een knecht. Toen patiënt thuis kwam, ondervond hij het als onaangenaam, dat deze knecht hem uit de leiding van de zaak had verdrongen en vooral dat deze knecht zich klaarblijkelijk het vertrouwen van de klanten had verworven. Het kwam herhaaldelijk voor, dat de patiënt, wanneer hij, zijn vrouw en de knecht in de winkel de klanten stonden te helpen, iets niet wist of verkeerd deed en dan door de knecht enigszins triomfantelijk werd terechtgewezen. De laatste bleef zich ook met de inkoop bemoeien. Patiënt kon niet goed hiertegen op, mede omdat zijn vrouw vond, dat door deze knecht de zaak tijdens de afwezigheid van patiënt behouden was gebleven; zij gaf ook een aantal keren in het bijzijn van klanten de knecht tegenover patiënt gelijk. Het kwam daarop een aantal malen voor, dat patiënt uit de zaak moest weglopen om wegens buikkramp en diarree naar het toilet te gaan, waarbij de ontlasting hem soms ontsnapte voor hij dit kon bereiken.

Hij kwam nog af en toe terug om over zijn levensmoeilijkheden te spreken, waarbij de ondersteunende psychotherapie door ons werd voortgezet; symptomatisch was hem laudanum voorgeschreven. Een keer toen hij terugkwam, trof hij in plaats van één van ons een andere arts. Deze zei hem, dat hij zich er maar mee moest verzoenen, dat zijn situatie blijvend zou zijn. Hij raadde patiënt aan een rubber-directoirebroekje te gaan dragen, zodat hij er beter tegen zou kunnen, als hem nog eens zo'n ongelukje voorkwam. Uiterlijk nam patiënt deze mededeling rustig in ontvangst. Hij bedankte de arts, dat deze hem zoveel eerlijker de waarheid zei dan Dr. GROEN of Dr. BASTIAANS. Bij zijn volgende bezoek sprak hij niet over zijn moeilijkheden, doch vertelde dat zijn flesje laudanum was gebroken en vroeg om een nieuw recept. Het volgende weekeinde ging zijn vrouw naar familie; patiënt zei dat hij niet mee kon. Toen zij maandag 's ochtends terugkwam, vond zij hem stervende; hij had zaterdagavond een grote hoeveelheid laudanum ingenomen en aldus zelfmoord gepleegd.

Wij hebben dit tragische geval, dat ons bovendien de betrekkelijkheid deed zien van een schijnbaar geslaagde symptomatische therapie, beschouwd als een syndroomverschuiving. De brute, vernederende mededeling, dat hij incontinent zou blijven en een rubber-directoirebroekje moest gaan dragen, zou vroeger bij deze man verergering van de colitis hebben veroorzaakt; thans ontwikkelde zich een reactieve depressie met het catastrofale resultaat. Hier was dus de interne ziekte aanzienlijk verbeterd, doch ontstond bij een nieuw trauma een psychiatrisch ziektebeeld.

Het omgekeerde namen wij waar bij *B*, een 60-jarige vrouw, die zes jaar vóór zij bij ons werd opgenomen, in een psychiatrische inrichting was verpleegd. Zij was altijd een moeilijke vrouw geweest, pijnlijk precies in haar huishouding, streng voor haar kinderen en door haar veeleisendheid lastig in de omgang met familie en buren. Haar huwelijk was een mislukking; patiënte was frigide, zij verweet haar man zijn onverschilligheid, slordigheid, lompe manieren en vooral dat hij het niet verder had gebracht dan tot havenpakhuisknecht. Na een huiselijk conflict geraakte zij in een opwindingstoestand met depersonalisatieverschijnselen tijdens welke zij eerst haar man en daarna zichzelve van het leven trachtte te beroven. Zij werd opgenomen in een psychiatrische kliniek waar de diagnose op melancholia agitata werd gesteld.

In deze inrichting hechtte zij zich sterk aan één der psychiaters. „Aan hem heb ik alles te danken", zei ze later. „Hij heeft mij laten begrijpen hoe verkeerd mijn leven vroeger was en welk een schande ik over mijn familie heb gebracht. Mijn broer heeft ook zelfmoord gepleegd, en dat heb ik toen zèlf zo vreselijk gevonden. Terwijl ik in de inrichting was, heb ik mijn man om vergiffenis gevraagd en ik heb mij voorgenomen, dat zoiets nooit meer zou gebeuren. Ik begrijp nu pas, hoe goed hij het eigenlijk bedoelde en dat het toch eigenlijk zijn schuld niet was". Toen patiënte thuis kwam, was zij voor haar familie onherkenbaar veranderd. Zij was nog even pijnlijk-zindelijk, doch verder was zij stil geworden; zij zei geen kritisch woord meer over een ander en deed haar uiterste best, rustig, berustend en vriendelijk te zijn. Maar reeds in de inrichting had zij last gekregen van pijnlijke schouders en pijn in haar rug. Thuis kreeg zij spoedig pijn in haar handen; de vingergewrichtjes begonnen te zwellen, de knieën werden dik, stijf en pijnlijk, en in enkele maanden tijd ontwikkelde zich bij deze vrouw reumatoïde arthritis, die alle behandeling trotseerde en waarvoor zij enige jaren later bij ons werd opgenomen. Hier was dus de psychiatrische ziekte, melancholia agitata, „genezen", doch deze had plaats gemaakt voor reumatoïde arthritis.

Enkele jaren geleden zagen wij patiënte *C*, die allerlei hysterische syndromen had gehad (wegrakingen, schemertoestanden, anorexie met braken, buikklachten waarvoor zij twee keer was geopereerd zonder organische bevinding, en tenslotte zelfverminking door manipuleren met een haarspeld in de urethra). Na haar opneming in een psychiatrische kliniek geraakte zij in een psychotische toestand en werd zij naar een inrichting overgebracht. Daar smeekte zij haar man haar naar huis mee te nemen; zij beloofde hem, dat zij nooit meer ziek zou zijn en dat hij nooit meer last van haar zou hebben, indien hij haar uit het gesticht meenam. Tegen het advies van de directeur is zij daarop ontslagen. Deze vrouw heeft sindsdien geen hysterische manifestaties meer getoond. Integendeel; zij die vóór haar huwelijk naaister op een confectie-atelier was geweest, begon nu zèlf een bedrijfje. Al spoedig verdiende zij zoveel, dat zij haar man, die tot nu toe als postbode had gewerkt, het confectievak leerde en onder haar leiding in haar zaak opnam. Merkwaardig was echter, dat er zich nu bij haar een aanzienlijk verhoogde bloeddruk ontwikkelde, een ziekte die zij overigens moedig droeg en waarvoor zij tot nu toe nog nooit haar werk heeft verzuimd.

D, een 50-jarige man met ernstige dwangneurotische trekken, die echter zijn werk als directeur van een vrij groot bedrijf zeer behoorlijk deed, kreeg naar aanleiding van de zelfmoord van zijn zoon een depressie. Hij werd hiervoor in een psychiatrische inrichting opgenomen en met elektroshocks behandeld. Aanvankelijk werd niet veel aandacht geschonken aan zijn lichte maagklachten doch de shock-

kuur moest worden afgebroken toen hij opeens een grote maagbloeding kreeg, die blijkens de röntgenfoto op een ulcus duodeni berustte. Hij werd overgebracht naar een interne kliniek, waar zijn depressie, ofschoon hij slechts een drietal shocks had ondergaan, verdwenen bleek te zijn. De maagpijn nam echter aanzienlijk toe en er ontwikkelde zich pylorusstenose. Hier had dus een verschuiving plaats gevonden van een depressie naar een ulcus duodeni.

