

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/107011>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-06 and may be subject to change.

DE KLINISCHE PSYCHOLOGIE
IN DIENST VAN DE PROBLEMATIEK
VAN DE ESSENTIËLE HYPERTENSIE

Een psychologische bijdrage tot de
psychosomatische geneeskunde

K. J. M. VAN DE LOO



**DE KLINISCHE PSYCHOLOGIE
IN DIENST VAN DE PROBLEMATIEK
VAN DE ESSENTIËLE HYPERTENSIE**

PROMOTOR :
Prof. Dr J. J. G. PRICK

DE KLINISCHE PSYCHOLOGIE IN DIENST VAN DE PROBLEMATIEK VAN DE ESSENTIËLE HYPERTENSIE

Een psychologische bijdrage tot de
psychosomatische geneeskunde

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT TER VERKRIJGING
VAN DE GRAAD VAN DOCTOR IN DE LETTEREN
EN WIJSBEGEERTE AAN DE R.K. UNIVERSITEIT TE
NIJMEGEN, OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNI-
FICUS Dr M. GOEMANS O. F. M., HOGLERAAR IN
DE FACULTEIT DER HEILIGE GODGELEERDHEID,
VOLGENS BESLUIT VAN DE SENAAAT DER UNIVER-
SITEIT IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN OP
VRIJDAG 2 MEI 1952 DES NAMIDDAGS TE 4 UUR

DOOR

KAREL JOSEPH MARIA VAN DE LOO
GEBOREN TE DIEREN



DRUKKERIJ GEBR. JANSSEN — NIJMEGEN

Ad maiorem Dei gloriam

INHOUD

HOOFDSTUK I	
Inleidende beschouwingen	1
HOOFDSTUK II	
Begripsbepaling en taakomschrijving van de klinische psychologie, mede in betrekking tot de psychosomatische geneeskunde	10
HOOFDSTUK III	
De moderne leer van de psychosomatiek in haar praktische aanwending	38
HOOFDSTUK IV	
De toepassing van de psychosomatische opvattingen op het speciële gebied van de essentiële hypertensie	75
HOOFDSTUK V	
Frustratie en agressie, naar aanleiding van de genetisch-dynamische beschou- wingswijze van de essentiële hypertensie	117
HOOFDSTUK VI	
Bespreking van in de litteratuur vermelde uitkomsten, verkregen met de Rorschach- test bij lijdens aan essentiële hypertensie	128
HOOFDSTUK VII	
Eigen onderzoekingen bij 50 lijdens aan essentiële hypertensie	149
HOOFDSTUK VIII	
Bespreking van een afzonderlijk geval van essentiële hypertensie	194
HOOFDSTUK IX	
Slotbeschouwingen	218
SAMENVATTING	222
SUMMARY	225
RÉSUMÉ	228
ZUSAMMENFASSUNG	231
LIJST VAN GERAADPLEEGDE LITTERATUUR	235
TABELLEN I t/m V	245

HOOFDSTUK I

INLEIDENDE BESCHOUWINGEN

In tegenstelling tot de eenzijdig natuurwetenschappelijk gezinde 19e eeuw kenmerkt zich in onze dagen de vakwetenschappelijke instelling door een zin voor synthese.

Op ieder gebied van wetenschap vindt de roep om synthese een warm onthaal en ontwaakt een eenheidsdrang, welke Hoogveld in 1928 inspireerde tot zijn diepzinnige oratie „Opgang naar de eenheid”.

De monocultuur van het vakspecialisme, die de wetenschappen afsplitst en onderling van elkaar vervreemdt, begint hier en daar plaats te maken voor de polycultuur van een ruimer georiënteerde beoefening der vakwetenschap.

Gesell¹ spreekt als zijn overtuiging uit, dat de wetenschap de meest creatieve vorderingen maakt daar, waar de verschillende velden van wetenschap elkaar raken en overdekken. De neiging tot excessieve specialisatie vindt een tegenwicht in het streven naar koppeling der wetenschappen. Hiervan getuigen unificaties als: biophysiek, psychobiologie, neuropsychiatrie, psychosociologie, psychosomatiek e.d. Het betreft hier niet een verandering, die een verzwakking inhoudt van de eis van het vakspecialistisch onderzoek. In tegendeel, deze eis blijft onverminderd gehandhaafd. De verandering ligt dieper en betreft een verandering van houding, een instellingswijziging: het streven naar integratie, naar plaatsing in fundamentele verbanden van door vakonderzoek verkregen feitenkennis.

De drang naar synthese wordt op bijzondere wijze openbaar in de huidige mensbeschouwing. Het is steeds weer de *totale* mens, waarop de nadruk valt.

De 20e eeuw staat in het teken van de ontmoeting met de concreet existierende mens, van wiens al-betrokkenheid men meer en meer bewust raakt. Zowel in zielkunde als geneeskunde is er een weloverlegd streven naar anthropologische fundering. In de wijsbegeerte van onze tijd vormt

¹ Geciteerd door Teagarden, Fl.: The art and technology which deals with the adjustment problems of human beings. Journ. of Cons. Psychol. Vol. 3, 1939, p. 176.

de bezinning op het menselijk bestaan een hoofdbekommernis. Is het verwonderlijk, dat wijsbegeerte, zielkunde en geneeskunde elkaar naderen en wederzijds bevruchten, als nooit tevoren? Door de anthropologische oriëntatie, door de wending naar de mens, zoals hij werkelijk is en bestaat, is het geestelijk klimaat hiervoor nimmer zo gunstig geweest als thans.

Voor ons is het nu van betekenis vast te stellen, dat ongeveer sedert het begin dezer eeuw een kentering optrad in de tot dan toe veelal gehuldigde opvatting der lichamelijke ziekten. Deze opvatting, zo sterk bevorderd door het cartesiaanse dualisme, hield in, dat de ziekten van het lichaam fysisch autonome processen waren, die zich geheel buiten de persoon van de lijder om afspeelden en die bijgevolg moesten luisteren naar de strenge wetten en causale verklaringen der natuurwetenschap. Niettemin deed men telkenmale de ervaring op, dat deze opvatting tekortschoot. Men begon op den duur in te zien, dat de organische ziekten lang niet zo ik-vreemd waren als algemeen werd voorgesteld. Het vraagstuk van de verhouding tussen lichaam en ziel plaatste zich in het middelpunt van de aandacht en bewoog zich in de richting van een critiek op de dualistische denkconstructies van het cartesianisme. De Aristotelisch-Thomistische opvatting over de mens geraakte tot nieuwe bloei.

In de geneeskunde groeide, op het voetspoor van de biologie, meer en meer een holistische beschouwingwijze, die zich voornam een einde te maken aan het isolement van het lichaam en nadrukkelijk een beroep deed op de *totale* mens, onverdeeld in zichzelf, één met zijn persoonlijke en familiale historie, onafscheidelijk verenigd met zijn omgeving en cultuurperiode.

Kraus en Brugsch ontwierpen een medische personologie en beklemtoonden beiden

„die somatische und psychische Einheit der lebenden Person, als Einmaligkeit, Einzigkeit und Einheitlichkeit im gesamten Innen- und Auszenweltkomplex“².

Zij zagen de psychophysische kern van de persoonlijkheid gelegen in het automatische regulatiesysteem van het vegetatief-endocrines stelsel, dat de biologische eenheid van de persoon zeker stelt. Dit psychophysische, diepe systeem, dat het vitale evenwicht waarborgt, kreeg de naam van „Tiefenperson“ of „Zentralperson“. Aldus representeerde de „Tiefenperson“ de biologische kernlaag van de persoonlijkheid, temperament en driftleven omvattend. Deze medische personologie steeg derhalve niet

² Brugsch, Th.: Der personalistische Standpunkt in der medizinischen Wissenschaft und Praxis. Jahrbuch der Charakterologie Bnd V, 1928, p. 69.

uit boven de biologische sfeer van de psychofysische gebondenheid.

Het begrip „lichamelijke stoornis van functionele aard” kwam op, verbreidde zich snel en werd het onderwerp van talloze onderzoeken. Eerst daarna werd de tijd rijp voor het denkbeeld, dat ook bij structurele (organische) afwijkingen de *gehele* mens — dus niet uitsluitend zijn lichaam — betrokken was. Daarmede was de studie betreffende de psychopathogenese van organische ziekten een feit geworden. Deze studie legde de grondslag voor een beweging, die wij thans kennen onder de naam van psychosomatische geneeskunde of klinische psychosomatiek.

In 1949 voorspelde Menninger :

„..... we may find that within the next 25 years the most fruitful steps of progress in the field of medicine will come through the illumination of the psychological aspects of what we now term organic disease”³.

Om verwarring te voorkomen is het nodig de aandacht te vestigen op het verschil tussen de psychosomatische geneeskunde (de „Psychosomatic Medicine” der Amerikanen) en de geneeskunde van de persoon (de „médecine de la personne” van Tournier en zijn kring). De eerste is overwegend biologisch georiënteerd en beweegt zich binnen de sfeer van het vegetatief-sensitieve leven. De tweede transcendeert het biologische en is overwegend spiritueel georiënteerd. Beide op zichzelf genomen zijn onvolledig. De psychosomatische geneeskunde ontbeert het normerende beginsel van de specifiek *menselijke* waardigheid, de geneeskunde van de persoon heeft vaak onvoldoende aandacht voor de wetenschappelijke verantwoording van de biologische fundatie⁴.

De ware oplossing is gegeven in het streven naar uniëring van beide richtingen. Het verheugt te constateren, dat bij bepaalde vertegenwoordigers van de „Médecine de la personne” een dergelijk streven aanwezig is. Men zou kunnen zeggen, dat het te verwezenlijken ideaal is: een *personale, psychosomatische geneeskunde*, dit is een integrale, anthropologische geneeskunde, welke èn bezorgd is om de wetenschappelijke verantwoording der biologische verbanden èn daar bovendien steunt op een christelijke spiritualiteit.

De term „psychosomatisch”, zoals die thans vooral onder Amerikaanse invloed en vogue is, zegt in wezen niet meer dan de biologische eenheid van de mens. De menselijke ziel echter put zich niet uit in de bezieling

³ Emotional factors in organic disease. Ann. of Intern. Med. Vol. 31, 1949, p. 214.

⁴ Deze enigszins scherpe confrontering heeft in eerste instantie betrekking op de *tendenzen*, die zich tot nu toe in beide stromingen manifesteren.

van het lichaam. Binnen de éne mensenziel is de spanning tussen het subsistent-zijn (de ziel als geest) en het forma-corporis-zijn (de ziel als levensbeginsel). Behalve principe van het vegetatief-sensitieve leven is de menselijke ziel tevens beginsel van het rationeel-volitieve leven.

Strasser⁵ formuleert het aldus :

„In een levend wezen kan er maar één intiem organisatieprincipe heersen . . . Dit organisatieprincipe is bij de mens geestelijk van aard, aangezien de inzichtelijke kennis en de redelijke wilsakt het verloop van het menselijk leven op beslissende wijze bepalen. Alle psychologische, biologische en physico-chemische wetmatigheden zijn slechts vertakkingen van deze éne geestelijke orde op verschillende niveau's . . . Alles wat er in het menselijk organisme gebeurt, participeert aan het geestelijk leven — zij het ook op verschillende wijze en in verschillende mate; het is waar, dat daarbij b.v. de biochemische processen op meer onrechtstreekse wijze als verlengstukken van het spirituele zullen dienen dan het biologisch en psychologisch dynamisme. Principeel echter dragen *alle* temporale en physiologische structuren en organen er toe bij, om de spirituele akten in de stoffelijke Umwelt in te schakelen”.

In de zin van incarnatie van het geestelijk leven zal de term „psychosomatisch” moeten worden opgevat, wil de geneeskunde een anthropologische geneeskunde gaan representeren, die het dualisme overstegen heeft.

De psychosomatische benaderingswijze is een heroïeke poging tot synthese. Een zó omvangrijke synthese, als hier gevraagd wordt, betekent een zware proef voor het uiteraard beperkte mensenverstand, dat enkel langs een „*separatim considerare*” op weg is en op weg zal blijven naar een alomvattend begripen.

Ons verstandelijk kennen is van nature op het heuristische beginsel van de methodische scheiding aangewezen. Hierin ligt een gevaar, dat men niet uit het oog mag verliezen. De geschiedenis heeft geleerd, hoe gauw een *methodische* scheiding tot een *reële* kan worden en hoe moeilijk het dan is, zich later weer van die reële scheiding te emanciperen. Zo blijkt het een lastige opgave zich werkelijk los te maken van het cartesische dualisme. Zelfs bij hen, die zich de psychosomatische zienswijze hebben eigen gemaakt, treffen we regelmatig sporen van dit dualisme aan. Uit deze impasse redt men zich niet door een terugdenken van het gescheidene in het onderscheidene, doch alleen door een zich opvoeden tot een onbevooroordeelde stellingname tegenover het verschijnende. Men moet zich *leren* openen voor de „Selbstgegebenheit” van wat zich aan ons voordoet.

Op voorwetenschappelijke wijze vinden we deze instelling *grosso modo*

⁵ Psychosomatisch onderzoek en traditionele mensbeschouwing. *Annalen Thijmgenootschap* 2, 1950, p. 161 en 162.

terug in de visie van de gewone man, de lekenwaarneming van alledag, evenals in de in beeld gebrachte mensenkennis van kunstenaars en zedenschrijvers. Het valt dan ook niet te verwonderen, dat men gaarne teruggrijpt op de psychologische ervaringsschat, die in taal en spraak, artistieke schepping en moraliserend geschrift bewaard ligt. Het wezenlijke punt hierbij is, dat in de voorwetenschappelijke visie op de mens men steeds spontaan uitgaat van de *totale* mens, reden waarom deze visie zich kenmerkt door levendigheid en levensechtheid. Zeker, de praelogische kijk op de mens blijft vaag en is soms magisch gekleurd, zoals bij voorbeeld blijkt uit de primitieve opvatting, dat ziekten door de boze geesten werden veroorzaakt. Zo reikten de Aegyptische tempelpriesters, die tegelijk een soort geneesheren waren, aan zieken zowel een recept als een magische bezweringsformule uit.

Intussen hebben wij de „boze geesten” in ons zelf leren zien, van buiten naar binnen verlegd. De wetenschappelijke mensenkennis, in de ruimste zin van het woord, heeft reeds veel onthuld en tot zijn juiste proporties teruggebracht, waarvan men vroeger geen, respectievelijk een verkeerde notie had. Belangrijk blijft echter, dat de voorwetenschappelijke mensenkennis de mens rechtstreeks als totaliteit neemt en tevens als participierend aan velerlei samenhangen, zoals bij voorbeeld: het kosmisch-tellurische, het buiten- en bovennatuurlijke, het verleden en toekomstige. Dit deelhebben van de mens aan allerhand samenhangen maakt de synthese, welke de psychosomatische zienswijze beoogt, tot een complexe.

Indien de psychosomatische zienswijze de *gehele* mens als uitgangspunt kiest, dan wordt de wereld, waarmee de mens in eenheid is, noodzakelijkerwijs meegegrepen; dan zal de kennis van die op hem betrokken wereld één der condities vormen voor het totalitaire begripen van de mens. Van waaruit werken al niet bepalende invloeden op de mens in? Men denke slechts aan voeding, bodemgesteldheid, klimaat, landsaard, levensgewoonten, tijdsgewricht, sociologische en cultuurhistorische verhoudingen.

Hier mogen terloops de onderzoekingen genoemd worden van Halliday⁸, die bijzondere aandacht besteedt aan de rol van de sociologische factor in de genese van psychosomatische aandoeningen.

Meer van de mens uit gezien zijn er even zovele factoren, die een grondig inzicht vereisen. De psychosomatische beschouwingwijze heeft het vraagstuk van de erfelijkheid opnieuw aan de orde gesteld, aangezien

⁸ Psychosocial Medicine. A study of the sick society, New York 1948. Vgl. Oldendorff A.: Een psycho-sociologisch aspect van het probleem der geestelijke volksgezondheid. R.K. Artsenblad, Dec. 1949, 201—209.

hiermede het probleem van de orgaankeuze ten nauwste samenhangt ; op dit gebied is de behoefte aan vaststaande gegevens en betrouwbare criteria nog zeer voelbaar. Men zij vervolgens herinnerd aan de betekenis, die de psychosomatische geneeskunde toekent aan de rol van het autonoom endocrien-vegetatieve stelsel, anders gezegd : de nervaal-hormonale innervatie en regulatie der lichaamsorganen. Een ander vraagstuk is, hoe men zich de overgang van lang bestaande, psychisch functionele, lichamelijke stoornissen in structurele (organische) veranderingen moet voorstellen. Tenslotte is de kennis van de dieptepsychologie, in het bijzonder van de neuroseleer, een onvoorwaardelijke eis.

Er kan niet voldoende op gewezen worden, dat in de psychosomatische geneeskunde de mens verschijnt als pool in een samengesteld, conditioneel betrekkingssysteem. Men hoede zich dus voor oververeenvoudiging ! Van oudsher is de mens een mikrokosmos genoemd : „omnia in omnibus”.

Het kan niet anders, of de *geardheid van het mensbeeld*, dat men heeft, is van doorslaggevende betekenis voor de personale psychosomatiek. Levens- en wereldbeschouwing kunnen hier niet meer tussen haakjes worden gezet. Meer dan ooit in de exacte wetenschap het geval was, wordt hier de mogelijkheid geboden de mens in zijn volle werkelijkheid te gaan ontmoeten

Met een plat humanisme, zonder ethisch-religieuze grondslag, komen we niet uit. Alleen het theocentrisch humanisme, dat de mens als hoogste perfectie van de zichtbare schepping en als kind en spiegeling van God ziet, biedt de enige oplossing.

De vraag naar het mensbeeld dringt zich op als een onontkoombaar imperatief. Wat is de mens ? De mens — zo zeggen wij — is een persoon. Wat betekent dit ? Wat zijn de wezenskenmerken van het personale zijn ? De metaphysica geeft ons ten antwoord : het zelf of subsistent zijn, het individueel of singulier zijn, het met geest begaafd zijn, het geïncarneerd zijn, het wezenlijk betrokken zijn op het gij. De theologie voegt als diepste wezensmerk hieraan toe : het deelhebben aan Gods wezen. Trouwens de ontologische beschouwingen over het persoon-zijn wijzen zelf heen naar de Absolute Persoon.

De vraag naar het mensbeeld is voor ons de vraag naar een christelijke anthropologie, waarin de natuurlijke kennis over de mens harmonieus verbonden wordt met de door God geopenbaarde en door de H. Kerk verkondigde leer ⁷.

⁷ Zie Strasser S. : Mogelijkheden ener Christelijke Anthropologie, in „Huldeblijk aan Frater Rombouts”, Foreholte 1950.

Verschillende instanties zijn geïnteresseerd in de psychosomatische denkrichting op het terrein der geneeskunde. Allereerst is daar de *wijsgeer*, op wiens schouders de taak ligt ener filosofische doordringing en explicatie van de realiteit „ziel-in-lichaam”, evenals die van de constituering ener wijsgerige anthropologie. Met aandacht zal de psychosomaticus kennis nemen van de wijsgerige overdenkingen betreffende 's menschen lichamelijke, een thema, dat het moderne denken zo zeer bezig houdt⁸. Omgekeerd zal de wijsgeer nauwlettend de bemoeiingen van de psychosomaticus volgen, omdat deze doende is een klinisch bewijs te leveren voor de lichaam-ziel-eenheid, met andere woorden: het delen van de lichamelijke in de gehele mensbeschouwing.

Vervolgens noemen we de *zielzorger*. De betekenis van de zielzorg voor de problematiek en de behandeling van psychiatrische en nu ook van psychosomatische patiënten vindt steeds meer erkenning.

Juist de laatste tijd is dan ook herhaaldelijk het vraagstuk van de verhouding arts (respectievelijk psychiater) en zielzorger tot thema van discussie gekozen. Hernieuwde bezinning vindt plaats op begrippen als persoon, gezondheid en ziekte in het licht ener spirituele anthropologie. De mens is meer dan een biologische eenheid; hij is een geestelijk wezen met morele verantwoordelijkheden, een homo religiosus. Tournier schrijft:

„La médecine, en reprenant conscience de l'importance du drame spirituel de l'homme, en comprenant de nouveau qu'on ne peut pas soigner l'homme sans tenir compte de Dieu, connaîtra le grand renouveau dont elle a besoin aujourd'hui”⁹.

Intussen zal men er in de praktijk voor moeten waken, gezondheidszorg en zielzorg niet met elkaar te vereenzelvigen!

Als derde instantie, die ten nauwste betrokken is bij de psychosomatische denkrichting, valt uiteraard de *geneesheer* te noemen. De practiserende arts ziet zich dagelijks geplaagd voor ziektegevallen, waarin blijkbaar andere dan organische factoren werkzaam zijn. Men schat, dat meer dan de helft der patiënten, die een medicus consulteren, lichamelijke

⁸ Marcel G.: Être et avoir. Paris 1935. — Sartre J. P.: „L'Être et le Néant. Paris 1943. — Merleau-Ponty M.: Phénoménologie de la perception. Paris 1945. — Haecht L. v.: Phaenomenologische analyse van het menselijk lichaam, naar Edmund Husserl. Tijds. v. Philos. 6, 1944, 135—190. — Haecht L. v.: Wat denkt men van het lichaam? Kultuurleven 12, 1945, 309—320. — Peursen C. v.: Riskante filosofie. Een karakteristiek van het hedendaagse existentiële denken. Amsterdam 1948. — Couturier W.: Het menselijk lichaam in het Thomistische denken. Bijdragen Ned. Jezuiten, 11, 1950, 101—109. — Strasser S.: Het zielsbegrip in de metafysische en in de empirische psychologie. Leuven-Nijmegen 1950. — Thuijs R., Valk G. de, e.a.: Lichamelijke. Wijsgerige beschouwingen. Utrecht-Brussel 1951.

⁹ Médecine de la personne. Neuchâtel 1947. p. 183.

klachten heeft, waarvoor geen afdoende somatische verklaring te vinden is. Wat er ook van zij, het staat vast, dat men in de huidige ontwikkeling der geneeskunde niet uitsluitend op de ziekte, maar mede ook op de zieke let.

Dunbar¹⁰ onderzocht 1600 patiënten, die in het ziekenhuis waren opgenomen en binnen acht groepen van afwijkingen vielen, te weten: fracturen, essentiële hypertensie, coronair thrombose, angina pectoris, acute en chronische rheumatoïde arthritis, reumatische hartaandoeningen, hartarhythmieën en diabetes.

Van deze patiënten bleek 80 % emotionele moeilijkheden te hebben, die van invloed waren op ontstaan en verloop van hun ziekte. Dit sluit niet de mogelijkheid uit — aldus Dunbar — dat bij nog meer diepgaande studie ook in de overige 20 % emotionele moeilijkheden van gelijke aard ontdekt hadden kunnen worden.

Die 80 % is onder te verdelen in de volgende groepen:

a. die gevallen, waarin de psychische component primair een reactie was op de ziekte zelf — minder dan 5 %.

b. die gevallen, waarin de psychische component een complicerende factor was, welke het verloop van de ziekte en de reactie op de therapie beïnvloedde — 75 %.

c. (onderverdeling van b) die gevallen, waarin het *aantoonbaar* was, dat de psychische component een aetiologische betekenis had in de ontwikkeling van de ziekte — 50 %.

Ziekten van de huid, van het spier- en beenderstelsel, van het ademhalings- en spijsverteringsapparaat, evenals van het hart-vaatsysteem, verschijnen thans in het licht ener anthropologische oriëntatie.

Het volgt vanzelf, dat door deze ontwikkeling de aanvankelijk zo losse en onbevriende relatie tussen de psychiatrie en de overige geneeskunde zich in een intieme verbintenis wijzigt. Allerlei „zo genaamde” organische ziekten treden nu binnen de interessesfeer van het psychiatrisch onderzoek. Vooruitlopend op wat in hoofdstuk III ter sprake komt, is het nuttig reeds hier er op te wijzen, dat de wederzijdse toenadering van psychiatrie en overige geneeskunde eerst goed mogelijk werd door het ontstaan en de ontwikkeling van de psycho-analyse.

Een bijzondere taak op het terrein der psychosomatische geneeskunde is weggelegd voor de *physioloog*. Dit hangt o.a. samen met de importantie van het endocrien-vegetatieve systeem. Behalve het onderzoek naar de

¹⁰ Psychosomatic Diagnosis. New York, London 1945 (1e druk 1943). p. 137.

nervaal-hormonale regulering en innervering der lichaamsorganen is er het vraagstuk van de vegetatieve componenten der emoties. Tot dusver is slechts voor een beperkt aantal gevoelens en driften nagegaan, welke lichamelijke verschijnselen van vegetatieve aard als hun specifieke component gelden. Voor talrijke emoties en driften is bedoeld aspect nog niet benaderd. Zodoende ligt er in de experimentele psychofysiologie een belangrijk gebied braak, waarvan de bewerking als noodzakelijke voorwaarde vereist wordt voor een verdere en meer gedetailleerde uitbreiding van de psychosomatische geneeskunde.

Het moge bekend zijn, met hoeveel vrucht de psychosomatische benaderingswijze gebruik maakt van resultaten, die door het fysiologisch experiment werden verkregen. Men denke hier aan de experimenten van Pavlow, Cannon, Hess, Wittkower, Cushing en anderen.

Intussen kan men zich afvragen, of ook de *psycholoog* in de psychosomatische geneeskunde een deel van zijn arbeidsterrein kan zien. Is hier wel een taak voor hem weggelegd? Zo ja, is deze taak een dienende dan wel een zelfstandige, een meer theoretische of klinisch-practische?

Voor zover ons bekend, is deze vraag nog niet expliciet aan de orde gesteld. Het zijn immers hoofdzakelijk psychoanalytisch georiënteerde psychiaters en internisten, of ruimer genomen psychoanalytisch onderlegde medici, die zich met de psychosomatische probleemstelling op het gebied der geneeskunde hebben geoccupeerd.

In de volgende hoofdstukken zal een poging gedaan worden de zojuist gestelde kwestie nader onder ogen te zien.

HOOFDSTUK II

BEGRIPSBEPALING EN TAAKOMSCHRIJVING VAN DE KLINISCHE PSYCHOLOGIE, MEDE IN BETREKKING TOT DE PSYCHOSOMATISCHE GENEESKUNDE

De overdenking van de vraag, of en in hoeverre de psycholoog op het terrein der psychosomatische geneeskunde een functie te vervullen heeft, doet de noodzaak gevoelen het begrip „klinische psychologie” tot klaarheid te brengen.

Een oriëntering aan de ontwikkeling, die deze vorm van praktische psychologie in Amerika heeft doorgemaakt, ligt voor de hand. Immers, meer dan elders heeft in dit land de klinische psychologie burgerrecht verkregen.

Alvorens hiertoe over te gaan, is het nuttig zich af te vragen, wat de betekenis is van het woord *klinisch*.

Etymologisch gezien is „klinisch” afgeleid van het Griekse *κλινη*, dat aanligbed, (rust)bed en baar betekent. Het Griekse *κλινειν* betekent: doen leunen, doen rusten, neerleggen op bed; vervolgens ook: leunen, zich neerleggen en liggen.

Historisch gezien stamt het begrip „klinisch” uit de somatische geneeskunde. Aangezien deze een appèl moet doen op natuurwetenschappelijke onderzoekingsmethoden van uitgebreide aard, was het nodig, dat men gedurende langere tijd de patiënt tot zijn beschikking had. Alle gegevens en inzichten, welke bij die langdurige observatie verkregen werden, gingen in de loop der tijden de grondslagen vormen van de klinische geneeskunde.

In de klinische geneeskunde duidt „klinisch” een bepaalde *methode van ziektebenadering* aan. Deze methode laat zich op de volgende wijze karakteriseren:

- a. De patiënt wordt gedurende langere tijd in kliniek of ziekenhuis ter observatie „te bed gelegd”.
- b. De patiënt wordt in zijn strikt individuele bepaaldheid tegemoet getreden, d. w. z. als deze zeer bepaalde en van alle overige enkelingen onderscheiden persoon.

c. De clinicus stelt zich onbevooroordeeld tegenover hem in en beoogt door een diepgaand en rechtstreeks aan hem uitgevoerd onderzoek, met behulp van alle ten dienste staande technieken, zich een inzicht te verwerven in aard, omvang en ontstaansvoorwaarden van het ziektebeeld, dat de patiënt vertoont.

d. Dit inzicht is bepalend voor wat er in zijn geval ter curering gedaan moet worden.

De klinische geneeskunde, die op deze wijze ontstond, was op grond van haar ontwikkelingsgang eenzijdig georiënteerd. Zij deed te weinig of in het geheel niet een beroep op geesteswetenschappelijke achtergronden. Vandaar dat het begrip „klinische geneeskunde” zich oorspronkelijk dekte met de zuiver somatische geneeskunde.

Toen nu de psychiatrie zich als zelfstandige wetenschap begon te constitueren en men meer en meer het nauwe verband inzag tussen afwijkingen van het zenuwstelsel en het abnormale geestesleven, verwierf ook zij zich een plaats temidden van de andere onderdelen der klinische geneeskunde.

Voor hen, die de psychiatrie beschouwden als een natuurwetenschappelijk vak, behield het begrip klinisch dezelfde betekenis als het b.v. heeft in de klinische neurologie. Voor anderen leidde het inzicht van het tweevoudig karakter der psychiatrie — natuurwetenschappelijk en geesteswetenschappelijk — er toe, dat het geesteswetenschappelijk aspect ook buiten het ziekbed kon worden benaderd. Zij echter, die holistisch ingesteld zijn, benaderen de psychische stoornissen pluridimensioneel (psychologisch en somatologisch) en handhaven voor deze totaliteit het begrip: klinisch.

Mede onder invloed van de psychiatrie als geestes- en natuurwetenschap is het woord „klinisch” zijn oorspronkelijk verband met „ziekbed” in meerdere of mindere mate gaan verliezen. De klemtoon op het bezig zijn aan het ziekbed is gaandeweg verzwakt. Het woord „poliklinisch” wijst reeds in deze richting.

Volgens Rümke¹ wordt klinische psychiatrie evenzeer beoefend in de spreekkamer als in gesticht of kliniek.

Jones² geeft als zijn mening te kennen, dat de etymologische samenhang tussen „klinisch” en „bed” is komen te vervallen; de klinische

¹ Over klinische psychiatrie, in: Studies en voordrachten over psychiatrie. Amsterdam 1948, 2e ed., p. 18.

² Abnormal psychology and social psychology, in: Problems of Personality, London, 1932, 2e ed., p. 15.

geneeskunde onderscheidt zich van andere vormen van medisch onderzoek niet door de beoefening aan het ziekbed, maar door een speciale, geestelijke houding van de onderzoeker, te weten: het gericht zijn op een individuele mens, die *als een geheel* wordt beschouwd.

Wallace Wallin³ brengt naar voren, dat het woord „klinisch” binnen het terrein der geneeskunde betrekking heeft op de gedetailleerde, objectieve studie van de levende patiënt, hetzij aan het ziekbed, hetzij op de afdeling van het ziekenhuis, hetzij in de cursuszaal, hetzij in de spreekkamer van de practiserende arts.

Men ziet blijkbaar het karakteristieke van de term „klinisch” niet meer in zijn gebondenheid aan het bedlegerig zijn, maar in de exclusieve benadering van de patiënt als *déze concrete zieke*. *Klinisch* geeft bovenal een *methode* aan van individueel, medisch onderzoek.

Intussen zijn ook de psychologen gebruik gaan maken van de term „klinisch”. Met een zekere vlotheid spreekt men van klinische methoden, klinische benaderingswijze, klinische psychologie. Men heeft een bepaald aspect, namelijk dat van de individuele onderzoeksmethodiek, tot het enige aspect van het begrip „klinisch” geproclameerd en het daardoor losgemaakt van de historische grond, waaruit het voortkwam. Deze absolute van een bepaald aspect maakt het mogelijk ook dan de term „klinisch” te bezigen, wanneer de persoon in onderzoek niet een patiënt, maar een gezonde persoon is. Men spreekt zelfs over toepassing van klinische methoden in industrie en bedrijf. Veelal blijkt klinisch-psychologisch onderzoek slechts een andere naam voor individueel-psychologisch onderzoek en staat dan als zodanig tegenover groeps onderzoek.

Voorlopig bepalen wij ons tot de volgende constatering:

1. Het begrip „klinisch” in de psychologie heeft niet in alle opzichten dezelfde betekenis als in de geneeskunde.

2. De psychologie heeft haar begrip „klinisch” ontleend aan de geneeskunde, alwaar het volledig burgerrecht genoot. Dit schept verplichtingen.

3. De psycholoog gebruikt soms het begrip „klinisch” in een betekenis, welke de medische origine van het begrip verwaarloost.

4. Het begrip „klinisch” in de psychologie moet zo dicht mogelijk aanleunen tegen het gelijknamige begrip in de geneeskunde, ook al blijft het een analogiebegrip.

³ Clinical and abnormal psychology, London z.j., p. 13.

Zoals gezegd, biedt een nadere beschouwing van de ontwikkeling, die de klinische psychologie in de Verenigde Staten van Amerika doormaakte, een vertrekpunt voor het verduidelijken van het begrip „klinische psychologie”. Het vermelden van enkele karakteristieke momenten uit deze ontwikkeling moge volstaan om dit toe te lichten. Een volledig historisch overzicht ligt niet in de bedoeling van deze opzet.

De grondlegger van de klinische psychologie in Amerika is Lightner Witmer. Hij was het, die voor het eerst, mede gebruik makend van experimenteel-psychologische methoden, het praktische belang aantoonde van het individuele psychologische onderzoek van schoolkinderen.

In 1889 stichtte James McKeen Cattell, die enige tijd eerste assistent van Wundt was, het eerste psychologisch laboratorium van Amerika aan de Universiteit van Pennsylvania.

Op diens aansporing vertrok Witmer in 1891 naar Leipzig om zich bij Wundt te bekwamen in de experimentele psychologie. In 1892 verwierf hij aan de Universiteit van Leipzig de doctorsgraad in de filosofie. Na zijn terugkeer in Pennsylvania werd hij in plaats van Cattell, die intussen elders een benoeming had aanvaard, directeur van het psychologisch laboratorium.

In 1896 bracht een onderwijzeres bij Witmer in zijn laboratorium een veertienjarige jongen, die zij maar niet kon leren spellen. Zij deed dit in de verwachting, dat een psychologisch onderzoek de oorzaak van het defect zou kunnen vaststellen en tevens richtlijnen zou kunnen geven om het defect te verhelpen. Dit geval werd voor Witmer de aanleiding om nog in datzelfde jaar aan de Universiteit van Pennsylvania een psychologische kliniek op te richten, de eerste ter wereld⁴.

Reeds vroeger, in 1889, had Witmer zich geïnteresseerd voor een jongen, die — na een trauma capitis op tweejarige leeftijd — aan een soort woorddoofheid leed en dientengevolge een grote achterstand in schoolprestatie vertoonde. Door middel van articulatie-oefeningen wist Witmer enige verbetering tot stand te brengen.

De omstandigheid, dat beide gevallen, zowel dat van 1889, als van 1896, een leermoeilijkheid betroffen, bracht Witmer er als vanzelf toe om zich in het bijzonder aan de problemen van het individuele schoolkind te wijden. Zouden deze gevallen van andere aard geweest zijn, dan had de vroege ontwikkeling van de klinische psychologie in Amerika zich wellicht in een andere richting bewogen.

⁴ Fernberger, S. : The history of the Psychological Clinic, in : Brotmarkle, R. : Clinical Psychology. Studies in honor of Lightner Witmer. Philadelphia 1931, p. 10—30.

