

De primaire chronische rheumatoïde arthritis onder psychosomatische belichting

door

Prof. Dr. J. J. G. PRICK (hoogleraar in de neuropsychiatrie) en

Dr. K. J. M. VAN DE LOO (lector in de klinische psychologie)

Met financiële steun van de Gezondheidsorganisatie T.N.O., de Stichting „Rheumatiefonds Dr. Jan van Breemen” en het Praeventiefonds werd in de afgelopen jaren in het psychopathologisch en neurofysiologisch laboratorium van de R.K. Universiteit te Nijmegen een onderzoek in teamverband ingesteld naar de psychosomatische aspecten van de primaire chronische rheumatoïde arthritis. De werkzaamheden van het team waren in eerste instantie er op gericht, een onderzoek in te stellen naar het bestaan van correlaties tussen storende sociale en psychologische invloeden enerzijds en het optreden en verloop van de primaire chronische rheumatoïde arthritis anderzijds, vervolgens naar het bestaan van persoonlijkheids- en gedragskenmerken bij lijders aan deze ziekte.

Daar onze patiënten (100 in getal) reeds tevoren door de staf van de reuma-afdeling van de St. Maartenskliniek (hoofd: Dr. Em. Bingen) onderzocht waren, was het door vergelijking van de verschillende uitkomsten mogelijk, een inzicht te verkrijgen in de verscheidene pathogenetische en pathoplastische factoren van de onderhavige ziekte. Het is nl. gerechtvaardigd aan te nemen, dat deze ziekte een multiconditionele genese heeft. Aangezien men tot dusverre onvoldoende geïnformeerd is of — en zo ja, in hoeverre — het willekeurig en onwillekeurig zenuwstelsel functioneel (organisch en/of psychisch-functioneel) bij deze ziekte betrokken is, werd ook aandacht gewijd aan gegevens van neurologisch onderzoek.

Het komt er derhalve op neer, dat bij onze patiënten behalve internistisch-reumatologisch onderzoek tevens neuro-psychiatisch en klinisch-psychologisch onderzoek plaats vond, met inbegrip van

test-onderzoek. Voorts werden hun sociaal-psychologische verhoudingen nagegaan en werd een biografische anamnese onder ontwikkelingspsychologische belichting opgenomen. Hierbij werd in het bijzonder aandacht geschonken aan het voorkomen en het verloop van bepaalde psychodynamismen. Daar wij menen, dat het probleem van de pathogenese der rheumatoïde arthritis niet los gezien kan worden van een benadering van de constitutie en het daarmee samenhangende onderzoek naar familiair-hereditaire verhoudingen, werd ook dit aspect van het vraagstuk zijdelings bij ons onderzoek betrokken. Tenslotte werd een uitvoerige literatuurstudie verricht, teneinde georiënteerd te zijn over reeds plaats gevonden hebbende onderzoeken over rheumatoïde arthritis, in het bijzonder die vanuit de psychosomatische gezichtshoek. De bedoeling van deze eerste mededeling betreffende het onderhavige onderzoek is, in vogelvucht enkele details van het geheel te belichten.

*

Ook krachtens vroegere door ons uitgevoerde onderzoeken kregen wij de klinische indruk, dat patiënten met rheumatoïde arthritis, ondanks verschillende geaardheid hunner persoonlijkheid, in bepaalde opzichten trekken van overeenkomst vertoonden. Met name trof ons telkens weer een verhoogde ontvankelijkheid voor emotie-verwekkende prikkels uit het milieu externe. Deze hyperreagibiliteit voor bepaalde sociale en/of psychologische conflictsituaties wordt algemeen als een uiting van het constitutioneel bepaalde temperament opgevat. De vraag rees derhalve, of patiënten met rheumatoïde arthritis in hun temperament wellicht zekere

trekken van overeenkomst manifesteren. Dit stelde ons voor de opgave, bij onze patiënten een temperamentsonderzoek te verrichten.

De klinische waarneming der genoemde hyperreagibiliteit verkreeg destemeeër aantrekkingskracht door de volgende overwegingen. Men zou zich kunnen voorstellen, dat deze psychische overgevoeligheid (psychische hyperergie) correleert met een overgevoeligheid voor bepaalde biologische invloeden, zoals giften van haemolitische streptococci, en dat door het samengaan van beide een wederzijdse accentuering der pathogene invloeden plaats vindt. Vigeert op een gegeven ogenblik een emotionele stress, dan beïnvloedt deze het hyperergisch reageren tegenover de bacteriële giften ongunstig, terwijl omgekeerd de biologische dysergie een ongunstige invloed uitoefent op het psychische. In het hyperergisch reageren op bepaalde bacteriële invloeden openbaart zich het immunologische en serologische aspect van het vraagstuk der rheumatoïde arthritis waarop wij thans niet nader zullen ingaan. Voorlopig volstaan wij met op te merken, dat naar onze mening het hyperergisch reageren op emotioneel getinte situaties en het overgevoelig zijn voor bepaalde biologische invloeden (bacteriële giften) als twee verscheiden, doch waarschijnlijk niet geheel te scheiden aspecten van de persoonlijkheid zijn te beschouwen. Originair bestaat voor dit hyperergisch reageren (dat niet los te zien is van het temperament) een erfelijke dispositie, welke echter slechts in samenwerking met schadelijke exogene invloeden van virologische (bacteriën), psychologische (emotionele stressores) en sociale aard manifest wordt. Is het hyperergisch reageren in het somatische en het psychische vlak eenmaal geactualiseerd, dan versterken de beide modaliteiten van hyperergisch gedrag elkaar wederzijds. Gaan wij thans over tot enkele mededelingen betreffende het temperamentsonderzoek.