Deze patiënt heeft later weer een verschuiving getoond, nadat hij geopereerd was. De maagresectie verliep vlot, doch toen hij weer mocht eten, bleek dat hij moeite had met slikken; er had zich nu cardiastenose ontwikkeld, misschien door regurgitatie-oesophagitis.

Het ontstaan van een ulcus duodeni, wanneer een depressie, al of niet onder invloed van psychiatrische behandeling verdwijnt, is volstrekt niet zeldzaam (GROEN 1947b). Bij één patiënt met hysterische buikpijnen zagen wij een ulcus duodeni ontstaan toen hem op grove wijze werd gezegd „op te houden met die aanstellerij".

Omgekeerd ervaart iedere chirurg dat na een maagresectie wegens ulcus (vaker nog wegens gastritis) patiënten terugkomen met allerlei functionele klachten.

Twee keer zagen wij bij een lijder aan colitis ulcerosa een psychose ontstaan, één keer met massale hallucinaties en één keer meer depressief gekleurd. Deze „complicatie" van colitis ulcerosa is ook in de literatuur bekend. Twee keer zagen wij bij Basedow-patiënten die met succes met radioactief jodium waren behandeld, psychotische verschijnselen. Eén keer was dit een moeilijk te interpreteren psychose met onrust en zondewaan. De tweede patiënt kreeg eerst een hysterische loopstoornis; deze genas toen de arts hem daartegen suggestieve loopoefeningen liet doen, doch nu ontstond er een hysterische depressie, die pas door wat langer durende psychotherapie verbeterde.

Een patiënte met anorexie nervosa, die behandeld werd met hormonpreparaten, begon te eten, doch kreeg nu functionele buikklachten met constipatie.

In het gebied van de functionele klachten kent iedere internist van ervaring de syndroomverschuiving te over. Patiënten, die vroeger het spreekuur bezochten wegens functionele hoofdpijnen, komen bv. terug wegens globusgevoelens. Vaak is dan de schildklier wat aan de grote kant, de ogen glanzen ietwat en de pols is iets versneld, zonder dat het typische beeld van M. Basedowi bestaat. Een andere keer klagen zulke patiënten dan over hartkloppingen en kortademigheid, waardoor meer het beeld van functionele neurovasculaire asthenie ontstaat. Druk op de maag, opboeren, constipatie, vormen een ander patroon, dat men bij andere gelegenheden bij dezelfde patiënten kan waarnemen. Al naar de lokalisatie van de klachten bezoeken zulke patiënten dan om beurten de neuroloog, de keel-neus-oorarts, de hartspecialist, de internist, de gynaecoloog en de orthopeed.

Ook onder astmapatiënten kan men herhaaldelijk syndroomverschuiving naar psychiatrische ziekte waarnemen. Astma hebben wij zien afwisselen met functionele rugpijn, of met een periode van psychopathisch gedrag of querulantisme, gedurende welke

TABEL I „PSYCHO-SOMATISCHE" SYNDROOMVERSCHUIVING

Patiënt	*Eerste ziekte*	*Tweede ziekte*	*Aanleiding tot verschuiving*
1(B)	Melancholia agitata	Reumatoïde arthritis	Psychotherapie
2(D)	Dwangneurose, depressie	Ulcus duodeni	Elektroshock + therapie
3	Hysterische depressie	Ulcus duodeni	Psychotherapie
4	Hysterische pijnen	Ulcus duodeni	Verbod zich aan te stellen
5	Asociaal gedrag (inbreker)	Ulcus duodeni	Verpleging psychiatr. inrichting
6	Hysterische wegrakingen	Colitis ulcerosa	Idem (+ vernedering)
7	Anorexia nervosa	Habituele constipatie + functionele buikklachten	Hormoonbehandeling + psychotherapie
8	Hysterische migraine	Neurovasculaire labiliteit	Psychotherapie
9(C)	Hysterie: zelfverminking	Essentiële hypertensie	Verpleging psychiatr. inrichting

TABEL II „SOMATO-PSYCHISCHE" SYNDROOMVERSCHUIVING

Patiënt	*Eerste ziekte*	*Tweede ziekte*	*Aanleiding tot verschuiving*
1(A)	Colitis ulcerosa	Depressie	Psychotherapie
2	„ „	Hallucinatoire psychose	Opneming in ziekenhuis
3	„ „	Hysterische depressie	Veranderde houding echtgenoot
4	Ulcus duodeni	Neurasthenie, hypochondrie	Partiële maagresectie
5	Ziekte van Basedow	Depressieve psychose	Therapie met radioactief jodium
6	„ „ „	Conversiehysterie	Idem
7	Asthma bronchiale	Psychopathie	Milieuverandering
8	„ „	Hysterische psychose	Wanbegrip omgeving
9	„ „	Morfinisme	Door arts voorgeschreven morfine
10	„ „	„Lage rugpijn" en hoofdpijn	ACTH-therapie
11	Psoriasis	Depressie (hypochondrie)	Röntgenbestraling
12	Eczema generalisatum	Acute psychose	Elektroshockbehandeling

tijd het astma dan soms opmerkelijk rustig was. Verschillende van onze astmapatiënten hebben psychotische fases doorlopen, zodat zij beurtelings in de interne en in de psychiatrische kliniek werden opgenomen.

Voorts kan het verschijnsel van somato-psychische syndroomverschuiving aan het licht treden gedurende een behandeling met ACTH of cortison. Er zijn thans reeds een groot aantal gevallen bekend, dat patiënten met reuma, astma of colitis, van deze ziekten op haast wonderbaarlijke wijze door ACTH of cortison verbeterden, maar bij wie daarna een psychotische toestand ontstond, hetzij in de vorm van een manische delirante toestand, hetzij in de vorm van een depressie (waardoor zelfs zelfmoord is voorgekomen), hetzij als een stupor. Wanneer de behandeling dan werd gestaakt, kwam in de meeste gevallen de eerste ziekte weer te voorschijn (GROEN e.a. 1952). Ook verschuiving naar een ander somatisch syndroom is na ACTH of cortison gezien, nl. het ontstaan van ulcera ventriculi of duodeni bij patiënten die bv. met succes voor reuma werden behandeld.

In tabel I en II hebben wij een overzicht gegeven van een aantal patiënten bij wie wij syndroom-verschuiving, hetzij in somato-psychische, hetzij in psychosomatische richting zagen.

Syndroom-onderdrukking.

Syndroom-verschuiving is verwant met een ander verschijnsel, dat wij in navolging van VAN LOGHEM (1941) *syndroom-onderdrukking* willen noemen.

In 1941 beschreef de Amsterdamse hoogleraar in de gezondheidsleer, VAN LOGHEM, een merkwaardige observatie bij zichzelf. Terwijl hij zich in december 1920 in Parijs bevond om een belangrijke voordracht in het Institut Pasteur te houden, kreeg hij opeens een onaangename hik, met een ritme van één schok per 4 à 5 seconden, die twee dagen lang velerlei behandeling trotseerde. In die tijd kwamen te Wenen en te Parijs kleine epidemieën van singultus voor; men overwoog de mogelijkheid van een verband met encephalitis. Plotseling, $2^1/_2$ uur voor het vastgestelde uur van de voordracht, was de hik verdwenen, en gedurende de voordracht was het verschijnsel weg. Doch nauwelijks teruggekeerd in zijn hotel, hikte hij opnieuw. Dit duurde weer twee dagen, totdat kort voor een diner, waarbij hij zich opnieuw in het publiek moest vertonen, de hik weer weg was, tijdens het diner wegbleef, doch bij terugkeer in het hotel opnieuw begon. Pas de volgende dag was het verschijnsel voorgoed verdwenen.