In 1907 introduceerde hij officieel de naam van „klinische psychologie” door de publicatie van zijn artikel „Clinical Psychology”, als openingsbijdrage tot het in datzelfde jaar door hem opgerichte tijdschrift „The Psychological Clinic”⁵.

Het is Witmer's verdienste aan het begrip klinische psychologie een omschreven inhoud te hebben gegeven. Aangezien deze inhoudsbepaling de fundamentalia omvat van wat men onder klinische psychologie dient te verstaan, is het gewenst om deze meer uitvoerig te noteren.

Vooraf een terminologische aantekening. In het genoemde artikel⁵ verantwoordt Witmer het gebruik van de term „klinisch” als volgt :

„While the term „clinical” has been borrowed from medicine, clinical psychology is not a medical psychology. I have borrowed the word „clinical” from medicine, because it is the best term I can find to indicate the character of the *method* which I deem necessary for this work. Words seldom retain their original significance, and clinical medicine is not what the word implies — the work of a practicing physician at the bedside of a patient. The term „clinical” implies a *method*, and not a *locality*”⁶.

Volgens Witmer sluit de term „klinisch” een methode in.

De vraag is derhalve: Waardoor kenmerkt zich de klinisch-psychologische methode?

Op de eerste plaats door een *accentuering van de individualiteit*. Het voorwerp van onderzoek is een concrete persoon, onderscheiden van ieder der overige personen. Om de persoon in zijn eigengeaardheid te doorschouwen, moet de methode van onderzoek aan dit doel worden aangepast. Witmer verklaart, dat het individuele onderzoek de enig verantwoorde manier is om dit doel te bereiken. Hij kant zich tegen het groeps-onderzoek en de uitsluitende toepassing der statistische methode; beide qualificeert hij als ongeschikt en gevaarlijk, waar het gaat om zich een inzicht te verwerven in de eigengeaardheid van een bepaalde persoon.

Behalve de aanpassing aan het hierboven geformuleerde doel, moet de uitvoering van het onderzoek telkens worden aangepast aan ieder afzonderlijk geval. Dit komt tot uitdrukking in Witmer's stellingname tegenover de inschakeling van tests. Hij maakt geen gebruik van een vaste testbatterij, waarmee hij op stereotype wijze zijn proefpersonen één voor één te lijf gaat, als geldt het in feite een massa-onderzoek. Hij doet een keuze al naar gelang de in ieder afzonderlijk geval aanwezige indicaties. Dit betekent — in meer moderne terminologie uitgedrukt —, dat het

⁵ Clinical psychology. The Psychological Clinic. Vol. 1, 1907, 1—9.

⁶ Curs. v. schr.

klinisch psychologisch onderzoek „client-centered” en niet „test-centered” behoort te zijn.

Nog in een ander opzicht komt Witmer's accentuering van de individualiteit naar voren. Aangezien zijn werk pioniersarbeid was, kampte Witmer aanvankelijk met een gebrek aan ervaring. Van dit gebrek was hij zich bewust en daarom beperkte hij zich in de eerste jaren tot slechts enkele gevallen⁷. Maar deze onderzocht hij langdurig en grondig. De uitkomsten van zijn onderzoek en de resultaten van zijn behandeling toetste hij aan de gegevens, die een „follow up study” op lange termijn van ieder individueel geval hem verschafte.

Hij stelde zich dus op het standpunt, dat diepgaande en langdurige bestudering van weinigen — „the fortunate few”, zoals hij deze noemde — de enige verantwoorde methode was om later aan velen doeltreffende hulp te kunnen bieden.

Een tweede karakteristiek van de klinisch-psychologische methode is de *post-analytische diagnose*. Met deze term bedoelt Witmer een diagnose, die gesteld wordt, nadat een grondige analyse van het individuele geval gedurende langere tijd heeft plaats gehad (long-time observation). Ter verduidelijking van zijn zienswijze stelt hij prae-analytisch tegenover post-analytisch. De publieke opinie is een prae-analytische diagnose; zij is van voorwetenschappelijke aard. Een klinische diagnose daarentegen impliceert noodzakelijk een voorafgaand analytisch onderzoek, dat juist de bouwstenen voor de diagnose moet leveren.

Behalve post-analytisch, is de klinische diagnose *uno-analytisch* (de onderzoeker bestudeert persoonlijk één afzonderlijke mens) in tegenstelling met de statische diagnose, die Witmer *ethno-analytisch* noemt (hier gaat het om het niet zelf waargenomen gedrag van een groep).

Tenslotte is de klinische diagnose tevens een prognose:

„Scientific diagnosis is prophetic utterance. A diagnosis of ability or defeat is always a prognosis of behavior”⁸.

Als practiserend psycholoog moest Witmer de prognose wel ter harte gaan. Daarbij kwam, dat de resultaten van onderzoek en behandeling het bestaansrecht en de levensvatbaarheid moesten aantonen van de klinische psychologie als zelfstandig toegepaste wetenschap.

De *qualitatieve stellingname* vormt het derde kenmerk, waardoor de

⁷ Bovendien waren de financiële middelen om een groot aantal kinderen te behandelen ontoereikend en beschikte hij over te weinig geschoold personeel.

⁸ Witmer, L.: Psychological diagnosis and the psychonomic orientation of analytic science. The Psychological Clinic. Vol. 16, 1925.

klinisch-psychologische methode zich onderscheidt. Dat Witmer zich op kwalitatief standpunt stelt, blijkt uit het volgende.

Allereerst kent hij fundamentele waarde toe aan de klinische waarneming, d.w.z. de systematische observatie van de zich hier en nu gedragende persoon. De gelegenheid daartoe wordt gesanctioneerd door de eis van het individuele onderzoek. De systematische observatie is het klinische middel, waardoor de zich gedragende ander in zijn kwalitatieve eigegeaardheid openbaar wordt.

Ook ten aanzien van de testmethodiek komt Witmer's kwalitatieve stellingname naar voren. Hij is zich bewust van de relatieve waarde der kwantitatieve testscore en ziet de noodzakelijkheid in van de kwalitatieve analyse der testprestatie. Hij beoogt, dat alleen de persoonlijk geobserveerde *testprestatie* in haar actuele verloop psycho-klinische waarde heeft en niet het los van iedere klinische observatie tot stand gekomen *test-product*.

Witmer beperkt zich niet uitsluitend tot het afnemen van tests. Voor hem is klinische psychologie niet identiek met psychometrie :

„...a clinical diagnosis is always something more — it is an interpretation of observed behavior and requires much insight and more experience, a few tests and only a little figuring”⁹.

Deze zienswijze treedt op de voorgrond bij het nu te bespreken vierde kenmerk van de klinisch-psychologische methode, te weten de *totalitaire benaderingswijze* van de persoon.

Om deze of die mens in zijn individuele zo-zijn werkelijk te benaderen is het betreden van slechts één onderzoekingsweg niet toereikend. Ook hier geldt weer het principe, dat het middel proportioneel geordend moet zijn aan het beoogde doel. Het doel, dat Witmer zich stelt, is het zo volledig mogelijk begrijpen van deze of die mens in zijn totalitair bepaald-zijn. De mens is een *unitas multiplex* en de enige benaderingswijze, die zowel aan de aard van het gestelde doel als aan de complexe gesteltenis van de mens beantwoordt, is een pluridimensionele onderzoeksmethodiek. Zo maakt Witmer in ieder afzonderlijk geval een integrerend gebruik van de gegevens, die het medisch, psychiatrisch, psychologisch en sociologisch onderzoek, evenals het onderzoek naar schoolaanpassing en schoolprestatie hem verschaffen. Daarmede is Witmer andermaal de eerste, die de betekenis inziet van het teamwork voor een totalitair begrijpen van het individuele geval.

⁹ Psychological diagnosis. Op. cit.

Het totalitaire standpunt vindt consequent zijn toepassing in de schets, die Witmer ontwerpt betreffende de opleiding van de klinische psycholoog. Hij wijst er op, dat deze opleiding veelzijdig georiënteerd dient te zijn en dat een scholing in de algemene psychologie alléén onvoldoende is. De klinische psycholoog is een expert en als zodanig zal hij in zijn opleiding naast een grondige kennisname van de academische psychologie een specialistische training moeten ontvangen. Voor Witmer betekent deze training een *practische* vorming, welke bestaat in het regelmatig bijwonen van „klinische lessen”, waarin bepaalde problemen aan de hand van individuele gevallen worden gedemonstreerd, vervolgens in praktische werkzaamheden op het gebied van onderwijs en opvoeding, evenals op het terrein van bepaalde medische onderwerpen en tenslotte stage-arbeid ter bekwaming in observatie, klinisch-psychologisch testgebruik en training respectievelijk behandeling van normale en in hun ontwikkeling achtergebleven kinderen.

Het totalitaire standpunt, weerspiegeld in de pluridimensionele onderzoeksmethodiek, impliceert, dat Witmer zich niet kan beperken tot de actuele verschijningsvorm van de persoon-in-onderzoek. Van een totalitair onderzoek is dan alleen sprake, wanneer het een dwars- *en* lengtedoorsnede omvat.

Dit brengt ons tot het vijfde kenmerk van de klinisch-psychologische methode: de *ontwikkelingspsychologische oriëntatie*. Het onderzoek van de individuele levensgeschiedenis — zowel auto- als hetero-anamnestic — neemt een voorname plaats in binnen het geheel van de klinisch-psychologische onderzoeksmethodiek. Dit wordt niet alleen door Witmer beklemtoond. Men treft het telkens weer aan in de definities van klinische psychologie, die na hem beproefd worden. De ontwikkelingspsychologische oriëntatie maakt het klinisch-psychologisch onderzoek mede tot een dynamisch persoonlijkheidsonderzoek. Voor Witmer vormt de normale ontwikkeling de basis en de richtsnoer voor onderzoek, interpretatie en behandeling. Met zorg stelt hij het begrip *orthogenetisch* tegenover het begrip *pathogenetisch*. Hij betoogt, dat de oriëntatie van de klinische psycholoog *psychonomisch* behoort te zijn, dat wil zeggen conform de fundamentele of universeel geldende wetten en feiten van het psychische leven. De klinisch-psychologische activiteit beoogt uiteindelijk niets anders dan de bevordering van de normale persoonlijkheidsontwikkeling (perso-nering). Het concrete doel, aldus Witmer, dat de klinische psycholoog steeds voor ogen moet hebben, is: de volgende stap in de ontwikkeling van de persoon-in-onderzoek.

En hiermede komt het zesde en laatste kenmerk van de klinisch-psychologische methode in zicht, namelijk de *practische doelstelling*. Het gaat er om, in ieder afzonderlijk geval de belemmeringen op te heffen, die een volle zijnsontplooiing van de mens in de weg staan. Een ontwikkelingsachterstand moet worden ingehaald, een scheefgroei gecorrigeerd, een partiëel defect verholpen, een integratie op hoger niveau bewerkstelligd. Daadwerkelijke *hulp* is hier nodig. Postanalytische diagnose en prognose vinden niet hun bestemming in zichzelf, doch in hun gerichtheid op de behandeling.

Witmer is van mening, dat na een of twee bezoeken aan de kliniek het dikwijls moeilijk is, om een definitieve diagnose te stellen. Daarom legt hij de nadruk op een „continuing diagnosis”, dit is een diagnose, die niet na het eerste onderzoek, maar pas na verloop van geruime tijd zijn definitieve vorm krijgt. Witmer gaat zo te werk, dat hij de educatieve behandeling tevens als middel gebruikt om telkens zijn diagnose te corrigeren, te preciseren en aan praktisch bereikte behandelingseffecten te verifiëren. Zodoende is het hem tegelijkertijd mogelijk de behandelingsresultaten op de voet te volgen en aan een stelselmatige meting te onderwerpen (measured progress). Deze werkwijze noemt Witmer „diagnostic education”.

Voor een juist beeld van wat „klinische psychologie” voor Witmer inhoudt, is het nodig nog op één punt de aandacht te vestigen. Witmer wijdde zijn aandacht geheel aan het schoolkind en wel voor zoverre een bepaald schoolkind in een of ander opzicht een problematiek vertoonde, die om een praktische correctie vroeg, bij voorbeeld: spraak-, lees- en schrijfmoeilijkheden, defecten op het gebied van de gezichtszin, de gehoorszinnigheid en de motoriek, geheugen- en aandachtstekorten, kortom allerlei vormen van ontwikkelingsachterstand, die de vooruitgang op school belemmerden. Het ging niet uitsluitend om het zwakzinnige en psychisch afwijkende kind, maar evenzeer om het vroegrijpe, geniale en zelfs normale kind. Witmer had dus alleen te maken met onvolwassenen en daarom is het zinvol, als hij spreekt van *educatieve* behandeling. Van het begin af aan was hij zich er echter van bewust, dat men de klinisch-psychologische methode ook op volwassenen kon toepassen:

„Whether the subject be a child or an adult, the examination and treatment may be conducted and their results expressed in the terms of the clinical method”¹⁰.

¹⁰ Clinical Psychology, op. cit. Slotzin van het artikel.

Een tweede figuur in de geschiedenis van de klinische psychologie in Amerika is Wallace Wallin, die in 1912 een psychologische kliniek oprichtte aan de Universiteit van Pittsburg.

Ook zijn interesse ging primair uit naar de problemen van het individuele schoolkind, speciaal voor zoverre psychische afwijkingen een bemoeilijking vormden voor schoolaanpassing en schoolprestatie.

Later erkende hij echter :

„The clinical psychologist may, if he chooses, study any individual whatsoever, be he adult or child, female or male, normal or abnormal, sane or insane, dull or bright”¹¹.

Deze gebiedsuitbreiding wijst er op, dat de klinisch-psychologische methode niet gebonden is aan een bepaalde categorie van mensen, maar van toepassing is op iedere mens. Wallin beperkte zich niettemin tot het psychisch afwijkende schoolkind en wel in die zin, dat hij zich wijdde aan de studie van plus en minus afwijkingen van de normale geestesgesteldheid. Hij definieert de klinische psychologie als volgt :

„... clinical psychology is concerned with the concrete study and examination of the behavior of the *mentally exceptional individual* (not groups), by its own methods of observation, testing and experiment”¹².

Het klinisch-psychologisch onderzoek — aldus Wallin — streeft vier doeleinden na. Op de eerste plaats een juiste diagnose of classificatie ; op de tweede plaats een aetiologische analyse ; op de derde plaats een bepaling van de modificatie, die door de afwijking wordt teweeggebracht in het gedrag van het kind ; op de vierde plaats een bepaling van de graad van modificeerbaarheid der ontdekte afwijkingen.

Ook Wallin, zich bewust van de complexe menselijke natuur, past een pluridimensionele onderzoeksmethodiek toe. Zo acht hij de volgende benaderingswijzen nodig in het onderzoek van het psychisch afwijkende schoolkind : het psychologisch en psychiatrisch onderzoek, het onderzoek van de schoolaanpassing en de schoolprestaties, het onderzoek van de omgeving, het lichamelijk onderzoek, het ontwikkelingsonderzoek en het erfelijkheidsonderzoek. Opnieuw is hier een poging tot een totalitair benaderen van de mens als mens in eenheid met de op hem betrokken wereld. In het kader van zijn polymethodisch onderzoek maakt ook Wallin een ruim gebruik van tests, echter zonder — zoals uit het bovenstaande blijkt — het klinisch-psychologisch onderzoek met psychometrie te vereenzelvigen.

¹¹ Clinical and abnormal psychology, op. cit. p. 17.

¹² Clinical psychology : What it is and what it is not. Science, Vol. 37, 1913, p. 896.

De opleiding tot klinisch psycholoog — zo vervolgt Wallin — kan niet anders dan een gedifferentieerde zijn. Onder meer is een scholing vereist in de introspectieve en experimentele psychologie, in de psychologie van het normale en abnormale kind, in de theoretische en praktische opvoedkunde, in de kinderhygiëne, in de kennis van de toe te passen behandelingsmethoden bij de verschillende typen van psychisch uitzonderlijke kinderen. Daarnaast is een zekere mate van training nodig in algemene geneeskunde, pediatrie, neurologie en psychiatrie. De kennis van deze disciplines schept op zichzelf nog geen deskundigheid in psychoklinisch werk. Dit laatste verwerft men pas door een „first-hand study in institutional residence of individual cases”.

Klinisch werk, zowel in psychologie als geneeskunde, eist klinische training. Eerst een *klinische* training in observatie en experimenteel onderzoek maakt de psycholoog tot, wat Wallin noemt, een „psycho-educational specialist”¹³.

Tot een der leidende figuren op het gebied van de klinische psychologie in Amerika behoort Louttit. Hij opent zijn handboek¹⁴ met de veelzeggende uitspraak, dat de problemen, waarmee de klinische psycholoog geconfronteerd wordt, zelden door de psychologie alléén kunnen worden opgelost. Daaruit blijkt reeds, dat ook Louttit zich op het standpunt stelt van een meerzijdige onderzoeksmethodiek en derhalve het teamwork als noodzakelijk beschouwt.

Evenals voor Witmer en Wallin is voor Louttit het klinisch-psychologisch onderzoek een casuïstisch onderzoek. In algemene zin heeft dit onderzoek betrekking op aanpassingsproblemen van personen en beoogt, op grond van een omvangrijk onderzoek, deze of die persoon te helpen in het bereiken van een meer doeltreffende aanpassing, respectievelijk heraanpassing.

Louttit erkent de waarde van de systematische observatie en beklemtoont de noodzakelijkheid van de auto- en de hetero-anamnese. Hij schenkt er de voorkeur aan om het arbeidsveld van de klinische psychologie te beperken tot de onvolwassenen, maar hij voegt er aan toe :

„It is true that some clinical psychologists undertake work with adults who are maladjusted, and if such workers have sufficient training and experience there is no

¹³ Wallin gebruikt de term „educational” in zéér ruime zin : „In the term educational I include training of a hygienic, physiological, pedagogical, psychological, sociological or moral character” (op. cit. p. 897).

¹⁴ Clinical Psychology, New York-London 1936.

reason why they should not do so. However, it may well be questioned if one person can be equally skilled in dealing with both children and adults, as the problems are quite different"¹⁵.

Tegenwoordig gaat de klinische psychologie zich meer en meer bezighouden met de individuele aanpassingsproblemen van volwassenen, ook op het terrein van de psychiatrie. Vandaar de eis, in bovenstaand citaat vervat, dat hier een speciale opleiding nodig is. Dit geldt voor alle gebieden, waarop de klinische psycholoog werkzaam kan zijn, onder meer de advisering in school- en beroepskeuze, de geestelijke gezondheidszorg voor studenten en oudstrijders, gevangenen en delinquenten; werkzaamheden op de medisch-opvoedkundige bureaux, de psychiatrische inrichting, de neurologische kliniek, het tuberculosehospitaal.

Elk domein, waarin de klinische psychologie haar toepassing vindt, heeft zijn eigen problematiek, welke een aparte opleiding en „case-experience” vraagt. Afgezien van deze specialistische vorming stelt Louttit als voorwaarde, dat ieder klinisch psycholoog, buiten zijn vakstudie om, kennis moet hebben genomen van de paedagogie, de sociologie en bepaalde capita van de geneeskunde. Immers, zo zegt hij, de klinische psycholoog beschouwt de mens als een eenheid van fysieke, sociale, psychologische en situatieve momenten.

Een onderlinge vergelijking van de door Witmer, Wallin en Louttit naar voren gebrachte opvattingen toont eenstemmigheid van oordeel aangaande de wezenlijke trekken van wat zij „klinische psychologie” noemen. Ook wanneer men een meer recent handboek raadpleegt, zoals dat van Richards¹⁶, vindt men dezelfde ideeën terug.

Niettemin zijn er meningsverschillen.

In een studie over het wezen van de klinische psychologie deelt Louttit mede¹⁷, dat hij ongeveer veertig definities van klinische psychologie verzameld heeft. Deze brengt hij in vier categorieën onder:

1. Klinische psychologie wordt gedefinieerd als de gedragsstudie van het individu onder opzicht van zijn aanpassingsqualiteiten.
2. Klinische psychologie is psychometrie (mental testing).
3. Klinische psychologie is de studie van het subnormale of abnormale individu (met name de onvolwassene).
4. Klinische psychologie is medische psychologie.

¹⁵ Clinical psychology, op. cit. p. 9.

¹⁶ Modern clinical psychology. New York-London 1946.

¹⁷ The nature of clinical psychology. Psychological Bulletin 36, 1939, 361—389.

Louittit merkt nu op, dat de meeste van dergelijke definities onjuiste beperkingen inhouden. Klinische psychologie is geen psychometrie, noch medische psychologie, evenmin de studie van het sub- of abnormale individu. Deze categorieën behoren wel tot haar operatieterrein, maar zij zelf is meer dan ieder van hen. Hij verklaart zich het meest te kunnen verenigen met een begripsbepaling, die onder de eerste der vier genoemde categorieën valt. Een dusdanige definitie werd in 1934 opgesteld door de Klinische Afdeling van de American Psychological Association :

„Clinical psychology is a form of applied psychology which aims to define behavior capacities and behavior characteristics of an individual through methods of measurement, analysis, and observation; and which, on the basis of an integration of these findings with data received from the physical examinations and social histories, gives suggestions and recommendations for the proper adjustment of the individual”¹⁸.

Klinische psychologie blijkt derhalve een bepaalde *methode* van individuele mensbenadering te zijn.

Indien het specificum van de klinische psychologie een bepaalde *methode* uitmaakt, met andere woorden een bijzondere positiekeuze van de onderzoeker tegenover zijn object betreft, laat het zich verstaan waarom hier geen beperking wil zijn tot bepaalde onderzoeksmiddelen (tests), een bepaald object (onvolwassenen) en een bepaald veld van toepassing (geneeskunde). In deze opzichten is de klinische psychologie neutraal te noemen. Het kernpunt vormt immers de *wijze* van hantering, de *wijze* van tegemoetreding, de *wijze* van toepassing. Daarom moet men zich voornemen hier van „clinical approach” en niet van klinische psychologie te spreken. De vereenzelviging van beide noties voert tot verwarring en misverstand. De meeste definities van klinische psychologie zijn in feite omschrijvingen van de klinisch-psychologische methode. Telkenmale treft het weer, hoe men het eens is over de fundamentele punten van de klinische methode, hoe daarentegen in de objectbepaling van de klinische psychologie hetzij een variabiliteit van opvatting, hetzij een tekort aan differentiatie te constateren valt. Alvorens hier verder op in te gaan, is het voor een goed begrip van zaken nodig een drietal gebeurtenissen te vermelden, die de ontwikkeling van de klinische psychologie in Amerika hebben beïnvloed.

¹⁸ American Psychological Association, Clinical Section. The definition of clinical psychology and standards of training for clinical psychologists. Psychol. Clin. 23, 1935, p. 5.

De eerste gebeurtenis hing samen met het verschijnen van de Binet-Simon intelligentietest, die in 1908 door Goddard in Amerika werd geïntroduceerd.

Eenzijds leverde deze test een bewijs voor het bestaansrecht van de testpsychologie als zodanig, anderzijds verschafte deze test een nieuwe bijdrage tot de testmethodiek, namelijk de inschakeling van het ontwikkelingsmoment. De Binet-Simontest bestond als eerste uit een geheel van deels gegradueerde opgaven, gestandariseerd volgens de leeftijd. Van toen af aan nam de psychometrie haar vlucht. Met ijver legde men zich toe op de quantificering van het psychische. Men raakte verblind door getallen en quotiënten en verloor hun relatieve waarde uit het oog. De taak van de klinische psycholoog verengde zich tot het *afnemen* en *uitrekenen* van tests. De opvatting brak baan, dat klinische psychologie niets anders was dan psychometrie. De oorspronkelijke conceptie van Witmer raakte ondergesneeuwd en het zou enige tijd duren, voordat deze weer werd opgedolven.

De tweede gebeurtenis betrof de publicatie van de Rorschachtest. Dit feit betekende het definitieve begin van de ontwikkeling ener dieptepsychologische testmethodiek. De aandacht richtte zich nu op de experimentele benadering van de persoonlijkheid en daarmee kreeg men weer meer oog voor het kwalitatieve. Aanvankelijk leek het, alsof de Rorschachtest opnieuw een quantificering beoogde en dan nog wel van het persoonlijkheidsgeheel. Maar weldra werd duidelijk, dat de kwalitatieve analyse een noodzakelijke conditie vormde voor de juiste *interpretatie* van het Rorschachprotocol¹⁹. Drie jaar na de publicatie van Rorschach's „Psychodiagnostik”, in 1924, verscheen in Amerika de eerste mededeling over de Rorschachtest in de vorm ener Engelse vertaling van een artikel van E. Oberholzer. Onder zijn leiding bekwaamden zich Levy en Beck, die de pioniers werden van het Rorschachonderzoek in Amerika.

De derde gebeurtenis, die van invloed was op de ontwikkeling van de klinische psychologie in Amerika, was de tweede wereldoorlog. Snelheid was een eerste vereiste in die dagen en daarnaar had ook het psychologisch onderzoek zich te richten. Op korte termijn waren richtlijnen nodig voor zifting en juiste plaatsing van legerpersoneel. Grote aantallen

¹⁹ In een serie voordrachten over „Rorschachinterpretatie”, gehouden te Utrecht in 1948, heeft Roemer — leerling en medewerker van H. Rorschach — er nog eens op gewezen, dat Rorschach zelf hoe langer hoe meer terugkwam van het onderzoek naar de formele kenmerken der duidingen en steeds meer overhelde naar de dieptepsychologische interpretatiewijze.

van mensen moesten vlug en doeltreffend worden onderzocht, terwijl eveneens de uitwerking der testresultaten een beperkte tijd in beslag mocht nemen.

Wat het testgebruik betreft, vertoonden zich twee tendenties. Op de eerste plaats was er een streven naar opstelling van korte testprocedures, respectievelijk verkorting van bestaande testen. Men denke onder meer aan de „Emergency battery of one minute tests” van Kent, de verkorte Stanford-Binetschaal, de verkorte intelligentietest voor volwassenen van Wechsler-Bellevue. Munroe maakte met behulp van zijn „Inspection Technic” een snelle, globale uitwerking van de Rorschachprotocollen mogelijk. Christenson stelde een vereenvoudigde TAT samen, die slechts 30 minuten duurde.

Op de tweede plaats legde men zich uit hoofde van tijdsbesparing toe op de samenstelling van groepstests. Zo ontstonden bij voorbeeld de talrijke vragenlijsten (inventories), de groep-TAT, de groep-Rorschach, de Multiple Choice Technic (een Rorschachmodificatie van Harrower Erickson), kortom allerlei verbale en non-verbale groepstests als „rapid screening” instrumenten.

Een dergelijke ontwikkeling bood voor- en nadelen. Van de ene kant groeide het aantal tests met de dag; bovendien werden de ontworpen testprocedures direct en op grote schaal op hun praktische waarde getoetst. Van de andere kant moest de haast, waarmede alles plaats vond, een onnauwkeurigheid en een tekort aan differentiële analyse in de hand werken, terwijl, door de overspannen gerichtheid op het praktische, de theoretisch wetenschappelijke fundering in de knel raakte. Een positief gevolg hiervan was, dat men duidelijker de ontoereikendheid van de groepstestmethoden ging beseffen en dat men meer overtuigd raakte van de noodzaak van het individuele onderzoek.

Nog in een ander opzicht is de oorlogsinspanning van invloed geweest. De vraag naar klinische psychologen was groot, vooral ook in verband met de geestelijke gezondheidszorg van gedemobiliseerde militairen, waarvoor een aparte organisatie — de zo genaamde „Veterans Administration” — in het leven werd geroepen. In dit kader sloten psychiater, sociale werker en psycholoog zich aaneen en vormden tesamen het „neuro-psychiatric team”. Deze samenwerking had twee gevolgen. Enerzijds stelde men het vraagstuk van de officiële opleiding tot klinisch psycholoog aan de orde, anderzijds voerde het gebrek aan psychiaters er toe, dat de klinische psychologen deel kregen aan bepaalde psychotherapeutische werkzaamheden.

De kennis van het bovenstaande stelt ons nu beter in staat de karakteristieke eigenschappen van de „clinical approach” als bijzondere *methode* van psychologisch handelen voor ogen te stellen.

1. Het object van onderzoek is uitsluitend deze of die concrete persoon als zodanig. De klinische methode is een „case-method”, klinisch handelen is „case-handling”.

2. Aangezien de zich gedragende mens gezien wordt als een complexe totaliteit, doet men een beroep op de praktische, onderlinge samenwerking van de wetenschappen. De klinische methode beklemtoont het uitwisselen en daarna integreren van gegevens, die met betrekking tot een bepaalde persoon langs verschillende onderzoekswegen werden verkregen. Dit vindt men op gevarieerde wijze onder woorden gebracht in uitdrukkingen als: *integrated diagnosis, clinical teamwork, practical day-to-day co-operation, team conference method, neuro-psychiatric team.*

3. Het testpsychologisch onderzoek vertegenwoordigt het technische aspect van de klinische benaderingsvorm, waarbij de nadruk valt op de kwalitatieve interpretatie, zonder de quantitative berekening voor overbodig te verklaren. De ontwikkeling van de projectietestmethoden werkt dit trouwens in de hand en verdiept de kwalitatieve interpretatie door de psychodynamische oriëntatie. Reeds uit hoofde van de projectietests alléén is het niet mogelijk de klinische psycholoog met psychometrist te vereenzelvigen! Daarbij komt nog, dat het testpsychologisch onderzoek noodzakelijk aanvulling behoeft van drie andere methoden, te weten: anamnestic onderzoek, observatie en interview.

4. De klinische ervaring speelt een voorname rol in de hantering van de klinische methode. In dit opzicht pleegt men de klinisch-psychologische werkzaamheid een kunst te noemen.

5. Men acht de klinische methode toepasbaar op kinderen en volwassenen, normalen en abnormalen. Beperkte men zich vroeger bij voorkeur tot kinderen, thans houdt men zich ook met volwassenen bezig. De onderscheiding normaal-abnormaal houdt geen keuzecriterium in. De aanwezigheid van een of andere individuele problematiek, die de aanpassing, de ontplooiing of het gezonde evenwicht van de persoonlijkheid in de weg staat, vormt de indicatie voor het toepassen van de onderhavige methode.

6. Op alle terreinen, waar zich een dergelijke problematiek kan voordoen, maakt men gebruik van de klinische methode, bij voorbeeld bij individuele problemen, die samenhangen met opvoeding, beroep, school, huwelijk, samenleving, militaire dienst, criminaliteit, lichamelijke ziekten,

geestesstoornissen. Zelfs in het bedrijf vindt de klinische methode een toepassingsgebied.

7. Het doel, dat de klinische methode beoogt, is zowel *bevordering* van de normale ontwikkeling en een betere adaptatie, als *heraanpassing* aan zichzelf en aan anderen.

Getracht wordt de optimale levensvorm van het individu te verwerkelijken.

8. Diagnosestelling alléén schiet te kort. De diagnose is steriel, als deze niet heenwijst naar de behandeling. Er zijn indicaties nodig voor het kiezen van de juiste soort van training en reëducatie, vervolgens een programmatische opzet betreffende de beste manier, waarop deze kunnen worden uitgevoerd, tenslotte een zorgvuldige prognosebepaling.

Is nu iedereen, enkel omdat hij gebruik maakt van de klinisch-psychologische methode, als klinisch psycholoog te betitelen? Is het toepassen van de klinisch-psychologische methode zonder meer hetzelfde als het beoefenen van klinische psychologie? Deze vraag is naar onze overtuiging in ontkennende zin te beantwoorden.

Als bezwaar tegen het in Amerika veelal gangbare begrip van klinische psychologie geldt, dat het toepassingsveld te ruim genomen is. Weliswaar beoefent ook daar een groot gedeelte van de psychologen klinische psychologie in de zin, zoals wij die bedoelen. Maar wij kunnen ons er niet mee verenigen, dat de gebruikmaking van klinische methoden, bij voorbeeld in de industrie, een kwestie van klinische psychologie zou zijn. Hier doet zich bovendien een extra bezwaar voor. Op het gebied van de industrie gaat het niet primair of alléén om het bevorderen van de persoonlijkheidsontwikkeling. Het gaat allereerst om utiliteitsoverwegingen, in functie waarvan het individuele persoonlijkheidsonderzoek plaats vindt, met andere woorden, de persoon zelf maakt niet het eerste en laatste doel uit van het onderzoek.

Beschouwt men het gebruik van klinisch-psychologische methoden op de terreinen van beroepskeuze, sociale en paedagogische voorlichting, personeelselectie, advisering in leer-, gedrags- en phasemoeilijkheden, als beoefening van klinische psychologie, dan valt het toch niet te ontkennen, dat de oorspronkelijke betekenis van het woord „klinisch” op deze manier teloor gaat en dit daarmee zijn differentiërende functie kwijt raakt. Wil men het bezigen van verwarring stichtende begrippen vermijden, dan dient hier een terminologische herziening plaats te vinden aan de hand

van een heroriëntatie naar de etymologische en vaktechnische betekenis van het woord „klinisch”.

In het begin van dit hoofdstuk is er op gewezen, dat „klinisch” samenhangt met „κλινη”, dat bed betekent. Vervolgens, dat het kenmerkende van de term „klinisch” niet zo zeer te zoeken is in het onderscheid tussen bedlegerig en ambulant, maar in een zekere *methodische aanpak*, die men kan omschrijven als een direct aan een bepaalde patiënt uitgevoerd, totalitair, medisch onderzoek.

Belangrijk is het nu zich te realiseren, dat het woord „klinisch” uit de *geneeskunde* stamt en hiermee zo innig verweven is, dat men het niet ongestraft op een ander gebied kan overbrengen, noch in een afgeleide zin kan gebruiken, die het origineel niet meer herkennen laat.

Op grond van deze argumenten is het raadzaam het arbeidsveld van de klinische psychologie te beperken tot *de in zijn psychisch of meer in het bijzonder psychosomatisch evenwicht gestoorde mens, die naast medisch onderzoek in de meest ruime zin des woords tevens specieel-psychologische analyse behoeft*.

Uitsluitend in deze zin zal hier in het vervolg van klinische psychologie gesproken worden. Een dergelijke opvattingwijze handhaaft het verband met de geneeskunde (aangezien het om *patiënten* gaat) en conditioneert, dat de klinische psycholoog zijn wetenschappelijke arbeid principieel op basis van samenwerking met de medicus verricht.

Wie zijn nu als *klinische* psychologen te beschouwen? Allereerst zij, die in klinieken (en/of poliklinieken), psychiatrische inrichtingen, psychopathologische researchlaboratoria, medische consultatiebureaux voor geesteszieken in de functie van psycholoog werkzaam zijn. In Amerika komt dit veelvuldig voor. In de Amerikaanse literatuur vindt men dan ook bij herhaling de functies van de psycholoog in klinieken uitvoerig besproken, evenals de voor die functies te vereisen opleiding²⁰.

Ook de practiserende psycholoog, die in de onderhavige richting gespecialiseerd is, zal klinisch-psychologisch werk verrichten, wanneer hij in zijn particuliere praktijk met behulp van psychologische methodieken patiënten onderzoekt, welke hem onder bepaalde vraagstellingen door de arts of zenuwarts worden toegezonden.

In ons land ontwikkelt zich de klinische psychologie in de boven-

²⁰ Zie het symposion over „Psychologists' functions in hospitals”. Journ. of Consult. Psychol. Vol. VIII, 1944, 267—322, evenals vele andere artikelen in de Journ. of Consult. Psychology en de Journ. of Clinic. Psychology.

beschreven zin. In verschillende klinieken en inrichtingen maakt de psycholoog deel uit van de medische staf.