Het methodisch-psychologisch onderzoek van het temperament bij concrete personen stuit op talrijke moeilijkheden en de resultaten zijn weinig bevredigend. Onzes inziens blijft vooralsnog de beste temperamentsindeling die van Heymans. In deze mening staan wij niet alleen. Volgens Rümke is er geen typologie, die zo zorgvuldig is uitgewerkt als die van Heymans. Ofschoon Heymans in onze ogen tamelijk inconsequent omspringt met de termen „temperament” en „karakter”, bestaat er geen twijfel aan het feit, dat hij de drie grondeigenschappen — te weten: emotionaliteit, activiteit en secundaire functie — uitdrukkelijk „temperamenteigenschappen” noemt en dat zijn opvatting van temperament zich in dezelfde richting begeeft als die van ons. Onder temperament verstaan wij nl. een constitutioneel bepaald structuurmoment der persoonlijkheid, dat de verloopswijze van alle psychische uitingen bepaalt.

De hereditairenquête van Heymans en Wiersma is door de Fransman Gaston Berger omgewerkt tot een vragenlijst, die door ons werd vertaald. Ook Gaston Berger gaat uit van de drie grondeigenschappen, nl. emotionaliteit (mate van vatbaarheid voor aandoeningen), activiteit (mate van gemak

waarmee men tot spontaan handelen komt) en secundaire functie (mate waarin opgedane ervaringen blijven nawerken en het actuele gedrag beïnvloeden, nadat zij uit de focus van het bewustzijn verdwenen zijn). Aan deze grondeigenschappen voegt Gaston Berger nog een aantal complementaire factoren toe, waarvan wij de volgende eveneens in ons onderzoek betrokken: grootte van het bewustzijnsveld, masculiniteit/feminiteit, aviditeit (egotrope begerigheid) en „tendresse” (allotrope toewijding en medeleven).

Ter voorkoming van misverstand zij er op gewezen, dat Gaston Berger niet van temperamentsanalyse maar van karakteranalyse spreekt. Maar hij bedoelt met „karakter” juist datgene, wat wij „temperament” noemen. Zijn definitie van karakter luidt nl.: „Le noyau de dispositions foncières, reçues de l'hérédité, congénitales, qui constituent la substructure somato-psychologique d'un individu”. Theoretisch bedoelt de vragenlijst dus het temperamentstype van de onderzochte personen te bepalen. Praktisch echter is dit niet zonder meer mogelijk, want:

1. De beantwoording der vragen kan ongemerkt verschuiven in de richting van het individuele ideaalbeeld („zo zou ik willen zijn”) of in de richting van een collectief verwachtingsbeeld („zo behoort men te zijn of te doen”).
2. De beantwoording der vragen doet expliciet een beroep op de zelfbeoordelingscapaciteit van de proefpersoon. Het resultaat van de vragenlijst geeft eerder aan, hoe hij denkt dat hij is dan hoe hij in werkelijkheid is.
3. Het endogeen gegeven temperament is een der karakterdisposities (naast b.v. intelligentie, vitaliteit). Het ontogenetisch vroegere temperament en het ontogenetisch latere karakter zijn complex in elkaar verward. Het zal dan ook dikwijls moeilijk, zo niet onmogelijk zijn om uit te maken, of de gegeven antwoorden verwijzen naar constante karakterologische reactiepatronen ofwel naar temperamentseigenschappen „sui generis”. Het is zeer wel mogelijk, dat bij een concrete persoon de sterkte van zijn emotionaliteit mede afhangt van de aard der situaties, waarmee hij geconfronteerd wordt; hetzelfde geldt voor zijn activiteit en secundaire functie. Deze „selectiviteit” komt tot stand door het interfereren van temperament en karakter.
4. De theoretische conceptie van de drie grondeigenschappen is zeker voor discussie vatbaar. Heymans zelf was zich hiervan terdege bewust. Hij hechtte meer waarde aan het correlatief verbanden zijn van karaktereigenschappen dan aan zijn typologische klassificatie. Zo verklaart hij uitdrukkelijk: „Nur auf diese Korrelationen kommt es mir an; dagegen bin ich jeden Augenblick bereit, die Klassifikation für eine andere, welche zahlreichere oder wichtigere Korrelationen ans Licht fördern sollte, hinzugeben”. Voorts voert Buytendijk nog een bezwaar aan tegen het schematisch-formele van Heymans' indeling. Hij drukt zich aldus uit: „Verstaat men onder activiteit, zoals Heymans dit doet, een

naar buiten zich uitend wilskrachtig handelen, dan heeft men niet met een elementaire eigenschap te doen, maar met een persoonlijk kenmerk, dat van vele andere afhankelijk is. Zo zijn de sentimentelen en de nerveuzen op geheel andere wijze niet actief dan de apathischen en amorphen! Wat de emotionaliteit betreft, is er in een systeem als dat van Heymans alle aanleiding, haar als een kwalitatief indifferente en zuiver kwantitatief wisselende eigenschap te beschouwen, maar anderzijds moet toch erkend worden, dat er een andere soort emotionaliteit bij cholerici en melancholici bestaat, terwijl de emotionaliteit der nerveuzen beter verhoogde prikkelbaarheid genoemd zou kunnen worden". Juist ten aanzien van dit punt kan de vragenlijst van Gaston Berger voordeel bieden, omdat de door hem toegevoegde complementaire factoren nader licht kunnen werpen op het kwalitatieve aspect van emotionaliteit, activiteit en secundaire functie.