In aansluiting aan deze observatie vermeldt VAN LOGHEM nog een andere waarneming, die vele artsen waarschijnlijk uit ervaring bekend voorkomt. Dit betreft het verdwijnen van de verschijnselen van een verkoudheid vóór en tijdens het houden van een voordracht. Wij citeren: „In den loop van den dag was de verkoudheid zeer hevig geworden. Na den eten, toen ik mij verkleedde was de vochtstroom uit de neus zoo overvloedig en voelde ik mij zo ontoonbaar, dat ik er nog over gedacht heb de voordracht telephonisch af te zeggen. Wanneer de verschijnselen zijn opgehouden weet ik vrij nauwkeurig aan te geven. Omstreeks kwart voor achten, in de taxi, nog niet ver van huis, werd ik mij plotseling er van bewust niet meer verkouden te zijn. Noch tijdens de voordracht, noch tijdens de pauze, noch op den terugweg heb ik een zakdoek van het meegenomen stapeltje behoeven te gebruiken. Ik voelde mij in het geheel niet verkouden en genoot van mijn onverwachte plotselinge genezing. Doch spoedig na mijn thuiskomst omstreeks elf uur begon het opnieuw. Ik kreeg daarbij eigenaardige gevoelens van benauwdheid, zwelling en spanning in de neus, op een wijze die ik nooit tevoren noch later heb ondervonden. Deze hebben den ganschen nacht geduurd en mij den slaap belet". VAN LOGHEM vestigde er de aandacht op, dat het hikken en de verkoudheid juist zò lang wegbleven als onder de gegeven omstandigheden gewenst was, terwijl van een *bewust* onderdrukken van de hik, resp. de verkoudheid natuurlijk geen sprake was.

Met de publikatie van deze waarnemingen bij zich zelf heeft VAN LOGHEM de fundamentele betekenis van de syndroom-onderdrukking doen uitkomen. Immers, indien wij afzien van de waarnemingen omtrent de hik (over welke pathogenese wij onvoldoende zijn ingelicht) en ons beperken tot het onderdrukken van de verkoudheid, hebben wij ons rekenschap ervan te geven dat een zo „organisch" syndroom als vaatverwijding en overmatige secretie in de neus, kan verdwijnen onder invloed van een psychische spanning. Het is niet zeer waarschijnlijk, dat deze spanning het verkoudheidsvirus van het slijmvlies kan hebben verdreven; trouwens de verschijnselen keerden na enkele uren weer terug. De emotionele spanning had dus geen invloed op de ziekteverwekker, doch op de reactie van de gastheer daarop. Dit wil echter zeggen, dat zelfs de zuiver plaatselijke verschijnselen van ontsteking in hoge mate afhankelijk zijn van de reactiviteit van het gehele organisme, welke reactiviteit blijkbaar in aanzienlijke mate mede wordt bepaald door de emotionele toestand waarin het individu zich bevindt. Wij komen hierop aanstonds terug.

Het „Van Loghem-fenomeen" komt ook bij andere toestanden dan verkoudheid voor. Van het verdwijnen van astma-aanvallen onder invloed van emotionele toestanden bv. heeft één van ons elders voorbeelden gegeven (GROEN 1949). Tijdens de mei-dagen van 1940 bemerkten de artsen tot hun verbazing dat hun wachtkamers vrijwel leeg waren. Dit berustte niet alleen hierop, dat de patiënten het niet de moeite waard vonden voor hun klachten de arts te raadplegen; in vele gevallen waren de verschijnselen door de emotionele spanning van die dagen opeens verdwenen. Eén van ons heeft verschillende patiënten gezien, die op dat ogenblik wegens een ulcuskuur in het ziekenhuis werden verpleegd. Zij stonden uit hun bed op, vertrokken op eigen verzoek naar huis, deden dienst bij de luchtbescherming of waren op andere wijze actief bezig, aten gewoon en hadden daarbij geen enkele klacht.

Een ander voorbeeld kennen wij van een arts, die met een ulcus duodeni in een ziekenhuis te Arnhem werd verpleegd, toen daar in 1944 de geallieerde parachutisten landden. Hij stond onmiddellijk op, meldde zich bij de bloedtransfusiedienst, werkte 24 uur en bemerkte toen tot zijn verbazing, dat hij al die tijd geen pijn had gevoeld. Tijdens de hongerwinter ontmoetten wij op trektochten verschillende patiënten,

die wij kenden als lijders aan maag- of duodenumzweren, migraine en astma; deze patiënten waren onder invloed van de totaal gewijzigde levenssituatie hun klachten volkomen kwijt. Soortgelijke waarnemingen zijn door de artsen in concentratiekampen beschreven (COHEN 1952; BASTIAANS 1957).

Uit de tot nu toe beschreven waarnemingen menen wij de volgende conclusie te mogen trekken: Evenals sommige ziekteverschijnselen onder invloed van emotionele spanningen kunnen ontstaan (psychogene syndroom-vorming), kunnen zij onder invloed van emotionele factoren plaats maken voor andere ziekteverschijnselen (syndroom-verschuiving), of zij kunnen onder invloed van emoties verdwijnen (syndroom-onderdrukking).

Beschouwingen.

Hoewel er betrekkelijk weinig studies aan de syndroom-verschuiving, resp. -onderdrukking zijn gewijd, zijn er toch wel enkele verklaringen voor deze substitutieverschijnselen gegeven. Geen dezer verklaringen kan als bewezen gelden, zodat wij ons voorlopig moeten tevreden stellen met het overwegen van de meer of mindere waarschijnlijkheid van enkele hypothesen, die deels van biologische, deels van psychologische concepties uitgaan.

1. Bij internisten en fysiologen is wel eens het vermoeden gerezen, dat het verdwijnen van een astma-aanval onder invloed van emotie zou kunnen berusten op de werking van in de bijnier geproduceerd adrenaline. CANNON (1929) heeft immers waarschijnlijk gemaakt dat deze stof onder invloed van bepaalde emoties in verhoogde mate kan worden gevormd. Deze verklaring zou inderdaad kunnen gelden voor het onderdrukken van een astma-aanval; dit is echter weinig waarschijnlijk, daar men bij zulk een gelegenheid meestal de overige gevolgen van een toegenomen adrenalinespiegel in het bloed (verhoogde polsdruk, bleekheid, hyperglykemie) niet aantreft. Maar deze veronderstelling is uiteraard onvoldoende om het verschijnsel syndroomverschuiving in zijn vele variëteiten te verklaren.