De Nederlandse klinische psychologen hebben zich intussen gebundeld in het Gezelschap voor Klinische Psychologie, waarin zij gezamenlijk de problemen, die het klinisch-psychologisch werk stelt, bestuderen en er naar streven de ontwikkeling van de klinische psychologie in Nederland te bevorderen alsmede haar belangen te behartigen.

Hoe vruchtbaar de samenwerking van psycholoog en psychiater kan zijn, blijkt uit de gezamenlijk verrichte onderzoekingen van Gelb en Goldstein, Grünbaum en Bouman, Heymans en Wiersma, Calon en Prick. De laatstgenoemde²¹ heeft bovendien de verdienste als eerste te hebben doorgevoerd, dat de psychologiestudenten, in het kader van hun academische opleiding aan de Nijmeegse Universiteit, verplicht zijn gedurende een bepaalde tijd klinisch-psychologisch werk te verrichten in de psychiatrisch-neurologische kliniek. Deze regeling betekent een belangrijke stap vooruit in de ontwikkeling van de klinische psychologie binnen onze landsgrenzen.

Bij de problematiek van de verhouding tussen klinische psychologie en klinische psychiatrie zullen wij niet meer dan een korte kanttekening plaatsen.

Na hierboven onze inzichten over het arbeidsveld van de klinische psychologie gegeven te hebben, willen wij over de afgrenzing van de klinische psychiatrie de opvatting van Rümke²² refereren :

„Het altijd nieuwe, altijd boeiende probleem in de klinische psychiatrie, hetzij in gesticht, kliniek of spreekkamer, is het probleem, dat de concrete psychisch zieke mens ons stelt. Wat speelt zich in deze zieke af? Wat bedreigt hem van buiten, hoe beïnvloedt hij de dreiging? Wat zal zich verder afspelen? Hoe kan ik dit gebeuren beïnvloeden? Deze vragen stellen en beantwoorden op grond van de gegevens, die het onderzoek van den psychisch zieke ons verstrekt, is klinische psychiatrie beoefenen, van welke aard de gegevens ook zijn. De gegevens van het psychopathologisch onderzoek, hetzij zij van symptomatologischen of phaenomenologischen aard zijn, van experimenteel-psychologisch onderzoek stammen, of verstrekt worden door neurologisch, intern of chemisch-serologisch onderzoek, al deze gegevens worden beoordeeld en getoetst in verband met het geheel van dezen zeer specialen zieke”.

Dit specificeert Rümke nog nader, door als zijn mening naar voren te brengen, dat de klinische psychiatrie de abnormaal psychische verschijn-

²¹ De verhouding van psychologie en psychopathologie, Ned. Tijds. v. Psychol. 1, 1947, 4—19.

De samenwerking tussen psycholoog en psychiater. Maandblad v. d. Geest. Volksgez. 2, 1947, 3—8.

²² Over klinische psychiatrie, op. cit. p. 18.

selen niet als zodanig, doch in verband met de concrete bio-psychische persoon onderzoekt en voorts, dat de ten grondslag liggende processen evenzeer binnen het klinisch-psychiatrisch onderzoek vallen, voor zover zij voor het ontstaan der verschijnselen betekenis hebben. Langs structuur-analytische weg wordt een pluridimensionele diagnose opgesteld, op grond waarvan men het concrete geval beoordeelt, vervolgens de prognose stelt en zo mogelijk een therapie bepaalt.

Bestudeert men deze omschrijving, dan blijkt, dat de klinische psychiatrie in minstens twee opzichten van de klinische psychologie verschilt.

Op de eerste plaats impliceert de beoefening van de klinische psychiatrie naast de kennis van psychopathie- en neuroseproblematiek een omvangrijke en gedifferentieerde kennis van het organische gebeuren. Over dit laatste zal de klinische psycholoog nooit in die mate beschikking hebben als de psychiater.

Op de tweede plaats is de primaire opgave van de klinische psychiatrie het *stellen* van de diagnose, welke bij voorkeur pluridimensioneel georiënteerd dient te zijn. De klinische psycholoog echter stelt geen psychiatrische, pluridimensionele diagnose. Hij *draagt er al alleen toe bij* en wel op *zijn eigen wijze*, dat wil zeggen, vanuit *zijn* standpunt en met toepassing van *eigen* middelen en methoden. Hij kan zelfs niet anders, want het stellen van een pluridimensionele diagnose is hem onmogelijk vanwege zijn ontoereikende kennis betreffende de organische conditionaliteit. Vervolgens dient hij niet te diagnosticeren in termen van psychiatrie, maar in termen van psychologie. Omgekeerd betekent dit, dat de psychiater van de psycholoog géén psychiatrische diagnose mag verwachten. De klinische psycholoog heeft tot taak een *psychologische* diagnose te stellen, dit is een psychologisch oordeel over de statische, dynamische en genetische organisatie van de persoonlijkheid.

In dit verband mag men niet vergeten, dat de afstamming van de klinische psychiatrie en de klinische psychologie verschillend is. Terwijl de klinische psychiatrie zich ontwikkeld heeft als een bepaald aspect van de geneeskunde, is de klinische psychologie een exponent van de empirische (experimentele) psychologie.

De psycholoog treedt op eigen wijze de verschijnselen en vraagstukken tegemoet, die zich binnen het terrein der psychiatrie voordoen. De eigengeardheid van zijn benaderingswijze ligt enerzijds in het speciële gebruik van psychologische methodieken, die veel ervaring en inzicht vereisen, willen zij betrouwbare resultaten opleveren; anderzijds in de bewerking der psychopathologische verschijnselen aan de hand van een gedifferen-

tieerd, normopsychologisch mensbeeld, dat zijn academische opleiding gaandeweg in hem heeft geëxpliciteerd.

Ter afsluiting noteren we het volgende. Als „klinische psychologie” is alleen die vorm van praktische psychologie te beschouwen, waarvan de beoefenaar op zelfstandige en eigen wijze, evenals met eigen verantwoordelijkheid, specieel-psychologische arbeid verricht op het gebied van de klinische geneeskunde, in het bijzonder de klinische psychiatrie, met dien verstande, dat hij de resultaten van zijn arbeid in dienst stelt van de laatste, om daarmee het welzijn van de patiënt te bevorderen.

Hiermede is tevens critiek geleverd op de al te wijde opvatting van klinische psychologie, zoals deze veelal gangbaar is.

Nu bepaald is, wat wij onder klinische psychologie verstaan, kunnen wij overgaan tot de *taakomschrijving*.

Wij beperken ons tot twee facetten van fundamenteel karakter: de psychodiagnostiek en de psychotherapie.

Betreffende de *psychodiagnostiek* werden reeds een aantal wezenlijke punten medegedeeld. Wij volstaan met de essentialia in herinnering te brengen.

De psychodiagnostiek, welke als hoofdtaak en door velen als de enige taak van de klinische psycholoog beschouwd wordt, is als volgt gekarakteriseerd.

1. Het gaat om een diagnose van een concrete persoon.
2. Het betreft een psychologische en niet een psychiatrische diagnose.
3. De diagnosestelling impliceert het integreren van gegevens, die langs andere dan alleen experimenteel-psychologische weg worden verkregen.
4. De diagnose moet evenzeer psychoprognotische als psychotherapeutische indicaties bevatten.

De *technieken*, met behulp waarvan de klinische psycholoog zijn psychodiagnose stelt, verdienen een korte bespreking.

Grosso modo heeft hij drie methoden tot zijn beschikking: observatie, testmethode, interview.

De individuele onderzoekssituatie, waarin op basis van wezensverwantheid twee mensen elkaar in levende lijve ontmoeten, stelt de onderzoeker in de gelegenheid tot *directe observatie* van de ander. Nader bepaald betreft het hier een *modus* van co-existeren, waarin de onderzoeker de intentie heeft om in de innerlijkheid en daarmee in het wereldontwerp van de copresente ander door te dringen. Hij bekijkt en beluistert hem, maar hij doet dit in een houding van sympathiserende gerichtheid, dat

wil zeggen : hem bekijkend en beluisterend in onafgebroken medeschouwing van zijn personaliteit, laat zij zich ook door hem veranderen en tracht hij deze veranderingen te lezen. Hij kan zich niet tevreden stellen — zo schrijft Minkowski²³ — met een descriptie en opsomming van symptomen, maar hij moet in het spel brengen zijn levende persoonlijkheid om aan haar die van de ander te toetsen (dit noemt Minkowski : le diagnostic par pénétration). Hij vertegenwoordigt zelf een „instrument”, dat door geen test vervangen kan worden.

Lagache, die in Frankrijk de klinische psychologie haar plaats geeft, ziet het karakteristieke van de klinische onderzoeksmethoden gelegen in de observatie :

„Ce qui les caractérise, ce n'est pas l'emploi exclusif, mais la prédominance et la prévalence d'une observation inspirée par le principe de l'unité de l'organisme et orientée vers la totalité des réactions d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation”²⁴.

Uit de reeds herhaaldelijk naar voren gebrachte eis, dat het klinisch-psychologisch onderzoek „patient-centered” moet zijn, volgt een en ander met betrekking tot de toepassing van de *testpsychologische methode*. Het leidende beginsel is,

„that the test situation is to be used to study the patient, not to derive a score”²⁵.

Hiermee houden verschillende voorwaarden van het klinische testgebruik verband. Een dier voorwaarden is de selectie van de (in dit of dat individuele geval) aan te wenden testmethoden. Daartoe is nodig een klare formulering van de reden en het doel, waarom de patiënt naar de klinische psycholoog verwezen is. Vervolgens een korte analyse van de actuele verschijningswijze van de patiënt, evenals een bepaling van zijn persoonlijke status (ontwikkelingsniveau, beroep, burgerlijke staat e.d.). Kort gezegd: de patiënt zelf moet de indicaties leveren voor de keuze van de op hem toe te passen tests. Dit is de bedoeling van de klinische regel, welke luidt, *dat het testgebruik een testselectie tot voorwaarde heeft*.

De klinische psycholoog komt dan ook niet uit met het toepassen van een stereotype testbatterij. Ongetwijfeld is het gebruik van een vaste testbatterij van betekenis voor het verkrijgen van ervaring en inzicht, zowel

²³ Aperçu sur l'évolution des idées en psychopathologie, Revue Philos. 140, 1950, p. 431.

²⁴ Psychologie clinique et méthode clinique, in: L'évolution psychiatrique 11, 1949, p. 156.

²⁵ Watson, R.: Readings in the clinical method in psychology, New York 1949, p. 414.

in ieder der afzonderlijke tests als in de onderlinge verhouding van de resultaten dier tests. In de klinische praktijk echter dreigt enerzijds het gevaar ener verstarring, anderzijds is de kans groot, dat men een hoeveelheid gegevens verzamelt, die van bijkomstige aard zijn. Een overbelasting aan dergelijke gegevens bemoeilijkt een helder doorzicht. Niet de testbatterij, maar de patiënt moet het uitgangspunt vormen. Benut de psycholoog het resultaat van een bepaalde proef als indicatie voor de keuze van een andere test, dan is de patiënt nog steeds het uitgangspunt, omdat diens eigen testprestatie als selectiemiddel fungeert.

Een andere voorwaarde is het vestigen van een *positief rapport*. Het komt er op aan, dat de te onderzoeken ander zich als een persoon voelt en niet als een bekeken en beluisterd ding. Het is daarom raadzaam, dat men de ander vrij laat besluiten, of hij aan het onderzoek wil deelnemen of niet. De zelf genomen beslissing tot deelname aan het onderzoek stimuleert de bereidheid tot coöperatie en verhoogt het besef van zelfverantwoordelijkheid. Alleen op de basis van een waarlijk medemenselijk zijn zal de ander zijn afweerdhouding laten varen en vertrouwen hebben in de persoon en het optreden van de onderzoeker. Aldus moeten het vestigen van een positief rapport en het selecteren der aan te wenden tests voorafgaan aan het daadwerkelijk testgebruik.

Tenslotte zal de klinische psycholoog zijn testmethodieken in bepaalde opzichten moeten afstemmen op het afwijkende niveau, waarop de patiënten zich bevinden. Zo heeft men speciaal in de kliniek behoefte aan volgens leeftijd en moeilijkheid gegradeerde tests, verder aan tests, die een vergelijking toelaten van prestaties op verschillend psychisch niveau, bij voorbeeld op verbaal en performance niveau, vervolgens aan tests van niet al te lange duur en van eenvoudige opzet. De klinische psycholoog zal zich een aparte instelling moeten eigen maken, wat niet slechts geldt voor contactname en verstandhouding met de patiënt, maar ook voor samenstelling, toepassing en uitwerking der tests, evenals voor de bepaling van de testeerbaarheidsgraad van de patiënt.

Als laatste psychodiagnostische methode volgt thans het *interview*. Interview is kortweg te omschrijven als : gesprek met een bepaald doel voor ogen. De gesprekssituatie is een interpersonale contactvorm, waarin naast het gesproken verbum nog andere communicatiemiddelen een rol spelen :

„There is give-and-take between interviewer and interviewee ; and we must recognize that not only spoken words, but other means of face-to-face communication also,

are used. Inflection, qualities of voice, facial expression, glint of the eye, posture, gestures, and general behavior supplement what is said. They all contribute to the *purposeful exchange of meanings which is the interview*"²⁶.

Het uiteindelijke doel van het klinische gesprek is : licht te werpen op de ontstaansvoorwaarden en de ontwikkelingsgang van een gegeven, individuele problematiek. Dit is het diagnostische aspect van de klinische gespreksvorm.

Drie klinische gespreksvormen willen wij hier onderscheiden.

Ten eerste : *het opnemen van het levensverhaal*.

Het onderzoek van de individuele levensloop vanuit ontwikkelingspsychologisch standpunt is primair een psychodiagnostische methode. Dit sluit echter niet uit, dat de toepassing van deze methode impliciet psychotherapeutische neveneffecten kan hebben, zowel in losmakende, bevrijdende als integrerende zin. De uitvoerige weergave van de eigen levenshistorie kan een verhoogde zelfreflexie en soms een vermeerderd zelfinzicht in de hand werken, doordat de patiënt — meestal voor het eerst van zijn leven — zichzelf confronteert met het geheel van zijn persoonlijke ontwikkelingsgang.

Ten tweede : *het navragen*.

Ook deze gespreksvorm is primair een psychodiagnostische methode en heeft tot doel : door middel van een persoonlijk onderhoud met de patiënt reeds van en over hem verkregen gegevens nader te verduidelijken. Indien bepaalde punten in de anamnese duister blijven of verdere detailering behoeven, dan worden deze naderhand in de „inquiry” tot apart thema van bespreking gekozen. Hetzelfde geldt voor de testprestaties, die de patiënt geleverd heeft. Waar aanvulling nodig is, of waar onzekerheid bestaat over de bedoelingen en opvattingwijzen van de patiënt, daar wordt de „inquiry” ingeschakeld om de nodige verheldering te brengen.

Ook het navragen kan ongewild psychotherapeutische neveneffecten hebben. De keuze der nader te bespreken onderwerpen en de verduidelijking, welke van de patiënt gevraagd wordt, vermogen in hem dingen bewust te maken, welke hij vooralsnog niet alleen kan verwerken. Door de „inquiry” immers wordt de patiënt genoodzaakt zijn gevoelens nauwkeuriger te verwoorden, nog eens extra op zichzelf te reflecteren, bepaalde zaken gedetailleerder mede te delen, nog meer vroegere herinneringen te ekphoreren, zodat nooit vermoede samenhangen plotseling kunnen op-

²⁶ Bingham, W., Moore, B. : How to interview. New York-London 1941 (3e ed.), pag. 1.

duiken en de patiënt bovendien het gevaar loopt deze verkeerd te interpreteren. Het navragen betekent een verheving van het wederkerig gesprek. Het nodigt de ander uit tot een intensievere zelfexpressie.

Ten derde: *de gesprekstherapie*.

In deze gespreksvorm treedt de psychodiagnostische doelstelling terug voor de psychotherapeutische. De primaire taak is het *verstrekken* van inlichtingen en daarmee het geven van inzicht en leiding.

Bij de gesprekstherapie vormen de onderzoeksresultaten zelf het punt van vertrek. De eigen uitspraken, zienswijzen en concrete belevingen van de patiënt worden aan hem zelf voorgelegd en samen met de onderzoeker onder ogen gezien, gecorrigeerd, verhelderd en geïnterpreteerd. Dit is eveneens mogelijk met de door de patiënt geleverde testprestaties. Een Rorschachprotocol, een TAT-verhaal, een Warteggtekening, een ingevulde vragenlijst kan de onderzoeker tot thema en uitgangspunt van bespreking kiezen.

Dit alles geschiedt met het doel: de patiënt *aan de hand van zijn eigen uitingen en prestaties* op korte termijn tot een juister zelf- en wereldzicht op te voeden, richting en verlichting te geven, de zelfbepaling te activeren en integraties op hoger niveau te bewerkstelligen.

Onder gesprekstherapie willen wij dus verstaan: het uitvoeren op korte termijn ener reëducatieve psychotherapie op grond en aan de hand van gegevens, welke in een voorafgaand psychodiagnostisch onderzoek werden verworven.

Intussen zijn wij met de bespreking van de gesprekstherapie ongemerkt van de psychodiagnostiek naar de psychotherapie overgeleden. Dit plaatst ons voor de vraag, of en in hoeverre de psycholoog, in het bijzonder de klinische psycholoog, zich met psychotherapie heeft bezig te houden.

Zoals bekend, vormt deze vraag een punt van discussie tussen psychiaters en psychologen. Algemeen gesproken staan de psychiaters op het standpunt, dat de psychologen zich niet met psychotherapie hebben in te laten. De psychologen daarentegen zijn van mening, dat zij op psychotherapeutisch gebied ook bepaalde rechten kunnen laten gelden.

Hoe is deze mening te motiveren?

Van centrale betekenis is het inzicht, *dat psychodiagnostiek en psychotherapie in feite niet te scheiden zijn*. Meerdere argumenten zijn hiervoor aan te voeren.

Eerstens ervaart de patiënt het psychodiagnostisch onderzoek reeds als

een behandeling. Als mens-in-nood komt hij ter onderzoek om in enigerlei opzicht hulp te ontvangen en deze verwachtingsinstelling bewerkt, dat hij datgene, wat de onderzoeker met hem onderneemt, als een „behandeld worden” opvat.

Vervolgens is het geraken tot een ernstig contact met iemand anders, in casu de proefleider, voor vele patiënten al een prestatie, die zij nog maar zelden in hun leven realiseerden. De psychotherapeutische betekenis van de gevoelsoverdracht is algemeen erkend en zien wij — in navolging van Otto Rank — vooral in het leren van een nieuwe wijze van sociaal verhouden, met andere woorden in het proces der socialisering. Dit proces vangt met het begin van het individueel psychodiagnostisch onderzoek reeds aan.

Voorts kan het toepassen van psychodiagnostische testmethodieken psychotherapeutische neveneffecten hebben. Het uitvoeren van proefopdrachten is in staat de zelfcritiek te bevorderen. Projectieve testtechnieken, waarin de proefpersonen zich vrij kunnen laten gaan, bieden gelegenheid tot kathartisch afreageren en losmaken van ingeklemde affecten.

Tenslotte is er op gewezen, dat het klinische gesprek psychotherapeutische implicaties heeft, waarop de gesprekstherapie bewust en opzettelijk toestuurt. Zowel de anamnese als de „inquiry” kunnen terloops het zelfinzicht verruimen en kathartisch werken:

„ . . . all diagnostic interviews may have greater or lesser therapeutic effect, furthering treatment or hindering it. Thus diagnostic interviews have therapeutic connotations”²⁷.

Deze argumenten rechtvaardigen de stelling, *dat de praktische psychodiagnostiek in zekere zin een begin van psychotherapie is*. Dit moet de onderzoeker zich tijdens zijn psychodiagnostische arbeid bewust blijven. Hij moet de psychotherapeutische neveneffecten (die gunstig en ongunstig kunnen zijn) in het oog houden. Vervolgens moet hij ingesteld zijn op het vinden van indicaties voor de in dit of dat geval aangewezen, expliciete psychotherapie.

Intussen is nadere precisering gewenst, want de psychotherapeutische werkzaamheid van de klinische psycholoog is aan bepaalde grenzen, evenals aan de vervulling van bepaalde voorwaarden gebonden. Wat wij tot nu toe alleen hebben willen zeggen, is, dat de klinische psycholoog, vanwege de impliciete psychotherapeutische werkingen van zijn psychodiagnostische arbeid en vanwege de intrinsieke gerichtheid dezer (immers *klinische*) arbeid op de behandeling, in zeker opzicht psychotherapeuti-

²⁷ Watson, op. cit. p. 410.

sche en op psychotherapie toesturende arbeid verricht. Vervolgens, dat hij om deze reden de psychotherapeutische consequenties van zijn werk niet *kan* en *mag* verwaarlozen en daarom op de hoogte moet zijn van de algemeen theoretische en praktische inzichten der psychotherapie.

Men zal bemerkt hebben, dat tot dusverre de term psychotherapie in algemene zin werd gebruikt. Niettemin was er voortdurend sprake van een bepaald onderscheid: *impliciete* en *expliciete* psychotherapie.

Onder impliciete psychotherapie werd verstaan: de psychotherapeutische nevenwerkingen ten goede of ten kwade, welke aan het psychodiagnostisch onderzoek inhaerent zijn en als zodanig niet opzettelijk door de onderzoeker teweeg worden gebracht. Met expliciete psychotherapie werd bedoeld: de bewuste intentie van de onderzoeker om de ander psychotherapeutisch te beïnvloeden.

Dit onderscheid voert ons tot het stellen van de vraag, of de klinische psycholoog gerechtigd is *expliciete* psychotherapie uit te voeren.

In ons land heeft Prick²⁸ in 1947 deze vraag onder het oog gezien. Ten aanzien van de therapie stelde hij de volgende richtlijnen op.

De zuiver somatisch-medische therapieën, benevens de behandeling der psychosen vormen het specifieke domein van de psychiater. Wat betreft de vraag, of het juist is, dat de psycholoog op het gebied van neurosen en psychopathieën autonoom-therapeutisch werkzaam kan zijn, moet in het algemeen een ontkennend antwoord gegeven worden. Allereerst, omdat de diagnostiek, die aan de therapie dient vooraf te gaan, een specifiek *medisch* terrein is. Vervolgens, omdat onder invloed van de psychosomatische inzichten, bij de behandeling van de neurosen, naast een psychotherapie tegenwoordig niet zelden een somatische therapie geïndiceerd is. Moeilijker is volgens Prick de vraag, hoe men zich dient te plaatsen tegenover de zuivere psychotherapeutische behandeling. Indien de opleiding in de psychologie aan zeer speciale eisen zal voldoen en bovendien de psycholoog een dieptepsychologische scholing genoten heeft, evenals een speciële opleiding in de verschillende vormen van psychotherapie heeft ondergaan, zal men er geen bezwaar tegen kunnen maken, dat de aldus geschoolde en gespecialiseerde psycholoog zelfstandig psychotherapie uitoefent, mits de diagnose door de psychiater gesteld is.

Momenteel zijn wij de mening toegedaan, dat in de grote lijn de zo juist gerefereerde zienswijzen van Prick nog te handhaven zijn. Het lijkt ons echter gewenst aan deze zienswijzen een restrictie toe te voegen en wel deze, dat de psycholoog, die expliciete psychotherapie wenst uit te

²⁸ Zie literatuuropgave p. 28, voetnoot 21.

oefenen, niet alleen aan de bovengeschilderde voorwaarden dient te voldoen, maar ook nog een speciële opleiding van 2 à 3 jaar (na behaling van het doctoraalexamen) behoort door te maken, welke hem op verantwoorde wijze als *klinisch* psycholoog werkzaam kan doen zijn.

Ons inziens lijkt het dringend geïndiceerd in de naaste toekomst de klinische psychologie tot een apart specialisme te verheffen. Bedoelde specialisatie kan alleen op verantwoorde wijze plaats vinden in universitaire psychiatrisch-psychologische centra en in sommige daarvoor officieel aangewezen extra-universitaire inrichtingen. In dit verband zouden wij willen verwijzen naar gelijksoortige verhoudingen, zoals die voor de medische specialisatie gelden.

Overziet men de bovenstaande uiteenzettingen, dan laten deze zich als volgt samenvatten.

De klinische psychologie is meer dan een methode alleen. Zij vertegenwoordigt een specialistische vorm van praktische psychologie, die haar resultaten — op basis van teamwork met de medicus — in dienst stelt van de klinische geneeskunde, in het bijzonder de klinische psychiatrie en de klinische psychosomatiek.

HOOFDSTUK III

DE MODERNE LEER VAN DE PSYCHOSOMATIEK IN HAAR PRACTISCHE AANWENDING

In dit hoofdstuk stellen wij ons tot taak het klimaat, de kernprincipen en de hoofdproblemen van de psychosomatische leer in directe betrekking tot haar praktische beoefening weer te geven.

Een oplossing van de talrijke vraagstukken, waartoe de psychosomatische geneeskunde aanleiding geeft, zal men niet in deze bladzijden vinden, wel echter richtlijnen, die tot een oplossing kunnen voeren. Wij zijn trouwens de mening toegedaan, dat iedere *definitieve* oplossing voorlopig als praematuur is aan te merken. Deze mening berust niet enkel op het feit, dat de systematisch-opzettelijke toepassing der psychosomatische zienswijze nog jong van leden is, maar vooral op de overweging, dat het complexe en synthetische karakter der psychosomatische geneeskunde een voortdurende, open stellingname van de onderzoeker vraagt. Daarbij komt, dat de psychosomatische geneeskunde een convergentiepunt is van wetenschappen, die zich nog midden in hun ontwikkeling bevinden.

Begripsbepaling van psychosomatische ziekte

Alexander wijst de term „psychosomatische ziekte” uitdrukkelijk van de hand. Iedere ziekte — zo zegt hij — is psychosomatisch. Daarom is het onjuist van „psychosomatische ziekten” te spreken in die zin, dat men ze als aparte ziektegroep afsplitst van de overige organische ziekten. Voor Alexander is het begrip „psychosomatisch” essentieel een *methodologisch* begrip. Het duidt niets meer dan een bepaalde oriëntering of benaderingswijze aan, namelijk het simultaan onderzoeken van psychologische en somatologische factoren in hun interrelatie. Indien men van psychosomatische ziekte spreekt, gebruikt men naar de mening van Alexander een inadaequaat begrip, want het impliceert het overwicht van emotionele factoren in bepaalde ziekten, ofschoon :

- a. de betekenis van de emotionele factor varieert van geval tot geval,
- b. de typische emotionele factoren, die in bepaalde organische ziekten

gevonden worden, ook worden aangetroffen bij personen, die in het geheel geen organische symptomen vertonen,

c. de relatieve betekenis van de emotionele factor met betrekking tot de coëxisterende non-emotionele factoren niet volledig kan worden vastgesteld, omdat wij deze factoren (heredititeit, constitutie etc.) nog onvoldoende in de hand hebben.

Aldus is volgens Alexander de psychosomatische geneeskunde niet een nieuwe, afzonderlijke tak der geneeskunde, maar de enig ware geneeskunde zelf. Het is onjuist de psychosomatische geneeskunde als bijzondere specialisatie te stellen *tegenover* de overige geneeskunde. De gehele geneeskunde in alle onderdelen dient zich op psychosomatische basis te stellen. Om deze reden spreekt ook bij voorbeeld Seguin liever van de psychosomatische tendenz in de geneeskunde dan van psychosomatische geneeskunde.

Het wezenlijke doel van de psychosomatische geneeskunde is een vernieuwing van de houding van de arts en niet het verrijken van de geneeskunde met een groep van nieuwe ziekte-eenheden.

De conclusie van Alexander is, dat het begrip „psychosomatisch” beperkt moet worden tot de *studie* van de psychologische component in organische ziekten en tot de *therapie*, die poogt deze psychologische component te beïnvloeden.

De Engelse onderzoeker Halliday wenst in tegenstelling tot Alexander wèl van „psychosomatische ziekte” te spreken en gebruikt zelfs met opzet de term „psychosomatische aandoening” (psychosomatic affection) om aan te geven dat emotionele factoren de hoofdrol spelen. Voor hem is het begrip psychosomatisch een *diagnostisch* begrip. Het geeft niet slechts een bepaalde benaderingswijze aan, maar het bundelt een aantal lichamelijke ziekten — die schijnbaar niets met elkaar hebben uit te staan — samen in een aetiologisch-uniforme ziektecategorie. Dit beschouwt Halliday als een belangrijke bijdrage tot de praktische diagnostiek. Volgens hem heeft de term „psychosomatische aandoening” praktische waarde in klinisch-diagnostisch, preventief en curatief opzicht.

Onderzoekingen, door hem in samenwerking met Jennings verricht, leerden, dat in Engeland sinds het begin der 20e eeuw speciaal diè ziekten in frequentie waren afgenomen, welke in primair aetiologisch verband stonden met de omgeving in haar fysische, chemische en micro-organische aspecten (bij voorbeeld infectieziekten). Daartegenover bleken een aantal, schijnbaar weinig onderling verband houdende ziekten, zoals bij

voorbeeld diabetes, essentiële hypertensie, ulcus ventriculi, ziekte van Basedow, een opvallende frequentiestijging gemeenschappelijk te hebben en om deze reden toch een bepaalde groep te vormen.

Deze bevinding motiveerde het denkbeeld, dat aan sociopsychologische verhoudingen een belangrijke rol moest worden toegekend in het ontstaan van genoemde afwijkingen. Daarom ging Halliday deze ziektegroep aanduiden met de naam: psychosomatische aandoeningen.

Welk van beide standpunten is nu te prefereren: dat van Alexander of dat van Halliday? Ons inziens verdient niet één van de twee, maar de coördinatie van beide de voorkeur.

Met Alexander zijn wij het eens, dat iedere ziekte in wezen psychosomatisch is, doch zien hierin geen motief om de term „psychosomatische ziekte” zonder meer te laten vallen. Evenzeer als Halliday zijn wij overtuigd van de voordelen, die deze term in diagnostisch opzicht biedt.

Zoals Alexander trouwens zelf opmerkt, varieert de betekenis van de psychologische factor van geval tot geval. In het ene geval overwegen de psychologische, in het andere de somatische factoren. Anders gezegd: in het complex van oorzaken, dat aan een bepaalde lichamelijke ziekte in een bepaald geval ten grondslag ligt, bezit nu eens de psychologische dan weer de somatische component de hoogste, aetiologische importantie. Let wel, indien in de keten van oorzaken de psychologische component domineert, betekent dit niet, dat de lichamelijke component afwezig is. De laatste kan wel degelijk aanwezig zijn, maar is alleen van minder aetiologisch gewicht in verhouding tot de dominante psychologische component. Evenzo het omgekeerde. Indien in de keten van oorzaken de somatische factor het meest relevant is, dan sluit dit niet de aanwezigheid van de psychologische factor uit, alleen is de laatste in aetiologisch opzicht relatief van minder belang.

Inderdaad is iedere lichamelijke ziekte psychosomatisch, maar dit wil niet zeggen, dat steeds de psychologische component als de dominant-pathogene factor fungeert.

Samenvattend komen wij tot de volgende conclusie: in het ontstaan van bepaalde lichamelijke ziekten speelt de psychologische component een rol, echter niet altijd een in aetiologisch opzicht noodzakelijk overheersende. Waar dit wel zo is, kan men zinvol van *psychosomatische ziekte* spreken. De onvoldoende bekendheid van bepaalde factoren (erfelijkheid, praedispositie) blijft intussen een handicap. Zolang wij deze factoren niet geheel in handen hebben, blijft het onmogelijk de aetiologische rol van de psychologische component *in uiterste precisie* te bepalen. Wij

zijn dan ook vooralsnog op een meer grove bepaling aangewezen, een bepaling echter, die geen twijfel laat aan het feit, dat wij vaak, na diepgaand en polymethodisch onderzoek, de beslissende betekenis van de psychologische factor vermogen te onderkennen.

Het blijkt nodig ook nog vanuit een andere zijde het begrip „psychosomatische ziekte” nader vast te leggen.

Zoals vaak gebeurt, ondergaan nieuwe begrippen gemakkelijk een inhoudelijke verruiming, zodat ze op den duur meer gaan omvatten dan hun oorspronkelijke opzet inhield. Zo rekent Wittkower¹ tot het terrein der psychosomatische geneeskunde allereerst diè functionele en organische stoornissen, in welke aetiologie psychologische factoren *direct* relevant zijn (b.v. nerveuze dyspepsie, ulcus ventriculi); vervolgens diè stoornissen, in welke aetiologie andere dan psychologische momenten buiten iedere twijfel werkzaam zijn, maar waarin psychologische factoren *indirect* een praedisponerende en provocerende rol spelen (b.v. venerische ziekten); tenslotte diè afwijkingen, in het ontstaan waarvan psychologische factoren *geen enkele rol* spelen, maar die van een dusdanige aard zijn, dat zij ernstige emotionele stoornissen in de betreffende personen kunnen bewerkstelligen (b.v. oorlogsverminkingen).

Een dergelijke gebiedsafgrenzing geeft aanleiding tot verwarring. Duidelijkheidshalve is het gewenst een onderscheid te maken tussen psychosomatisch in de ruime en in de enge zin des woords.

Onder psychosomatisch in ruime zin verstaan we eenvoudig diè oriëntering, welke de geneeskunde in al haar vertakkingen moet leiden, namelijk de gerichtheid op de totaliteit van het menselijk individu. Daaruit vloeit voort, dat de geneeskunde rekening dient te houden met de psychologische onder- en bovenbouw van lichamelijke stoornissen, tekorten en ziekten.

Onder psychosomatisch in enge zin verstaan we een bepaalde verbijzondering van de lichaam-in-ziel-eenheid, te weten: het psycho-endocrien-vegetatieve verband. In overeenstemming hiermee houdt de medische psychosomatiek zich primair en volgens haar oorspronkelijke opzet bezig met diè lichamelijke ziekten, welke te beschouwen zijn als *het organisch-lichamelijke gevolg* (eventueel een psychisch-functionele lichamelijke afwijking in het gebied van de vegetatieve lichamelijkeheid) *van een reeds lang bestaande neurose*. Het betreft hier dus ziekten van vegetatief

¹ Psychosomatic Medicine, in Rees, J.: Modern Practice in Psychological Medicine, London 1949.

geïnnerveerde en gereguleerde organen, zoals o.m. maag, darmen, hart, longen, huid, vaatstelsel, klieren.

Daarmede is het begrip „psychosomatische ziekte” nader bepaald.

Historische kanttekeningen

De moderne, klinische psychosomatiek is een schepping van onze eeuw en is in het bijzonder door de wetenschappelijke arbeid van hoofdzakelijk Amerikaanse onderzoekers tot stand gebracht. Vanzelfsprekend werd ook deze stroming voorbereid en het valt niet moeilijk om in de geschiedenis van de geneeskunde voorlopers aan te wijzen. Men doet echter tekort aan de waarheid, indien men deze voorlopers grotere verdiensten toeschrijft dan realiter het geval is.

Wij staan in dit opzicht op hetzelfde standpunt als Seguin², die zijn zienswijze formuleert in de volgende bewoordingen :

„When some authors deal with the history of Psychosomatic Medicine, it is very easy for them to encounter antecedents. From the Vedas and the Holy Bible down to some modern authors, by way of the Arabs and the Fathers of the Church, all these documents permit the scholar to indicate „antecedents”. We believe that to accept them as such, implies a basic error. These „antecedents” are, in general, no more than genial intuitions, fugitive observations, isolated empiricisms which have no other value than to place the author in the category of sensitive, capable of perceiving that which escaped the majority”.