Al deze moeilijkheden en bezwaren nopen ons, met de grootste voorzichtigheid van de genoemde vragenlijst gebruik te maken. Daarom stelden wij ons op het standpunt dat de resultaten, die wij met behulp van deze methodiek in ieder afzonderlijk geval verkregen, primair de weergave waren van het zelf-concept van de proefpersoon, d.w.z. van het beeld dat hij van zichzelf heeft of ter plaatse ontwerpt, hoe hij zichzelf ziet en beoordeelt. Men mag hier niet uit het oog verliezen wat Solomon Diamond schrijft: „The self-concept is a blend of fiction and reality. Wishes, misconceptions and distortions enter into it easily, and are removed with utmost difficulty . . . the self-concept is not merely descriptive, but also evaluative”.

Ongetwijfeld hangt het zelf-concept samen met de persona van Jung. Naast ego-defensie en ik-ideaal zijn ook de mate van zelfreflexie en de graad van introspectieve begaafdheid der proefpersoon van invloed op de vorming en uiting van het zelf-concept. Gezien het middelmatige ontwikkelingsniveau van de door ons onderzochte patiënten viel het niet te verwachten, dat zij zouden uitmunten in spontaan introspectief vermogen. Deze moeilijkheid werd grotendeels opgevangen door het feit, dat de vragenlijst in de vorm van een interview onder vier ogen werd afgenomen, waardoor het mogelijk was zo nodig nadere uitleg te verschaffen of tot diepere exploratie over te gaan. De patiënten werden er uitdrukkelijk op gewezen, dat het de bedoeling was de vragen te beantwoorden naar de toestand, zoals die vóór het manifest worden van de ziekte was. Het spreekt vanzelf, dat deze eis tot retrospectie nieuwe moeilijkheden met zich brengt. Maar het kwam er voor ons op aan, zoveel mogelijk de reactievorming op het ziekzijn buiten te sluiten en premorbide persoonlijkheidsgegevens op te sporen. Alvorens over te gaan tot de toetsing van bovengenoemde klinische waarneming der „hyperergische emotionaliteit” aan het zelfconcept, voorzover dit in de vragenlijst van Gaston Berger met betrekking tot de grondeigenschap „emotionaliteit” naar voren komt, willen wij de draagwijdte van deze toetsing even kritisch bezien.

De waarneming der „hyperergische emotionaliteit” is een vrucht van rechtstreeks aan de gedragswereld van de patiënt uitgevoerde klinische observatie, welke observatie geschraagd wordt door bijzondere referentie-kaders van specialistische deskundigheid. De genoemde waarneming komt tot stand door een beoordeling van de patiënt door de onderzoeker. — Tegenover deze extrospectieve benadering staat de vragenlijst-methode, die ten volle appelleert aan de introspectie van de patiënt zelf. Het resultaat van deze introspectie hebben wij in het voorgaande met de term „zelfconcept” aangeduid. Dit zelfconcept is een psychische realiteit en als zodanig in meerdere opzichten kenmerkend voor de persoon in kwestie; het kan zich dekken met de objectiviteit, maar het kan zich daar ook van verwijderen. De objectiviteitsgraad van het zelfconcept is echter een vraag, die wij hier buiten beschouwing laten. Hoe is nu de verhouding tussen zelfconcept en klinische waarneming met het oog op de draagwijdte der bovengenoemde toetsing? In het kort willen wij hierover het volgende zeggen. Indien een bepaalde klinische waarneming geaffirmeerd wordt door het zelfconcept, dan wint die klinische waarneming aan waarschijnlijkheid, al moet men zich hier hoeden voor een illusie. In het geval van een dergelijke overeenkomst kan deze nl. te wijten zijn aan het zelfconcept en behoeft nog niet de uiting te zijn van de individuele geaardheid van de patiënt, waartoe de klinische waarneming wil doordringen (in casu het temperament). Anderzijds betekent een incongruentie tussen een bepaalde klinische waarneming en een zelfconcept-gegeven nog niet zonder meer, dat op grond van het een het ander verworpen moet worden. Het kunnen nl. schijncontrasten zijn, die zich bij diepgaand en plurimethodisch onderzoek laten ontmaskeren. Bij dit laatste zal vooral de hypothetico-deductieve methode vrucht afwerpen.

Met behulp van de vragenlijst van Gaston Berger vergeleken wij een groep van 100 patiënten met reumatoïde arthritis (50 mannen en 50 vrouwen) met een groep van 90 lijdende aan expiratoire dyspnoe (50 mannen en 40 vrouwen). De laatstgenoemde groep was afkomstig uit de Dr.-van-Spanjekliniek van het Sanatorium Dekkerswald (hoofd: Dr. A. M. W. Hekking).

De omstandigheid, dat de vragenlijst van Gaston Berger niet gevalideerd was, veroorzaakte tal van problemen bij de verwerking der uitkomsten. Het bleek noodzakelijk, over te gaan tot een selectie der vragen. Voor elk der drie grondeigenschappen (emotionaliteit, activiteit, secundaire functie) werden door drie onafhankelijk werkende beoordelaars drie vragen geselecteerd, waarbij de volgende criteria werden aangehouden:

1. Representativiteit (de vraag moet in hoge mate representatief worden geacht voor de betreffende grondeigenschap).
2. Specificiteit (de vraag moet uitsluitend op één grondeigenschap slaan).
3. Onafhankelijkheid van sociale normen of ver-