Sinds de ontdekking van de fysiologische betekenis van het bijnierschorshormon als belangrijke factor in de adaptatie, resp. afweer tegen schadelijke invloeden, is als verdere veronderstelling geuit, dat normaliter tijdens een „stress", via de hypofysevoorkwab, de bijnierschors meer hormon in het bloed afscheidt dan gewoonlijk. Aangezien bijnierschorshormon, indien in grote hoeveelheid in het bloed aanwezig, in staat is verschillende ziekteverschijnselen in het bijzonder ontstekingsreacties, te onderdrukken en anderzijds nieuwe verschijnselen te voorschijn kan roepen, lijkt het inderdaad mogelijk dat dit mechanisme bij syndroom-onderdrukking en -verschuiving van invloed kan zijn (GROEN e.a. 1952). Deze verklaring zou kunnen opgaan voor de ontwikkeling van een ulcus als „tweede ziekte" of het ontstaan van een psychose tijdens de verbetering van een colitis ulcerosa. Niet alle bovenbeschreven voorbeelden van syndroom-verschuiving en syndroom-onderdrukking zijn echter door zulk een hypersecretie van bijnierschorshormon te verklaren. Ook al heeft het hypofyse-bijnierschorssysteem dus misschien betekenis voor het ontstaan van syndroom-verschuiving en -onderdrukking in sommige gevallen, dit kan bezwaarlijk de enige verklaring van het fenomeen zijn.

2. De psychiater, die de verschijnselen van syndroomverschuiving en -onderdrukking bestudeert, herkent daarin fenomenen, analoog aan die tijdens de menselijke ontwikkeling. Het zogenaamd „spontaan" genezen van kinderneuroses of puberteitsstoornissen is veelal geen spoorloos verdwijnen, doch een onderdrukking of verschuiving naar een ander syndroom, hetzij psychisch of somatisch, die wij echter, wanneer het nieuwe syndroom sociaal beter aanvaardbaar is, als genezing beschouwen. Tijdens de opvoeding of, op volwassen leeftijd, bij verplaatsing naar een ander cultureel milieu, zien wij eveneens dat het individu zijn vroegere gedragsvormen door nieuwe vervangt. Met andere woorden, verschuiven en onderdrukken zijn processen die geheel thuis horen in de normale menselijke ontwikkeling. Wij spreken dan niet van de verschuiving of onderdrukking van syndromen, doch van het aanleren (ontstaan), resp. afleren (verdwijnen) van instellingen, gedragspatronen, aanpassings- en afweermechanismen. BASTIAANS (1957) heeft erop gewezen, dat de processen van normale groei en rijping in wezen nooit uitsluitend somatisch of alleen psychisch zijn, doch dat men daarbij altijd te maken heeft met psychosomatische regulaties van het organisme in zijn geheel. Zo moet men dus syndroomverschuiving en -onderdrukking zien tegen een achtergrond van het normale ontwikkelings- en regulatieproces; zij zijn analoog met wat wij in de menselijke ontwikkeling *substitutie* (GROEN 1957), sublimatie, evolutie of regressie noemen.

Een andere psychiatrische poging tot verklaring van de pathologische syndroomverschuiving gaat van de syndroomverschuiving uit, die wij in het ziektebeeld van de hysterie kennen. Wij zien dan in de conversieverschijnselen in eerste instantie symbolen. Het symptoom heeft daarbij niet alleen een communicatieve betekenis, doch dient ook tot ontlading van emotionele energie. Zij die aldus redeneren, zien de syndroomverschuiving als een verandering in een symbolische uitingsvorm van het organisme. Wanneer het verschijnsel zijn taak als symbolische ontlading van het affect heeft verricht, is het overbodig en kan het verdwijnen, of door een nader symptoom worden vervangen, dat op dat ogenblik op een verschillende, door de toestand van het individu bepaalde wijze, de emotionele spanning van het individu tot uiting brengt (KEPECS 1953).

FENICHEL (1954) en andere analytici hebben er verder op gewezen, dat er bij de neurotische symptoomvorming, evenals bij dromen, sprake is van een zekere „keuze" van het symptoom. Deze „keus" hangt mede af van de mate waarin het symptoom voor het individu aanvaardbaar is, of door de norme-

rende en censurerende instanties in de persoonlijkheid wordt verworpen. Wij willen hier de nadruk erop leggen, dat deze aanvaarding of verwerping van een symptoom deels bewust, doch in belangrijke mate onbewust geschiedt, Wanneer hier het eenvoudige woord „keus" wordt gebruikt, dient men dus te bedenken, dat hieraan in werkelijkheid een ingewikkeld en in vele opzichten nog onverklaard proces ten grondslag ligt. Ditzelfde proces is, psychiatrisch gezien, zowel werkzaam bij de syndroomverschuiving als bij de syndroomvorming (-„keus") in het algemeen.

Een eenvoudig voorbeeld zagen wij onlangs bij twee stewardessen van een luchtvaartmaatschappij. Beide verklaarden in een vliegtuig geen angst te kennen doch de een had sinds haar indiensttreding last gekregen van hoogtevrees wanneer zij een bergtocht maakte (wat zij vroeger nooit had gehad) en de ander durfde niet meer in een autobus. Hier was duidelijk de angst, door het IK-ideaal, dat geen manifeste angst tijdens de beroepsuitoefening kon aanvaarden, naar een analoge situatie verschoven (BASTIAANS 1957).

In dit verband zijn de onderzoekingen van SEITZ (1951, 1953) en KEPECS (1953) van belang. Eerstgenoemde beschreef een reeks proeven waarbij het hem gelukte, door suggesties tijdens hypnose aan patiënten gegeven, syndroomverschuiving te veroorzaken. Het symptoom waarvoor de patiënt onder behandeling kwam, was dan na het ontwaken uit de hypnose, verdwenen, en had plaats gemaakt voor het door de onderzoeker gesuggereerde verschijnsel, dat in een volgende zitting opnieuw kon worden verschoven enz. Zo werd een hysterische tremor vervangen door torticollis, deze weer door ructus en braken, deze weer door hoofdpijn, en tenslotte door een agressieve (tegen de onderzoeker gerichte!) drang tot wurgen. Bij een andere patiënte maakte bulimie (hyperorexie) posthypnotisch plaats voor intensief nagelbijten, dit weer voor depressie, later vervangen door resp. braken, jeuk, pareses van armen of benen, slapeloosheid, en eczemateuze dermatitis. Een derde patiënte met hysterische hoofdpijn verloor deze door hypnose, doch kreeg volgens suggestie pruritus (met excoriatie van de huid door krabben), later buikpijn met braken en weer later hysterische pijnen in de ledematen. Merkwaardig was dat het blijkbaar mogelijk was door hypnose typisch hysterische verschijnselen naar autonoom-nerveus veroorzaakte „functionele" syndromen te doen verschuiven en omgekeerd. Ook lijkt ons van betekenis de waarneming dat hypnotisch gesuggereerde verschuivingen die niet behoorden tot de psychische structuur van de patiënt, niet tot stand kwamen. Dit al of niet „aanvaarden" van een gesuggereerd syndroom leek zowel door „endopsychische" factoren als door de levenssituatie waarin de patiënt op dat ogenblik verkeerde, te worden bepaald.

Ook KEPECS (1953), die een aantal syndroomverschuivingen tijdens het beloop van psychoanalytische behandeling beschreef, gaf voorbeelden van de afwisseling van conversie met functionele en zelfs met organische ziektebeelden. Zo zag hij de vervanging van gegeneraliseerde dermatitis door een paranoïde psychose, het ontstaan van resp. functionele diarree en migraine bij een patiënt die voor seksuele impotentie werd behandeld; een afwisseling van rhinitis vasomotoria met constitutionele dermatitis onder psychische invloed, enz. Hij had de indruk, dat de verschuiving niet toevallig, doch volgens bepaalde regels of patronen verliep. Zo meende hij dat de verschijnselen zich van het lichaam naar het hoofd verplaatsten, wanneer een conflict de patiënt bewuster werd, en dat in het algemeen symptomen in de inwendige organen samenhingen met „pregenitale" conflicten, terwijl conflicten die een latere fase in de ontwikkeling betroffen, zich, indien verdrongen, meer in huidsymptomen zouden uiten, zoals eczemen of urticaria. Voorlopig lijkt ons dit een uiterst speculatieve hypothese.