De klinische psychosomatiek representeert een *uitdrukkelijke systematisering op empirische en experimentele basis* van talrijke losstaande feiten en ervaringen, die sedert lang bekend waren. Zodoende ontstond een theoretisch verantwoorde en praktisch toepasbare psychosomatische leer. De kennis — aldus Siebeck³ —, dat psychologische factoren een rol spelen bij lichamelijke ziekten, is niet nieuw; nieuw is alleen, hoe wij dit verstaan.

Historisch gezien steunt de klinische psychosomatiek op drie pijlers :

1. de psychoanalyse,
2. experimentele onderzoekingen bij dieren en mensen,
3. bepaalde praktische ervaringen met lijdens aan organische ziekten.

Wat de eerste pijler betreft: zonder de psychoanalyse is de moderne psychosomatische leer niet denkbaar. De laatste is voor een belangrijk gedeelte dank zij de eerste tot stand gekomen.

Aanvankelijk toonde de psychoanalyse weinig aandacht voor anatomisch-physiologische verhoudingen. In dit verband is een brief van Freud

² Introduction to Psychosomatic Medicine, New York 1950, p. 23.

³ Die Grenzen der Wissenschaft in der Medizin. R.K. Artsenblad, Maart 1950, p. 52.

interessant, welke voorafgaat aan v. Weizsäcker's „Körpergeschehen und Neurose" ⁴. In het laatstgenoemde werk treden de physiologische processen weer op de voorgrond en naar aanleiding daarvan schrijft Freud :

„Von solchen Untersuchungen musste ich die Analytiker aus erziehlichen Gründen fernhalten, denn Innervationen, Gefässerweiterung, Nervenbahnen wären zu gefährliche Versuchungen für sie gewesen, sie hatten zu lernen, sich auf psychologische Denkweisen zu beschränken. Dem Internisten können wir für die Erweiterung unserer Einsicht dankbar sein".

Deze brief toont verder aan, dat Freud sceptisch staat tegenover de poging van v. Weizsäcker om anatomisch-physiologische kennis met psychoanalytische inzichten methodisch te verbinden.

De toepassing van psychoanalytische inzichten op organische ziekten is vooral te danken aan G. Groddeck en F. Deutsch.

Groddeck was een practiserend arts en in het kader van de psychoanalytische beweging een autodidact. Hij was overtuigd van de ontoereikendheid ener geneeskunde, die zich niet om het psychische leven van de lichamelijke zieken bekommerde. In zijn streven naar een zo doeltreffend mogelijke behandeling van lichamelijke zieke patiënten kwam hij in aanraking met de psychoanalyse en zag in haar een doelmatig middel tot bestrijding van lichamelijke ziekten. Het lichaam, zowel het zieke als het gezonde, beschouwde hij als een instrument van de ziel. Niet in wezen, doch enkel uit hoofde van rubricering is er onderscheid tussen psychisch en somatisch gebeuren, want beide zijn uitingsvormen van het Es. Daarom kan men het symptoomverloop van de organische ziekte precies zo duiden als een droom. De organische symptomen ontwikkelen zich op een aan de droomarbeid en neurose-arbeid analoge wijze. Zoals de droom doordrenkt is van lichamelijke materiaal, evenzo is het organische symptoom opgevuld met psychisch materiaal. De lichamelijke ziekte is dikwijls een beschermingsmaatregel tegen gevoelige plekken in het onbewuste. Het onbewuste gebruikt evengoed organische als psychische symptomen om zijn verdringen te beveiligen. Het benut organische ziekten tot mimische uitbeelding van het verdrongene, precies zoals het tot dit doel het hysterische acces of een ander neurotisch symptoom gebruikt.

Groddeck achtte de organische ziekten psychoanalytisch duidbaar en trachtte hun ontstaan psychologisch te motiveren. In ruime mate ging zijn interesse uit naar de psychoanalytische *behandeling* van lijdende aan organische ziekten. Conform de psychoanalytische leer kende hij aan de han-

⁴ Intern. Ztschr. f. Psychoanal. 19, 1933; later afzonderlijk uitgegeven, Stuttgart 1947.

tering van de weerstand en de overdracht een centrale betekenis toe in het psychotherapeutisch handelen. Hij wees er op, dat de weerstand zich ook in het organische kan manifesteren, bij voorbeeld: gewichtstoename, wanneer de patiënt afnemen moet, of het opnieuw optreden van nierbloedingen, die aanvankelijk onder invloed van psychotherapie verminderd waren. In beide gevallen is een weerstand aanwezig, die in wezen niet de arts, maar het verdrongene geldt, dat niet bewust mag worden. De weerstand tegen de bewustwording van het verdrongene wordt slechts op de arts geprojecteerd.

Het is hier niet de plaats om de opvattingen van Groddeck verder uiteen te zetten. Zij zijn bovendien vanwege hun eenzijdigheid en hun veelal speculatief karakter soms moeilijk te aanvaarden. Het bovenstaande bedoelde alleen weer te geven, hoe lichamelijke ziekten, dank zij de werkzaamheid van Groddeck, in de belangstellings sfeer van het psychoanalytisch denken werden gebracht.

Behalve Groddeck heeft vooral F. Deutsch zich bezig gehouden met de psychoanalytische studie van het gezonde en zieke lichaam.

Volgens zijn opvatting is de wetenschappelijke benadering van de *gehele* mens eerst door de psychoanalyse mogelijk geworden. De bioanalytische mensbeschouwing vooronderstelt in ieder lichamenlijk gebeuren gelijktijdig een psychologische en een biologische inhoud. Daardoor wordt het lichamenlijke in zekere zin stereoscopisch aanschouwelijk, transparant.

Herhaaldelijk wijst Deutsch op de ervaring, dat bij iedere psychoanalytische behandeling het lichamenlijke zich meldt. Tijdens en vóór het opduiken van bepaalde psychische inhouden treden lichamenlijke symptomen op (hoofdpijn, hoestprikkel, zweetafscheiding, etc.), welke met die psychische inhouden in verband staan, ofschoon de patiënt zelf hiervan geen weet heeft. Voor de analyticus echter zijn dergelijke lichamenlijke sensaties de voorboden van uit het onbewuste opstijgende herinneringen. Welke sensaties zich voordoen, wordt bepaald door het eigen stempel van iemands psychophysische ontwikkeling. Ieder mens heeft zodoende zijn eigen psychophysisch lichaamschema.

Iedere herinnering heeft een met het toenmalig beleven verbonden somatisch correlaat. Iedere orgaanfunctie staat in een bepaalde verhouding tot onbewuste, psychische inhouden. Deutsch spreekt van „psychosomatische Verkettungen”⁵. Dergelijke koppelingen tussen psychische inhoud en

⁵ Psychoanalyse und innere Medizin. Bericht über den 2en allgem. ärztl. Kongr. f. Psychotherapie. Leipzig 1927, p. 53—59.

orgaangebeuren beginnen zich reeds vanaf het eerste begin der individuele ontwikkeling te vormen. De ontwikkelingsstadia van het menselijke driftleven hebben steeds hun eigen, complementaire lichamelijke processen. Bij stoornissen van de psychische ontwikkeling zullen daarom de bijbehorende orgaanfuncties in een of ander opzicht mede schade lijden. Omgekeerd kunnen psychische ontwikkelingsstoornissen (fixaties, regressies) van het driftleven gedwongen worden te ontstaan door de aanwezigheid van constitutioneel bepaalde, organische stoornissen. Angst, schuldgevoel, strafbehoefte moeten een bepaalde neerslag in het lichamelijke bezitten, zullen slechts aan bepaalde organen hun resonantie vinden. Alleen uit de aard der lichamelijke reacties op psychotraumata en angst-, schuld- of boeteverwekkende belevingen wil Deutsch gegevens afleiden omtrent drift- en karakteropbouw.

De organen — aldus Deutsch — staan niet op zichzelf en mogen niet als op zichzelf staand beschouwd worden. In ieder somatisch gebeuren dient men een niet zichtbaar psychisch gebeuren te vóóronderstellen en beide als één realiteit te nemen. De lichamelijke stoornis wordt mede beïnvloed door de psychische inhouden, welke in het getroffen orgaan wonen. Het moet mogelijk zijn alle in het lichaam zich afspelende processen tot op zekere hoogte in hun functie te beïnvloeden, indien men zich tot deze psychische inhouden en niet tot de orgaanfuncties op zichzelf wendt.

Het waardevolle in de opvattingen van Deutsch zien wij primair gelegen in zijn instelling om het menselijke lichaam in al zijn onderdelen als een *bezielde werkelijkheid* te nemen. Een tweede verdienste vormt zijn streven om ook de lichamelijke ziekten vanuit dieptepsychologisch en ontwikkelingspsychologisch standpunt te benaderen.

Als tweede pijler van de klinische psychosomatiek noemden we: experimentele onderzoekingen bij dieren en mensen.

Het grote verschil tussen de vroegere *intutieve* psychosomatiek en de moderne psychosomatische leer is hierin gelegen, dat de laatste op *experimentele* basis berust.

Vier soorten van experimenten zijn hier te noemen.

1. Neurofysiologische experimenten (in samenhang met klinische onderzoekingen) betreffende de diencephale (hypothalamische) innervatie en regulatie van endocrien-vegetatieve functies (Cushing, Ranson, Roussy, Hess).

2. Het onderzoek naar de lichamelijke componenten van experimenteel teweeggebrachte emoties bij dieren (Cannon, Britton, Hess)

3. De experimentele neuroseleer bij dieren (Liddell, uitgaande van de klassieke experimenten van Pavlow).

4. Het hypnotische experiment: de bestudering der lichamelijke componenten van in hypnotische toestand gesuggereerde, emotionele toestanden (Heyer, Hansen, Wittkower, Wolf en Wolff, Heilig en Hoff, Schultz).

Deze experimenten mogen wij als voldoende bekend veronderstellen, om welke reden een nadere uitwerking hier achterwege blijft.

De resultaten, waartoe deze experimenten voerden, hebben het inzicht in het gevoelsleven zeer verrijkt. Er kwam vast te staan, dat de emotie een psychosomatische entiteit bij uitstek is. Wat reeds in de dagelijkse ervaring gegeven is, werd nu experimenteel bevestigd en op systematische wijze gepreciseerd. Aangetoond werd, dat de emoties lichamelijke veranderingen impliceren, bij voorbeeld bij woede: versnelde hartslag, versterkte adrenalinesecretie, veranderingen in de wijdte der bloedvaten, versterkte zweetafscheiding, verhoogde spiertonus, etc. Men kwam verder tot het belangwekkende inzicht, dat deze lichamelijke veranderingen niet de uitdrukking, noch de begeleiding en evenmin het gevolg of het voorspel zijn van de emotie, maar dat zij een onderdeel van de emotie zelf vormen, met andere woorden zij maken de emotie mede uit, zij zijn componenten van de emotie, zij *zijn* de emotie zelf, echter zonder daarmede de emotie geheel uit te putten. Teleologisch gezien prepareren zij het organisme tot actie, dat wil zeggen: zij maken het organisme startklaar om straks, — zo dit nodig mocht zijn —, goed te kunnen aanvallen of vluchten (Cannon). Zij representeren een protectief, biologisch mobilisatiepatroon in situaties, welke de mens tot een bijzonder ingrijpen of optreden nopen, bij voorbeeld ter zelfbeveiliging.

Met het uitklinken der emotie vervluchtigen de lichamelijke, functionele veranderingen. De vegetatieve mobilisering, welke aan de emotionele opwinding eigen is, kan men beschouwen als een physiologische noodtoestand, die bij korte duur nuttig is. Bij lange duur echter wijst een dergelijke alarmtoestand zich als schadelijk uit voor het organisme. Dit is nu het geval, wanneer een emotie geen adaequate oplossing vindt. Dan immers blijft de emotie in een of andere vorm bestaan en continueren dus evenzeer haar somatische componenten.

Deze langs experimentele weg verkregen inzichten waren van grote betekenis voor de dieptepsychologie, in het bijzonder met betrekking tot de gevoelsverdringing. Immers, in dit geval heeft er geen adaequate oplossing plaats van de storende emotie. Hier is slechts sprake van een

schijnoplossing. In verdrongen toestand blijft de emotie bestaan, onvatbaar voor positieve verwerking. Zij behoudt haar dynamische kracht ook in vegetatief opzicht. De lichamelijke klachten, die hiervan het gevolg zijn, worden door de betreffende persoon abusievelijk als de oorzaak van zijn kammervol bestaan beschouwd.

Dat een verdrongen emotie vegetatieve functiewijzigingen insluit, is normaal, omdat dit bij iedere emotie het geval is, onverschillig of zij verdrongen is of niet.

Van abnormaal is eerst dan sprake, wanneer de emotionele spanning en daarmee de vegetatieve, functionele veranderingen chronisch worden. De permanente emotionele gespannenheid, hetzij deze bewust of onbewust is, impliceert een *chronische vegetatieve dysfunctie*.

Indien deze vegetatieve dysfunctie lange tijd heeft bestaan, kunnen zich, waarschijnlijk wel steeds in samenwerking met bepaalde dispositionele factoren, structureel-organische veranderingen ontwikkelen. Hier ontstaat dus als eindresultaat van een langdurige vegetatieve dysfunctie een organische ziekte met een eigen aantoonbaar pathologisch-anatomisch substraat. Op deze wijze kan een psychosomatische ziekte tot stand komen.

Als derde pijler van de klinische psychosomatiek werd genoemd: bepaalde praktische ervaringen met lijdende aan lichamelijke ziekten. In de praktijk kwam het herhaaldelijk voor, dat een bestaande lichamelijke ziekte verbeterde en soms zelfs verdween, nadat — toevalligerwijs — een psychische conflictsituatie tot oplossing was gebracht. Anderzijds viel het op, dat dikwijls een psychotraumatische beleving of een drukkende levenssituatie aan het uitbreken van een lichamelijke ziekte voorafging. Vervolgens deed men frequent de ervaring op, dat in diagnostisch opzicht duidelijke, in therapeutisch opzicht ongecompliceerde en in prognostisch opzicht gunstige, lichamelijke ziekten maar steeds bleven persisteren, eerder verergerden dan verbeterden, een typisch schommelend verloop vertoonden met onverklaarbare ups en downs en tegen alle redelijke verwachting in maar niet bleken aan te spreken op de gebruikelijke somatotherapie.

Dan waren er nog enerzijds die gevallen, in welke de lichamelijke ziekte een neurose-achtige toestand bewerkstelligde (Ferenczi duidt deze postmorbide, psychische gesteldheid aan met de term „pathoneurose”); anderzijds die gevallen, in welke de lichamelijke ziekte een stabiliserende invloed op de voorheen angstige en onevenwichtige persoonlijkheid van de

patiënt bleek uit te oefenen (Fenichel spreekt hier van „pathocure”).

Dergelijke ervaringen werkten er toe mede de aandacht van de onderzoekers ook op de psychologische aspecten van organische ziekten te richten. De ziekte speelde zich blijkbaar niet buiten het psychische leven en de persoonlijkheid van de patiënt af. Er ontwikkelde zich langzamerhand een nieuwe tak van differentiële psychologie, namelijk de psychologie van de lichamelijke zieke. Waardevolle bijdragen danken wij in dit opzicht aan Tardieu, E. Stern, Krehl, Braun, Nager, Haeblerlin, Jaspers, Schilder, Bovet e.a., in ons land onder meer aan Wortman, Buytendijk, van Helsdingen. Een afzonderlijke vermelding verdient in dit verband het boek van Hellpach: „Klinische psychologie”⁶, dat handelt over „alle Arten seelischen Verhaltens bei körperlichen Erkrankungen” (p. 1) en waarin een poging gedaan wordt om „die seelische Verfassung (das Psychom) bei körperlichem Befindensstande überhaupt und auch bei Körperkranken” te bepalen (p. 88).

De psychoanalyse bracht van haar kant naar voren, dat het zieke orgaan hoofdobject van patiënt's aandacht, bezorgdheid en liefde wordt (locaal narcisme). In haar terminologie uitgedrukt treedt er een libidokathexis op ten aanzien van het zieke lichaamsdeel, gepaard met een vermindering van de liefdebezetting der buitenwereldobjecten⁷.

Dieptepsychologisch georiënteerde onderzoekers zagen in de lichamelijke ziekte een biologische verdedigingsreactie tegen dreigingen, verband houdend met problemen van intra- en interpersonale aanpassing. Op grond van klinische waarnemingen ontwikkelden zij opvattingen zoals deze: de lichamelijke ziekte kan een substitutieve, narcistische bevrediging zijn voor geleden liefdeverlies, de aandacht afleiden van de actuele levensproblematiek, als substituut fungeren voor en tevens als afweer van een psychische ineenstorting of bevrediging schenken aan onbewuste zelfbestrafingstendenzen en meerwaardigheidswensen. Dit alles hielp mede om de weg te banen voor de eerst in onze tijd ondernomen poging: langs wetenschappelijke weg te onderzoeken, of psychologische factoren ook een rol konden spelen in het ontstaan van lichamelijke ziekten. De systematische bewerking van deze probleemstelling maakt de kernopgave uit van de zogenaamde psychosomatische geneeskunde.

In Duitsland werd de grondslag gelegd voor de later vanuit Amerika zo sterk gepropageerde „psychosomatics”.

⁶ Stuttgart 1949, 2e Aufl.

⁷ Zie Freud: Zur Einführung des Narzissmus, 1914.

Wij denken hier vooral aan de internist Alkan⁸, die reeds een duidelijk program geeft van de psychosomatische benadering in moderne zin. Het doel van Alkan is aan te tonen, hoe op psychoneurotische grondslag anatomische orgaanveranderingen kunnen ontstaan. Hij wijst op de fundamentele rol van het diëncephalon, de sympathicus, de parasymphicus en het endocrinum. Hij behandelt het vraagstuk der orgaankeuze en maakt onderscheid tussen wat hij noemt „affectneurose” en hysterie. Hij zet uiteen, hoe zich psychofysiologisch de ontstaanswijze van pathologisch-anatomische veranderingen aan het „projectie-orgaan” laat verklaren, waarbij hij steunt op klinische en experimentele gegevens en blijkt geeft van de psychoanalyse kennis genomen te hebben. Tenslotte stelt hij zich op het standpunt ener gecombineerde, d. w. z. psychosomatische therapie. Zijn inzichten ontwikkelt hij op methodische wijze: eerst algemeen, daarna met betrekking tot afzonderlijke orgaansystemen (bloedsomloop, maag-darmkanaal, lever- en galwegen, luchtwegen, urinewegen etc.). Alkan is wel een der eersten, die in een methodische uiteenzetting de kernproblemen van de moderne psychosomatiek heeft aangesneden, zij het dan meer aanduidingsgewijs en zonder uitgebreid, systematisch onderzoek van individuele gevallen. Het ligt niet in ons voornemen op de vele onderzoekers in te gaan, die de groei van de psychosomatische gedachte in theorie en praktijk hebben bevorderd. Hier moge volstaan worden met te wijzen op de publicaties o.a. van Oswald Schwarz en zijn medewerkers, van v. Wyss, v. Krehl, Göring, Wittkower en Heyer.

Speciale vermelding verdient v. Weizsäcker. De hoofdgedachte, die aan zijn werk ten grondslag ligt, is: de ziekte is een wijze van mens-zijn; de ziekte is biographisch bepaald. Alleen de psychologie van de neurosen is in staat om het onderzoek van de organische ziekten op een bredere en diepere biographische basis na te streven. Dat de persoon ziek wordt, is ook een gevolg hiervan, dat hij geschiedenis maakt en zich in een crisis bevindt. Von Weizsäcker bouwt aan een medische anthropologie. De geneeskunde moet doordrongen worden van psychologie, met name de psychologie van het onbewuste (psychoanalyse). Aan onze tijd — zo schrijft hij — is de taak ener psychologische geneeskunde opgedragen.

Staan wij tenslotte nog stil bij de ontwikkeling van de psychosomatische geneeskunde in Nederland.

De Utrechtse internist en hoogleraar S. Talma geldt als een der voorlopers vanwege zijn neurogene ulcustheorie en zijn aandacht voor de rol van emotionele momenten in het ontstaan van maagklachten.

⁸ Anatomische Organkrankheiten aus seelischer Ursache, Stuttgart-Leipzig 1930.

Ook zijn opvolger, A. Hijmans van den Bergh⁹, schenkt aandacht aan de invloed van psychische momenten op het ontstaan van lichamelijke ziekten :

„Als angst, woede, hoop en teleurstelling, veranderingen in de scheikundige samenstelling onzer vochten en weefsels teweegbrengen, is dan de onderstelling te gewaagd, dat deze veranderingen bij langen duur en groote intensiteit der psychische inwerking, aanzienlijk genoeg zullen zijn om het gestel, de reactie tegen uitwendige ziekteoorzaken te veranderen ? Het volk denkt, dat iemand toring kan krijgen van verdriet : wie weet hoe spoedig deze meening hare physische en chemische verklaring zal vinden Bij de inwendige ziekten in engeren zin staat veelal de psyche in het middelpunt der behandeling”.

Een andere wegbereider is de Groningse zenuwarts A. Weinberg, die zich heeft bezig gehouden met onderzoekingen over de samenhang van psychische en somatische processen. Speciaal ging zijn belangstelling uit naar de betrekkingen tussen psyche en vegetatief zenuwstelsel, naar de samenwerking van animale en vegetatieve functies. Hierbij maakte hij een kritisch gebruik van de onderzoekingen van Cannon, Hess en v. Wyss. Ofschoon hij een psychophysiologisch parallelisme huldigde, zijn de inzichten, die hij zich mede door eigen onderzoekingen verwierf, waardevol met betrekking tot de klinische psychosomatiek. In 1925 schreef hij :

„Tenslotte zou ik willen wijzen op de mogelijkheid orgaanneurosen als bij voorbeeld diabetes, hypertensie, jicht te interpreteren als gevolgt toestanden van de verstoring van het geestelijk evenwicht door de nawerking van psychische traumata. Men kan zich voorstellen, dat chronische emotionele toestanden ook chronische verschuivingen in het vegetatieve systeem ten gevolge kunnen hebben, welke bij een aangeboren of verkregen gevoeligheid van een bepaald gedeelte van dit systeem tot bepaalde, dikwijls het leven bedreigende ziekteverschijnselen kunnen leiden”¹⁰.

Op een andere plaats¹¹ betoogde hij, hoe de Basedowse ziekte psycho-geen kan ontstaan : verdringing van opwindende levenservaringen kan een chronisch verhoogde sympathicuswerking tot gevolg hebben, waardoor de schildklier in een toestand van chronische geprikkeldheid komt te verkeren. Ook rees bij hem de vraag, in hoeverre een bepaald psychisch type voor het ontstaan van de Basedowse ziekte voorbeschikt. In vele gevallen immers bestaat reeds vóór het uitbreken van de Basedowse ziekte een psychische labiliteit.

Weinberg besteedde eveneens aandacht aan de psychotherapie bij orga-

⁹ Over het gestel. Oratie. Jaarboek der Rijks-Universiteit te Utrecht, 1918-1919, p. 90, 91, 95.

¹⁰ Over de samenhang van geestelijke en lichamelijke processen. Ned. Tijds. v. Geneesk. 69, 1925, 1007.

¹¹ De wisselwerking tussen psyche en vegetatief systeem en haar betekenis voor de kliniek. Psychiatr. en Neurol. Bl. 32, 1928, 266.

nische ziekten. De behandeling van iedere ziekte moet een psychophysische zijn. Bij psychische ziekten kan het voornaamste aangrijpingspunt van de behandeling het lichaam zijn en omgekeerd. Wat de psychotherapie betreft, ontwikkelde Weinberg een repetitiemethode, welke beoogde op methodische wijze een katharsis te bewerkstelligen¹².

Een andere Nederlander, die de psychologische zijde van de geneeskunde beklemtoont, is J. Wortman, voorheen geneesheer-directeur van de gemeentelijke geneeskundige dienst te Amsterdam. In vele publicaties heeft hij aan de idee ener synthetische geneeskunde gestalte gegeven. In 1950 verscheen van zijn hand een boek over psychosomatische geneeskunde¹³, dat grotendeels een herhaling en samenvatting is van zijn vroegere geschriften. Slechts enkele bladzijden zijn gewijd aan de moderne psychosomatiek, reden waarom de titel van het boek minder goed gekozen is. Het boek handelt over een synthetische, of zo men wil, psychologische geneeskunde, maar niet over de psychosomatische geneeskunde volgens de momenteel gangbare opvatting.

De psychoanalyticus A. Westerman Holstijn¹⁴ heeft in meerdere publicaties de aandacht gevestigd op de psychopathogenese van organische ziekten.

De Nijmeegse hoogleraar J. Prick wijdde in 1945 zijn inaugurale oratie aan het gevoelsleven, dat op integrerende wijze in zijn psychologische en neurofysiologische aspecten werd belicht¹⁵. Deze oratie vormde het definitieve begin van een reeks onderzoekingen in de volgende jaren op het terrein der psychosomatische geneeskunde, o.a. over myasthenie, ulcus ventriculi et duodeni, asthma bronchiale en essentiële hypertensie. Tevens wijdde hij een studie in samenwerking met P. Calon aan de kernproblematiek bij de psychotherapeutische behandeling van psychosomatische ziekten, benevens over enkele resultaten van bedoelde behandeling¹⁶. In samenwerking met K. v. d. Loo werd het vraagstuk van de primaire, chronische polyarthritis rheumatica onder psychosomatische belichting gebracht. Naast psychiatrische en dieptepsychologische beschou-

¹² Bijdrage tot de methodiek van de psychische behandeling. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 72, 1928, 1572—1581.

¹³ Psychosomatische Geneeskunde, handleiding aan het ziekbed. Lochem 1950.

¹⁴ Leven en dood, Utrecht 1939. Psychopathogenese van organische aandoeningen. Ned. Tijds. v. Geneesk. 83, 1939, 2870—2877. Medische psychologie voor de praktijk. Utrecht 1940.

¹⁵ Het gevoelsleven benaderd van psychologische en neurofysiologische zijde, Oratie, Nijmegen-Utrecht 1945.

¹⁶ Zal verschijnen in Congresboek Intern. Congres v. Psychotherapie, Leiden 1952.

wingen werd in de laatstgenoemde studie tevens melding gemaakt van testpsychologische uitkomsten, verkregen bij 50 patiënten met reumatoïde artritis¹⁷.

Uit de genoemde publicaties blijkt, dat op dit gebied aan het testpsychologisch onderzoek een ruime plaats toebedeeld wordt. Het streven is er op gericht de psychosomatische problematiek anthropologisch te funderen. Vandaar, dat in de studies van Prick behalve de somatologische en psychologische ook de filosofische en theologische facetten het voorwerp van zijn zorg uitmaken¹⁸.

In dit verband zij vermeld, dat van de hand van S. Strasser een filosofische bijdrage verscheen¹⁹, terwijl onze studie een psychologische bijdrage wil zijn.

Van de andere Nederlandse onderzoekers, die zich meer in het bijzonder met de psychosomatische geneeskunde occuperen, willen wij nog noemen: G. van Balen, W. Bronkhorst, G. Lindeboom. In het bijzonder dient genoemd J. Groen met zijn studies over de colitis ulcerosa, het ulcus ventriculi et duodeni, het asthma bronchiale en de essentiële hypertensie. Op zijn initiatief kwam de Amsterdamse werkgroep voor klinische psychosomatiek tot stand' (J. Groen, L. v. d. Horst, J. Bastiaans, J. v. d. Valk, S. Vles). Tenslotte vermelden wij nog C. v. d. Heide, die destijds bij Alexander werkte.

Kernprincipen van het psychosomatisch onderzoek

Het psychosomatisch onderzoek is reeds zo ver gevorderd, dat men de opstelling kan beproeven van een reeks beginselen, die fundamenteel zijn voor de toepassing en uitwerking van de psychosomatische gedachte.

Het principe van de totaliteit.

De mens is een sociopsychosomatische eenheid, één in zichzelf en met zijn omgeving. De psychosomatiek verwerpt het Westerse schisma van: *psyche en soma, psyche of soma*. Zij neemt de mens, zoals deze ons vóór alle discursief denken gegeven en vertrouwd is, namelijk: als *psyche in*

¹⁷ Psychosomatische geneeskunde en primair chronische polyarthritis rheumatica. Voordracht Ned. Vereniging voor Rheumatologie. Ingediend bij het Ned. Tijds. v. Geneesk.

¹⁸ Het ziel-lichaamprobleem der wijsbegeerte en de psychosomatische geneeskunde. Annalen van het Thijmgenootschap, Aug. 1950, 130—147.

¹⁹ Psychosomatisch onderzoek en traditionele mensbeschouwing. Annalen van het Thijmgenootschap Aug. 1950, 148—165.

soma, als bezielde lichamelijkheid. De vraag, die zij zich stelt, is steeds : *in hoeverre* psychisch, *in hoeverre* somatisch. Tegelijkertijd neemt zij de mens in volstrekte eenheid met zijn omgeving. Het menselijke zijn is immers een zijn-in-de-wereld en een met-anderen-samen-zijn. Daarom luidt ook hier de vraag : *in hoeverre* van buitenaf (exogeen), *in hoeverre* van binnenuit (endogeen).

Aldus dient men de ziekte steeds in perspectief van haar drager en diens omgeving te onderzoeken.

Het principe van de multicausaliteit.

Dit volgt uit het voorafgaande principe. De „sole-cause attitude of mind” wordt verlaten. Niet één oorzaak is verantwoordelijk voor het ontstaan van een bepaald verschijnsel, maar steeds is er sprake van een keten van oorzaken. De monocausaliteit wordt vervangen door de multicausaliteit. Steeds is aanwezig een complex of constellatie van psychologische, somatische, hereditaire en situatieve factoren in het ontstaan van ziekten (vgl. de structuuranalyse van Birnbaum).

Het principe van de relevantie.

Dit hangt nauw samen met het vorige principe. Gegeven de keten van synergische, aetiologische factoren, welke factor treedt dan het meest op de voorgrond? In het ene geval is de psychologische, in het andere de somatologische factor het meest relevant, zonder echter elkaar of nog andere invloeden uit te sluiten. Het is hier een kwestie van accentuering, accentverschuiving, relatieve dominantie.

De innerlijk samenhangende principen van totaliteit, multicausaliteit en relevantie maken een einde aan de vruchteloze concurrentiestrijd tussen psychisch en somatisch. Het is zinloos zich af te vragen, wie van beide begonnen is : de ziel of het lichaam. De psychosomatiek is het *niet* te doen om de psychologische factor op de troon te helpen *ten koste van* de somatologische. Zij wenst alleen de aandacht te vestigen op de psychologische factor en de betekenis er van binnen het terrein der organische geneeskunde aan te tonen.

Duidelijk brengt v. Weizsäcker dit onder woorden in zijn onderzoek over de angina. Hij verklaart, dat de angina niet uitsluitend door psychologische factoren te verklaren is en vervolgt :

„Wir belasten die Psychologie nur mit einer von mehreren Bedingungen der Angina, die wir (wie die Ubiquität der Erreger in der Mundhöhle) teilweise kennen, teilweise eben nicht. Auch braucht die Psychologie hier nicht mehr zu leisten, als ihr

bisher schon zugetraut war; sie soll ganz unverständliche Funktionsabläufe verständlicher machen" ²⁰.

Het principe van de praevalentie in tijd en plaats.

Halliday heeft dit beginsel met nadruk naar voren gebracht. De methode van het serie-onderzoek houdt dit nadeel in, dat zij geen aandacht schenkt aan het voorkomen van de ziekte in de historische tijd, alsof dit temporele optreden een constante zou zijn. Hetzelfde geldt voor de locale bepaaldheid van ziekten. Men wordt niet allen simultaan ziek, maar op verschillende tijden en plaatsen. Welnu, de variaties in de praevalentie (d.w.z. de frequentiestijgingen en -dalingen van een „psychosomatische aandoening” in een groep) zijn het antwoord op psychosociologische veranderingen in het aetiologische veld van de omgeving. De bestudering van deze veranderingen duidt Halliday aan met de naam: epidemiologie. Hier is de aandacht gericht op het sociogenetisch aspect van lichamelijke ziekten.

Het principe van het chronologisch parallelisme.

Het gaat hier om deze vraag: waarom wordt iemand juist nu ziek?

Is er sprake van een temporele correlatie tussen het optreden, opnieuw uitbreken of verergeren van ziekteprocessen enerzijds en emotionele levensspanningen anderzijds? Valt er een synchronisme te constateren tussen het verbeteren, verdwijnen en vrij zijn van ziekteprocessen enerzijds en gunstige levensomstandigheden of oplossing van conflictsituaties anderzijds? Men stelle dus niet alleen de vraag: waarom juist nu?, maar ook: waarom toen niet?

Het in de tijd samentreffen van ziekteverloop en levensgebeuren kan men dagelijks vaststellen. Von Weizsäcker spreekt hier van „spiegelbildliche Zusammenhang”. Iedere ziekte heeft een zinvolle plaats in het geheel van de individuele levenshistorie.

Het principe van het psychotrauma.

Indien het uitbreken of verergeren der ziekte in verband blijkt te staan met een er aan voorafgegane psychotraumatische beleving, dan fungeert deze beleving in het merendeel der gevallen als provocatie en niet als oorzaak. De psychotraumatische werking van een gebeuren is bijna steeds een sleutel-slotreactie. De betreffende persoon is reeds van te voren gesensibiliseerd in die richting, bezit reeds anterior aan dat gebeuren een subjectieve ontvankelijkheid voor de „thematische Gehalt” ervan (Erwin

²⁰ Körpergeschehen und Neurose. Stuttgart 1947, p. 89.

Strauss). Een gebeuren werkt psychotraumatisch door de zin, die er aan ontleend wordt. Men dient derhalve onderscheid te maken tussen het actuele conflict (current conflict) en het kernconflict (focal conflict). De wortels van het kernconflict reiken veelal tot in de vroege kinderjaren of puberteitsleeftijd. Het blijft niettemin noodzakelijk de actuele conflictsituatie zorgvuldig te analyseren. Men doet tekort aan de spiritualiteit van de mens, indien men zijn persoonlijkheidsgroei geheel gedetermineerd denkt door de infantiele drift- en gevoelsontwikkeling.

Verder is het mogelijk, dat zich een reeks van psychotraumatische belevingen voordoet, die ieder voor zich te zwak zijn om een werkelijke crisis te veroorzaken, maar die tezamen wèl een dergelijk effect kunnen hebben. Er vindt dan gedurende langere tijd een cumulatie van intrapsychische spanningen plaats als gevolg van het feit, dat deze niet of onvoldoende verwerkt worden. De laatste, schokkende ervaring in zo'n reeks is, objectief gezien, meestal van geringe betekenis, doch dankt haar desintegrerende werking aan de omstandigheid, dat zij fungeert als de druppel, die de emmer doet overvloeien.

Het principe van de verschuiving in leeftijd en geslacht.

Op beide verschijnselen heeft Halliday de aandacht gevestigd²¹. Samen met Jennings kon hij vaststellen, dat in Groot-Brittannië, in bepaalde tijdsperioden, de frequentie van zekere „psychosomatische aandoeningen” zowel op de verschillende leeftijden als wat de verdeling over de sexen betreft geenszins een constante vertegenwoordigde. Bij de verschuiving in geslacht (sex-shift) gaat het om opvallende veranderingen in de sex-ratio, d.i. de frequentie van een bepaalde ziekte bij de mannen, gedeeld door de frequentie van die ziekte bij de vrouwen. Voorbeeld (volgens Halliday) : omstreeks het einde van de 19e eeuw komt de diabetes twee maal zoveel voor bij mannen als bij vrouwen ; begin 20e eeuw is de frequentie bij beiden gelijk ; in 1940 is de frequentie twee maal zo groot bij vrouwen als bij mannen. Een tweede voorbeeld (volgens Halliday) : vóór 1900 komt de maagzweer overwegend bij vrouwen voor; in 1910 is de frequentie bij mannen en vrouwen gelijk ; in 1940 is de frequentie vier maal zo groot bij mannen als bij vrouwen.