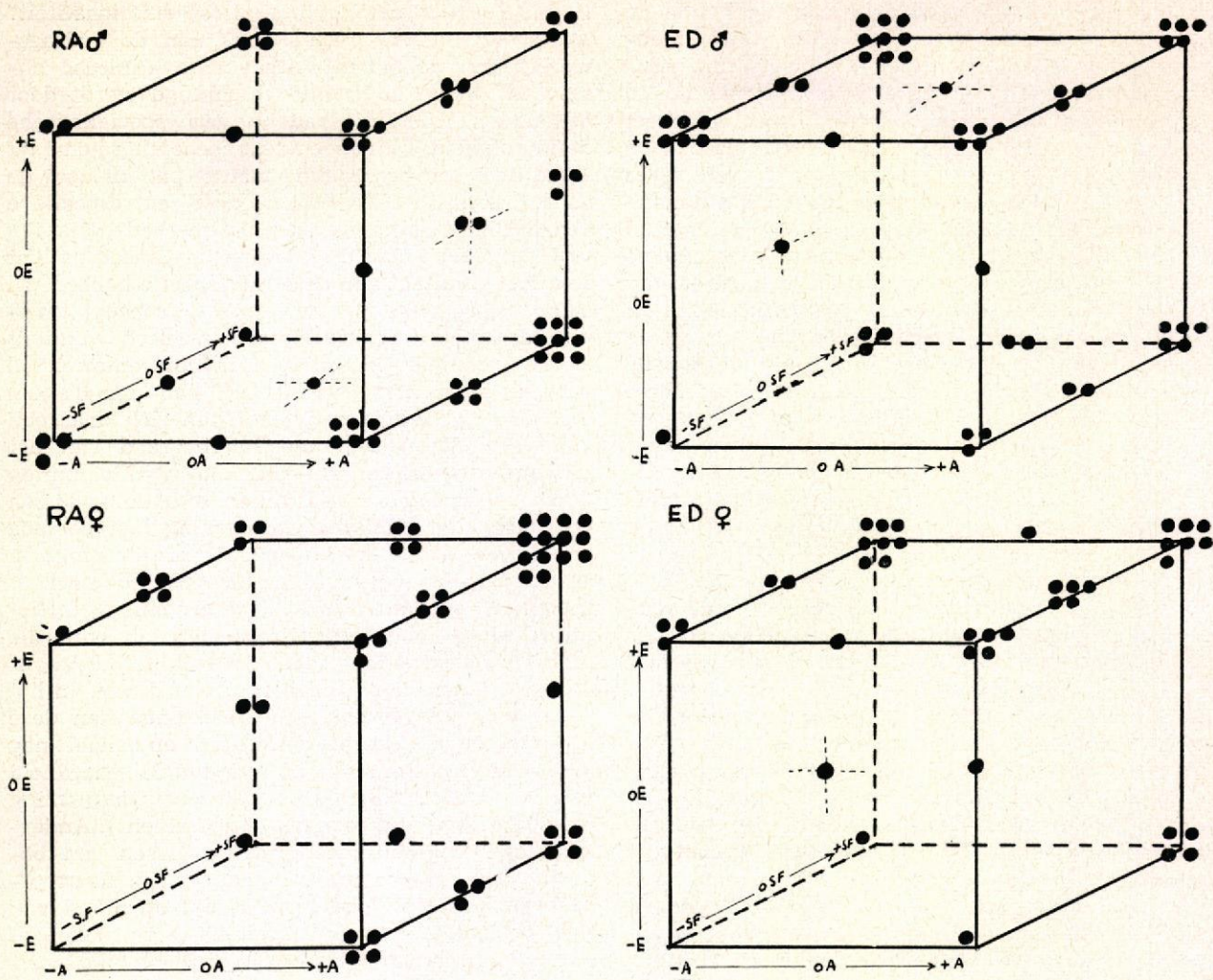


Fig. 1 t/m 4. Elke stip (•) stelt één patiënt voor. Zoals in de tekst is aangegeven dienen de scores ter bepaling van het temperamentstype, gereduceerd tot configuraties van +/0/-. E = Emotionaliteit, A = Activiteit, SF = Secundaire Functie.

wachtingen (de vraag mag zo min mogelijk een antwoord uitlokken, dat men „behoort” te geven).

4. De volgens 1, 2 en 3 geselecteerde vragen moeten zoveel mogelijk het gedrag in tussenmenselijke relaties weerspiegelen.

Toen via deze procedure uiteindelijk de vragen waren bepaald, werd voor iedere patiënt het temperamentstype vastgesteld, uitgaande van de som der scores op de drie geselecteerde vragen voor resp. emotionaliteit, activiteit en secundaire functie. Hierbij gold de volgende waardering: ontkennende antwoorden werden gehonoreerd met een 1, bevestigende antwoorden met een 9, en indifferente antwoorden met een 5. Per drie vragen kan men derhalve de volgende totalen behalen:

- | | |
|------------|---------------------|
| 3, 7, 11 | : weergegeven met — |
| 15 | : weergegeven met 0 |
| 19, 23, 27 | : weergegeven met + |

De hierdoor verkregen typen werden uitgezet op de ribben, vlakken en hoekpunten van een kubus,

en wel voor elk der vier groepen afzonderlijk, te weten: 50 mannen en 50 vrouwen met rheumatoïde arthritis (voortaan aangegeven als RA ♂ en RA ♀) en 50 mannen en 40 vrouwen met expiratoire dyspnoe (voortaan aangegeven als ED ♂ en ED ♀). Men raadplege de figuren 1 t/m 4.