Een derde verklaring van syndroomverschuiving en -onderdrukking, waarvoor wij hier de aandacht willen vragen, is de mogelijkheid dat wij daarbij te maken hebben met een bijzondere vorm van wat in de ethologie bekend staat als het verschijnsel van de *oversprong*. Een van ons heeft over de betekenis hiervan voor het ontstaan van psychosomatische ziektebeelden elders geschreven (GROEN 1953, 1955). Men verstaat onder oversprong („displacement") min of meer gestandaardiseerde bewegingen of gedragingen, die dieren tonen wanneer ze in de uitleving van een bepaalde drift worden gehinderd, of wanneer de uitwendige of inwendige prikkel die op hen inwerkt, niet sterk genoeg is om een drift tot volledige activatie te brengen. Men kan in zulk een situatie bij verschillende dieren bewegingen waarnemen, die als het ware substituten zijn van het gedragspatroon dat te voorschijn zou komen, indien de drang zich normaal had kunnen ontladen.

KORTLANDT (1940), PORTIELJE (1942), en TINBERGEN (1940, 1942) hebben opgemerkt, dat dieren die bv. in de uiting van hun seksuele drang belemmerd worden, of hun agressiedrang in een strijd niet kunnen ontladen, andere handelingen gaan uitvoeren. Op het eerste gezicht zijn dit schijnbaar redeloze patronen. Voorbeelden hiervan zijn bv. twee mannetjesmeeuwen, die tegen elkaar schijnen te gaan vechten, dreigend tegenover elkaar staan, maar inplaats van op elkaar af te gaan (bv. omdat de afstand tussen hen de agressiedrang niet hoog genoeg doet zijn), opeens, schijnbaar doelloos, strootjes van de grond gaan pikken. Andere vogels gaan in zulk een situatie „toiletteren", mannelijke stekelbaarsjes boren hun kop in de grond. Reuen, in hun paringsdrift door een medestander de loef afgestoken, gaan met grote heftigheid tegen andere honden of omstanders blaffen. Wij zien hier dat verhindering van één drang, in dit geval agressie- of paringsdrift, aanleiding geeft tot handelingen, die eigenlijk in het patroon van een andere drang behoren. Het strootje pikken en in de grond boren behoort immers bij de nestbouwdrang, het veren poetsen is een onderdeel van de zindelijkheidsdrang.

In de menselijke gedragsleer vindt het verschijnsel van de oversprong een analogon in de substitutiehandeling. In de psychologie en psychopathologie ontmoeten wij hiervan genoeg voorbeelden. Men denke aan handelingen als geeuwen, neuspeuteren, nagelbijten, door de haren strijken; dit zijn oversprong-

handelingen die wij bv. waarnemen bij mensen die in hun bewegingsdrang worden belemmerd en stil moeten zitten luisteren naar een spreker, of bij kinderen wier speeldrang wordt gehinderd. Wellicht zijn sommige vormen van auto-erotiek, die wij bij kinderen vinden, ook als oversprong of substitutie te beschouwen. Vetzuchtigen, dat wil dus zeggen, veeleters die men, bv. tijdens een vermageringskuur, voedsel onthoudt, gaan soms veel roken of zich agressief gedragen; agressieve individuen, kunnen, wanneer zij zich moeten beheersen, opeens gaan eten of roken.

De ethologie is tot nu toe voornamelijk beoefend door wetenschappelijke veldbiologen; minder door de fysiologen onder de dierkundigen. Waarschijnlijk is daardoor te verklaren, dat bij de beschrijvingen van het diergedrag door de ethologen tot nu toe voornamelijk aandacht is besteed aan de „willekeurige" bewegingen, resp. aan het voortbrengen van geluid of de produktie van geursignalen. Wat zich tijdens de uitleving van de drang, resp. bij een drangfrustratie of tijdens een overspronghandeling in de inwendige organen van het dier afspeelt, is veel minder bestudeerd. Toch leert reeds de eenvoudige waarneming, dat sommige oversprongbewegingen ook een „onwillekeurige" en soms zelfs autonoom-nerveuze component hebben. Een onzer heeft herhaaldelijk opgemerkt, dat vogels in situaties waarin een drang door een andere wordt geremd, soms niet bewegen met de dwarsgestreepte, cerebrospinaal geïnnerveerde spieren, doch een contractie van de autonoom geïnnerveerde membrana nictitans van het oog tonen. Onwillekeurige mictie en defaecatie bij zoogdieren, die in de uitoefening van een drang worden gehinderd, komen zowel bij proefnemingen als in het natuurlijke milieu voor.

Een merkwaardige vorm van oversprong met een biologisch nuttig effect (GROEN 1955), willen wij in dit verband ter sprake brengen. Wanneer jonge hondjes reeds in staat zijn zelf te eten, doch (zoals in de natuur vaak moet voorkomen) nog niet voldoende voedsel voor zichzelf kunnen bemachtigen, springen zij, wanneer zij aan het moederdier ruiken dat zij gegeten heeft, met hun allen voortdurend tegen haar op en happen daarbij naar haar bek. De moeder, geprikkeld door deze massale aanval, begint daartegen hevig te brommen, te blaffen en hapt dreigend naar haar kinderen. Op een gegeven ogenblik neemt zij zelfs de kop van een der lastposten in de bek en gromt daarbij hevig. Zij wordt echter blijkbaar door de tegelijk bestaande moederlijke drang tot bescherming weerhouden om te bijten en laat grommend weer los. De andere hondjes gaan echter door en nadat deze overheersing van de verdedigingsdrang door de beschermingsdrang de moeder enige keren heeft verhinderd werkelijk te bijten, ontstaan plotseling braakbewegingen, waarbij de moeder haar voedsel half verteerd uitbraakt. Onmiddellijk storten de hongerige jongen zich op dit maal, dat in een oogwenk verslonden is, terwijl de moeder, thans met rust gelaten, zich, nog grommend, afwendt. Iedere fokker, die de jonge honden niet voldoende voedsel geeft, kan dit tafereel af en toe aanschouwen. Men herkent hierin een autonoom geïnnerveerd patroon — het braken (in dit geval met een biologisch nuttig effect voor de instandhouding van de soort) — dat is ontstaan als een gevolg van de frustratie van de verdedigingsdrang. Als zodanig kan men dus van een oversprong spreken, die zich voltrekt via het autonome zenuwstelsel.

Deze waarneming doet ons overwegen of het braken bij de mens in emotionele situaties (bv. wanneer angst tot vluchten zou dringen, doch de vlucht onmogelijk is, of wanneer angst tijdens de zwangerschap onder een schijnbare blijmoedigheid moet worden verborgen) niet evenzo te verklaren zou zijn. Dit zou betekenen dat zwangerschapsbraken met evenveel recht als een syndroomverschuiving en als oversprong kan worden beschouwd, met andere woorden, dat beide verschijnselen berusten op het vermogen van het organisme tot vervanging van het ene ontladingspatroon door een ander.