Over de oorzaken van een dergelijke geslachtsverschuiving tast men nog in het duister. Wel speelt volgens Halliday de masculinisering van

²¹ The incidence of psychosomatic affections in Britain. Psychosom. Med. 7, 1945, 135—146.

de vrouw en de feminisering van de man in onze huidige cultuurperiode *onder andere* een rol.

Met de verschuiving in leeftijd (age-shift) wordt bedoeld de verschuiving in de leeftijdtop (age-peak), d.i. diè leeftijd, waarop in een groep een bepaalde ziekte het meeste voorkomt.

Ten aanzien van „psychosomatische aandoeningen” bleken de volgende twee regels te gelden: stijgt de frequentie (rising trend), dan gaat dit gepaard met een verschuiving van de leeftijdtop naar jongere leeftijden; daalt de frequentie (falling trend), dan gaat dit vergezeld van een verschuiving van de leeftijdtop naar oudere leeftijden. Voorbeeld (volgens Jennings): in 1900 komt de maagzweer meer bij vrouwen dan bij mannen voor, de leeftijdtop bij vrouwen ligt dan tussen 20—30 jaar, bij mannen tussen 50—60 jaar; in 1930 echter komt de maagzweer meer bij mannen dan bij vrouwen voor, de leeftijdtop bij mannen ligt nu tussen 20—40 jaar, bij vrouwen tussen 60—70 jaar. Men verlieze niet uit het oog, dat het hier steeds om leeftijden binnen een bepaalde groep en binnen een bepaalde tijdsperiode gaat.

Het principe van de ziekte-overdracht.

De hereditieit is in vele opzichten nog steeds een onbekende factor. Vroeger werd al te gemakkelijk de erfelijkheid als dominant aetiologisch moment in het ontstaan van ziekten naar voren geschoven. Van een zeker aantal ziekten staat de hereditaire bepaaldheid vast. Ten aanzien van de de overige ziekten huldigt men tegenwoordig meer en meer de opvatting, dat het voorkomen van een ziekte bij meerdere leden van dezelfde familie nog geenszins een bewijs vormt voor een erfbiologische determinatie. Naast het begrip hereditieit heeft de notie pseudo-hereditieit ingang gevonden. Hiermede wil men aangeven, dat ook nog andere factoren dan de erfbiologische het frequent voorkomen van een ziekte in een zelfde familie kunnen bewerkstelligen, zodat er in feite slechts sprake is van een schijn-erfelijkheid. Zo is het mogelijk, dat in een bepaalde familie een schadelijke voedselvoorkeur van generatie op generatie traditiegewijs wordt overgeleverd en op deze wijze stoornissen of ziekten van het maag-darmstelsel in de hand werkt. Evenzo is het denkbaar, dat defectueuze levenshoudingen van geslacht op geslacht overgaan, doordat men binnen de kring van een bepaalde familie vasthoudt aan een in wezen foutief opvoedingsidee.

Nog op een andere basis kan het verschijnsel van de pseudo-hereditieit zich voordoen. Dunbar wijst er op, dat het blootgesteld zijn aan ziekten

met een dramatische symptomatologie bij naaste verwanten dikwijls even belangrijk is als het blootgesteld zijn aan infectueuze aandoeningen. Zij gebruikt hiervoor de term „exposure to illness”, terwijl v. Weizsäcker spreekt van „wirksame Bilder”. Identificatiedrang, verwachtingsvreezen, emotionele aanstekeling, suggestie en dergelijke kunnen de overname of overdracht van ziekten in de hand werken.

Het principe van het kringproces.

Sprak men vroeger van psychofysisch parallelisme, psychofysische wisselwerking, psychofysische causaliteit om de ziel-lichaamverhouding te karakteriseren, tegenwoordig grijpt men bij voorkeur naar de term kringproces (kringbeweging, kringloop), welke ook meer adaequaat is aan de idee der bezielde lichamelijkheid.

De term werd het eerst gebruikt met betrekking tot polaire fysiologische processen. Zo is bij voorbeeld de antagonistische werking van vagus en sympathicus een interstimulerend of kringproces. Daarna werd de term speciaal gebezigd in verband met de reciproke beïnvloeding van psyche en vegetatief systeem. Emotionele spanningen impliceren als deelcomponent een gewijzigde functie van het autonoom-vegetatieve zenuwstelsel. De aldus in veranderde activiteit verkerende, somatische deelcomponent onderhoudt en beïnvloedt de beleving der emotionele gespannenheid als psychosomatisch totaalgebeuren. De instandhouding van deze spanningsbeleving representeert op hetzelfde ogenblik weer een functieverandering van de vegetatieve component. Op deze wijze draagt iedere emotie de neiging in zich tot zelffixering. Hier is sprake van een cirkelgang, welke slechts doorbroken wordt, indien de emotionele opwinding een einde neemt.

Ook wordt het begrip kringproces gaarne aangevoerd ter typering van de interstimulerende betrekking van ziektesyndroom en psychoreactieve toestand. Maakt iemand zich ongemotiveerd angstig over zijn ziektesymptomen, dan kunnen deze zich verergeren en op hun beurt aanleiding worden tot verheviging van het angstgevoelen.

Het voordeel van de term kringproces is gelegen in de beklemtoning van de tegenstellingseenheid, onverschillig of het nu een fysiologisch, psychosomatisch dan wel somatopsychisch gebeuren betreft. Dit wil nog niet zeggen, dat er zich geen dualistische denkvorm achter verschuilen kan. Op zichzelf echter betekent de benaming kringproces (Gestaltkreis, Kreislauf, geschlossener Funktionskreis) een terminologische vooruitgang (vgl. v. Weizsäcker, Goldstein, Weinberg e.a.).

Het principe van de psychologische valentie der lichaamsorganen en hun functies.

In psychologisch opzicht verschilt de wijze van ziek-zijn al naar gelang het feit, wèlk orgaan of lichaamsdeel getroffen is.

Een huidziekte bij voorbeeld werkt gemakkelijk sociale onzekerheidsgevoelens, schuld- en inferioriteitsbelevingen in de hand, terwijl het psychologisch een groot verschil maakt, of de huidaandoening zich manifesteert in de voor iedereen zichtbare of beklede gedeelten van het lichaam, dan wel juist in de genitale sfeer of, speciaal bij vrouwen, in de mammastreek of op het hoofd (alopecia). Betekent een huidziekte vooral een aanslag op het sociale Ik, een hartziekte verwekt veeleer een centraal, binnen het Ik besloten angstgevoelen, dat zich objectiveert in allerlei hypochondrische verwachtingsvrezes.

Dit onderscheid in de doorleving van een huid- en een hartziekte wijst er op, dat de betrekking van het Ik tot de uitwendige en inwendige lichamelijkeheid verschilt. Een ziekte aan de buitenzijde van het lichaam doorleven wij meer als iets, dat concreet, overzichtelijk en lokaal begrensd is. Een ziekte daarentegen, die zich aan onze inwendige lichamelijkeheid realiseert, doorleven wij meer als iets, dat een diffuse uitgebreidheid bezit en ons gaandeweg geheel vervult. Dit diffuse karakter als doorlevingsqualiteit bewerkt, dat een inwendige ziekte gemakkelijker object wordt van het narcistisch-hypochondrisch-phantasierende denken, wat er toe kan leiden, dat aan een dergelijke ziekte een fatale, levensbedreigende zin wordt ontleend.

Verder is het zowel psychologisch als phaenomenologisch niet onverschillig, aan wèlk veld van de uitwendige of inwendige lichamelijkeheid zich de ziekte openbaart. Ieder orgaan of lichaamslid staat in een andere betrekking tot het Ik en wordt op een eigen wijze doorleefd. Deze doorlevingswijze is bovendien nog individueel gekleurd door de algemene voorstelling, die de patiënt van zijn ziekte heeft verworven en door de bijzondere zin, welke de verschillende organen of lichaamsdelen bezitten in het geheel van de alleen voor hem karakteristieke wijze van bestaan.

Het is dan ook van belang om na te gaan, wat voor betekenis de longen, het hart, de maag, de darmen, de spieren, de vaten, de gewrichten, de huid etc. in psychologisch opzicht hebben. Hetzelfde geldt met betrekking tot de psychologische valentie van het hoofd en zijn onderdelen, de schouders, de hals, de borsten, de extremiteiten etc.

In etymologie en taalgebruik zijn hierover talrijke gegevens te vinden²².

²² Vgl. J. de Witte : De betekeniswereld van het lichaam. Nijmegen 1948.

Behalve de taalpsychologische en taalvergelijkende analyse vormen de phaenomenologische, dieptepsychologische en introspectieve analyse, zowel van gezonden als zieken, waardevolle methoden om onze kennis in deze materie te vermeerderen.

Op de vele momenten, die de psychologische valentie der organen of lichaamsleden bepalen, kan hier niet nader worden ingegaan. Bij wijze van illustratie willen wij slechts één factor releveren. Speciaal met betrekking tot de huid is het geslachtsverschil van betekenis. De vrouw, die phaenomenologisch veel intiemer met haar lichaam verweven is dan de man met het zijne en wier huid juist zo'n voorname component is van het totaal der specifiek-vrouwelijke attractiviteit, zal in de regel een huid-aandoening minder voorwerpelijk kunnen beleven dan de man.

Het gaat hier intussen niet om een nieuw probleem. Onderzoekers als Klencke, Nasse, Carus, v. Feuchtersleben, Heyer e.a. ontwikkelen belangwekkende denkbeelden in deze richting. Zo impliceert volgens Klencke²³ iedere sector van het menselijk lichaam onbewust een „psychische grondgedachte”, welke soms tot bewustzijn kan komen.

Behalve de hierboven genoemde beginselen verdienen nog twee probleemvelden van de klinische psychosomatiek een nadere bespreking.

Een probleemveld van de eerste rang is *het vraagstuk van de orgaankeuze*.

Hoe is het te verklaren, dat chronische affect- en driftverdringing onder zekere omstandigheden nu eens kan leiden tot het ontstaan van een ulcus ventriculi, een essentiële hypertensie, een rheumatoïde arthritis, dan weer van een asthma bronchiale, een eczeem of een andere psychosomatische ziekte? Met andere woorden, welke factoren determineren de keuze van het orgaan, waaraan het ziek-zijn zich concretiseert?

Allereerst kan men wijzen op de leer van de aangeboren orgaanminderwaardigheid, zoals deze door Adler naar voren is gebracht. In dit geval grijpt de psychosomatische affectspanning het subvalente orgaan of orgaansysteem het sterkst aan. Hetzelfde is van toepassing op een orgaanminderwaardigheid, welke in de prille jeugd verworven werd, bij voorbeeld ten gevolge van trauma of infectie.

Vervolgens zouden naar het oordeel van meerdere auteurs bepaalde lichamelijke ziekten zich bij voorkeur ontwikkelen bij mensen, die chro-

²³ System der organischen Psychologie, als nothwendige Grundwissenschaft zum richtigen Verständniss der leiblich-psychischen Zustände in Seelenkrankheiten, Affekten und Verstimmungen. Entwurf einer wissenschaftlichen Symbolik der Organe. Leipz. 1842.

nisch lijdende zijn aan een zéér bepaald emotioneel conflict. Het is Alexander geweest, die ter oplossing van het vraagstuk der orgaankeuze het begrip „specifiek emotioneel conflict” heeft ingevoerd. Volgens hem bestaat er een *specifiek* verband tussen bepaalde lichamelijke ziekten en bepaalde emotionele conflicten.

Saul²⁴ heeft, op grond van zijn psychosomatische onderzoekingen betreffende de essentiële hypertensie, Alexander's leer van het specifieke emotionele conflict nader aangevuld.

Op zichzelf beschouwd, zo betoogt hij, betekent een conflict tussen afhankelijkheidswensen en agressiviteit niets bijzonders. Een dergelijk conflict komt té algemeen voor om een *specifieke* verklaring te vormen voor een bepaalde lichamelijke ziekte. Van beslissende invloed hierbij is echter de wijze, waarop met zulk een conflict wordt omgegaan en in welke toestand het dientengevolge komt te verkeren.

Bij lijdens aan essentiële hypertensie constateerde hij, dat hun woede noch vrijelijk werd afgereageerd, noch diep was verdrongen. Hij vraagt zich af, of deze merkwaardige tussenpositie van de hostile impulsen, namelijk *noch geuit, noch diep verdrongen*, niet de specifieke constellatie is, welke aan het ontstaan van de essentiële hypertensie ten grondslag ligt. Zijn algemene conclusie is, dat de psychosomatische specificiteit gelegen is in de bijzondere *toestand*, waarin zich *bepaalde*, onaanvaardbare tendenties bevinden.

In ons land komen Groen en zijn medewerkers²⁵ tot overeenkomstige bevindingen. Ook zij beperken zich niet tot opsporen en beschrijven van specifieke, emotionele conflicten bij lijdens aan bepaalde lichamelijke ziekten. Daar bovendien richten zij hun onderzoekingen terecht op het praedisponerende karakter der patiënten, de aard van de als psychotrauma fungerende, uitwendige „stress”-situatie en de bijzondere wijze, waarop het psychotrauma wordt verwerkt. Vooral in deze drie opzichten streven zij ernaar de psychosomatische specificiteit nader te bepalen.

Een verdere bijdrage tot het vraagstuk der specificiteit werd door Prick²⁶ geleverd. Hij gaat uit van het vaststelbare feit, dat ieder gevoelen of drift zich in de totale vegetatieve lichamelijkheid manifesteert, doch dat het verschil van het ene gevoelen (in casu drift) ten aanzien van het andere onder meer hierin gelegen is, dat elk bepaald gevoelen of

²⁴ Hostility in cases of essential hypertension. Psychosom. Med. 1, 1939, 153—161.

²⁵ Grondslagen der klinische psychosomatiek, Haarlem 1951.

²⁶ Het ziel-lichaamprobleem der wijsbegeerte en de psychosomatische geneeskunde. Annalen Thijmgenootschap 1950, 129—147.

bepaalde drift zich *bij uitstek* verwerkelijkt aan een omschreven, specieel orgaanveld binnen de bedoelde vegetatieve totaliteit²⁷. Dit impliceert, dat misvorming van een bepaald gevoel of een bepaalde drift (onder invloed van chronische verdringing) zich *bij uitstek*, lichamelijk gezien, zal manifesteren binnen het bijbehorende bepaalde vegetatieve reactieveld. De *geaardheid* van de infantiel gebleven gevoelens of driften zal derhalve bepalen welk orgaanveld het meest voorbestemd is om de gestoordheid van de totaliteit het meest praegnant naar voren te brengen. Bovendien hecht Prick, behalve aan het karakter, de uitwendige „stress“-situatie, de aard en de verwerkingswijze van het emotionele conflict, bijzondere waarde aan het constitutioneel verankerde temperament²⁸.

Samenvattend komen wij tot de volgende conclusie. Indien men zich op het standpunt stelt, dat iedere emotie of driftopwelling een functie-wijziging van het gehele endocrien-vegetatieve apparaat en daarmee van alle endocrien-vegetatief verzorgde organen insluit; vervolgens, dat al naar gelang de in het spel zijnde emotie of drift een bepaald orgaanveld *bij uitstek* op veranderde wijze functioneert; tenslotte, dat lang bestaande psychisch-functionele orgaanstoornissen op den duur in organisch-functionele orgaanafwijkingen kunnen resulteren, dan is de mogelijkheid gegeven, dat *uitsluitend* binnen de *specifieke* constellatie van zéér bepaalde voorwaarden van temperament, karakter, situatieve druk en gevoels- respectievelijk driftverdringing een *specifiek* verband bestaat tussen een bepaalde, onopgeloste, emotionele spanningstoestand enerzijds en een bepaalde, organisch-functionele orgaanafwijking anderzijds.

Het heeft niet aan pogingen ontbroken om aan de aldus langs endocrien-vegetatieve weg ontstane psychisch-functionele en later structurele orgaanveranderingen een *psychologische* zin te ontleen.

²⁷ Ook Klages brengt naar voren, dat ieder psychisch uitdrukingsgebied een bijpassend lichamelijk gebied van verhoogde ontvankelijkheid heeft (Grundlegung der Wissenschaft vom Ausdruck, 1936, p. 236—237.)

Eveneens doet de voorwetenschappelijke waarneming ons een zeker verband opmerken tussen bepaalde emoties of drangmatige houdingen enerzijds en bepaalde orgaanvelden anderzijds, bij voorbeeld. angst — hart; jaloesheid, ergernis — gal, nieren, droefheid — lever, milt; hebzucht — maag, woede — bloedvaten, liefdessmart — longen, wantrouwen, behoudzucht — darmen; schaamte, schuld — huid. Uiteraard bieden dergelijke, aan de populaire mensenkennis ontleende gegevens geen objectieve betrouwbaarheid. Zij kunnen echter in zoverre enig belang hebben, dat zij het wetenschappelijke denken een zekere richting vermogen te geven.

²⁸ Vgl. de constitutionele psychologie van Hippocrates, Galenus, Kretschmer, Sheldon e a.

Over de mogelijkheid van een zinvolle symptoomvorming in de willekeurige beïnvloedbare sfeer van het lichaam bestaat geen twijfel. Dit blijkt voldoende uit de hysterische conversieverschijnselen, die zich juist in genoemde sfeer voordoen. Het valt ook gemakkelijker de zin van het hysterische conversiesymptoom op te sporen, aangezien de willekeurige lichamelijke de gewone weg vormt van onze gewilde, spontaanbewuste of reflexbewuste zelfexpressie en wij daarom meer vertrouwd zijn met haar betekenisvulling.

De psychologische zinvolheid van de neurotische symptoomvorming binnen de vegetatieve lichamelijke (welke laatste buiten de greep van onze willekeurige beïnvloeding ligt) is daarentegen veel moeilijker te achterhalen.

Dit vindt zijn oorzaak hierin, dat de vegetatieve componenten der emoties en driften buiten de zelfbepaling van de persoon vallen. Zij kunnen niet begrepen worden als acten, die de persoon in antwoord op de situatie in keuzevrijheid stelt. Zij vormen een zich autonoom voltrekkend gebeuren, dat fysiologisch zinvol is (mobilisatie tot actie), maar buiten de grenzen valt van het menselijk gedragen en daarmee buiten de grenzen van het onmiddellijk doorleefbare en psychologisch inzichtelijke. Noch langs gedragspsychologische, noch langs phaenomenologische weg kunnen wij hier verder komen.

Niettemin zijn wij de mening toegedaan, dat de vegetatieve componenten der emoties en driften een zekere vorm van zinvolheid bezitten, welke uitstijgt boven het niveau van het fysiologisch zinvolle.

Indien men op het standpunt staat, dat de vegetatieve functiewijzigingen, die zich bij emoties en driftopwellingen voordoen, wezenlijk als componenten der bedoelde emoties en driften fungeren en als zodanig deze zelf zijn²⁹, dan moeten zij ook in zekere vorm participeren aan de zinvolheid of intentionaliteit der onderscheiden emoties en driften.

In dit verband wijzen wij nogmaals op de opvatting van Prick, volgens welke een bepaald gevoelen en een bepaalde drift *ex natura* is aangelegd zich *bij uitstek* aan een bepaald orgaanveld te realiseren, welk orgaanveld dan te bestempelen is als het lichamelijke gebied, dat hoort bij de intentionaliteit van dit bepaalde gevoelen of deze bepaalde drift. In de verrichtingen van het orgaanveld stelt zich de bedoelde intentionaliteit op verstoffelijkte wijze present.

Tenslotte willen wij in deze samenhang de aandacht vestigen op de

²⁹ Emoties en driften houden echter méér in dan uitsluitend vegetatieve veranderingen!

zogenaamde *vectortheorie* van Alexander³⁰, welke door hem aan de hand van studies over de functionering van de tractus gastro-intestinalis werd ontwikkeld.

In het kort houdt deze theorie het volgende in.

De emotionele impulsen laten zich ordenen volgens drie grondrichtingen of dynamische oerqualiteiten :

1. introjectief : *incorporering* (passief ontvangen, actief zich verrijken ten koste van anderen).
2. extrajectief : *eliminering* (geven als restitutie, aanvullen).
3. conservatief : *retentie* (vasthouden om op te bouwen, achterhouden uit afgunst of vrees).

In overeenstemming met deze indeling onderscheidt Alexander drie typen van maag-darmpatiënten : het gastrische type, het colitistype en het obstipatietype. Ieder van deze drie typen heeft een eigen psychologische karakteristiek, waarop we echter hier niet nader zullen ingaan. Voor ons is het meest belangrijke kennis te nemen van de idee, welke aan deze vectorindeling ten grondslag ligt.

Deze idee laat zich als volgt omschrijven : de drie grondrichtingen of vectorqualiteiten, volgens welke de emotionele impulsen psychologisch kunnen worden geordend, zijn simultaan in de physiologische organisatie van het menselijk lichaam gegeven. Met name geldt dit voor het respiratie-, digestie- en urogenitale stelsel. De emotionele impulsen zullen juist die orgaanfunctie als hun somatische component hebben, welke dezelfde vectorqualiteit bezit als zij zelf. Aldus bepaalt het incorporatieve, eliminatieve of retentieve karakter van de bestaande impulsen de vegetatieve orgaankeuze.

De winst van deze theorie, die overigens nog een verdere uitbouw behoeft, is gelegen in de handhaving van het principe van de psychosomatische eenheid. Het lichaam is zodanig georganiseerd, dat het er op is aangelegd het psychische leven mee te constitueren en te veraanschouwelijken.

Onze gevolgtrekking uit het voorafgaande is, dat de mogelijkheid van een afgeleide, psychologisch zinvolle duiding van vegetatieve verschijnselen en stoornissen binnen de vegetatieve lichamelijkeheid, welke laatste als verstoffelijkte presenties van verschillende gevoels- of drift-intentionaliteiten verschijnen, gegeven is.

Vervolgens kan men tot de conclusie komen, dat zowel de vectorqua-

³⁰ Psychologic factors in gastrointestinal disturbances. General principles, objectives and preliminary results. Psychoanal. Quart. 3, 1934, 501 e.v.

liteit van een bepaald gevoel of drift als de bij die vectorqualiteit passende plasticiteitsgraad van een bepaald orgaanveld bepalen, of dat orgaanveld voor de vertegenwoordiging van die bepaalde intentionaliteit geschikt is.

Wellicht kan een meer gedifferentieerde uitwerking van de vectortheorie ons gegevens verschaffen, die de aan een bepaald gevoel of drift eigen, inchoatieve orgaanvoorkeur meer inzichtelijk maken.

Een ander probleemveld van de psychosomatiek is dat van de *gecombineerde psychosomatische ziekten*.

Het betreft hier het simultaan of successief voorkomen van twee of meer psychosomatische ziekten bij dezelfde persoon.

Dunbar wijdt in haar boek „Psychosomatic Diagnosis” een hoofdstuk aan het probleem der gecombineerde ziekten. Van de 1600 patiënten, die zij onderzocht, leden er 20 % aan twee of meer der acht syndromen³¹, minder dan 1% leden er aan drie en géén der 1600 had meer dan drie van de acht syndromen. Hieruit trekt zij de volgende conclusie: van de onderzochte patiënten vormden zij, die twee of meer ziekten hadden, eerder uitzondering dan regel.

Is er nu enige regelmaat te constateren in de combinaties der acht syndromen? Hierop antwoordt Dunbar bevestigend. Van de 247 mogelijke combinaties werden er slechts 21 gevonden, een resultaat, dat divergeert van een kansdistributie.

Moschowitz en Roudin³² berekenden onder meer, dat in de door hen onderzochte gevallen de combinatie van essentiële hypertensie met ziekte van Basedow twee maal zo frequent voorkomt dan de combinatie van essentiële hypertensie met ulcus ventriculi. Vervolgens, dat de ziekte van Basedow zich bijna twee maal zo frequent combineert met colon-afwijkingen dan met ulcus ventriculi.

De betrekkelijke regelmaat, waarmee bepaalde combinaties voorkomen, doet een zeker verband vermoeden en de vraag is dus, hoe men zich dit verband dient voor te stellen. Volgens Dunbar is een algemene factor in de persoonlijkheidsorganisatie van de patiënt voor dit verband aansprakelijk en wel zijn kernconflict en zijn karakteristieke manier, waarop hij dit conflict aanpakt.

³¹ Zie pag. 8.

³² Association of psychosomatic disorders and their relation to personality types in same individuals. New York State J. Med. 48, 1948, 1375—1381.

Patiënten, die lijden aan een combinatie van syndromen, hebben persoonlijkheidsfactoren, die hen praedisponeren tot ieder syndroom afzonderlijk. Dunbar stelt nu twee hypothesen op.

Als eerste geeft zij aan: het kernconflict kan voor twee ziekten, die zich in combinatie voordoen, hetzelfde zijn, maar de manier van reageren op dit conflict kan verschillen.

Als tweede hypothese noemt zij: het kernconflict, dat voor de onderscheiden syndromen karakteristiek is, verschilt, maar de manier van reageren op het conflict is dezelfde.

Deze beide hypothesen ter verklaring van gecombineerde syndromen zijn dus hypothesen op de basis van persoonlijkheidsmomenten. Dunbar voegt er aan toe, dat in haar materiaal een aantal combinaties door géén van beide hypothesen konden worden verklaard.

Een uitspraak over de geldigheid van deze werkhypothesen valt tot nu toe niet te geven. De toevoeging van Dunbar wijst er op, dat ze in ieder geval niet altijd opgaan. Bovendien kan men de opmerking maken, dat Dunbar te weinig rekening houdt met de somatische factoren, die eventueel voor de regelmatige combinatie van bepaalde syndromen aansprakelijk zijn te stellen. Wanneer Dunbar constateert, dat de combinatie van essentiële hypertensie, angina pectoris en coronair sclerose dikwijls voorkomt, is dit dan uitsluitend terug te voeren op het feit, dat bij alle drie het kernconflict is: een conflict met de autoriteit? Kan hier bij voorbeeld een orgaanminderwaardigheid van het cardiovasculaire systeem niet mede van invloed zijn?

Naar het oordeel van Halliday is er waarschijnlijk een bepaalde volgorde, waarin de psychosomatische aandoeningen zich bij één persoon voordoen. Ook Moschcowitz en Roudin wijzen hierop. Volgens hun bevindingen gaat bij de combinatie van essentiële hypertensie en ziekte van Basedow de laatste gewoonlijk vooraf aan de eerste. Ook zou de ziekte van Basedow meestal eerder optreden dan stoornissen van het colon, maar later dan de maagzweer.

Het is mogelijk, aldus Halliday, dat endocrinologische verschuivingen, die verband houden met bepaalde fasen van de levenscyclus, dergelijke volgorden mede kunnen bepalen. Blijkbaar wenst Halliday in dit opzicht rekening te houden met somatische determinanten.

Uit hetgeen hierboven betreffende de simultane of successieve combinatie van psychosomatische ziekten is medegedeeld, blijkt wel, dat de tot nu toe verkregen resultaten weinig bevredigen. Pogingen om van psychologische zijde tot een oplossing te komen zijn in onvoldoende mate

ondernomen, terwijl bij voorbeeld de door Dunbar opgestelde werkhypothesen nog een meer nauwkeurige verificatie behoeven.

Aangezien het psychosomatisch onderzoek van bepaalde, alléén voorkomende ziekten nog in een beginstadium verkeert, doet ons inziens het psychosomatisch onderzoek van gevallen, waarin meerdere lichamelijke ziekten elkaar overlappen of opvolgen, enigermate praematuur aan.

Overgaande tot het laatste gedeelte van dit hoofdstuk, willen wij nog een paar praktische aspecten van de psychosomatische geneeskunde aan een bespreking onderwerpen.

Allereerst is er de moeilijkheid, dat de psychosomatische werkwijze veel tijd in beslag neemt. Het zou daarom gewenst zijn over een aantal *objectieve indicaties* te beschikken, welke de veronderstelling wettigen, dat bij een bepaalde, lichamenlijk zieke persoon psychologische factoren een betekenisvolle of eventueel dominante rol spelen. Een zekere rol spelen ze altijd, maar het gaat hier om de vraag, of ze van doorslaggevende aard zijn, zodat ze in het kader van het gehele ziek-zijn een apart onderzoek en een specialistische behandeling vergen. Volstrekte zekerheid kunnen dergelijke indicaties niet bieden. Het is daarom veiliger, indien men deze opvat als aanbevelingen voor het instellen van een diepergaand, pluridimensioneel onderzoek.

Enige indicaties zijn de volgende.

a. Een onverklaarbaar schommelend verloop van het ziektebeeld, veelal duidelijk in verband staand met het wel en wee van de levensloop.

b. Onbegrijpelijke permanentie van een onschuldige en ongecompliceerde ziekte, niettegenstaande langdurige toepassing van de adaequate therapie.

c. Het plotseling verbeteren en zelfs verdwijnen der ziekte, zodra de patiënt in een ziekenhuis is opgenomen, gevolgd door een recidief onmiddellijk na ontslag uit het ziekenhuis (dit kan o.a. samenhangen met een tijdelijke bevrediging van narcistische wensen of geborgenheidsbehoeften, terwijl het ontslag een einde maakt aan de „veilige“ uitzonderingspositie van ziekenhuispatiënt en opnieuw een confrontatie bewerkt met de onopgeloste levensproblematiek).

d. Het — in de regel successief — aan allerlei soorten van lichamelijke ziekten lijden. Hierbij kan van invloed zijn een gebrek aan vitale weerstand en wanneer men het weerstandsvermogen psychosomatisch opvat, dan speelt hierbij de levensmoed een gewichtige rol.

e. Een in het oog vallende discongruentie tussen de subjectieve klach-

ten enerzijds en de objectieve ziektesymptomen anderzijds. Hier zijn ook die gevallen te noemen, waarin de ziekte „in lichamelijk opzicht voorbij is”, maar desniettemin de symptomen blijven bestaan (Heyer spreekt in dit verband van „Hängen-bleiben” der symptomen). Dit wijst er op, dat de symptomen niet uitsluitend aan het orgaan gebonden zijn, maar via het orgaan aan heel de persoonlijkheid.

f. Het alterneren van een neurotisch toestandsbeeld en een lichamelijke ziekte. Een neurotisch toestandsbeeld kan „verdwijnen”, zodra zich een lichamelijke ziekte meldt om weer te „verschijnen” wanneer de lichamelijke ziekte voorbij is. Het ziet er naar uit zo zegt von Weizsäcker³³, alsof de lichamelijke ziekte aan de mens het voordeel brengt een stuk neurose te verliezen. In de neurose steekt een realiteitsverlies, in de organische ziekte een realiteitswinst. De neuroticus beschouwt men nu eenmaal als „slechts” nerveus, de organische patiënt daarentegen als „echt” ziek.

Hinsie³⁴ brengt o.a. nog naar voren, dat sommige psychosomatische patiënten niet ondervraagd wensen te worden aangaande de kleinere details van hun symptomen. Spreekt men hen lang over hun symptomen, dan tonen zij veelal een afkeer, die tot een wrokstemming kan uitgroeien. Andere patiënten hebben een bijna dwangmatige neiging de aandacht van de arts voor zich op te eisen, ofschoon zij niets nieuws te zeggen hebben omtrent hun lichamelijke symptomen. Zij zouden nog meer willen zeggen, nog langer willen blijven en wachten als het ware op een bemoeidigende en vertrouwen wekkende geste van de arts. Weer andere patiënten maken tijdens het vertellen over hun lichamelijke klachten tussendoor enige opmerkingen, die feitelijk niet ter zake zijn. Dergelijke zijdelingse opmerkingen zijn dikwijls aanwijzingen voor een emotionele complexvorming.

Krachtens het tot nu toe besprokene is het duidelijk, dat de psychosomatische geneeskunde zich bedient van een *eigen onderzoeksmethodiek*. Deze is anthropologisch gefundeerd en georiënteerd, d. w. z. de mens als mens vormt begin- en eindpunt. Een normatief mensbeeld is derhalve vóórondersteld (zie Hoofdstuk I). En aangezien de mens een eenheid van onderscheiden componenten uitmaakt, is een dergelijke anthropologische benaderingswijze noodzakelijk pluridimensioneel.

³³ Körpergeschehen und Neurose, op. cit. p. 91—125.

³⁴ The person in the body. An introduction to psychosomatic medicine, London 1948, p. 130—136.

Wat ons hier nu in het bijzonder interesseert, is de vraag, of aard en doelstelling van de psychosomatische geneeskunde niet bepaalde consequenties hebben voor de toepassing van psychologische methodieken binnen haar grenzen. Dit nu is o.i. het geval en wij willen daarom beproeven een aantal algemene richtlijnen op te stellen voor de psychologische benaderingswijze binnen het kader van het psychosomatisch onderzoek.

Het klinisch-psychologisch onderzoek van lijdens aan psychosomatische ziekten moet noodzakelijk beginnen met het opnemen van een anamnese, en wel op dusdanige wijze, dat men kan spreken van een gesprek over de ziekte in psychologisch opzicht.

Dit is als volgt psychologisch te motiveren.

De onderhavige patiënten hebben de vaste overtuiging, dat de oorzaak van hun ziek-zijn uitsluitend in de lichamelijke sfeer gelegen is. Zij zijn bovendien zo zeer in beslag genomen door hun *lichamelijke ziekte*, dat zij noch voldoende openstaan voor de *buitenwereld*, noch voldoende aandacht hebben voor hun eigen *psychische innerlijkheid*. Enerzijds zijn zij dientengevolge in meerdere of mindere mate feitelijk ongeschikt voor het doormaken van een specieel psychologisch onderzoek, anderzijds stoot een te voortijdige beklemtoning van de psychische codeterminatie hunner lichamelijke ziekte op sterke weerstand, waardoor het tot stand komen van een positief contact ernstig kan worden tegengewerkt. Op de hier beschreven verhouding werd ook door Prick en Calon gewezen in hun artikel: „La problématique fondamentale du traitement psychothérapeutique de maladies psychosomatiques”.

Een dergelijke intrapsychische situatie is bepalend voor de wijze, waarop men deze patiënten klinisch-psychologisch dient te benaderen. Allereerst moet de onderzoeker duidelijk laten merken, dat hij niet twijfelt aan de echtheid van patiënt's ziekte en klachten. Dit kan hij bereiken door het onderzoek te openen met een gesprek over de aard, de intensiteit, het verloop en de symptomen van de ziekte, waaraan de patiënt lijdt. Op deze manier onttrekt hij de patiënt stof tot verzet en wrevel.

Nog op een andere en voor de psychologische interpretatie vruchtbare wijze kan hij hem de zekerheid doen gevoelen, dat zijn ziekte en klachten au sérieux genomen worden. Het is namelijk van belang te weten, hoe de patiënt zijn ziek-zijn beleeft, hoe hij zich er tegenover verhoudt, welke zin hij er aan ontlegt.

Ziek-zijn is een existentiële crisis, welke de mens tot een keuze verplicht. De manier, waarop hij deze crisis beleeft en verwerkt, kan licht

werpen op zijn habituele wijze van in-de-wereld-staan. Daarbij komt, dat de algemeen menselijke causaliteitsbehoefte zich bij de zieke mens in een bijzondere graad doet gevoelen. Hij wil weten, wat wezen en oorzaak is van zijn ziek-zijn, wat de gevolgen er van zijn, welke bestrijdingsmiddelen de genezing kunnen bewerkstelligen. Hij heeft hierover zijn eigen gedachten, gevoelens en verwachtingen, welke mede typerend zijn voor zijn persoonlijkheid. Deze representeren in hem een realiteit, waaraan men niet mag voorbijgaan. Zij vormen een integratief bestanddeel van zijn levensstijl en daarom is het van betekenis, dat de onderzoeker er van kennis neemt.