Vervolgens werden de gemiddelden en de gemiddelde afwijking van elk der drie grondeigenschappen berekend. Hierbij moet worden opgemerkt, dat 1) het gemiddelde slechts een ruwe maat is, daar de scores zeer onregelmatig zijn verdeeld; 2) het „groepstype” in feite niet bestaat, want de bijdrage aan het gemiddelde voor b.v. emotionaliteit is afkomstig van alle patiënten uit de groep, onverschillig of zij tot de gepassioneerden, nerveuzen of flegmatici behoren. Het gemiddelde voor emotionaliteit zegt dus alleen iets over de emotionaliteit en mag niet gecombineerd worden met de gemiddelden voor activiteit en secundaire functie.

Met behulp van de U-test (Mann & Whitney) trachtten wij tenslotte, op elk der drie grondeigenschappen de nul-hypothese te verifiëren. Deze luidde als volgt: er bestaat met betrekking tot de

scores, behaald voor resp. emotionaliteit, activiteit en secundaire functie géén significant verschil tussen

RA♀	RA♂
ED♀	ED♂
RA♀	ED♀
RA♂	ED♂
RA	ED
♀	♂

Deze berekeningen voerden tot de volgende resultaten.

Betreffende de *emotionaliteit* blijkt uit het schema van figuur 5 het volgende:

- Voor beide groepen patiënten met reumatoide arthritis (d.w.z. de mannen en de vrouwen) is de emotionaliteit significant lager dan die der overeenkomstige groepen van patiënten met expiratoire dyspnoe.
- De totale RA-groep vertoont een significant lagere emotionaliteit dan de totale ED-groep.
- De beide groepen van mannen (RA en ED) vertonen een significant lagere emotionaliteit dan de overeenkomstige groepen van vrouwen.
- Alle mannelijke patiënten tezamen vertonen een significant lagere emotionaliteit dan alle vrouwelijke patiënten tezamen.

Conclusie met betrekking tot de eerder vermelde hypothese der hyperergische emotionaliteit van patiënten met reumatoide arthritis: daar de RA-groep in het opzicht der emotionaliteit significant lager scoort dan de ED-groep, kan men niet zeggen, dat patiënten met reumatoide arthritis gekenmerkt zouden zijn door een dusdanige graad van hyperergische emotionaliteit, dat deze door geen andere psychosomatische ziekte overtroffen wordt. De gegevens van dit onderzoek sluiten echter geenszins uit, dat er van een zekere graad van hyperergische emotionaliteit bij reumapatiënten sprake kan zijn.

Aangaande de activiteit leert het schema van figuur 6 ons:

- De groep RA-mannen geeft een significant hogere uitslag voor activiteit dan de groep ED-mannen.
- Daar het verschil tussen de groep RA-vrouwen en de groep ED-vrouwen, ofschoon niet significant, in dezelfde richting ligt, berekenden wij de overschrijdingskans voor de twee diagnostische groepen RA en ED. Ook hier bleek het verschil significant ($p = 0,0244$).

Conclusie: Onder het opzicht van activiteit slaan patiënten met reumatoide arthritis significant hoger uit dan patiënten met expiratoire dyspnoe. De vraag dringt zich op, of deze bevinding steun kan verlenen aan de door talrijke auteurs genoemde activiteitsdrang, waardoor patiënten met reumatoide arthritis zich van huis uit zouden kenmerken. Uit het schema van figuur 7 betreffende de *secundaire functie* valt af te lezen:

- De groep RA-vrouwen behaalden een hogere score voor secundaire functie dan de groep RA-

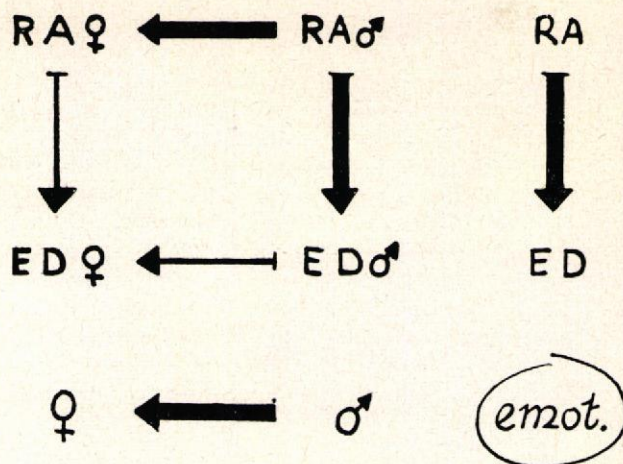


Fig. 5. *Emotionaliteit*. De pijlen wijzen van de groep met de kleinste naar die met de grootste gemiddelde waarde. Dikke pijlen: significantie 0,01. Dunne pijlen: significantie 0,05—0,01.

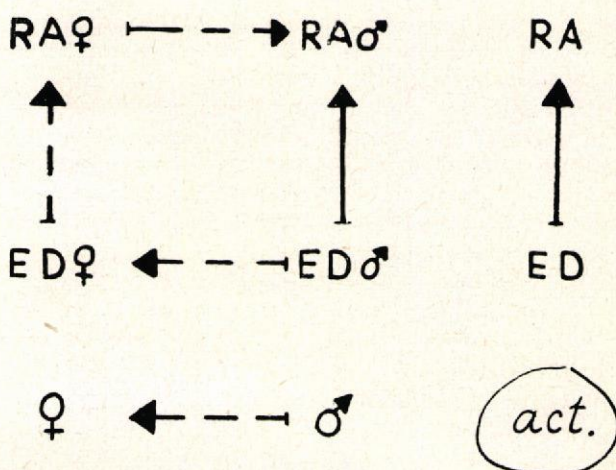


Fig. 6. *Activiteit*. De pijlen wijzen van de groep met de kleinste naar die met de grootste gemiddelde waarde. Getrokken pijlen: significantie 0,05—0,01. Gestippelde pijlen: geen significantie.