Voor het ontstaan van sommige syndroomverschuivingen bij de moderne mens zou bovendien van belang kunnen zijn dat in de westerse opvoeding verschillende overspronghandelingen zoals spelen met voorwerpen, neuspeuteren, krabben of duimzuigen worden verboden, hetgeen de oversprong in de onbeheersbare autonome sfeer zou kunnen bevorderen. Hetzelfde geldt misschien voor het voortdurend opvoeden tot flink-zijn en niet huilen, waardoor de westerse mens ook deze biologische ontlading ontnomen wordt. Huilen, deze merkwaardige combinatie van schokkende ademhaling met het uiten van kenmerkende geluiden en het overvloedig uitscheiden van tranen, is wellicht ook een oversprongpatroon, resp. een verschoven syndroom, dat wij zien ontstaan bij een belemmerde agressie die anders tot een neuromusculair syndroom (het gevecht) zou hebben geleid.

Met deze herkenning van syndroomverschuiving als een substitutieverschijnsel belanden wij in een der meest fundamentele vragen van de algemene ziektekunde, van de biologie, de neurofysiologie, en van de psychosomatiek in het bijzonder. PASTEURS formule: „Le grain et le terrain", waarmee hij wilde zeggen dat ziekte een gevolg is van de inwerking van een exogene ziekte-oorzaak op een gepredisponeerd organisme, heeft een algemener strekking dan de betrekking tussen een infectieus agens en zijn gastheer. Biologisch en psychologisch gezien, is ziekte een stoornis in de adaptatie, of beter gezegd, een syndroom van reactiewijzen, als uiting van een poging tot adaptatie van het organisme aan een exogene „stress"-situatie, die van het organisme méér dan gewone aanpassings- of verdedigingsmechanismen vraagt (GROEN 1953, 1955).

Bij de veelheid en verscheidenheid der schadelijke invloeden, die uit het geografische, biologische en sociale milieu inwerken op de mens, die zelf weer een gecompliceerde eenheid is, is het begrijpelijk, dat zich allerlei reactiemogelijkheden kunnen voordoen, die wij al naar hun intensiteit en duur als normaal of als ziekelijk beschouwen. De reacties van het organisme hangen hierbij evenzeer af van het ziekmakende agens, resp. van de „stress"-situatie, als van zijn eigen reactiemogelijkheden. Deze reactiemogelijk-

heden van het organisme, resp. de patronen volgens welke de verschillende vormen van gezonde of zieke adaptatie verlopen, zijn nu, hoe veelvuldig ook, toch beperkt en aan bepaalde ontladingsmogelijkheden en -kanalen gebonden (GROEN 1955). Tussen deze ontladingsmogelijkheden is blijkbaar een zekere mate van substitutie mogelijk.

De analyse van alle factoren die bij de substitutie invloed hebben, is blijkbaar nog verre van volledig. Voorzichtig tastend kunnen wij echter de volgende onderscheiden, waarbij wij, ook alweer door onze gebrekkige kennis, genoodzaakt zijn ons deels in psychologische, deels in biologische, deels in sociologische termen uit te drukken.

a. Voor een deel wordt syndroomvorming en dus ook syndroomverschuiving en -onderdrukking bepaald door de biologische of tussenmenselijke aard van de noxe, alsmede door de koppeling van bepaalde belevenissen aan bepaalde organische reacties in sommige organen. Zoals blozen nu eenmaal gebonden is aan verlegenheid, en defaecatiedrang aan bedwongen angst, zo kan ook pathologische overdrijving van de normale lichamelijke reacties (bv. hypersecretie van zuur in de maag of arteriële hypertensie) zijn gekoppeld aan bepaalde belevingen. Verandert de biologische of emotionele wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving, dan kan daardoor dus een bepaald somatisch symptoom of syndroom verdwijnen of een ander ervoor in de plaats treden. Andere biologische invloeden, zoals infecties, koorts en bloedverlies, kunnen de reactiviteit van het organisme-als-geheel, eveneens in andere banen leiden, waardoor nieuwe verschijnselen ontstaan of vroegere verdwijnen.

b. Een tweede oorzaak van syndroomverschuiving is gelegen in de mogelijkheid van de mens om sommige somatische uitdrukkingsvormen van zijn gevoelens, zoals de stem, de mimiek en de lichamelijke motoriek, zo te beheersen, dat de emoties niet langs deze normale wegen tot ontlading kunnen komen. De aldus gestuwde „emotionele energie" kan zich dan slechts via het autonome zenuwstelsel en het endocriene systeem een weg banen en doet dit blijkbaar met abnormale intensiteit en duur. Komt nu alsnog een, hetzij normale, hetzij excessieve ontlading tot stand via de stem en de mimiek, in gesprekken of motoriek, in huilbuien, in een hysterische schreeuwcrisis, stupor, vechtpartij, een alcoholisch exces of in de sociaal beter aanvaardbare vorm van hard werken, sportbeoefening of artistieke creatie, dan kan het vegetatieve of endocriene syndroom verdwijnen. Het hangt dan van de nieuw gekozen ontladingsweg af, of wij van syndroom-onderdrukking, van sublimatie, van genezing, dan wel van syndroomverschuiving spreken.

c. Bepaalde uitwendige mogelijkheden hebben verder een aandeel. Indien aan het individu de gelegenheid tot bevredigende motoriek ontbreekt, bv. door gevangenschap of lichamelijke invaliditeit, of door een verbod van lichaamsbeweging, of doordat de sociale situatie de mogelijkheid van lichaamsbeweging in de weg staat (hoofdzakelijk geestelijke arbeid, verbod van sportbeoefening, toenemende mechanisatie van de cultuur), kan eveneens een ontlading van de emotionele energie in de motorische sfeer onmogelijk zijn, zodat een andere uitgangsweg moet worden „gekozen". Wij hebben hier dan te maken met een deels lichamelijke, deels cultureel-sociale constellatie die pathoplastisch kan werken.

d. Eveneens van sociale oorsprong zijn de in het individu en in de groep waartoe hij behoort, censurerende normen van gedrag waaraan hij zich heeft te houden op straffe van een gewetensconflict, verlies van zelfrespect of van veiligheid of prestige in zijn groep. Onder invloed van deze factoren komt het individu — dat in een bepaalde situatie geneigd zou zijn motorisch agressief te handelen: te schelden of te slaan, of ongeremd te drinken of zich seksueel te laten gaan — ertoe deze neigingen te beheersen, resp. te onderdrukken òf te verdringen. De door de exogene situatie gewekte emotionele activiteit moet dan echter op andere wijze tot uiting komen; dit kan gebeuren in de vorm van psychoneurotische verschijnselen, hysterische patronen of in somatische gevolgtoestanden.