In dit licht bezien kan hij hem bij voorbeeld vragen : Aan wat voor een ziekte lijdt U eigenlijk ? Hoe denkt U zich het ontstaan ervan ? Hoe denkt U genezen te kunnen worden ? Denkt U wel eens na over de gevolgen van Uw ziekte ? Wanneer hoopt U weer beter te zijn ? Wat zou U doen, als U genezen bent ? Hoe staat U zelf en Uw omgeving tegenover Uw ziek-zijn ? Deze en soortgelijke vragen hebben steeds de patiënt en diens ziek-zijn als uitgangspunt en worden door hem ervaren op een wijze, die geen afbreuk doet aan de realiteit van zijn ziekte. Zij verschaffen waardevolle psychodiagnostische inzichten, nodigen de patiënt uit tot zelfexpressie en brengen hem ongedwongen binnen het veld der psychologische verhoudingen.

Voorts geeft bovenbedoelde anamnese aan de onderzoeker gelegenheid om gegevens te verzamelen aangaande het chronologisch parallelisme (wanneer werd de patiënt ziek ? waarom juist toen ? waarom nu eens veel, dan weer weinig of geen klachten ?) en de orgaankeuze (waarom juist hij ? waarom juist zó ?).

Speciaal de kennisname van het chronologisch parallelisme tussen het voorkomen van psychische conflictspanningen enerzijds en het optreden respectievelijk opflakkeren van lichamelijke klachten en ziekten anderzijds, kan de patiënt meer ontvankelijk maken voor het denkbeeld, dat ten aanzien van zijn ziek-zijn ook aan psychologische factoren een zekere invloed moet worden toegekend.

Is de patiënt eenmaal tot deze erkenning gekomen, dan is het niet nodig, dat de onderzoeker expliciet insisteert op de psychische code-determinatie van diens lichamelijke ziekte. Het valt trouwens niet te verwachten, dat hij in zo'n korte tijd de patiënt tot een *doorleefd inzicht* in bedoelde determinatie brengt. Dat behoort tot de taak van de psychotherapie. Voor een goede afloop van het klinisch-psychologisch onderzoek is het voldoende, indien de patiënt enigermate inziet, dat het met

het oog op zijn algemeen welzijn nuttig is ook aan psychologische momenten aandacht te besteden. Dit meer redelijke inzicht heeft tot gevolg, dat het doormaken van het psychologisch onderzoek niet meer een zinloze procedure voor hem betekent.

Vervolgens mag men de patiënt niet in het onzekere laten over wat hem te wachten staat. Door hem in grote lijnen mede te delen, wat het klinisch-psychologisch onderzoek omvat, zal men zijn defensieve houding verder kunnen afzwakken. Door hem bovendien voor de vrije keuze te plaatsen al of niet aan het onderzoek deel te nemen, doet men een appèl op zijn verantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid, hetgeen de overgang van defensie naar coöperatie zal kunnen bevorderen.

Tenslotte dient de onderzoeker gedurende de anamnese indicaties te verzamelen voor de te kiezen testmethodieken en andere methoden van psychologisch onderzoek.

Hiermede is de anamnese, door welke de ziekte, respectievelijk het ziekzijn in psychologisch perspectief verschijnt en tijdens welke de grondslag voor een juist wederzijds contact gelegd wordt, als beginphase van het klinisch-psychologisch onderzoek gemotiveerd.

Deze beginphase vloeit geleidelijk en harmonisch over in het volgende onderzoeksstadium, namelijk dat van de *ontwikkelingspsychologisch georiënteerde anamnese*, welke beoogt inzichten te winnen omtrent de voorwaarden en lotgevallen van de individuele persoonlijkheidsuitgroei, de zelfverwerkelijking en de psychodynamische onderbouw van de wijze van in-de-wereld-staan.

Als derde en laatste phase van het klinisch-psychologisch onderzoek fungeert het *testpsychologisch onderzoek*, dat tot doel heeft een objectieve verifiëring en verdere uitdieping van de tot dan toe verkregen anamnestiche en observatieve gegevens.

Een laatste punt, dat wij slechts in het voorbijgaan kunnen aanroeren, betreft de *psychotherapie* van psychosomatische patiënten.

Volgens Alkan³⁵ heeft de therapeutische activiteit zich in drie richtingen te ontplooien :

1. In der Richtung der Psyche.
2. In der Richtung des vegetativen, also des sympathischen, parasymphathischen und endokrinen Systems.
3. In der Richtung des Erfolgsorgans.

³⁵ Anatomische Organkrankheiten aus seelischer Ursache, op. cit. p. 35.

Hij beveelt dus een gecombineerde psycho- en somatotherapie aan, een standpunt, dat thans vrijwel algemeen wordt ingenomen.

Ons interesseert hier de vraag, of er iets nader bekend is over de psychische behandelingsmethodiek bij lijdens aan psychosomatische ziekten.

De meeste auteurs volstaan met het geven van algemene richtlijnen of bevelen een aantal psychotherapeutische methoden aan, zoals daar zijn de psychoanalytische, de Individualpsychologische, de psycho-kathartische; de narco-analytische, de hypnotische, de psychagogische behandelingsmethode, de methode van de auto-suggestieve relaxatie en andere.

De psychoanalytische school van Chicago (Alexander French) bericht gunstige resultaten met de zogenaamde korte therapie. Saul³⁶ stelt — naar psychoanalytische traditie — drie factoren aansprakelijk voor het verkrijgen van therapeutische effecten bij lijdens aan psychosomatische ziekten:

- a. het *contact* met de arts (overdracht),
- b. het *inzicht* in de voorheen onbewuste conflictsituatie.
- c. het *doorwerken* van het bewust geworden conflict.

De Amsterdamse werkgroep voor psychosomatisch onderzoek maakt in de meeste gevallen gebruik van een „oppervlakkige” vorm van psychotherapie, waarin katharsis, bemoediging en milieutherapie de hoofdrol spelen. Het doel van deze „instrumentale” vorm van psychotherapie (van der Horst) is primair de genezing van de interne ziekte en niet een radicale herbouw van de persoonlijkheid. Het bleek, dat dit primaire doel meestal eerder bereikt werd door een „oppervlakkige” dan door een diepgaande analytische behandeling. Weliswaar bleef het neurotische karakter bestaan (en daarmee de kans op recidiven), maar de klachten verdwenen en de patiënten konden weer aan het werk gaan en bevrediging vinden in hun leven. Volgens de verkregen inzichten moet de methode van psychotherapie aangepast zijn aan de individuele wijze van psychosomatisch ziek-zijn. Iedere psychosomatische ziekte vraagt een min of meer specifieke psychotherapeutische benadering. De psychische behandelingswijze, die hier met betrekking tot lijdens aan psychosomatische ziekten wordt aanbevolen, is derhalve te karakteriseren als een *speciële, symptomatische psychotherapie*.

Men kan zich afvragen, of met betrekking tot het verstaan en de psychotherapie van lijdens aan psychosomatische ziekten het niet gewenst

³⁶ The physiological effects of psycho-analytic therapy, in: Alexander, French: „Studies in psychosomatic medicine”. New York 1948, p. 91—100.

zou zijn, om — meer dan tot nu toe het geval is geweest — aandacht te schenken aan bepaalde aspecten van de Individualpsychologische leer en de daarop steunende behandelingsmethodiek.

Reeds de naam van het door Adler ontworpen stelsel legt de nadruk op de mens als ondeelbare eenheid (individueel) en daarmee op het standpunt dat iedere levensuiting in het verband van de totale persoonlijkheid beschouwd dient te worden. Verder brengen wij in herinnering de betekenis van Adler's theorie der orgaanminderwaardigheid voor het vraagstuk der orgaankeuze en het belang van zijn opvatting, dat slechts bij een mens, wiens sociale belangstelling niet vanaf zijn prilste jeugd ontwikkeld werd, een orgaanminderwaardigheid tot een inferioriteitscomplex kan leiden. Vervolgens wijzen wij op zijn conceptie van de levensstijl, welke zich in hoofdzaak gedurende de eerste vijf levensjaren vormt en welke finalistisch *alle* levensuitingen bepaalt. Deze door de levensstijl gedetermineerde zinvolheid openbaart zich derhalve ook in de lichamelijke, in functiestoornissen van organen zoals hart, maag, blaas en darmen, in ziekten als asthma en bronchitis. Het lichaam is een uitdrukingsapparaat en de bijzondere taal, die het spreekt, noemt Adler: orgaan-dialect. Tenslotte heeft hij gewezen op het phaenomeen van de schijnerfelijkheid. Dikwijls wordt de *indruk* van erfbiologische bepaaldheid gewekt, alwaar in feite een foutieve levensstijl van ouders op kinderen en kleinkinderen wordt overgedragen.

Het waardevolle moment in de Individualpsychologische therapie ten aanzien van lijdens aan psychosomatische ziekten is gelegen in de systematische blootlegging van de levensstijl (speciaal met betrekking tot de verhouding van sociale driften tot machtsdriften), evenals in het planvol tot ontwikkeling brengen van het sociale gevoel en de sociale belangstelling. Want enerzijds fungeert bij genoemde patiënten het feit aan een zogenaamde lichamelijke ziekte te lijden als een voornaam moment in het tendentieuze arrangement van hun leven, anderzijds fixeert het hun narcistisch-egocentrische gevoelsinstelling.

De psychotherapie binnen het terrein der psychosomatische geneeskunde heeft te kampen met aparte moeilijkheden. Dit vindt zijn oorzaak hierin, dat de psychosomatische patiënt, ondanks fundamentele overeenkomsten, verschilt van de gewone neuroselijder. Weliswaar ligt aan de psychosomatische ziekte een neurose ten grondslag, zodat ook de psychosomatische patiënt als een neuroselijder te qualificeren is. Maar bij deze laatste is het neurosebeeld verschillend van andere neurosen, aangezien

hier de neurose geheel in de lichamelijkheid is ingevlochten, daarin praegnante en chronische misvormingen tot stand brengt en aldus als een geheel andere totaliteit verschijnt. En deze totaliteit nu maakt zowel op de patiënt zelf als op de omgeving de indruk van een originair somatisch bepaald lijden. Vandaar het innerlijk verzet, dat voelbaar wordt, zodra het denkbeeld van de beslissende codeterminatie door psychologische factoren zich doet gelden. Een consequentie hiervan is, dat de psychotherapie van lijders aan psychosomatische ziekten allereerst bestaat in een zeer bepaalde *weerstandsanalyse*, welke analyse tevens de opheffing van bedoelde weerstand beoogt.

Volgens von Weizsäcker³⁷ zijn er drie op elkaar volgende weerstanden waar te nemen :

1. *Omkering der causaliteit.*

De verklaring van het ontstaan der symptomen wordt precies omgekeerd gedacht, als vroeger het geval was.

Zieke: „Omdat ik niet slapen kan, ben ik altijd moe”.

Arts: „Omdat U altijd moe bent, kunt U niet slapen.”

Het streven van de arts om de causale samenhang om te keren stoot op weerstand.

Een bijzondere vorm van omkering is de psychogenie van organische veranderingen :

Zieke: „Omdat ik het aan mijn longen heb, kan ik niet trouwen.”

Arts: „Omdat U niet trouwen kunt, hebt U het aan Uw longen.”

Deze omkering heeft zowel voor de patiënt, als de arts iets revolutionairs. Beiden moeten een denkgewoonte opgeven. Beiden moeten zich opnieuw gaan bezinnen : wat is trouwen ? wat is longziek zijn ?

2. *Ontbinding der causale orde.*

Arts en patiënt kunnen er niet *geheel* van overtuigd zijn, dat bij voorbeeld de longziekte slechts psychogeen ontstond en alleen slechts door psychotherapie geneest. Beiden vrezen, dat het denkbeeld der psychogenie van alle ziekten werkelijkheid zou worden ! De omkering van de causaliteit gelukt niet totaal en zo ontstaat een twijfel, of het niet kunnen trouwen zijn oorzaak vindt in de longziekte, of omgekeerd. Zo ontstaat er een „Auflösung der kausalen Ordnung überhaupt”. Dat is de tweede vorm van weerstand, die in een psychosomatische therapie zich voordoet.

³⁷ Der Widerstand bei der Behandlung von Organkranken mit Bemerkungen über Werke von Jean-Paul Sartre. Psyche 2, 1948-'49, 481—498.

3. Onderscheiding van Ik en niet-Ik.

Er heerst onzekerheid over de vraag: wie is begonnen, de ziel of het lichaam? Nu manifesteert zich de derde weerstandsoort:

Zieke: „Ik heb de kogel niet gezocht, ik werd getroffen”.

„Ik ben niet naar de typhusbacillen toegegaan, zij werden mij toebedeeld”.

Thans biedt de patiënt weerstand met de onderscheidingen Ik en niet-Ik. Daarmede plaatst de patiënt zichzelf voor een dilemma, namelijk of het zijn Ik of niet-Ik is, dat hem ziek maakt. De onderscheiding wordt een beslissing (Entscheidung). Dit is een winst. In het begin immers bestond er slechts deze vraag *als vraag voor hem*: Komen mijn klachten van een lichamelijke dan wel van een psychische oorzaak? Thans echter moet hij een keuze doen, een beslissing nemen.

Tot zover von Weizsäcker over de specifieke weerstandsvorming bij organische patiënten.

Ook Prick en Calon³⁸ wijzen er op, dat de kernproblematiek bij de behandeling van lijdens aan psychosomatische ziekten gelegen is in een verkeerd inzicht in de oorzaak-gevolgverhouding. De lijder aan de psychosomatische ziekte staat *bewust* op het standpunt, dat zijn afwijking primair organisch-lichamelijk veroorzaakt is. Actuele psychische verschijnselen, zoals prikkelbaarheid, opvliegendheid, depressief-hypochondrisch-narcistische gevoelsinstellingen worden door hem als psychische *reacties* op het lichamenlijk lijden beleefd. Hij heeft dus een vals beeld van zichzelf ontworpen. Er bestaat geen inzicht in de continuïteit van de actuele psychische verschijnselen en de uit de kindsheid daterende neurotische existentie. Het is de bijzondere taak van de psychotherapie, om de patiënt tot het *doorleefde* inzicht in deze continuïteit te brengen.

Onze conclusie is, dat — evenals dit met de onderzoeksmethodiek het geval is — de psychotherapie van lijdens aan psychosomatische ziekten een eigen karakter heeft.

³⁸ La problématique fondamentale du traitement psychothérapeutique de maladies psychosomatiques. Ingediend bij Folia Psychiatr. Neurol. Neurochirurg.

Quelques résultats du traitement psychothérapeutique de maladies psychosomatiques. Zal verschijnen in Congresboek Intern. Congres v. Psychotherapie, Leiden 1952.

HOOFDSTUK IV

DE TOEPASSING VAN DE PSYCHOSOMATISCHE OPVATTINGEN OP HET SPECIELE GEBIED VAN DE ESSENTIELE HYPERTENSIE

I. Tijdelijke bloeddrukverhoging bij momentane affectwerking.

Het intrinsieke verband tussen circulatieverhoudingen en psyche behoort tot de vaste verworvenheden van het medische en psychologische denken. Zoals bekend, ontwikkelde Wundt zijn gevoelstheorie aan de hand van pols- en ademcurven. Weber toonde experimenteel aan, hoe de bloedverdeling zich wijzigde, al naar gelang er sprake was van lustgevoelens, onlustgevoelens, schaamtegevoelens, slaap en geestelijke arbeid; vervolgens, hoe er een vicariërende bloedvulling bestond van de buikorganen enerzijds en de ledematen en de lichaamsperipherie anderzijds.

Talrijke onderzoeken bevestigen de nauwe samenhang van bloeddruk en psychische toestanden. Bij emoties treden duidelijke variaties van de bloeddruk op. Gedurende de slaap daalt de bloeddruk, maar bij rusteloze slaap en dromen is er een bloeddrukstijging, gepaard met snelle fluctuaties. Shepard schoot een pistool af en constateerde bij zijn proefpersonen een plotselinge bloeddrukstijging, die weer snel terugkeerde tot haar normale peil. Blatz stelde in zijn experiment met de vallende stoel hetzelfde vast voor de hartslag. Nissen nam de bloeddruk op van twee patiënten in de tandartsstoel en stelde een sterke bloeddrukstijging vast, toen de tandarts binnenkwam. Tigerstedt evenals Brown en van Gelder bepaalden de bloeddruk bij studenten vóór en ná hun examen; zij constateerden, dat de bloeddruk vóór het examen veel hoger was dan er ná, maar ná het examen bleek het normale peil nog niet bereikt.

Een experiment, dat in Amerika praktische waarde verkreeg, vooral in forensisch opzicht, was de zo genaamde bloeddruktest, in dienst van de „lie detection”. Marston begon er mee in 1915, later gevolgd door Larson en Keeler, die tegelijkertijd met de bloeddruk ook nog de respiratiebewegingen registreerden. Onder liegen werd uitsluitend verstaan: de

act van bewust bedriegen. Het bleek, dat bewust bedriegen o.a. een bloeddrukverhoging impliceerde, die bovendien een bepaald karakteristiek verloop had. Volgens Marston houdt de bewuste poging tot bedrog de agressieve emotie van „dominance” in, van „de baas te willen zijn”. Degene, die bewust bedriegt, wil zich staande houden, verdedigt zich actief, tracht de actueel hem bedreigende situatie meester te worden. Het is deze agressieve component, die Marston verantwoordelijk stelt voor de bloeddrukstijging bij bewust bedrog.

Niet onvermeld mogen blijven de bekende dierexperimenten van Cannon betreffende de lichamelijke veranderingen in toestanden van emotie. Hij toonde aan, dat bij angst en woede o.a. de bloeddruk steeg, als gevolg van een hypothalamisch teweeggebrachte versterking van de adrenaline-secretie der bijniere.

Een meer recent onderzoek is dat van Morris¹ over bloeddruk en polsveranderingen bij normale individuen onder emotionele druk. Als proefpersonen fungeerden 62 candidaat leerlingverpleegsters en 17 leerlingpiloten. Bloeddruk en polsslag werden geregistreerd in situaties, die emotionele spanningen oproepen; bij de candidaat leerlingverpleegsters b.v. tijdens de medische keuring, die vereist was voor toelating tot de verpleegstersopleiding, bij de leerlingpiloten o.a. juist vóór hun eerste vlucht, solovlucht en „spin”. Daarnaast werd door middel van interview en „follow up study” inzicht verworven in de stabiliteit van hun gevoelsleven en aanpassingsvermogen. Morris vond nu in bovengenoemde situaties van milde emotionele druk regelmatig een bloeddrukstijging van 10 tot 30 % boven het gewone peil. Deze drukwisselingen binnen het vasculaire apparaat onder emotionele druk beschouwt hij terecht als normaal. Morris vond geen correlatie tussen de bloeddrukstijgingen van 10 tot 30% boven het gewone peil en het voorkomen van cardiovasculaire ziekten in de familie. Evenmin vond hij enige correlatie tussen deze bloeddrukstijgingen en een van huis uit bestaande emotionele instabiliteit of latere aanpassingsmoeilijkheden. Hij houdt het voor mogelijk, dat enig verband tussen vasculaire veranderingen onder emotionele druk en van huis uit bestaande emotionele instabiliteit aan het licht kan worden gebracht door een meer zorgvuldige studie van de extreme reacties van het vaatstelsel onder emotionele druk.

Naast het experiment leert de medische praktijk, dat tot het verschijn-

¹ Blood pressure and pulse changes in normal individuals under emotional stress; their relationship to emotional instability. *Psychosom. Med.* 3, 1941, 389—398.

sel der emotionele gespannenheid bijna steeds een bloeddrukverhoging behoort.

Het is overbekend, dat in de regel de bloeddruk bij het eerste bezoek aan de arts hoger is dan bij de volgende bezoeken. Bovendien kunnen onpsychologische uitlatingen van de arts een emotieverwekkend effect hebben, dat in een bloeddrukverhoging resulteert (iatrogene beïnvloeding).

Om kort te gaan willen we het volgende noteren.

Medische ervaring, laboratorium-, dier- en natuurexperiment leveren voldoende bewijsmateriaal om aan te tonen:

1. dat er een intrinsiek verband bestaat tussen transitoire bloeddrukverhoging en acute emotionele opwinding ;

2. dat de aard van dit verband het best begrepen wordt, indien men de vasospasmus (waarvan de bloeddrukverhoging het gevolg is) ziet als een normale component van de opgeroepen emotie zelf, zodat bij het uitklinken der emotie de bloeddruk noodzakelijk weer tot haar normale peil terugkeert.

II. De essentiële hypertensie.

Onder essentiële hypertensie (in tegenstelling tot symptomatische hypertentie) verstaat men die vorm van chronische bloeddrukverhoging, voor welke men tot dusverre geen zekere oorzakelijke momenten kent. De diagnose „essentiële hypertensie” wordt alleen dan gesteld, wanneer er geen klinisch of anatomisch vaststelbare orgaanafwijkingen zijn, die voor het ontstaan der chronische bloeddrukverhoging aansprakelijk te stellen zijn.

In de litteratuur vindt men aangegeven, dat de essentiële hypertensie het meeste voorkomt tussen 30 en 45 jaar (Fahrenkamp), terwijl Dunbar de grootste frequentie vaststelde tussen 35 en 55 jaar (frequentietop tussen 35 en 44 jaar).

Het blijft een strijdvraag, of en in hoeverre er van een praedispositie sprake is. Een groot aantal vorsers wijst er op, dat cardiovasculaire syndromen in overwegende mate familiair voorkomen. De meeste auteurs nemen dan ook een hereditaire, constitutionele praedispositie tot vaatvernauwing aan. Zij huldigen de zogenaamde „constitutionele of specifieke theorie”: er is een *specifieke* factor, namelijk de constitutioneel-hereditaire basis en er is een *non-specifieke* factor, n.l. een toxische, mechanische of psychologische factor. Zo is Fishberg van mening, dat naar alle waarschijnlijkheid emotionele spanningen een zuiver bijkomstige rol spelen in de genese van de essentiële hypertensie; zij activeren slechts een be-

staande, overgeërfde praedispositie. Fahrenkamp, die toch zeker een open oog heeft voor de betekenis van de psychologische factor, verwerpt de mogelijkheid van een puur psychogene, chronische bloeddrukverhoging, omdat hij nooit een patiënt gezien heeft, die haar volledig kwijt raakte. Alkan spreekt van een hereditaire aanleg, die zich manifesteert in een constant versterkte „Tonusbereitschaft” der praecapillaire arteriolen. Weiss stelt zich op het standpunt van een constitutionele, hereditaire, vasculaire hypertonie, die verantwoordelijk is voor de versterkte perifere weerstand; aan de bestaande vasculaire hypertonie wordt dan een psychogene vasoconstrictie toegevoegd. Moos spreekt van een vasoneurotische diathese, Wittkower van een constitutioneel-heredofamiliair, endocrien of anatomisch gedisponeerd vaatsysteem. Stokvis neemt een constitutionele, angiospastische aanleg aan. Viersma² schaart zich aan de zijde van hen, die de essentiële hypertensie als ziekte-eenheid beschouwen, dus niet als symptoom van een of andere orgaanziekte, maar als uitvloeisel van een constitutie-anomalie zonder bepaalde localisatie. Hij vat zijn zienswijze (door ons wat ingekort) als volgt samen: Essentiële hypertensie is een constitutieziekte, waarvoor de aanleg, die dominant wordt overgeërfd, reeds op jeugdige leeftijd kan blijken door een meer dan normale stijging van de bloeddruk op prikkels van allerlei aard (emoties, koude, roken, inademing van koolzuur, inspanning). Het mechanisme dezer hypertonische reacties is niet nauwkeurig bekend, maar er zijn redenen om aan te nemen, dat meer dan één onderdeel van het nerveuze en hormonale regulatiestelsel er bij betrokken is. Veelvuldige hypertonische reacties (invloed van exogene factoren) bevorderen het ontstaan van structurele veranderingen in de grote en kleine slagaderen, waardoor op den duur de elastische en perifere weerstanden stijgen, zodat een permanente verhoging van de bloeddruk ontstaat. Er is sprake van een *circulus vitiosus*: de veranderingen, die het gevolg zijn van de verhoogde druk (nierischaemie en haar gevolgen), versterken en fixeren de hypertensie.

Hill³ — in een psychoanalytische studie betreffende een man van 32 jaar, bij wie 14 jaar vroeger een essentiële hypertensie was vastgesteld — constateerde in de familie van deze patiënt een uitgesproken neiging tot cardiovasculaire stoornissen met hypertensie, zowel organisch als essen-

² De behandeling van hypertensie met zoutloos dieet en met uitdrijving van keukenzout. Een klinische en haemodynamische studie. Diss. Amsterdam 1945, Hoofdstuk I.

³ A Psychoanalytic observation on essential hypertension. *Psychoanal. Rev.* 22, 1935, 60—64.

tiel. In plaats van twee neemt hij drie aetiologische factoren aan, te weten : een *specifieke* factor, namelijk de aanleg tot vaatvernauwing ; een *non-specifieke* factor, namelijk een dominerende moederfiguur ; een *provocerende* factor, namelijk een bepaald psychotraumatisch gebeuren.

Voor een overwaarding van de aanlegfactor waarschuwen ons echter meerdere feiten.

1. Veelvuldig wordt de essentiële hypertensie een beschavingsziekte genoemd. Men spreekt van de hoge bloeddruk als een kwaal van de 20e eeuw. In de regel stelt men vooral deze drie factoren verantwoordelijk : de gejaagdheid van het moderne leven, de toenemende bestaansmoeilijkheden en de competitie, die in de huidige samenleving het karakter heeft van een strijd op leven en dood.

Halliday heeft in Engeland gedurende het tijdperk van 1900—1939 een opmerkelijke frequentiestijging van de essentiële hypertensie statistisch vastgesteld.

2. Het is bekend, dat bloeddrukverhoging meer voorkomt bij stadsbewoners dan bij plattelandsbewoners. Algemene bekendheid verwierven de onderzoekingen van Schulze en Schwab⁴, volgens welke negers in Afrika zelden of nooit aan chronische bloeddrukverhoging leden, terwijl voor de negers, die in Amerika leefden, juist het tegenovergestelde gold. De invloed van het ras blijkt dus van minder gewicht dan de sociaal-economische en culturele omgeving.

Het feit, dat onder Joden de primaire bloeddrukverhoging percentsgewijze meer voorkomt dan onder niet-Joden in dezelfde omgeving, zou eventueel weer wèl op rasinvloed wijzen. Ons inziens mag men echter niet uit het oog verliezen, dat de Joden zich reeds sinds eeuwen geplaats zien tegenover een a- of antisemitisch ingestelde „Mitwelt”. Onder invloed hiervan kan zich gemakkelijk een chronisch gespannen levenshouding ontwikkelen, gekenmerkt door een defensieve oppositionaliteit. Wij zijn geneigd een dergelijke levenshouding als belangrijk in aetiologisch opzicht aan te merken. Eveneens leert de ervaring, dat bij emigranten, aan wier aanpassingsvermogen en ondernemingsdurf uiteraard bijzondere eisen worden gesteld, de essentiële hypertensie veelal in een opvallend hoog percentage voorkomt.

3. De primaire bloeddrukverhoging wordt dikwijls een beroepsziekte genoemd. In vergelijking met andere beroepen blijkt, dat aan bepaalde beroepen onder bepaalde voorwaarden een praedisponerende betekenis is

⁴ Arteriolar hypertension in the American negro. Am. Heart Journ. 11, 1936, 66—75.

toe te kennen. Het betreft speciaal die beroepen, waarin het dragen van zware, persoonlijke verantwoordelijkheid centraal is, met name bij artsen, priesters, juristen, directeuren van grote ondernemingen, groot-industriëlen.

4. Friedman en Kasenin⁵ hebben een studie gepubliceerd over een mannelijke eeneïge tweeling, waarvan slechts één een bloeddrukverhoging had. Deze was, volgens de onderzoekers, beduidend aggressiever en gewetensvoller dan zijn gezonde broer. Hij was door zijn broer voorbijgestreefd, wat gevoelens van insufficiëntie en rivaliteit tot gevolg had. De conclusie was, dat in dit geval psychologische factoren een primaire rol zouden spelen. Op grond van hun gelijke genotypische structuur als eeneïge tweelingbroers zouden beiden een praedispositie tot hypertensie moeten hebben, die echter bij de een latent bleef, bij de ander onder invloed van emotionele momenten geactiveerd werd. Hieruit zou men een argument kunnen putten, dat erfelijkheid niet als enige aetiologische factor te bestempelen is.

5. Dunbar vond in bijna de helft van de door haar onderzochte gevallen van essentiële hypertensie een familiehistorie van cardiovasculaire stoornissen. Imponerender echter is haar bevinding, dat in de meeste, zo niet alle gevallen, de patiënt was blootgesteld aan ernstige cardiovasculaire ziekten in zijn onmiddellijke omgeving, terwijl in de helft der gevallen de patiënt op vroege leeftijd blootgesteld was aan de plotselinge dood van gezinsleden en vrienden. Vandaar, dat Dunbar zo'n waarde hecht aan de „exposure to illness”. Schijnerfelijkheid is hier niet denkbeeldig.

Deze feiten manen tot voorzichtigheid aangaande de dominante rol van erfelijkheid en constitutie in de aetiologie van de essentiële hypertensie. Let wel, de aanlegfactor wordt niet ontkend. Wat verworpen wordt is de aanleg als unicausale factor, terwijl op goede gronden een vraagteken geplaatst wordt achter de aanleg als verplicht dominante factor in de keten van aetiologische factoren. De vraag is niet: speelt de aanleg een rol, ja dan neen, maar: wat is de aetiologische betekenis van de aanleg binnen het complex van oorzakelijke factoren?

Uit de bovengenoemde feiten kan men afleiden, dat psychologische momenten in meerdere opzichten een medebepalende invloed blijken te hebben. Aan te tonen, dat zij niet slechts in pathoplastisch en provocatief opzicht van belang zijn, doch ook in pathogenetisch opzicht, is een punt van voortdurende zorg der psychosomatische geneeskunde.

⁵ Hypertension in only one of identical twins; report of a case with consideration of psychosomatic factors. Arch. Intern. Med. 72, 1943, 767—774.

Wat betreft de *somatische conditionaliteit* van de primaire bloeddrukverhoging beperken wij ons tot enkele essentiële punten, die voor een goed begrip van de primaire bloeddrukverhoging onder psychosomatische gezichtshoek onontbeerlijk zijn.

De pathologisch-anatomische opvatting, volgens welke iedere hypertensie berustte op sclerotische vaatveranderingen of op organische afwijkingen van de nieren, is niet houdbaar gebleken. De zogenaamde functionele hypertensie heeft ons leren inzien, dat de bloeddrukverhoging in eerste instantie is terug te voeren op een functionele vasoconstrictie. De vaatvernauwing kan voornamelijk langs twee wegen tot stand komen:

nervaal: door prikkeling van de vasomotorische centra in de hypothalamus, de medulla oblongata en de daaraan gesubordineerde, vegetatieve gebieden in het ruggemerg,

humoraal: afscheiding door endocriene klieren van bloeddrukverhogende hormonen, respectievelijk stopzetting der afscheiding van bloeddrukverlagende stoffen.

In dit verband herinneren we aan de bloeddrukverhogende werking van het adrenaline in de proeven van Cannon, vervolgens aan de experimenten met adrenaline-injecties van Landis, Hunt en Cantrill, tenslotte aan bloeddrukstijgingen bij bijniertumoren, bij het basophiel adenoom van de hypophyse (Cushing) en bij bepaalde schildklierstoornissen.

Men dient te bedenken, dat de nervale en humorale invloeden niet van elkaar te scheiden zijn. Tussen beide bestaat een innige synergie, een interstimulerende verhouding. Het gehele endocriene systeem vormt met het vegetatieve zenuwstelsel in de meest ruime zin des woords een onverbreekelijke tweeëenheid, hetwelk in de benaming „endocrien-vegetatief stelsel” tot uitdrukking wordt gebracht.

Voor ons komt het nu aan op de vraag, in hoeverre psychologische factoren het endocrien-vegetatieve stelsel dusdanig functioneel kunnen beïnvloeden, dat daaruit vasospastische verschijnselen kunnen resulteren.

Over het *verloop* en de *symptomatologie* van de primaire bloeddrukverhoging volstaan wij met het volgende te noteren.

De essentiële hypertensie heeft als regel een progressief verloop, waarin men grof-schematisch een vroege en een latere fase kan onderscheiden. De overgang van de eerste in de tweede fase geschiedt geleidelijk en is niet exact vast te stellen.

In de vroege fase is er alleen nog sprake van een functionele angiospasmus. Klachten kunnen ontbreken, doch in de meeste gevallen zijn

er enkele of meerdere aanwezig. De patiënten klagen over duizeligheid, oorsuizen, misselijk gevoel, braken, hartkloppingen, krampen of stekende pijn in borst- of hartstreek, kortademigheid, beklemmend gevoel (soms stikgevoel), hoofdpijn, algemeen gevoel van moeheid en matheid, slape-loosheid, transpiratie, koude extremiteiten („dode vingers”), acrocyanose, acroparaesthesieën, congesties, neusbloedingen. Ook doen zich vaak visus-klachten voor. Wat hun stemmingsleven betreft, geven deze patiënten veelal aan, dat zij last hebben van depressieve buien en in een chronische toestand van prikkelbaarheid verkeren.

Karakteristiek voor deze klachten is, dat zij variabel zijn en intensiteits-schommelingen kunnen vertonen. Bovendien worden zij subjectief als bijzonder hinderlijk ervaren. Zij kunnen de patiënt zo zeer in beslag nemen, dat een bewustzijnsverenging het gevolg er van is. Soms kan deze hypochondrische praeoccupatie en vorming van overwaardige ideeën de betreffende patiënt in meerdere of mindere mate arbeidsongeschikt maken. Zoals uit het voorafgaande blijkt, kunnen de hypertensieklachten een neurastheen syndroom imiteren⁶. De vroege fase van de essentiële hypertensie kenmerkt zich door fluctuaties van de bloeddrukhoogte. Behalve een verhoging is er dus ook nog een labiliteit van de bloeddruk.

De latere fase vormt het structurele stadium. De chroniciteit van de functionele vasospasmus stelt men verantwoordelijk voor het zich langzaam aan ontwikkelen van een vasculaire sclerose. De subjectieve klachten worden minder variabel, de bloeddruk verliest haar fluctuerend karakter en fixeert zich op hoog niveau. Welke eindeffecten hieruit resulteren, hangt af van de omstandigheid, welk orgaan of orgaansysteem het meest onder de vasculaire sclerose te lijden heeft.

Fahrenkamp⁷ onderscheidt drie stadia in het verloop van de essentiële hypertensie:

Puur functioneel stadium: bloeddrukstijgingen gedurende de dag en terugkeer tot de normale bloeddrukhoogte bij rust en slaap. De essentiële hypertensie zou in dit stadium reparabel zijn. Omdat de patiënten onder condities van psychische rust een normale bloeddrukhoogte ver-

⁶ Zie Ayman, D.; Pratt, J.: Nature of the symptoms associated with essential hypertension. Arch. of Intern. Med. 47, 1931, 675—687.

Schultz, J.; Bieln, W.: Ueber die Häufigkeit einzelner wichtiger Klagen und anamnestischer Angaben bei Kranken mit arterieller Hypertension. Deutsch. Mediz. Wochenschrift 1925, p. 25.

⁷ Die psycho-physische Wechselwirkungen bei den Hypertonieerkrankungen. Stuttgart-Berlin, 1926.

tonen, spreekt Stieglitz⁸ hier van een emotionele hypertensie. Volgens deze onderzoeker vormt de emotionele hypertensie naar alle waarschijnlijkheid de vroegste phase in de ontwikkeling van de zogenaamde essentiële hypertensie.