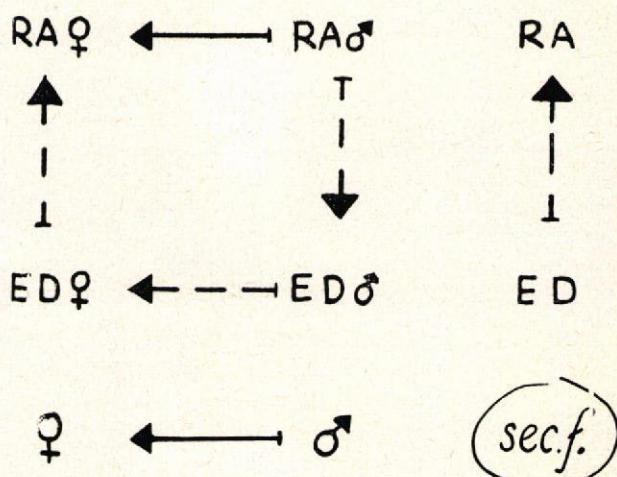


Fig. 7. *Secundaire functie*. De pijlen wijzen van de groep met de kleinste naar die met de grootste gemiddelde waarde. Getrokken pijlen: significantie 0,05—0,01. Gestippelde pijlen: geen significantie.

mannen. Dit verschil was significant.

- b) Daar zich bij de ED-groep een analoge situatie voordeed, berekenden wij het verschil tussen alle vrouwen tezamen tegenover alle mannen tezamen. Dit bleek significant ($p < 0,03$).

Conclusie: de verkregen resultaten met betrekking tot de secundaire functie suggereren, dat deze variabele niet differentieert tussen de ziektebeelden (te weten: reumatoïde arthritis en expiratoire dyspnoe), maar tussen de sexen. De secundaire functie der vrouwen blijkt significant sterker dan die der mannen. Hierbij tekenen wij echter aan, dat in elk van onze vier groepen het merendeel der patiënten zich als „secundair functionerend” beoordeelt.

*

In aansluiting bij het voorgaande willen wij een en ander opmerken over persoonlijkheids- en gedragskenmerken van de door ons onderzochte patiënten met reumatoïde arthritis.

Het is ons gebleken, dat er bij hen herhaaldelijk sprake is van affectieve en emotionele stoornissen. Bewuste en onbewuste angst-, teleurstellings- en machteloosheidsbelevingen spelen zowel bij het eerste optreden der reumatoïde arthritis als bij het ontstaan van recidieven herhaaldelijk een belangrijke rol. Tot deze conclusie kwamen wij op grond van nauwgezet biografisch en klinisch onderzoek. De hierop betrekking hebbende hypothese luidde als volgt:

„Er is min of meer direct aan het duidelijke begin der reumatoïde arthritis een stress-verwekkende levenssituatie voorafgegaan, waardoor de ziekte zinvol te duiden is”.

Als positief (in de zin van de aanwezigheid ener stress-verwekkende levenssituatie) werd beschouwd het bestaan van een levensdesillusie, het verlies van een sleutelfiguur en een onmiskenbare nerveuze overbelasting in het algemeen. Het resultaat was aldus:

	RA	
	Vrouwen	Mannen
+....	32	31
—....	17	11
?	1	8

Verder bleek ons, dat als co-determinant van hun uitwendig gedrag gestuwde resp. verdrongen agressie een niet te onderschatten factor is. In tegenstelling tot de agressie van lijdens aan essentiële hypertensie, doet die van onze patiënten met reumatoïde arthritis — zoals wij het vroeger uitdrukten — niet sthenisch, maar asthenisch aan. Dit manifesteert zich onder meer in het feit, dat hun agressieve gedragingen veelal verhuld naar voren treden en zich als schijnbaar vriendelijke, serviele manifesteren, terwijl zij ook hun onbewuste agressie tegen zichzelf keren, zodat sadomasochistische gedragscomponenten hieruit resulteren. Op grond van ons huidig onderzoek is het nodig, de hierboven gebruikte formulering van „asthenische agressie” te corrigeren. Deze formulering wekt nl. de indruk, dat de agressiviteit van lijdens aan reumatoïde arthritis in zich avitaal zou zijn, d.w.z. gekenmerkt zou zijn door een zwakke aan-

driftskracht. Het tegendeel is waar. De door ons thans verkregen gegevens wijzen veeleer op het bestaan van een in zich niet zwakke agressiviteit, welke niet openlijk en rechtstreeks tegen de medemens tot uitdrukking wordt gebracht (behoudens sporadische ontsnappingen van korte duur), maar in de regel indirect tot uiting komt b.v. in de vorm van opdringerige serviliteit, koppige terughoudendheid, stilzwijgend protest of van masochistisch sloven en lijdzaam volgen of in de „verplaatste” vorm van objectvernietiging (b.v. het stukgooien van iets). Het is misleidend, in deze context de agressiviteit te karakteriseren met het uit de constitutietypologie stammende begrip „asthenisch”. Enerzijds immers blijkt deze agressiviteit zelve allerm minst aandriftszwak en is het onwaarschijnlijk, dat personen met een in zich avitale agressiviteit een zgn. psychosomatische ziekte krijgen. Anderzijds gaat het hier met name om de *uitingswijze* der agressiviteit, ten aanzien waarvan opvoedings- en milieu-factoren een doorslaggevende rol spelen, zodat hier in eerste instantie een constitutietypologische karakterisering minder adequaat is. Het lijkt ons daarom in dit verband beter te spreken van „indirecte” dan van „asthenische” agressie.