Het is echter merkwaardig, waar te nemen hoe ook uitingen van angst, dwanghandelingen en hysterische verschijnselen onder invloed van individuele normen en groepsnormen kunnen worden onderdrukt en verschoven. De tijd ligt nog niet zo lang achter ons dat wie een hysterisch accès, een huilbui of syncope kreeg of in een schemertoestand geraakte, in de achting van zijn omgeving en van zichzelf niet alleen niet daalde doch zelfs steeg. Doch dit is snel aan het veranderen. In onze westerse cultuur voelt „men" de onechtheid van het hysterische symptoom; steeds meer mensen verwerpen angsten, huilbuien enz. als uitingen omdat zij deze voelen als een manifestatie van geestelijk zwak of minderwaardig zijn. Als gevolg daarvan zien wij thans een verschuiving intreden, waardoor niet alleen sociopathische wangedragingen maar ook hysterische ziektebeelden verminderen. Het is onze hypothese dat daardoor psychosomatische stoornissen veelvuldiger worden: Het flink willen (moeten) zijn en het niet gek willen (mogen) doen brengt bij vele patiënten in plaats van een psychopathisch of psychoneurotisch syndroom, een psychosomatose tot ontwikkeling. Zo hebben dus de met de opvoeding bijgebrachte sociale normen een aandeel in het onderdrukken van sommige en het ontstaan van andere ziekte-verschijnselen.

e. Een geheel verschillende gang van zaken was er bij weer andere gevallen van psycho-somatische en somato-psychische syndroomverschuiving. Hier (ook bij sommige van de boven beschreven patiënten) kwam de verschuiving tot stand onder invloed van een door de artsen ingestelde therapie, die hetzij langs organische, hetzij langs psychische weg een bepaalde wijze van reageren, resp. van syndroomvorming trachtte tegen te gaan.

Het duidelijkst zien wij dit bv. bij patiënte *B* met melancholia agitata die onder de psychotherapie dusdanig strenge

normen voor het eigen gedrag ontwikkelde, dat haar agressie zich niet langer in psychopathisch gedrag of een depressie of zelfmoord kon ontladen. De „stress"-situatie, het onbevredigende huwelijk, bleef bestaan; de vroegere reactiewijze daarop werd echter door de thans strenger censurerende persoonlijkheid verworpen. Daar de gestuwde emotionele activiteit zich in dit, uiterlijk meer aangepaste, gedrag echter onvoldoende kon ontladen, kwam de reactie op de „stress"-situatie in andere banen en wel in de vorm van een somatisch syndroom van chronisch reuma. Voor *deze* reactievorm voelde patiënte zich niet verantwoordelijk. Zij werd daardoor weliswaar ziek, doch bleef aan de eigen normen en di van de bewonderde psychiater voldoen; zij „koos" zodoende, onbewust, het ziek-zijn boven agressief gedrag.

Het omgekeerde deed zich bv. voor bij de twee patiënten met ziekte van Basedow, bij wie na het uitschakelen van de schildklier door radioactief jodium, de somatische reactie op hun levens-„stress" in de vorm van hyperthyreoïdie verhinderd werd. Beide patiënten hadden hun ziekte gekregen in een moeilijke situatie waarbij zij van hun echtgenoten generlei steun ontvingen en ook door de verdere familie werden teleurgesteld. In deze situaties kwam door de toegepaste therapie geen wijziging, alleen was hun de schildklier als „afreageerorgaan" ontnomen. Tegelijkertijd waren de patiënten onder behandeling in de liefdevolle omgeving van een ziekenhuis, zodat zij er gemakkelijk toe kwamen een meer afhankelijk gedrag te aanvaarden. Hun vroegere houding van niet-durven-klagen, van flink-moeten-doen, was door het in het ziekenhuis passief-mogen-zijn dusdanig veranderd, dat zij, nu de schildklierziekte was „genezen", een psychoneurotisch syndroom aanvaardden, resp. „kozen", als reactie op de moeilijke levenssituatie waarin zij nog steeds verkeerden.

De hysterica, die allerlei functionele syndromen had getoond en zelfs tot zelfverminking was gekomen, was een infantiel-narcistische persoonlijkheid, die reeds als kind door de moeder was achtergesteld bij haar veel intelligenter broer, en die thans gehuwd was met een onbetekenende postbode, die haar zowel door zijn sociale als seksuele onbeduidendheid onbevredigd liet. Na de harde les in de psychiatrische inrichting kreeg zij zulk een angst voor de gevolgen van een herhaling van haar hysterische gedrag, dat zij deze uiting van haar levensteleurstelling verwierp en een sociaal beter aangepaste wijze tot domineren vond in haar werk. Doch nu kreeg de tegen haar man bestaande agressie, door angst in toom gehouden, via een hypertensie een mogelijkheid tot ontlading.

Bij de lijders aan colitis ulcerosa hebben wij als een der kenmerkende trekken van de persoonlijkheid beschreven de neiging om conflicten te ontwijken, daar het zwak opgebouwde zelfrespect het werkelijke uitvechten van een conflict niet aan kan. Bij de bovenbeschreven patiënt *A* hadden wij echter in onze gesprekken zoveel zelfinzicht gewekt, dat deze vroegere ontwijkende houding niet langer mogelijk was. Hij kwam na zijn ontslag nog geregeld bij de arts, om gesteund door deze, zijn nieuwe conflicten te overwinnen. De patiënt vond nu echter een andere arts, die hem niet alleen niet steunde, doch vernederde; die dus zelf een conflict verwekte, dat de thans veranderde patiënt niet meer kòn ontwijken. Daar hij echter nog te zwak was om de vernedering te overwinnen of af te weren door adaptatie, zijn agressie dus niet kon ontwijken en evenmin naar buiten kon richten, werd een andere weg „gekozen", nl. die van de depressie, in dit geval met noodlottige afloop.

Therapeutische consequenties.

In het bovenstaande werd een overzicht gegeven van de betekenis van de syndroomverschuiving voor de interne en psychiatrische kliniek, en enkele hypotheses gesteld ter verklaring van het verschijnsel. Onmiddellijk sluit hierbij echter de moeilijkheid aan, welke consequenties dit inzicht meebrengt voor de behandeling. Men vraagt zich immers af: In hoeverre hebben wij een patiënt geholpen, wanneer wij hem, in plaats van bij de psychiater, bij de internist, of omgekeerd, onder behandeling hebben gebracht? Het eerste antwoord, dat men op deze vraag zou geven, is dat de in zulke gevallen toegepaste therapie onvoldoende is geweest en dat een werkelijk radicale therapie tot algehele gezondheid zou moeten leiden. Dit klinkt logisch, maar in de praktijk is het met deze „totale" of „omvattende" therapie niet zo eenvoudig gesteld. Zowel aan onze organische behandeling als aan onze psychotherapie zijn grenzen gesteld, doordat de wetenschappelijke mogelijkheden beperkt zijn en het aantal artsen met de hun ter beschikking staande tijd niet groot genoeg is in verhouding tot het aantal patiënten. Zowel in de persoonlijkheidsstructuur als in de externe situatie kunnen verder de moeilijkheden zo groot zijn, dat zij een „restitutio ad integrum" onmogelijk maken. Zo zijn wij dus in de praktijk gedwongen te streven naar het best bereikbare. Gelukkig zijn aangepast gedrag in de maatschappij en een bevredigende lichamelijke en geestelijke gezondheid zeer wel verenigbaar met enige psychische en somatische onvolkomenheden. Zelfs al betekenen veel van onze therapeutische bemoeiingen dus slechts verschuiving of onderdrukking van een syndroom, toch kan de goede clinicus vaak nog iets bereiken door ervoor te zorgen, dat de verschuiving tenminste in de goede d.w.z. voor patiënt en zijn omgeving meer aanvaardbare richting plaatsvindt.

Summary:

Syndrome shift and syndrome suppression in internal and mental disorders. — Sometimes „psychic" syndromes occur when „organic" diseases disappear, and vice versa (syndrome shift). Organic or psychic syndromes may be suppressed under the influence of intercurrent emotions (VAN LOGHEM) (syndrome suppression). No adequate explanation of these phenomena is available as yet; the cause need not always be the same. In some cases described in this paper a somatic therapy blocked the production of certain organic signs and this appeared to favour a discharge into a psychic symptom pattern. In other cases a behavioural discharge of frustrated feelings in the form of a psychoneurotic syndrome was inhibited by the cultural and ideal norms incorporated in the individual, which seemed to favour the development of an organic syndrome.