Tussen- of overgangsstadium: de bloeddruk kan nog wel dalen, maar niet langer tot haar normale peil. Er is geen nierinsufficiëntie, noch beschadiging van de hartmusculatuur.

Terminale stadium: chronisch hoge bloeddruk, die zich blijft handhaven ondanks alle therapeutische maatregelen. Irreparabele organische veranderingen gaan in het klinisch beeld overheersen.

De essentiële hypertensie heeft een lange incubatieperiode. Het begin van de bloeddrukverhoging is slechts bij benadering aan te geven. Vooral geldt dit voor die lijdens, welke geen bijzondere klachten hebben en wier bloeddrukverhoging bij toeval wordt ontdekt (bij voorbeeld: gedurende medische keuringen voor sport, militaire dienst, verzekering).

III. De essentiële hypertensielijder in het licht van de psychosomatische beschouwingwijze.

Het zijn vooral Duitse onderzoekers geweest, die voor het eerst uitdrukkelijk gewezen hebben op de belangrijke rol, die psychologische factoren spelen in het ontstaan en het verloop van de primaire bloeddrukverhoging. Zij hebben het grondmateriaal verschaft, dat later in het bijzonder door Amerikaanse onderzoekers werd uitgebouwd en gesystematiseerd.

Het is niet mogelijk hier ook maar de voornaamste publicaties te refereren, welke door vroege Duitse onderzoekers aan de psychologische problematiek van de essentiële hypertensie zijn gewijd. Wij willen slechts kort ingaan op twee auteurs, die ons met betrekking tot de onderhavige vraagstelling van betekenis lijken.

Fahrenkamp betoogt, dat niet alleen bewuste, maar ook onbewuste affectieve processen van invloed zijn op het bloeddrukniveau. Hij vraagt zich af:

„ob nicht vielleicht das, was Freud als Verdrängungsmechanismus gelehrt hat, funktionelle Auswirkungen im Sinne der Hypertensionen auslösen kann und dasz ein Abreagieren im weitesten Sinne die Hypertonie zu bessern instande wäre. Hier fehlt uns noch jede Systematik“⁹.

⁸ Emotional hypertension. Am. Journ. of the Med. Sci. 179, 1930, 775—782.

⁹ Die psycho-physische Wechselwirkungen bei den Hypertonieerkrankungen op. cit. p. 78.

Dit schreef Fahrenkamp in 1926. Thans kunnen we zeggen, dat een dergelijke systematiek op grond van vele klinische onderzoeken aanwezig is en de veronderstelling van Fahrenkamp als werkelijkheid is bevestigd.

Fahrenkamp brengt nog een ander interessant denkbeeld naar voren.

In het afzonderlijke geval — zo zet hij uiteen — valt het moeilijk uit te maken, of de circulatorische veranderingen, die wij met behulp van de bloeddrukmeter vaststellen, aan de psychische veranderingen gesubordineerd, gecoördineerd of gesuperordineerd zijn. Twee mogelijkheden springen hier direct in het oog: ófwel de veranderingen in het psychische gebeuren zijn primair en de hypertensie is secundair, ófwel de verandering van het cardiovasculaire apparaat is primair, waarvan de psychische veranderingen het gevolg zijn. Fahrenkamp noemt nog een derde mogelijkheid, waardoor hij het dualisme van de twee voorgaande overstijgt: de tendenz tot bloeddrukverhoging kan de lichamelijke expressievorm zijn van de gehele persoonlijkheid; het is mogelijk, dat psychisch bijzonder gearde mensen somatisch gemakkelijk in de zin van de hypertoniepatiënt veranderen. Dit denkbeeld vindt echter geen nadere uitwerking.

Alkan vat de primaire bloeddrukverhoging op als een psychogene orgaanneurose, welke op den duur leidt tot anatomische afwijkingen van arteriosclerotische aard als secundaire organische veranderingen:

„Eine primäre Arteriosklerose beim Krankheitsbilde der Hypertonie ist mindestens unwahrscheinlich, das Primäre ist derjenige Vorgang, der zur funktionellen Erkrankung der Arteriolen, zu ihrer länger oder kürzer dauernden tonischen Kontraktion führt“¹⁰.

De contractieneiging van de praecapillaire arteriolen is zowel aan erfelijkheid als psychische labiliteit te danken. Op grond van zijn erfelijke aanleg werkt de hypertonicus onafgebroken onder sterke affectieve druk en innerlijke spanning, hij brengt ongewone wilskracht op en onttrekt zichzelf aan de vereiste rust. Hij leeft in een constante gespannenheid, welke niet gecompenseerd wordt door een daaraan evenredige ontspanning. Alkan vat zijn zienswijze als volgt samen:

„Es handelt sich m.E. bei dem Symptomenbild der Hypertonie, atiologisch betrachtet, um eine reine Neurose, die in vielen Fällen erworben ist, zweifellos aber auch, zum mindesten hinsichtlich der leichteren Ansprechbarkeit auf erregende Momente, ererbt und familiär ist“¹¹.

Ook bij Alkan zien we dus, hoe er van huis uit een neiging zou bestaan tot verhoogde „Tonusbereitschaft“ van de praecapillaire arteriolen en

¹⁰ Anatomische Organkrankheiten aus seelischer Ursache, op. cit. p. 56.

¹¹ Anatomische Organkrankheiten aus seelischer Ursache, op. cit. p. 46.

hoe tegelijkertijd hiermee een tendenz tot psychische gespannenheid gegeven zou zijn.

De inzichten van genoemde onderzoekers zijn binnen het kader van ons betoog toereikend om het klimaat aan te geven, dat de ontwikkeling van de moderne psychosomatische zienswijze betreffende de essentiële hypertensie zo zeer heeft bevorderd.

Als eerste punt willen wij thans aan de orde stellen de *descriptieve analyse* van het type mens, dat regelmatig wordt aangetroffen onder patiënten met essentiële hypertensie. Deze analyse is tegelijkertijd een geordend overzicht zowel van onze eigen waarnemingen als die van andere onderzoekers (o.a. Alexander, Saul, Dunbar, Wolf, Moschowitz, Roudin, K. Menninger, Groen en Reisel).

Psychotypologisch kenmerkt het merendeel van essentiële hypertensiepatiënten zich door de volgende trekken :

1. Een *façadestructuur*.

Uiterlijk maken zij op het eerste gezicht een evenwichtige, charmante, vriendelijke indruk. Soms is hun optreden zelfs joviaal en lijkt het, alsof zij de dingen gemakkelijk opnemen. Zij gedragen zich overbeleefd, voorkomend, correct. Zij weten zichzelf zo zeer te controleren, dat de zelfcontrôle voor hen een tweede natuur wordt. Zij trachten zich zo veel mogelijk te gedragen, zoals de omgeving verwacht. Alexander, Saul en Dunbar wijzen er in dit verband op, dat de patiënten een drang vertonen om de vrede te bewaren.

Bij nader toezien blijkt echter, dat dit beminnelijk-correcte optreden in vele gevallen een façade is, waarachter een andere instelling schuilgaat.

Eerstens zijn zij gepraeoccupeerd met hun eigen voorkomen en optreden. Zij zijn er op uit een goede indruk te maken, zichzelf in een gunstig daglicht te stellen, evenals zich bemind en populair te maken. Zij zijn bang zich op een of andere wijze te compromitteren of zich bloot te geven. Een quasi-jovialiteit en gemak van zich bewegen dient als dekmantel voor een in wezen behoedzame stellingname tegenover hun omgeving.

Op de tweede plaats valt in het oog, dat zij innerlijk gespannen zijn. Onwillekeurige gedragswijzen verraden hun onzekerheidsgevoelens, vooral hun innerlijke bewogenheid. Bij langer persoonlijk contact ontdekt men, dat zij niet zo zachtaardig en vredelievend zijn als hun uiterlijk gedragen zou doen veronderstellen. Zodra het conventionele masker niet meer effectief dreigt te zijn, treden er verschijnselen ener sterke en labiele emotio-

naliteit aan het daglicht, die bij voorkeur haar afvloeiing vindt in en tegelijk wordt afgeweerd door gedragswijzen, in welke op meer of minder verholde manier protest en verzet tot uitdrukking komen.

2. Een drang tot *perfectionisme*.

Het zijn harde werkers, die echter zelden of nooit voldoening vinden in hun bezigheden en prestaties. Zelfs bij succes voelen zij zich nog ontevreden over het resultaat. Zij kunnen niet verdragen, dat werk onaf blijft liggen of voortijdig onderbroken wordt. Zij zien er daarom niet tegenop om overuren te maken. Evenmin kunnen zij gemakkelijk werk uit handen geven, aangezien zij menen, dat anderen het steeds minder nauwgezet volbrengen dan zijzelf. Zij eisen veel van zichzelf, maar ook van hun omgeving. Het werk moet maximaal goed gedaan worden, waarbij geen rekening gehouden wordt met eventueel verontschuldigende omstandigheden. Alles moet even grondig worden aangepakt en gewetensvol worden uitgevoerd. In de uitoefening van hun beroep zijn zij hyper-serieus, weten van geen ophouden, kunnen geen beperkingen aanvaarden en werken zodoende onder een constante innerlijke hoogspanning. Hiermede hangt samen, dat er bij hen een wanverhouding ontstaat tussen arbeid en vrije tijd. Zij hebben een hoog plichtsgevoel en verantwoordelijkheidsbesef, kunnen moeilijk neen zeggen. Zij nemen alles ernstig op, ook al lijkt hun uiterlijk gedragen soms hiermee in tegenspraak. Plicht gaat boven alles en vormt de voornaamste, zo niet de enige maatstaf van hun leven. Het realiteitsprincipe heeft zich overmatig bij hen ontwikkeld.

Daarnaast staan zij fel op hun eigen rechten. Als zij menen gelijk te hebben of in hun recht te zijn, dan valt het moeilijk hen tot andere gedachten te brengen. Groen en Reisel¹² spreken hier van het recht-plichtprincipe. Zij vertonen een sterk rechtvaardigheidsstreven. Onrecht kunnen zij niet verdragen. Zij voelen zich gekrenkt en zijn verontwaardigd, indien anderen niet even zo rechtschapen zijn en rechtvaardig oordelen als zij zelf. Op deze bodem kan zich gemakkelijk een querulatorische instelling ontwikkelen. Zij neigen dan ook tot sensitief reageren, tot ongewoon piekeren over en zich stoten aan kleinigheden.

Door hun voortdurende ontevredenheid over zichzelf en over het door hen bereikte, stellen zij steeds hogere eisen aan zichzelf en hun werk. Zodoende lopen zij het gevaar doeleinden na te streven, die niet meer in

¹² Constitutionele en emotionele factoren in de aetiologie van de essentiële hypertensie. Ned. Tijds. v. Geneesk. IV, 46, Nov. 1948, p. 3714—3723.

overeenstemming zijn met hun potentialiteiten. Dikwijls grijpen zij dan ook te hoog en leven boven hun geestelijke stand, zodat er op den duur een toestand van psychische surmenage ontstaat. Vele patiënten geven hun teleurstelling te kennen over het feit, dat zij niet bereikt hebben, wat zij graag wilden.

Zij wanen zich minder succesvol in het verwezenlijken van hun maatschappelijke ambities. De reden hiervan zoeken zij dan in de buitenwereld, die hen tegenwerkt of hen niet op hun juiste waarde weet te schatten. In deze constellatie ligt gemakkelijk de mogelijkheid tot affectieve complexvorming gegeven.

Tenslotte besteden zij veel zorg aan hun kleding en uiterlijk voorkomen. Zij zijn gesteld op orde en netheid, houden zich stipt aan afspraken en komen zelden ergens te laat.

3. *Activiteitsdrang.*

Hun levenstempo is opgevoerd. Zij vertonen een grote werkkraft, zijn actief, ijverig en bedrijvig. Zij komen er nauwelijks toe zich rust te gunnen. Niets doen is hun een schrikbeeld. Zij gaan laat naar bed, omdat zij „altijd nog zoveel moeten doen”. Zelfs als zij geen haast hebben, lopen, eten en praten zij nog ongewoon snel. Hun manier van werken is vaak gejaagd. In hun huiselijke, sociale en beroepswerkzaamheden neigen zij tot ongewone fysieke activiteit. Er is dus sprake van een bezigheidsdrang, een rusteloosheid.

Hiermee hangt samen, dat zij niet in staat zijn zich echt te ontspannen. Een bij tijden speelse en onbezorgde attitude vermogen zij niet voldoende te verwezenlijken.

In het algemeen kan men zeggen, dat hun gedrag zich kenmerkt door een verhoogde psychomotorische activiteit en dat er ook een subjectief gevoelde behoefte aan beweging bestaat.

4. *Gericht-zijn op de toekomst.*

Zij verwijlen niet in het verleden, noch plukken zij de dag, maar zij leven in een gespannen gerichtheid op de toekomst. Hun gedragen wordt bewust gedirigeerd door de vraag: hoe zal het later zijn, wat moet er morgen gebeuren, hoe zou ik dit of dat kunnen bereiken of vermijden. Het ingespannen *streven naar iets* vormt dan ook een expressieve trek van hun levensstijl. Een rustig genieten van en stilstaan bij het actueel gegeven is hun niet mogelijk. Zo zij in het heden opgaan, gebeurt dit in een soort roestoestand (alcoholgebruik, sexualiteit, gastronomische genoegens). Mede door het dwangmatig controleren van hun gedrag zijn zij

in staat tot het uitstellen van wensbevredigingen en tot het ondergeschikt maken van acties aan ver in het verschiët liggende doeleinden.

De overmatige gerichtheid op het toekomstige, de bijna continue overstijging van het momentane openbaart zich niet enkel in hun rusteloosheid en zwaar verantwoordelijkheidsbesef, maar ook in hun veelal angstig vooruitzien naar wat komen gaat. De toekomst vervult hen met zorg, met name hun *eigen* toekomst. Zij vertonen een geneigdheid om zich zorg te maken, zich ongerust te maken, wat vaak uitmondt in piekeren, depressieve ontstemmingen en pessimistische zienswijzen.

5. *Domineringstendenz.*

Opvallend is hun streven om over anderen de baas te spelen en in het algemeen om de leiding van iets op zich te nemen. Zij willen graag andere mensen leiden, ook op moreel gebied. Zij voelen zich er gauw toe gedrongen om iemand de waarheid te zeggen. Vaak ligt in hun steun en hulp, die zij gevraagd of ongevraagd steeds royaal aan anderen geven, een zekere opdringerigheid. Men kan zich niet aan de indruk onttrekken, dat die behulpzaamheid soms ongeweten wordt aangewend als een middel om over anderen te domineren. Vaak zijn zij eerezuchtig, ambitieus en zijn zij er op uit om gerespecteerd te worden, zodat zij gemakkelijk teveel hooi op hun vork nemen. Hun leven staat in het teken van wedijver, versterkte geldingsdrang en een streven naar succes. Hun dominerings-tendenz werkt in de hand, dat „rebellion against authority” een vaak voorkomend verschijnsel is in hun socio-affectieve betrekkingen.

6. *Een sterke, doch in haar uitingen geremde emotionaiteit.*

Alle onderzoekers zijn het er over eens, dat patiënten met primaire bloeddrukverhoging gekenmerkt worden door een emotionele instabiliteit, een emotionele overaanspreekbaarheid. Zij zijn snel geneigd tot ontstemmingen. Vooral vervallen ze gemakkelijk in depressieve en paranoiaïde gekleurde reactiewijzen. Stokvis¹³ spreekt van een chronische prikkelbaarheid en gereedheid tot emotioneel reageren, ook wanneer zij zich hiervan niet bewust zijn.

Ondanks, of beter vanwege hun hyperemotionaliteit streven zij naar een zo goed mogelijke zelfcontrôle. Zelden of nooit verschaffen zij aan hun emotionele bewogenheid een adaequate expressie. Zij blijven derhalve telkens met een rest onontladen en onverwerkte emotionaiteit zitten. Stel-

¹³ Die Bedeutung der experimentellen Psychologie für die psychische Hygiene, in Meng's „Praxis der seelischen Hygiene”, Basel 1943, p. 214 e.v.

selmatig heeft er een cumulatie plaats van dergelijke onverteerde resten. Na verloop van tijd kan zich een emotionele uitbarsting voordoen, welke vaak een aggressief karakter heeft.

Het is niet verwonderlijk, dat een dusdanige aanspreekbaarheid en geïnhibeerde uitingswijze van het gevoelsleven ook hun invloed laten gelden op het seksuele leven. Vele patiënten tonen zich in psychosexueel opzicht onevenwichtig. Sommigen vervallen gemakkelijk tot promiscuïteit, tot prae- en extramaritaal geslachtsverkeer, evenals tot masturbatorische handelingen, ofschoon het toegeven eraan steeds met angst gepaard gaat. Anderen worden door binnen of buiten hen bestaande normen er van teruggehouden, ofschoon zij bekennen, dat het hun veel moeite kost. Weer anderen neigen na emotionele opwindingen tot impotentie of frigiditeit. De seksuele drang wordt dus bij vele patiënten ófwel, ondanks angst, soms overvloedig gespuid, ófwel met moeite en strijd afgeremd, ófwel tijdelijk uitgeblust onder invloed van emotionele factoren.

7. Egoentrisme.

Zij zijn vóór alles begaan met hun eigen leven en eigen ontwikkelingsgang. Zij neigen tot ik-betrekkingen en kritische introspectie. Het valt hun moeilijk de dingen te beschouwen vanuit een ander standpunt dan het eigene. Graag gaan zij hun eigen gang en zetten behoedzaam de omgeving naar hun hand. Door hun overbewuste levenshouding is een echte spontaneïteit niet mogelijk. Zij zijn bijna niet in staat zich onbevooroordeeld aan iets of iemand te geven. Bijbedoelingen en rationele overwegingen leiden in aanzienlijke mate hun gedragingen. De spontaan van henzelf uitgaande, sociale contactname is beperkt. Ware vrienden hebben zij meestal niet.

8. Voortijdige ouderdom.

Op grond van hun zware *modus vivendi* (gebukt gaan onder verantwoordelijkheidsbesef, leven boven hun geestelijke capaciteiten, zorgvolle gerichtheid op het toekomstige, socio-affectieve spanningen, perfectionistische strevingen, durende zelfcontrole) ontberen zij het speelse en jeugdige in hun levensstijl. Zij kennen slechts de ernst van het leven. In hun ogen is het leven primair een strijd, een worsteling, een onoverwinbare weerstand. Daarom zijn zij vroeg geestelijk oud en volwassen. Moschowitz en Roudin gebruiken hiervoor de term: „mental progeria”. De praemature, geestelijke ouderdom zien deze auteurs zelfs als de dominante persoonlijkheidstrek van de essentiële hypertensielijder.

Met deze acht kenmerken — te weten : façadestructuur, perfectionisme, activiteitsdrang, gespannen gerichtheid op de toekomst, dominerings-tendenz, sterke, doch in haar uitingen geremde emotionaliteit, egocen-trisme en voortijdige ouderdom — is het portret van de lijder aan primaire bloeddrukverhoging in grove lijnen getekend, althans in descriptief-psy-chologisch opzicht.

De vraag, die zich nu opdringt, is deze : hoe is dit typologisch gedrags-patroon te verklaren ? Daarmede vragen wij dus naar de aetiologie, de ontstaansvoorwaarden.

Als inleiding op de moderne, psychosomatische zienswijze in deze, wil-len wij een ogenblik stilstaan bij een der eerste, systematische onderzoe-kingen, die met betrekking tot het persoonlijkheidstype van patiënten met essentiële hypertensie zijn verricht.

Ayman¹⁴ onderzocht 95 patiënten met primaire bloeddrukverhoging en toetste de bij deze verkregen resultaten aan een contrôlegroep van 87 per-sonen met normale bloeddruk. Aan ieder van de 182 proefpersonen stelde hij in een persoonlijk interview een vaste reeks van 15 vragen. Enkele vragen hiervan waren bij voorbeeld: Wordt U gauw boos of moet er nogal wat gebeuren om U boos te maken? Bloosde U vroeger ongewoon gauw, of doet U dat ook nu nog? Raakt U gauw in de war, als kind ook reeds?

Op grond van zijn bevindingen komt Ayman tot de conclusie, dat de meeste lijdens aan essentiële hypertensie een bepaald persoonlijkheids-type vertonen, dat onder meer gekenmerkt wordt door versterkte psycho-motorische activiteit, bezigheidsdrang, sensitiviteit en opvliegendheid. Een tweede gevolgtrekking is, dat de hypertensieve persoonlijkheid van levens-lange duur is en reeds op vroege leeftijd te herkennen valt. Daarmede stelt zich vanzelf het probleem van de herkomst dezer persoonlijkheid.

Een definitieve oplossing geeft Ayman niet. Hij verwerpt de opvat-ting, dat het hypertensieve persoonlijkheidstype het resultaat zou zijn van „environmental imitation of parents” ; hij verwerpt dus de mogelijkheid ener pseudo-hereditieit. Vervolgens uit hij een vermoeden : mogelijk is de hypertensieve persoonlijkheid van lichamelijke, wellicht endocriene oor-sprong. Wat er ook van zij, hij is er van overtuigd, dat de hypertensieve persoonlijkheid, zo vroeg in het leven reeds aanwezig, noch het resultaat kan zijn van een ongewoon hoge bloeddruk, noch van een secundaire, vasculaire ziekte.

Het onderzoek van Ayman is aanvechtbaar. Een persoonlijkheids-

¹⁴ The personality type of patients with arteriolar essential hypertension. Am. Journ. of the Med. Sci. 186, 1933, 213—223.

descriptie alléén — en zeker een, voor welke de antwoorden op een vaste vragenlijst het materiaal verschaffen — is niet in staat ons inzicht te geven in de ontstaanswijze van een bepaald persoonlijkheidstype. Dit kan men pas benaderen met behulp van de ontwikkelings- en diepte-psychologische beschouwingwijze. In dit opzicht heeft het moderne, psychosomatische onderzoek verdienstvol werk geleverd.

Overgaande tot de ontwikkelingspsychologische en psychodynamische bevindingen, stellen wij vast, dat lang vóór het optreden van de primaire bloeddrukverhoging er sprake is van een gespannen, psychische toestand, waarvan de sporen en wortels tot in de prille jeugd zijn terug te vinden. In hun jeugd zijn de betreffende patiënten schuchter, angstig en gevoelig; zij blozen snel en durven zich niet te uiten. Vaak constateert men, dat zij aanvankelijk driftige, ondernemende, ambitieuze en spontaan zich uitende kleuters waren, die echter gedurende de lagere schoolleeftijd langzamerhand veranderen in geremde, stille, overbewuste en conformistische kinderen.

Van jongs af aan bestaat er een neiging tot reageren met driftbuien, die soms met vernielingshandelingen gepaard kunnen gaan. De verwerkelijking van deze neiging wordt echter onder invloed van uitwendige dwang en super-ego hoe langer hoe meer ingeperkt. Driftbuien treden dan nog slechts sporadisch op. Veelal zijn deze van een bijzondere heftigheid, maar een algehele ontlading vindt niet plaats. Behalve driftbuien zijn als vroege nerveuze trekken te noemen: nachtmerries en nagelbijten, beide uitingen ener intrapsychische gespannenheid.

Van essentieel belang is de kind-ouderverhouding, welke een uitgesproken ambivalent karakter heeft. In de aard van deze verhouding zoekt men het kernconflict, dat uiteindelijk verantwoordelijk is voor de chronische, primaire bloeddrukverhoging (Stevens, Hill, Alexander, Saul, Dunbar, Kemple, Weiss, Wolf, Fenichel, K. Menninger, Halliday).

Dit kernconflict, dat zich in de oedipale phase constitueert, is als volgt weer te geven. Er is sprake van een dominerende ouderfiguur, meestal de moeder, in welk geval de vader een min of meer ondergeschikte rol speelt. De moeder is onsoepel, streng, overheersend en toont een koude reserve in haar moederlijk affectieve uitingen. Zij koestert zelden en eist onafgebroken van haar kinderen strikte volgzzaamheid op straffe van liefde-onttrekking. Iedere poging tot verzet bij de kinderen wordt in de kiem gesmoord, waarbij hardhandig optreden niet tot de zeldzaamheden behoort.

Dunbar vermeldt, dat de patiënten er de nadruk op leggen, „dat zij vroeger nooit iets terug mochten zeggen“. Deze intrafamiliale gesteldheid werkt daarom zo conflictueus, omdat de moederfiguur in feite de liefdegevende en affectief verwarmende instantie bij uitstek is binnen de gezinsstructuur.

De kinderen voelen zich van meet af aan gedwongen om door geforceerd „braaf“ te zijn liefde en medeleven van hun moeder te verkrijgen. Zij bevinden zich derhalve in een levenssituatie, waarin zij met strijd en moeite het ontvangen van liefde en tederheid moeten trachten te *verdiennen*. Wat zij missen is het voor een harmonische ontwikkeling onontbeerlijke gevoel van veilige geborgenheid in de huiselijke gemeenschap¹⁵. Een negentienjarig meisje met essentiële hypertensie, dat door Stevens¹⁶ werd geanalyseerd, verklaarde nooit het gevoel te hebben gehad, dat zij haar moeder kende; de moeder prees haar nimmer, criticisme was de gewone beloning. De levensformule van dit meisje was: „Zelfs ondanks lijden tracht ik te gehoorzamen“.

Het chronische gemis aan warmtegevend en zekerheidschenkend contact geeft aanleiding tot de ontwikkeling van vijandige gevoelens tegenover de moeder, die echter niet geuit worden uit vrees voor nog verder en wellicht algeheel liefdeverlies en die bovendien met schuld beladen worden.

Het onzekerheids- en onveiligheidsgevoel doet toch weer hun afhankelijkheid gevoelen, dat wil zeggen, het gevoel van niet buiten de moeder te kunnen. Hun onbevredigde tederheidsbehoefte drijft hen er toe om vol te houden, hun moeder niet los te laten en zich uiterlijk — ondanks innerlijke rebellie — aan haar te onderwerpen, in de hoop hun liefdeverlangen nog enigszins te kunnen stillen.

Het kernconflict komt dus hierop neer: er bestaat, als gevolg ener dominerende en in haar uitingen gevoelskoude moederfiguur, een sterke behoefte aan liefde, tederheid en zekerheidschenkende geborgenheid, aan welke behoefte echter niet voldaan wordt. Tot zover is er alleen nog sprake van een *frustratie* van het liefdeverlangen. Deze chronische frustratie stimuleert tot innerlijk verzet. Eerst dan komt het conflict, dat wil zeggen de botsing van twee contradictoire strevingen, namelijk: het streven naar passieve afhankelijkheid komt in botsing met de (reactief ont-

¹⁵ Men ziet steeds meer in, dat de sociaal-biologische inbedding van het kind in de bergende macht van een vertrouwde levensruimte de graad van zijn levenszekerheid bepaalt. Zie vooral H. Prinzhorn: Psychotherapie, Leipzig 1929.

¹⁶ High blood pressure as a phallic symbol. Psychoanal. Rev. 20, 1923, 401—411.

stane) agressieve impulsen. Deze — bij iedere nieuwe frustratie van het liefdeverlangen telkens opkomende — agressiviteit wordt niet openlijk geuit, maar verdrongen en wel om de volgende redenen :

a. Er is een vrees voor geheel liefdeverlies : indien zij aan hun agressiviteit openlijk zouden toegeven, snijden zij voor zichzelf de mogelijkheid af om tenminste nog enige liefde te ontvangen en stellen zij zich zodoende bloot aan een toestand van volslagen ongeborgenheid.

b. Er is een vrees voor de gevolgen van openlijk geuite agressiviteit : indien zij zich zouden laten gaan, dan zouden zij het voorwerp, waartegen hun vijandigheid is gericht, wellicht onherstelbaar leed kunnen toebrengen. Bovendien : agressie wekt contra-agressie.

c. Aangezien dezelfde persoon (namelijk de moeder of haar representant) tegelijkertijd het object is van hun positieve en negatieve strevingen, laat een dergelijke ambivalente gevoelsinstelling niet gauw toe, dat een van beide (bij voorbeeld de agressiviteit) definitief de overhand krijgt en vrijelijk tot expressie komt. Het is duidelijk, dat hierbij schuldgevoelens, die uit de genoemde ambivalentie voortspuiten, van invloed zijn.

Maar ook aan het streven naar afhankelijkheid, liefde en tederheid kan niet volledig worden toegegeven. Enerzijds is dit niet mogelijk door de frustratie van dit streven en de daardoor opgeroepen agressiviteit als teleurstellingsreactie. Anderzijds wordt totale onderworpenheid en afhankelijkheid als een kwetsing van de zelfachting en de eigenliefde beleefd, met andere woorden als in strijd met het streven naar zelfstandigheid en zelfbepaling.

Op deze wijze zijn de kandidaten voor een primaire bloeddrukverhoging reeds vanaf hun vroege jeugd geblokkeerd in twee richtingen : èn in de bevrediging van hun afhankelijkheidswensen èn in die van hun agressiviteit. Zij worden genoodzaakt zichzelf op te voeden tot een geforceerde noodaanpassing aan de omgeving, een *schijnaanpassing*, als gevolg waarvan hun uiterlijk verschijnen zich niet meer dekt met hun innerlijk zijn (façadestructuur). De dubbele blokkering (te weten : het niet kunnen bevredigen van de regressieve en agressieve wensen) verklaart volgens Alexander de opmerkelijke neutraliteit in het socio-affectieve gedrag van patiënten met essentiële hypertensie. Uiterlijk zijn zij conformistisch, maar innerlijk negativistisch. De dubbele blokkering is tevens verantwoordelijk voor een chronische, emotionele gespannenheid.

De conclusie, waartoe nu de verschillende onderzoekers komen, is deze : de essentiële hypertensie is psychogenetisch terug te voeren op een zéér lang bestaande, niet geuite agressiviteit ; men neemt daarbij aan, dat

er een speciale relatie bestaat via de vaatmusculatuur tussen bloeddruk verhoging en agressieve impulsen. Aldus schrijft Prick¹⁷ :

„In de agressie in het algemeen en in de infantiele agressie in het bijzonder gaat een vegetatief toniserend reactiepatroon schuil, dat zich het meest zichtbaar manifesteert aan de uitermate gevoelige musculatuur der vaten”.

Met deze constatering stelt men zich echter nog niet tevreden. Het is vooral Saul¹⁸, die met nadruk betoogt, dat het onvoldoende is uit te zien naar een specifieke, emotionele constellatie. Evenzeer is het ontoereikend zich te beperken tot een beschrijving van de in het spel zijnde strevingen en afweerhoudingen. Men zal namelijk bijzondere aandacht moeten besteden aan de toestand, waarin de strevingen zich bevinden.

Volgens Saul zijn de primaire hypertensie-candidaten zich voor een goed deel bewust van hun agressiviteit, welke zij noch diep verdringen, noch openlijk tot uiting brengen. Saul vraagt zich af, of deze merkwaardige „midway position between being *expressed* and being *repressed*” niet karakteristiek is voor de toestand der agressieve tendenties binnen het kader van de essentiële hypertensie. Alexander¹⁹ stelt op grond ener psychoanalytische studie van een 47-jarige lijder aan essentiële hypertensie het volgende vast: er zijn niet diep verdrongen, agressieve impulsen, deels naar binnen gewend tegen de eigen persoon in de vorm van depressies (zelfverwijten, zelfbeschuldigingen, zelfdepreciaties), deels naar buiten gekeerd in de vorm van hostile gevoelens.

Evenzo Dunbar. Zij wijst er op, dat de agressieve impulsen, waarvoor de patiënt steeds op zijn hoede is, in de regel betrekkelijk dicht aan de oppervlakte liggen en voor psychotherapie bereikbaar zijn.

IV. Het circulatiesysteem onder psychosomatische gezichtshoek.

Om een dieper inzicht te verkrijgen in datgene, wat in de voorafgaande paragraaf werd uiteengezet, is een nadere beschouwing van het bloedsomloopstelsel gewenst.

1. Psychologische valentie van het circulatiesysteem.

Hart en vaten vormen een onverbreekelijke, functionele eenheid. Onder normale verhoudingen heeft de mens geen ervaring van het functioneren

¹⁷ Het ziel-lichaamprobleem der wijsbegeerte en de psychosomatische geneeskunde, *Annalen Thijmgenootschap* 2, 1950, p. 141.

¹⁸ Hostility in cases of essential hypertension. *Psychosom. Med.* I, 1939, p. 153—161.

¹⁹ Psychoanalytic study of a case of essential hypertension. *Psychosom. Med.* I, 1939, 139—152.

van zijn hart-vaatstelsel. De bloedstroom, de hartslag, de aderklop en de bloeddrukfluctuaties vallen normalerwijs buiten zijn bewuste beleving. In affectieve en emotionele toestanden daarentegen kunnen zich orgaangewaarwordingen van dynamisch karakter voordoen, bij voorbeeld in toestand van woede: bonzen van het hart, bloedaandrang naar het hoofd, kloppen van de arteriën, zintuigelijk gevoel van verhitting. Met het uitklinken van de psychische opwinding verdwijnen dergelijke orgaansensaties weer uit de sfeer van de bewuste beleving. Dit is niet altijd zo het geval. Speciaal narcistische en hypochondrisch ingestelde personen kunnen zich over deze orgaansensaties gaan verontrusten, een controlerende aandacht er aan schenken en zodoende in een gespannenheid geraken, welke het persisteren van genoemde sensaties in de hand werkt. Bekend is, hoe zij speciaal des nachts (wegval van uitwendige prikkels) en op de linker zij gelegen een zodanige last van hart- en hoofdbonzingen kunnen krijgen, dat het inslapen bemoeilijkt wordt. Het is nu van belang vast te stellen, dat deze mensen hun leven in gevaar voelen. De circulatorische sensaties beleven zij als teken ener levensbedreiging. Zij zijn niet in staat zich te distantiëren van de aan deze sensaties ontleende, fatale zin. Hier is zowel sprake van een voorwerpelijk als een toestandelijk beleven. De verhouding tussen het lichaam *hebben* en het lichaam *zijn* wordt reflexbewust als spanning ervaren.

Buytendijk²⁰ zet uiteen, hoe herhaalde gewaarwordingen van een inwendig orgaan, bij voorbeeld het hart, dit orgaan op praegnante wijze als het *eigene* constitueren, maar tegelijkertijd op zulk een manier van onbepaaldheid en onbepaalbaarheid, dat de orgaangewaarwording de verbeelding wel in gang *moet* zetten. Hoe sterkere verbeeldingsactiviteit, des te meer wordt het eigen orgaan tot een ding in ons geobjectiveerd, dat weliswaar nog het eigene is, maar „im Modus des Entfremdteins”. En in onze betrekking tot een deel van ons lichaam treedt nergens zó zeer de ambivalente beleving van het „vreemd-eigen” op als in de betrekking tot ons hart. Het *eigen* hart immers demonstreert in de autonomie en de automatie van zijn actie *zijn* leven. De patiënt geraakt in de greep van zijn hart, dat tot de centrale situatie van zijn existentie wordt. De ambivalente beleving versterkt zich door het ontwerp van een imaginatieve situatie, waarin de patiënt zich meer en meer inspint. Het samenleven met het zieke orgaan is onontkoombaar, want het „andere”, het bedreigende en beangstigende is niet een object, maar juist het eigene, het *eigen hart*. Tot zover Buytendijk.

²⁰ Das eigene Herz, *Cardiologia Basle* 16, 1950, 263—268.