Uit ons onderzoek is gebleken, dat onze patiënten met reumatoïde arthritis in het rechtstreeks tussenmenselijk contact veel minder gemak hadden om zich te uiten dan de patiënten met expiratoire dyspnoe. Zij groeiden niet in het directe persoonlijke contact van aangezicht tot aangezicht; zij voegden zich zonder zich te geven. Het opbouwen van een positieve overdracht en tegenoverdracht betekende een moeilijke opgave en stuitte vaak op sterke weerstand. Een echte vertrouwensrelatie bleek over het algemeen niet gemakkelijk te bereiken, zodat de relatie tussen onderzoeker en patiënt doorgaans een element van gedistantieerdheid en ongrijpbaarheid behield. In dit licht bezien valt het dan ook niet te verwonderen, dat het opnemen der biografische anamnese bij onze patiënten met reumatoïde arthritis veel minder vlot verliep en een veel minder rijke oogst opleverde dan bij onze patiënten met expiratoire dyspnoe. Doch in de situatie van het testpsychologisch onderzoek bleek juist het omgekeerde te gelden. De Rorschachprotocollen waren in het algemeen rijker bij de RA-groep dan bij de ED-groep. Om slechts één ding te noemen: het totaal aantal antwoorden van de RA-groep was significant hoger dan dat van de ED-groep. In de testpsychologische situatie wordt een objectief medium (b.v. de Rorschachtest) geschoven tussen proefleider en proefpersoon en wordt de laatstgenoemde uitgenodigd tot het leveren van een zelfstandige prestatie-activiteit. De in het contact zich afzijdig houdende patiënt met reumatoïde arthritis ervaart kennelijk de rest-situatie als een welkome gelegenheid om te ontsnappen aan het rechtstreekse tussenmenselijke contact van oog tot oog. Hij voelt zich in deze situatie van indirect en omgeleid contact beter op zijn plaats en uit zich dientengevolge gemakkelijker, ook wat zijn agressiviteit betreft.

Een onzer patiënten met reumatoïde arthritis, een

vrouw van 49 jaar, gaf hiervan een fraaie illustratie. Nadat zij op plaat VII van de Rorschachtest als eerste duiding een landschap had gegeven („Als je dit op een afstand ziet, lijkt het wel een huis met een laantje en wat groen en wat wolken”) en als tweede duiding „Een paar gezichten”, volgde als derde en laatste duiding: „Met veel fantasie zou je er een paar kijkende jongens in kunnen vinden, die direct beginnen toe te slaan”. Hierna richtte zij zich ineens tot de proefleider met de woorden: „Zal ik je nou eens een klap geven?”. De contactgrage patiënt daarentegen met exspiratoire dyspnoe blijkt er veel eerder toe te neigen, de testsituatie als een ongewenste onderbreking van het directe persoonlijke contact en bovendien als een bedreiging van zijn afhankelijkheid te ervaren. En in dat onmiddellijk tussenmenselijke contact steekt hij zijn agressie niet onder stoelen of banken. Uit dit alles komt duidelijk naar voren, hoe zeer de door zijn geaardheid bepaalde instelling van de patiënt t.o.v. biografisch en testpsychologisch onderzoek de uitkomsten van beide benaderingswijzen vermag te beïnvloeden. Daarom is het een voordeel, dat beide methodieken in ons onderzoek werden toegepast.

*

Uit de hier vermelde onderzoekresultaten, benevens uit andere bij ons onderzoek vastgestelde inzichten, komt men tot de conclusie, dat bij reumapatiënten sprake is van een stoornis van de integratie. Psychofysiologisch impliceert integratiezwakte het

niet optimaal menselijk op elkaar afgestemd raken van het bewuste („Ich”) en het onbewuste („Es”) zieleleven. Anders uitgedrukt betekent dit dat de gedragingen, die het gevolg zijn van de activiteiten van de conservatieve delen van het telencephalon (palae-encephalon en archi-encephalon) niet op optimaal menselijke wijze omvat en gereguleerd worden door de gedragingen, welke door het neo-encephalon geconditioneerd worden. De hier bedoelde integratiezwakte, welke derhalve correleert met een functionele disharmonie tussen neo-encephalon enerzijds en palae- en archi-encephalon anderzijds, is naar onze mening bij reumapatiënten gedeeltelijk endogeen, doch daarnaast mede exogeen, en wel met name onder meer socio-psychologisch, bepaald. Voorts lijkt het aannemelijk, dat ook organisch-cerebrale en endocrine afwijkingen betrokken zijn bij het tot stand brengen, onderhouden en eventueel accentueren van de eerder beschreven integratiezwakte.

Het feit, dat wij niet zelden „petits signes neurologiques” en hypothalamisch-endocrine afwijkingen bij reuma-lijders konden vaststellen, fundeert de zojuist geopperde veronderstelling. In het licht hiervan is het stringent, dat in de naaste toekomst nauwgezet neuropathologisch onderzoek verricht wordt op hersenen van patiënten, die aan primaire chronische rheumatoïde arthritis overleden zijn.