The authors regard syndrome shift and syndrome suppression as phenomena of substitution, analogous to the processes which take place in the normal development, like sublimation and regression, or what has been described as „displacement" in animal behaviour. The neurophysiological basis of this process of substitution is still unknown.

Literatuur:

BASTIAANS, J. (1957) Proefschrift Amsterdam.

CANNON, W. B. (1929) *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*, 2e druk. Appleton, New York.

COHEN, E. A. (1952) Proefschrift Utrecht.

FENICHEL, O. (1945) *The psychoanalytic theory of the neuroses.* New York.

GROEN, J. (1947a) *Psychogenese en psychotherapie van colitis ulcerosa.* Scheltema & Holkema, Amsterdam; (1947b) *Psychopathogenese van ulcus ventriculi et duodeni.* Scheltema & Holkema, Amsterdam; (1949) *Asthma bronchiale seu nervosum,* Scheltema & Holkema, Amsterdam; (1953) in J. GROEN, J. G. G. PRICK en H. FABER, *Psychosomatiek, Geneeskunde en Mensbeschouwing,* bl. 1. Scheltema & Holkema, Amsterdam; (1955) *Ned. T. Psychol.* **10,** 187; (1957) *J. psychosom. Res.* **2,** 85.

GROEN, J., J. BASTIAANS, G. HELLINGA en J. M. VAN DER VALK (1952) in *ACTH en Cortison, een symposium van de Ned. Ver. v. Endocrinol.,* bl. 96. Scheltema & Holkema, Amsterdam.

GROEN, J., J. BASTIAANS en S. J. VLES (1951) *Ned. T. Geneesk.* **95,** 1043.

JORDAN, F. L. J. (1953) in A. TEN BOKKEL HUININK, *Psyche en allergische ziekten,* bl. 22. Stenfert Kroese, Leiden.

KEPECS, J. G. (1953) *Psychosom. Med.* **15,** 425.

KORTLANDT, A. (1940) *Arch. neerl. Zool.* **4,** 442.

LOGHEM, J. J. VAN (1941) *Psychiat. neurol. Bl.* **27,** 478.

MURRAY, C. D. (1930) *Amer. J. med. Sci.* **180,** 239.

PORTIELJE, A. F. J. (1942) *Psychiat. neurol. Bl.* **12,** 3.

SEITZ, P. F. D. (1951) *Psychosom. Med.* **13,** 254; (1953) **15,** 405.

TINBERGEN, N. (1940) *Z. Tierpsychol.* **4,** 1; (1942) *An objectivistic study of the innate behaviour of animals.* Bibliotheca biotheoretica, serie D, Dl. I, 2, bl. 39.

Juli 1957

De behandeling van lymfatische leukemie en andere maligne reticulosen met radioactief bismut

DOOR DR. J. TH. VAN DER WERFF, RADIOLOOG[a], EN DR. C. A. M. HAANEN, INTERNIST TE NIJMEGEN

Samenvatting:

De schrijvers hebben 84 lijders aan lymfatische leukemie en andere maligne reticulosen met een suspensie van radioactief bismut en kool behandeld. Een groep van 39 patiënten, die ten minste 8 maanden tevoren met deze radioactieve isotoop waren behandeld, werd bovendien uitvoerig intern onderzocht. Daarbij kwam vast te staan, dat het radioactieve bismut nauwelijks enige invloed op gezond beenmerg heeft; lever- en nierbeschadiging kwamen niet voor.

Alle niet in een eindstadium verkerende lijders aan lymfatische leukemie kregen een volledige remissie na toediening van radioactief bismut. Onverwachte verbeteringen, soms tot volledige remissies, werden ook gezien bij een aantal lijders aan andere maligne reticulosen.

Uit de tot dusver verkregen resultaten mag worden besloten, dat radioactief bismut, op de juiste wijze toegepast, een aanwinst voor de therapie schijnt te zijn.

Nadat op de Tweede Conferentie over Radio-isotopen, te Oxford in 1954 gehouden, radioactief bismut als nieuwe, voor therapie geschikte radio-isotoop was geïntroduceerd (VAN DER WERFF 1954), werden het volgende jaar (VAN DER WERFF 1955) de motieven uiteengezet, die tot de ontwikkeling van radioactief bismut hadden geleid, waarbij enkele voorlopige resultaten konden worden vermeld. Sindsdien is deze ontwikkeling gestadig voortgeschreden en werden nieuwe ervaringen gepubliceerd (VAN DER WERFF 1956a, 1956b).

Nu het ongeveer vier jaar geleden is, sinds de onderzoekingen en toepassingen met radioactief bismut zijn begonnen, en er gedurende deze tijd een zodanig aantal patiënten is behandeld, dat wij een indruk over de waarde van deze stof als therapeuticum hebben kunnen verkrijgen, lijkt de tijd gekomen een overzicht te geven van de tot op heden opgedane ervaringen. Bovendien kunnen nu verschillende vragen beter beantwoord worden: Welke ziekten komen voor behandeling in aanmerking, hoe dient deze behandeling te zijn en in welk stadium is er nog heil te verwachten? Zijn er aan de behandeling niet alleen eventuele voordelen doch ook nadelen verbonden?

Alvorens op dit alles in te gaan, mogen de belangrijkste eigenschappen van radioactief bismut nog eens worden herhaald.

Radioactief bismut is een cyclotron-produkt en kan niet in de kernreactor worden verkregen. Het ontstaat door beschieting van zuiver lood met deuteronen van 24 meV. Nadat het radioactieve bismut chemisch van het lood is gescheiden, kan het tenslotte dragervrij en in de vorm van bismutcitraat in isotonische zoutoplossing worden afgeleverd. De radioactieve bismutatomen zijn niet alle identiek. Men heeft steeds te maken met een mengsel van vier verschillende radioactieve isotopen, te weten Bi^{204}, Bi^{205}, Bi^{206} en Bi^{207}. Alle zijn zuivere γ-stralers met een verschillende halveringstijd, van resp. 0,5 dag, 14,5 dag, 6,4 dag en 8 jaar. De voornaamste component is Bi^{206}, dat ongeveer 80 pct van het stralingseffect levert. Slechts van Bi^{206} is tot op heden het desintegratieschema nauwkeurig bekend. Daarom wordt bij dosering steeds slechts gesproken van het aantal mC Bi^{206}. De isotoop Bi^{207} met zijn lange halveringstijd is gelukkig slechts als een spoor verontreiniging ten opzichte van de andere componenten aanwezig en is daarom te verwaarlozen.

De totale hoeveelheid bismut per mC Bi^{206} bedraagt ongeveer 10^{-8} gram. Hieruit volgt, dat van een chemische toxiciteit bij de gebruikelijke dosering geen sprake kan zijn.

Als stralen worden uitgezonden, röntgenstralen van 0,073 meV en γ-stralen met een energie tot 1,7 MeV en een gemiddelde energie van 0,8 meV. Deze straling is enigermate vergelijkbaar met die van gefilterd radium.

[a] *Hoofd van de radiotherapeutische Afdeling van het St. Canisius Ziekenhuis te Nijmegen.*