De psychosomatische benaderingswijze van lichamelijke ziekten vóóronderstelt bepaalde inzichten over de structurele en functionele verhoudingen van het zenuwstelsel (met inbegrip van het endo-

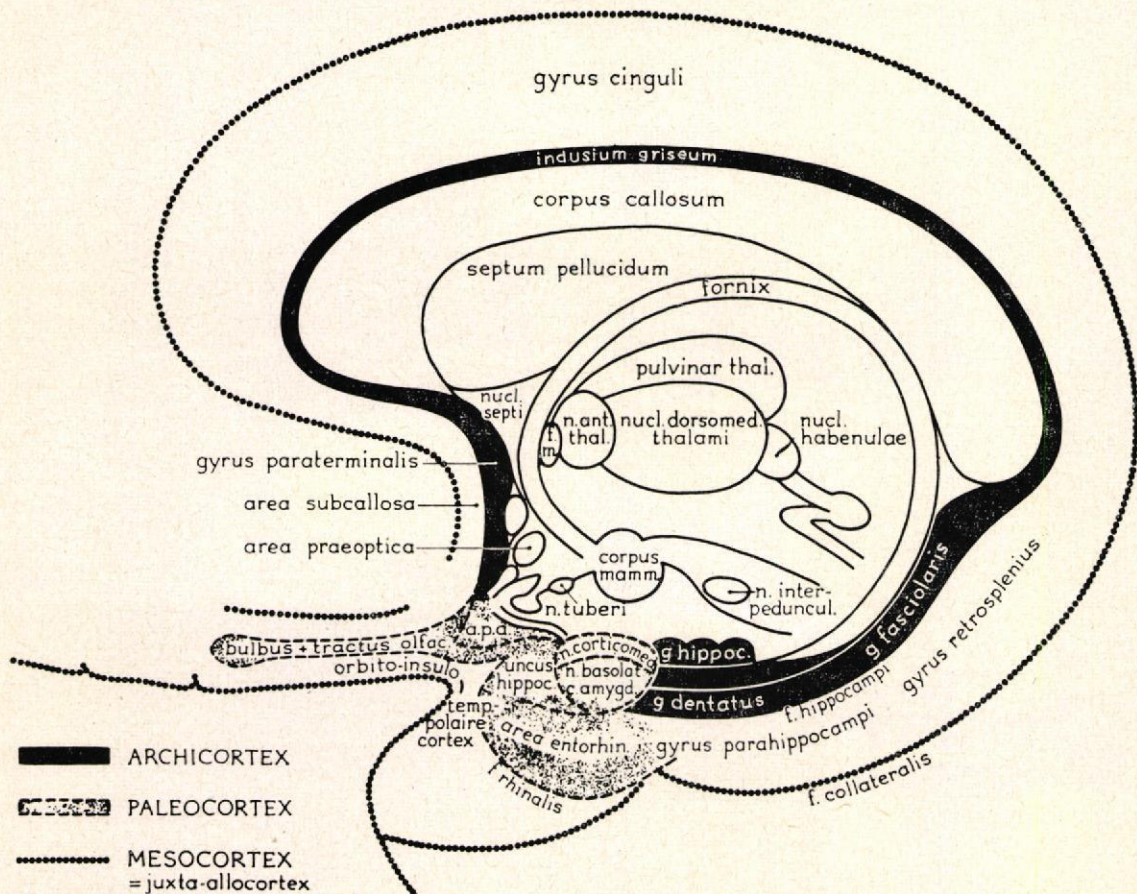


Fig. 8. Rhinencephalon en „emotional brain”.

crinium), voor zover dit betrokken is enerzijds bij het tot stand brengen van het affectieve en emotionele leven als zodanig, anderzijds bij de regulaties en innervaties van de vegetatief-somatische en endocrine activiteiten als somatische expressies in dienst van het affectieve en emotionele en tenslotte bij de verstandelijke regulaties (beheersing e.a.) van het affectief-emotionele leven. Neuroanatomie, neurofysiologie en kliniek hebben elk op hun eigen wijze belangrijke bijdragen geleverd voor de thans algemeen aanvaarde conceptie van het „emotional-visceral brain”. Het zijn in eerste instantie de oude en primitief gestructureerde delen van het telencephalon, met name het rhinencephalon (palae-encephalon) en het archi-encephalon, welke in nauwe structurele en functionele relatie staan tot het hypophysair-hypothalamisch systeem, benevens tot het zg. juxta-allo-encephalon, welke in eerste instantie en overwegend als emotionele en viscerale hersenen te bestempelen zijn. Waar palae- en archi-encephalon als de biologische condities fungeren voor het onbewuste psychische leven (cerebrale condities van het ES) en het neo-encephalon als de cerebrale conditie voor het bewuste zieleleven (cerebrale conditie van het Ik), zullen alle cerebrale functiestoornissen, onverschillig of zij over-

wegend endogeen of overwegend exogeen (hetzij exogeen psychisch of organisch functioneel) geconditioneerd zijn, welke de integratie van neo-encephale gedragingen en Es-gedragingen in de weg staan, tot psychosomatische stoornissen aanleiding kunnen geven (zie fig. 8).

In het licht van deze beschouwingen is in de toekomst, zoals reeds gezegd, nauwgezet postmortaal onderzoek van hersenen van rheuma-lijders geïndiceerd.

Litteratuur

- Berger, G.: *Traité pratique d'analyse du caractère*. Paris 1950.
- Buytendijk, F. J. J.: *Algemene theorie der menselijke houding en beweging*. Utrecht 1948.
- Diamond, S.: *Personality and temperament*. New York 1957.
- Heymans, G.: *Ueber einige psychischen Korrelationen*. 1908. *Gesammelte Kleinere Schriften* III.
- Heymans, G.: *Beiträge zur speziellen Psychologie auf Grund einer Massenuntersuchung, 1906—1918*. *Gesammelte Kleinere Schriften* III.
- Prick, J. J. G. en van der Waals, H. G.: *Nederlands Handboek der Psychiatrie*.
- Rümke, H. C.: *Inleiding in de karakterkunde*. Haarlem 1956.
- Siegel, S.: *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. New York 1956.