Wat de bloeddruk aangaat : deze brengt de leek vóór alles in verbinding met het hart. De constatering van eventuele bloeddrukafwijkingen voert hem gemakkelijk tot de conclusie ener gestoorde hartfunctie. Deze conclusie kan daarom zo psychotraumatisch werken, omdat het hart in de voorwetenschappelijke ervaring het vitale centrum van het lichaam is, van alle organen als het meest ik-nabije beleefd wordt. Het hart wordt gevoeld als de wortel van alle leven : zo lang het hart klopt, is er leven. De idee van de levensinstandhoudende functie van hart en bloed is diep in de mens geworteld. Het besef of de vreesachtige verwachting van een gestoorde hartfunctie raakt de kern van het menselijk bestaan en berooft de mens van zijn levenszekerheid. En daarmee breekt een existentiële angst door, welke de mens in een toestand van incapaciteit en invaliditeit kan brengen.

Wij leven in het vertrouwen op de intactheid van onze hartfunctie en onze bloedsomloop. Wij voelen en beluisteren in het rythme van de hart- en polsslag ons leven zelf. Het dierend cirkelende stromen van het bloed is ons hêt teken bij uitstek van leven. Bloed is het levenssap, dat zich door ons lichaam heen voortbeweegt. De spraak van hart- en vaatstelsel staat in nauwste samenhang met ons levensgevoel. Een werkelijke of vermeende storing van dit orgaansysteem betekent angst, waarin het *memento mori* doorklinkt²¹.

Tot op zekere hoogte is het invoelbaar (ofschoon onjuist), dat men soms het hart is gaan beschouwen als het specifieke zintuigorgaan van de angst, te vergelijken met het oog als het specifieke zintuig van de visuele waarneming.

Heyer²² is van mening, dat met de werkzaamheid der verschillende organen respectievelijk orgaansystemen bepaalde grond-, oer-, „Algemein“- of „Fundamental“-gevoelens verbonden zijn, van welke men normalerwijs in het geheel geen weet heeft, precies zoals men onder gewone omstandigheden niets bemerkt van zijn hart, maag of darm. Pas bij een storing van deze organen bemerkt de betreffende iets van het bestaan dier grondgevoelens, welke als „wortels onder het aardoppervlak“ een ongeweten werking uitoefenen. Hartfunctie en bloedsomloop schijnen aan Heyer die intrapsychische „machten“ te vertegenwoordigen, welke men als *gevoelens van zekerheid, vastheid, stabiliteit en evenwichtige sterkte* zou kunnen aanduiden. Bij stoornissen van hartwerking en bloedsomloop

²¹ Zie von Wyss : Die Sprache der Gefühle. Zürich 1943.

²² Das Körperlich-seelische Zusammenwirken in den Lebensvorgängen. München 1925, p. 33—34.

vallen deze ongeweten gevoelens weg en ontstaan gevoelens van vage doodsangst, van oerangst, „des Unheimlichen“, „des Grauens“. Niet een angst voor iets bepaalds (vrees), maar een objectloze angst. Heyer voegt er uitdrukkelijk aan toe, dat niet de orgaanwerkzaamheid het primaire is, dat eerst achteraf subjectief waargenomen wordt. Binnen de „Tiefenpersönlichkeit“ vormen het psychische en het lichamelijke, onscheidbaar in elkaar verweven, het „leven“. In de dimensie der grondgevoelens is geen onderscheid mogelijk tussen lichamelijk en psychisch. Hier is slechts het woord „lebendig“ (levenseenheid) op zijn plaats. Daarom is voor Heyer iedere ziekte tenslotte een doorbréking van de psychofysische norm.

Hetgeen Heyer hier naar voren brengt, kunnen wij ook elders op analoge wijze waarnemen, bij voorbeeld: wat gezondheid is, wordt ons pas volbewust, als wij ziek zijn; wat het bezitten van iets betekent, beseffen wij pas goed na het verloren te hebben.

Vooraf met de groeiende bewustwording van als abnormaal impoerende cardiovasculaire sensaties breekt in het bewustzijn een *vitale* angst door, welke aanvankelijk een min of meer diffuus karakter heeft. Zij is nog betrekkelijk richtingsloos. Deze toestand is voor de mens ondragelijk. Hij moet ergens heen met zijn angst, hij moet haar ergens aan kunnen ophangen, om niet blind aan haar ten offer te vallen. Daarom wordt ongemerkt de vage angst opgenomen in de intentionele vreesstructuur. Er ontwikkelt zich een vrees voor aderverkalking, een vrees voor hartverlamming, voor beroerte, voor te hoge bloeddruk, voor krankzinnig worden, voor geheugenverlies. Daarmede is, om zo te zeggen, de diffuse vitale angst gekanaliseerd, tot meer overzichtelijke proporties teruggebracht. Men weet, waar men aan toe is.

Dergelijke vreesen kunnen echter een dusdanig bewustzijnsverengend effect hebben, dat zij het actuele toestandsbeeld nog eens extra neurotiserend beïnvloeden. In dit geval zijn enerzijds de subjectieve klachten alarmerend, terwijl anderzijds bij voorbeeld de bloeddruk zelf hoger wordt opgevoerd dan feitelijk het geval behoefde te zijn.

Fahrenkamp merkt op, dat sommige personen, vanaf het moment, dat zij gehoord hebben van hun verhoogde bloeddruk, een ziek hart menen te hebben. Dergelijke patiënten lijden meer onder hun angst en vrees dan onder de klinisch demonstrabele verschijnselen.

Tenslotte mogen wij er op wijzen, dat de hypochondrische vreesen niet alleen kunnen dienen tot een kanalisatie van meer of minder vage, vitale angstbelevingen, maar ook tot een rationalisatie van reeds eerder bestaande angsten.

2. Eigengeaardheid van het circulatiesysteem.

In het voorgaande hoofdstuk is de vectortheorie van Alexander ter sprake gekomen. Wij zagen, hoe de drie grondrichtingen of vectorqualiteiten (inlijven, uitdrijven, vasthouden), volgens welke men de emotionele impulsen psychologisch zou kunnen ordenen, simultaan in de physiologische organisatie van bepaalde gedeelten van het menselijk lichaam gegeven zijn.

Een consequentie van deze theorie is, dat zij slechts geldingskracht kan hebben voor orgaansystemen, welke in directe verbinding staan met de buitenwereld. Dit is het geval met het respiratoire, gastro-intestinale en urogenitale systeem. Deze orgaanstelsels staan in onmiddellijke wisselwerking met de buitenwereld, doordat zij ófwel een ingang, ófwel een uitgang, ófwel beide bezitten.

Algemeen gezegd, beschikken de zo even genoemde orgaansystemen over een poort, door welke een rechtstreekse, natuurlijke passage mogelijk is tussen het milieu intérieur en het milieu extérieur. Om deze reden kan men ze *open* noemen. Zij zijn immers gekenmerkt door een natuurlijke ontslotenheid voor de buitenwereld. Zij garanderen zodoende de levensnoodzakelijke, directe wisselwerking tussen mens en buitenwereld: zuurstofopname en koolzuurafgifte, inlijving van voedsel en uitscheiding van afvalstoffen. Tussen mens en wereld bestaat een onmiddellijke symbiose. Van de mens uit gezien, is er een onafgebroken kringloop van ontvangen (nemen), vasthouden en loslaten (geven). Er is sprake van een kringproces, dat men kortweg zou kunnen omschrijven als: inslikken van- en verstromen in de buitenwereld.

De openheid der genoemde orgaansystemen maakt een opheffen, respectievelijk een afreageren van spanningen mogelijk. Honger kan gestild, dorst kan gelest worden door toevoer van spijs en drank (centripetaal). Mictie-, defaecatie- en sexuele nood kunnen door lozing worden opgeheven (centrifugaal).

In psychosomatisch opzicht is de openheid van bijzonder belang. Mensen, die chronisch tegenspoeden te verduren hebben, met andere woorden: die „veel te slikken hebben”, kunnen soms luchtslikken (aerophagie) gaan vertonen. Personen, die iets psychisch „zwaar op de maag hebben liggen”, kunnen schijnbaar ongemotiveerd gaan vomeren (o.a. overmatig braken bij zwangerschapsafkeer). Chronische angstigen, die voortdurend zichzelf verliezen, kunnen letterlijk verstromen in de buitenwereld: angstdiarrhoea, angstincontinentie, angstzweet.

Waar openheid is, bestaat echter de mogelijkheid tot sluiting. Lijders

aan chronische constipatie kenmerken zich in de regel ook door een „geconstipeerde” levenshouding (retentiekarakter). Men denke verder aan verschijnselen als slikonvermogen, anorexie, dysurie, impotentie, vaginisme, waarvoor psychologische factoren in belangrijke mate verantwoordelijk kunnen zijn.

Welnu, dit alles is mogelijk, omdat de introjectieve, extrajectieve en conservatieve vectorqualiteiten der emotionele impulsen corresponderen met de physiologische organisatie van de genoemde orgaansystemen.

Zoeken wij tegen deze achtergrond de eigengeaardheid van het circulatiesysteem te bepalen, dan moeten wij vaststellen, dat het hart-vaatstelsel een *gesloten* systeem is. Hier is geen poort, welke rechtstreeks en volgens een natuurlijk vastgelegde organisatie vrije toegang verleent tot de buitenwereld²³. Zodra een dergelijke poort onder gewone omstandigheden tot stand komt, bij voorbeeld bij een opgelopen verwonding of bij een operatieve ingreep, spant men zich in om de uit haar bedding getreden bloedstroom te stelpen en de oorspronkelijke geslotenheid van het systeem weer te herstellen. Een blijvende ontslotenheid heeft de dood ten gevolge (doodbloeden).

Aangezien het circulatiesysteem een directe en vrije uitwisselingsweg met de buitenwereld ontbeert, kan er moeilijk sprake zijn van inlijven en uitdrijven in de zin, zoals dit bij de eerder genoemde orgaansystemen het geval was. Vandaar dat de vectortheorie van Alexander in zekere mate niet opgaat voor het circulatiesysteem.

De geslotenheid van het hart-vaatstelsel brengt met zich mee, dat spanningen, die in dit systeem gedurende langere tijd optreden, moeilijk een uitweg kunnen vinden. Bij langdurige of zeer heftige druk bestaat er een kans op verbreking der geslotenheid. In gevallen van chronische of ernstige bloeddrukverhoging kunnen dan ook neusbloedingen (epistaxis) en vaatscheuringen (met als gevolg haemorrhagie) optreden. Nog steeds vormt het aftappen van bloed een der bestrijdingsmiddelen van te hoge bloeddruk (het ouderwetse aderlaten). Door het bloedvolume te verminderen tracht men de intravasculaire spanning te verlagen.

Men kan zich afvragen, of de geslotenheid en de daarmee samenhangende geringe spuüingsmogelijkheid van het circulatiesysteem niet enig licht werpen op de hardnekkigheid van de essentiële hypertensie, evenals op het niet aflatende gespannenheidsgevoel, dat haar lijders zo zeer ken-

²³ Wel heeft ook het circulatiesysteem zijn toegangswegen tot de buitenwereld (permeabiliteit der vaatwanden), doch deze zijn van andere aard dan die, welke wij hier op het oog hebben.

merkt. In dit geval zou de chronische, psychosomatische gespannenheid, welke zo typisch is voor de essentiële hypertensielijder, door de eigengeaardheid van het cardiovasculaire systeem mede ondersteund en gefixeerd worden.

Deze opvatting vindt misschien nog een aanknopingspunt in een andere trek van het circulatiesysteem.

Hart en vaten zijn namelijk *niet willekeurig te beïnvloeden*. Een wilsact is niet in staat deze organen rechtstreeks te bereiken of te reguleren. Het respiratoire, gastro-intestinale en urogenitale systeem zijn daartegenover wèl tot op zekere hoogte en in bepaalde opzichten voor willekeurig ingrijpen vatbaar. Ik kan naar believen mijn adem inhouden, diep (langzaam) of oppervlakkig (snel) ademen, zuchten, blazen en snuiven. Ik kan mijn faeces of urine ophouden tegen een bestaande drang tot defaeceren en urineren in; ik kan echter ook mijn excretorische functies in gang zetten, zonder dat een bepaalde drang mij daartoe noopt. Ook het orgasme, waarop de sexuele opwindning aanstuurt en waarin zij haar climax bereikt, kan ik uitstellen. Het willekeurig teruggeven van de maaginhoud (vomer) behoort niet tot de zeldzaamheden. Ik kan bovendien bepalen, wat er in mijn maag terecht zal komen (voedselkeuze).

Bij hart en vaten is iets soortgelijks niet mogelijk. De snelheid van de bloedstroom, het ritme van de hartslag, het bloedvolume, de bloeddruk, de bloedverdeling, de bloedsamenstelling, de vasomotoriek, dat alles ontsnapt aan mijn willekeur. Men kan daarom zeggen, dat hart en vaten ook in dit opzicht een *gesloten* systeem vormen. Met onze wil kunnen wij er niet rechtstreeks bij. Wij staan er machteloos tegenover. De essentiële hypertensiepatiënt heeft dus ook niet de mogelijkheid om zijn gespannenheid langs deze weg direct-willekeurig te mitigeren. Deze doorleefde onmacht versterkt zijn angst en daarmee zijn gespannenheid. Hij heeft het gevoel een speelbal te zijn van machten, welke aan zijn contrôle ontsnappen. En dit is des te meer het geval, aangezien het cardiovasculaire systeem in de beleving juist zo bijzonder *ik-nabij* is. Ziedaar het paradoxale aspect van dit orgaanstelsel: *wij zijn er binnen en toch er buiten*.

Volledigheidshalve moet er nog op gewezen worden, dat binnen de geslotenheid van het circulatiesysteem verschillen bestaan in de richting van de bloedstroom. Het bloed kan zich bewegen naar de buitenwereld toe (stroming naar de lichaamsperiferie) en van de buitenwereld af stroming naar de inwendige organen). Klencke²⁴ merkt reeds op: De

²⁴ System der organischen Psychologie, op. cit. p. 177.

aanblik van een geliefd object drijft grote bloedmassa's naar de periferie van het lichaam, „als wolle unser Blutleben sich liebeich gegen die Aussenwelt stürzen“, terwijl bij schrik, bij de aanblik van vijandelijke objecten ons eigen bloed ineenkrimpt en wegkruipt vanuit de lichaamsperiferie naar de inwendige organen. Aldus neemt het gesloten circulatiesysteem deel aan het stelling nemen van de persoon in de situatie.

2. Lichaamsbouw en circulatiesysteem.

Hippocrates leert, dat dikke en korte mensen, bij wie dus in de lichaamsbouw de breedte-ontwikkeling domineert over de lengte-ontwikkeling, speciaal geprepareerd zijn tot het krijgen van een be-roerte. Daarom noemde hij deze lichaamsbouw : de apoplectische habitus. Bij wie het lichaamssap „bloed“ overheerst, spreekt de Hippocratisch-Galeense temperamentsleer van „sanguinicus“. De sanguinicus is lichamelijk gekenmerkt door een dominantie van het ademhalings- en bloedsomloopstelsel, evenals van het borstkassegment ; psychologisch door een neiging tot expansie, opgewektheid en onrust.

In zijn „De temperamentis“ brengt Galenus naar voren, dat mensen, die nauwe venen hebben, koud en dik zijn, terwijl daarentegenover zij, die wijde venen hebben, warm en mager zijn.

In onze tijd komt de Amerikaan Sheldon²⁵ tot soortgelijke opvattingen. Hij onderscheidt onder meer het mesomorphe type, dat gekenmerkt wordt door een overwegen van het spier- en beenderenstelsel, het domineren van het borstkasvolume over het buikvolume, forse romp, vierkante ge-laats- en lichaamsbouw. Psychologisch beantwoordt aan dit somatische type de somatotonie, gekenmerkt door: drang tot actie, machtontplooiing, strijd en agressie. De somatotoon kent noch rust noch ledigheid. Langdurige en afmattende werkzaamheden schrikken hem niet af. Hij is energiek en sportief. Hij is een gewoonte- en principemens. Zijn gemoedsleven is cyclisch: neerslachtigheid, opgewektheid en opgewondenheid wisselen elkaar af. Volgens Sheldon lijdt het mesomorphe, somatotone type bij voorkeur aan hoge bloeddruk en sterft dikwijls plotseling door een be-roerte of een aandoening van hart en vaten.

Volgens Viola (Italiaanse school) vertoont het korte, horizontale type, dat morphologisch gekenmerkt wordt door een dominantie van de romp over de lengte der ledematen, een neiging tot arteriële hypertensie. Het temperament van dit type is cyclothym.

²⁵ The varieties of human physique. New York-London 1939 ; The varieties of temperament, New York-London 1942.

Het musculaire type van Sigaud (Franse school) is speciaal ontvanke-lijk voor ziekten van huid, spieren, gewrichten, beenderen en hart. In de regel vat men het zó op, dat de orgaansystemen, welke ten opzichte van de overige lichaamssegmenten een relatieve dominantie vertonen, bij voorkeur de sedes morbi zijn (zie Roston, Mac Auliffe, Carton e.a.).

Wat de constitutietypen van Kretschmer (Marburgse school) betreft, heeft Catsch ²⁶ aan de hand van uitgebreid materiaal kunnen vaststellen, dat de bloeddruk bij pycnici in het algemeen hoger is dan bij leptosomen.

In vergelijking met de andere constitutietypen komt blijvende bloeddrukverhoging in overwegende mate bij pycnici voor. Dit blijkt uit de onderstaande tabel, die wij aan Kretschmer ²⁷ ontleen en die steunt op statistieken van Hanse, Wiedemann en Huttmann.

Prozentanteil der
Konstitutionstypen am krankhaften Bluthochdruck.

	Hanse 140 Fälle in %	Wiedemann 441 Fälle in %	Huttmann 222 Fälle in %
Pykniker	53.6	74.8	52
Leptosome (Astheniker)	18.6	19.3	30
Athletiker	4.3	5.9	3.3
Dysplastisch	20.0	-	-
Unbestimmt	3.5	-	15

Diether Anders ²⁸ (Marburgse school) heeft een onderzoek gepubliceerd betreffende bloed en bloedsomloop bij volledig gezonde en zuivere constitutietypen. Het materiaal omvatte 36 mannelijke proefpersonen, bestaande uit 16 leptosomen (doorsneeleeftijd 31 jaar), 11 pycnici (doorsneeleeftijd 30 jaar) en 9 atletici (doorsneeleeftijd 28 jaar). Ons interesseren hier vooral de bevindingen aangaande de bloedsomloopfunctie.

De proefopstelling was als volgt. Na 10 minuten volledige rust werden pols en bloeddruk in liggende houding gemeten. Daarna moesten de proefpersonen een inspannende prestatie verrichten, namelijk tien maal snel achter elkaar een kniebuiging maken. Was deze prestatie verricht,

²⁶ Zur menschlichen Vererbungs- und Konstitutionslehre, 25, 1941.

²⁷ Körperbau und Charakter, 20e Aufl., Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1951, p. 112. De getallen van Wiedemann moeten wat lager genomen worden, aangezien geen procenten werden uitgerekend voor dysplastici en onbepaalde vormen

²⁸ Blutuntersuchungen und Kreislauffunktionsprüfungen an gesunden Konstitutionstypen, in Ein Querschnitt durch die Arbeit der Tübinger Nervenklīnik, Ernst Kretschmer zum sechzigsten Geburtstag. Berlin-Göttingen-Heidelberg 1949, p. 148—164.

dan werden opnieuw pols en bloeddruk opgenomen en wel vier keer, te weten : onmiddellijk na de prestatie, vervolgens één, twee en drie minuten na de prestatie.

Wat de polsfrequentie betreft, werd als resultaat verkregen, dat de stijging en daling van de polsslagcurve bij de atletici het steilst was, daarna kwamen de pycnici en na deze de leptosomen.

Aangaande de bloeddruk werd vastgesteld, dat de atletici een steile stijging en snelle daling tot onder de uitgangswaarde vertoonden ; de leptosomen hadden niet zo'n sterke stijging en daling als de atletici en bereikten bij lange na niet de uitgangswaarde ; de pycnici vertoonden een vlak stijgend en dalend verloop, terwijl zij de uitgangswaarde niet helemaal bereikten.

Op grond van deze experimentele bevindingen trekt Anders de conclusie, dat ieder der drie constitutietypen een *eigen genotypisch vastgelegd vaatpatroon* bezit. Pols- en bloeddrukcurve wijzen bij de pycnici op een sympathicotrope tendenz, terwijl de leptosomen en atletici meer naar de vagotone zijde neigen. De verhoogde sympathicustonus en de habitueel hoger liggende bloeddruk reeds bij de jonge pycnici maken een gemiddeld sterkere slijtage van de bloedvaten begrijpelijk. De arteriosclerose komt dan ook overwegend voor bij pycnici. Ofschoon de atletici naar de vagotrope zijde neigen, reageren zij op inspanning vergende prestaties aanzienlijk sterker dan de pycnici. Dit brengt Anders in verband met de bijzondere krampbereidheid der atletici (Kretschmer heeft gewezen op de dispositie van atletici tot epilepsie).

Robinson en Brucer²⁹ bestudeerden de verzekeringsrapporten van 3658 mannen en vrouwen. Zij constateerden, dat hypertensie zeven maal méér voorkwam bij het *brede* (horizontale) dan bij het *lineaire* (verticale) lichaamsbouwtype.

Dunbar voegt hieraan toe, dat dit in algemene overeenstemming is met haar observaties, maar zij heeft de indruk, dat, wanneer de hypertensie voorkomt bij iemand van het lineaire type, het ziekteverloop sneller het maligne stadium bereikt. Dit laatste knoopt aan bij de sinds lang bestaande onderscheiding van rode en bleke bloeddruk³⁰, waaraan parallel loopt de onderscheiding van rode woede (*colère rouge ou expansive*) en bleke woede (*colère pâle ou spasmodique*)³¹. De bleke woede is kwaad-

²⁹ Range of normal blood pressure, Arch. Int. Med. 64, 1939, 409.

³⁰ Zie Volhard, F.: Der arterielle Hochdruck. Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. inn. Mediz. München 1923, p. 134—184.

³¹ Zie Descuret, J.: La médecine des passions, Liège 1844, 5e ed. p. 237.
Dumas, G.: Nouveau Traité de Psychologie. Vol. II, p. 381—386, Vol. III, p. 184—193.

aardiger, omdat de uitbarsting wordt uitgesteld en zich een chronische woedetoestand ontwikkelt, welke in haat en wrok kan resulteren.

Ter afsluiting refereren wij de zienswijze van Prick³² :

„Constitutioneel bezien en in termen van temperamentsleer uitgedrukt, behoort de essentiële hypertensiepatiënt tot het hyperthyme-sanguinische-actieve type. Deze genotypisch bepaalde aanleg brengt met zich mee een zekere blijmoedigheid en opgewektheid, benevens een behoefte om op hartelijke en liefdevolle wijze bejegend te worden”.

Dit beknopte en onvolledige overzicht moge er mede toe dienen om nogmaals te waarschuwen tegen pogingen om de essentiële hypertensie *uitsluitend* psychogeen te verklaren. Een dergelijke verklaringspoging is niet acceptabel, want zij houdt onvoldoende rekening met de pluricondionaliteit van de levens- en ziekteverschijnselen bij de mens. Wij kunnen slechts vragen : *in hoeverre* psychogeen, *in hoeverre* somatogeen. Het gaat steeds om een psychosomatische aetiologie, *binnen* welke accentverschuivingen naar de ene of de andere zijde zich voordoen. Vandaar dat het alternatief, waarvoor men zich hier geplaatst ziet wellicht het best aldus te formuleren is : *in hoeverre psychosomatogeen, in hoeverre somatopsychogeen*³³.

4. Woede en circulatiesysteem.

Bestaat er een min of meer bijzondere samenhang tussen woede en circulatiesysteem? Juister gezegd : sluit de woede circulatorische veranderingen als lichamelijke voorkeurscomponenten in ? Deze vraagstelling vindt haar grond in het feit, dat de meeste onderzoekers verdrongen agressiviteit als de voornaamste ontstaansfactor van de essentiële hypertensie beschouwen.

Dat woede bij voorkeur circulatiewijzigingen impliceert, blijkt reeds uit vóórwetenschappelijke waarneming en dagelijks spraakgebruik.

Van iemand, die woedend is, zegt men : hij ziet rood, bleek, wit, paars van woede ; hij is rood aangelopen, zijn bloed kookt van woede, zijn aderen zwellen op en puilen uit zijn hoofd, het bloed joeg hem door de aderen, zijn aderen kloppen en liggen op zijn huid (toornaderen), dat heeft kwaad bloed bij hem gezet (*böses Blut machen, se faire du mauvais sang*) ; als hij niet oppast, krijgt hij nog een bloeditstorting in zijn her-

³² Het ziel-lichaamprobleem der wijsbegeerte en de psychosomatische geneeskunde, op. cit. p. 136.

³³ Voor de betekenis van de lichaamsconstitutie raadplege men onder meer het overzichtelijke boek van S. van Veen : Het kind en zijn somatopsychische fundering, 's-Gravenhage 1949.

sens; denk aan je bloeddruk! Woedend zijn is een toestand van verhit zijn en drift, vandaar: heetgebakerd, heetlopen, heethoofdig, heethoofd, warmbloedig (heiszbütig), het onbeheerst opkolken van woede. Het in daden uiten van de woede doet de verhitheid afnemen: zijn woede koelen. Zonder drift en opwinding is dan: in koelen bloede, koelbloedig, het hoofd koel houden, koudbloedig.

Voor ons is verder van betekenis te noteren, dat bloed de idee van geweldpleging oproept: bloedvergieten, bloedbad, bloedhond, bloedige strijd, er kleeft bloed aan zijn handen, met bloed doorlopen ogen, bloed-dorstig, met bloed bedekt, iemand het bloed onder de nagels weghalen (oorspronkelijk: hem de duimschroeven aanzetten), hij zal er voor moeten bloeden, bloedraad, bloeddoop, bloedgeld, bloedprijs, in bloed baden, bloedplas, bloed willen zien, bloedschuld, bloedgetuige, bloedwraak, iemand een bloedneus slaan, het bloed spoot hem uit neus en mond, bloedzuiger, bloedsporen. Zowel bij gevechten als slachten speelt het bloed mee.

Tenslotte stroomt bloed door de aderen. Bloed ligt gevangen in de aderen, het beweegt zich voort door een gesloten buizensysteem: het aderstelsel. Ader betekent ook de oorsprong of bron, waaruit iets opwelt: dichtader, goudader, waterader (zoals we straks nog zullen zien, is de woede een typisch opwellende gemoedstoestand)³⁴.

Heyer³⁵ spreekt van de *animale* levenssfeer van het bloedleven. De circulatie is „reines Geschehen in meinem Innern”. Er is geen verbinding hier tussen buitenwereld en ik. Deze sfeer wordt verzinnebeeld door de dieren, die zich op aarde voortbewegen. Ook het bloed beweegt zich voort. Stromend bloed is het principe van beweging en onrust. Men zou er aan toe kunnen voegen: evenals het bloed aan de stroombedding der aderen gebonden is, zo is ook het dier aan zijn Umwelt gebonden. De animale sfeer is de sfeer van de hartstochten, de emoties, de affecten, de driften, het temperament, kortom het is de sfeer van de drangwereld. Vooral sexuele- en machtsconflicten kunnen volgens Heyer circulatiestoornissen in het leven roepen. Aldus legt Heyer de nadruk op het bloedleven als drager van het dynamisch-animale, dat zich in de woedetoestand wel op een bijzondere wijze openbaart.

De samenhang van woede en circulatiesysteem blijkt ook uit de dierexperimenten van Cannon, welke hem tot de opvatting brachten, dat de „sympathico-adrenal pattern” in woede- of angstverwekkende situaties een homeostatische noodmaatregel van het organisme was, die het indi-

³⁴ Zie de Witte, op. cit. p. 74 e.v.

³⁵ Organismus der Seele, München-Berlin 1937, p. 29 e.v.

vidu mobiliseerde tot onmiddellijke actie : aanvallen of vluchten. Dit voert ons tot een nadere beschouwing van woede en autonoom zenuwstelsel.

Alexander is van mening, dat agressieve impulsen meer de sympathische banen prikkelen (essentiële hypertensie), de regressieve impulsen daarentegen meer de parasymphatische banen (ulcus ventriculi).

De op de morphologie, de endocriene constitutie en het temperament gebaseerde typologie van de Italiaan Nicola Pende (leerling van Viola) is in dit verband vermeldenswaard.

Het is niet zozeer de typologie zelf, die ons hier interesseert, als wel de karakterisering, die Pende geeft van het sympathische en parasymphatische zenuwstelsel. De sympathicus noemt hij dat deel van het zenuwstelsel, dat in dienst staat van de verdediging en van de relatie met de buitenwereld. De parasymphaticus noemt hij dat deel, hetwelk de groei, de voedseldepositie en de turgor der weefsels bevordert. Hetzelfde vinden we bij Hess, v. Wyss, Weinberg e.a. De sympathicus ontvouwt een *ergotrope* werking, vertegenwoordigt het op prestatie gerichte principe van het vegetatieve zenuwstelsel. De parasymphaticus ontplooit een *histotrope* werking, vertegenwoordigt het op restitutie of weefselontlasting gerichte principe en waarborgt zodoende de instandhouding van het organisme. Op deze wijze krijgen sympathicotone verschijnselen (bloeddrukverhoging) het uitdrukingskarakter van een hartstochtelijke strijd om de zelfhandhaving. Parasymphaticotone verschijnselen (versterkte darmperistaltiek, urineerdrang, flauw vallen) krijgen daartegenover het uitdrukingskarakter ener weerstandsloze zelfopgave.

Neurofysiologisch gezien sluit de woede een sympathicotonie in. Dit is thans meer inzichtelijk geworden, nu de eigeengeardheid van de sympathische functiewijze nader is bepaald.

Er blijken derhalve verschillende argumenten aan te voeren voor het bestaan van een innerlijk voorkeursverband van woede en bloedcirculatieverhoudingen. Hoe kan men dit nu het best formuleren? Wij menen als volgt : iedere emotie grijpt de *gehele* mens aan en impliceert als haar normale, somatische component een functionele verandering van alle vegetatief geïnnerveerde en gereguleerde organen of orgaansystemen. Al naar gelang de aard der emotie echter heeft er een meer sterke en meer langdurige functieverandering plaats in één bepaald orgaan of orgaansysteem, terwijl de functionele wijzigingen in de andere organen of orgaansystemen niet afwezig zijn, maar wel minder op de voorgrond treden. Schrik en angst grijpen de gehele mens aan, maar in het bijzonder de darmen (diar-

rhoea, constipatie, flatulentie e.d.). Een sterk tederheidsverlangen grijpt de gehele mens aan, maar speciaal de maag (sluiting van de maag, versterkte motorische en secretorische functie van de maag). Woede grijpt de gehele mens aan, maar heeft als bijzondere vegetatieve component een vasospasmus, een krampen van de bloedvaten. Chronisch verdrongen woede heeft als vegetatieve component een chronische vasoconstrictie met als gevolg een chronische bloeddrukverhoging.

Vragen we ons tenslotte af : wat is woede ?

Onder woede of toorn verstaan wij een defensieve, affectomotorische, plotselinge uitbarsting van protest in reactie op een actueel ondervonden, herinnerd, vermeend of verwacht onrecht. Woede *kan* uitmonden in agressie en destructie, doch *hoeft* dit niet. De typische tijdsvorm van de woede is het plotselinge : de woede welt in eens op, in tegenstelling tot de haat, die geleidelijk aan groeit in de tijd.

Verder is aan de woede een heftige, motorische uitingsdrang eigen, die opnieuw aan de haat ontbreekt. Tenslotte is de woede van korte duur (Horatius : *ira furor brevis*).

Hoe is nu de verschijningswijze van de in woede verkerende mens ?

In *motorisch* opzicht bestaat er een gerichtheid van alle bewegingen naar buiten : excentrische bewegingsrichting.

In de regel is deze excentrische bewegingsrichting een voorwaartse. Men brengt hoofd en lichaam naar voren, soms worden de lippen vooruitgestoken. Vervolgens kan men een hypermotorisch gedragsbeeld vaststellen : woordenvloed, op de grond stampen, zwaaien met gebalde vuisten, smijten met voorwerpen e.d. Het hyperkinetische beeld van de woede kenmerkt zich door : a) snel tempo, b) disharmonische, korte, maar heftig-nadrukkelijke bewegingen (gebroken en ruksgewijs bewegingsverloop), c) grofheid : wegval van differentiërende afstemming der bewegingen, d) explosieve spanning.

In *vegetatief* opzicht is er eveneens sprake van een excentrische tendenz. Het bloed stijgt naar het hoofd, dringt naar de lichaamsperipherie : rood worden van woede, wat gepaard gaat met een zintuigelijk gevoel van verhitting : in woede ontsteken, ontbranden, ontvlammen, koken van woede. De bloedvaten van hoofd en hals zetten uit en tekenen zich af onder de huid. Het hart bonst wild. De huid zwelt op. De borstkas zet zich uit. De ogen puilen uit en raken bloeddorlopen : de ogen vlammen of fonkelen van woede. De neusvleugels verwijden zich. Bij zeer intense woede schuimt de mond of treedt speekselvloed op. De ademhaling ver-

snelt, verloopt stootsgewijs en is duidelijk hoorbaar : hijgen van woede. De haren rijzen ten berge. Er is een hypertonie van het spierstelsel : beven, trillen van woede.

Wat het *gemoedsleven* betreft, kan men dezelfde excentrische tendenz vaststellen. Men voelt zich innerlijk opgeblazen en opgezwollen (zich dik maken, gebelgd, verbolgen). Men ervaart de woede als een „Wallung“, die naar boven en naar buiten dringt. De woede welt plotseling op, overstroomt de persoon en desorganiseert hem. Zowel zijn verhouding tot de buitenwereld als tot zijn eigen lichamelijke raakt gestoord. De persoon is psychosomatisch gevangen in de greep van de woede: de woede *heeft* hém.

Volgens Kant is de woede sthenisch. Er is een versneld voorstellingsverloop, een versterkte dispositie tot handelen, een activering der levensfuncties en een vermeerdering der spierkracht; het richtingsbewustzijn is: zich-keren-tot.

Ribot noemt de woede een enkelvoudig gevoelen in tegenstelling bij voorbeeld tot de jaloersheid, waarin liefde, gekrenkt zelfgevoel en woede versmolten zijn. Jaloersheid is derhalve een samengesteld gevoelen. Adler rekent de woede tot de scheidende affecten: er is immers een doorbréking van de liefdevolle, tussenmenselijke verbondenheid.

Buytendijk³⁶ vestigt onder meer de aandacht op het tonische aspect van de woede. Vreugde, schrik, ergernis en woede zijn tonische gemoedstoestanden, maar de tonus of spanning is verschillend. Bij vreugde is de spanning elastisch als van een boog ; bij schrik is de spanning eigenlijk een verstijving ; bij ergernis is een onrustige spanning ; bij woede is een expansieve spanning als van een stoomketel. Volgens Klages is de woede een actief gevoelen, waarin het aandriftaspect meer op de voorgrond treedt dan het stemmingsaspect.

Sluiten wij thans dit onderdeel af met enkele vaststellingen.

Verschillende argumenten spreken voor de opvatting, dat woede bij voorkeur functieveranderingen van het circulatiesysteem impliceert.

Woede is een excentrische, explosief-gespannen gemoedsbeweging.

De omstandigheid, dat juist een zo excentrische, expansieve gemoedsbeweging als de woede bij voorkeur functiewijzigingen impliceert van het gesloten en weinig spuiïng biedende circulatiesysteem, werpt enig licht op de bijzondere gespannenheid, welke de woede als psychosomatische entiteit eigen is.

³⁶ Algemene theorie der menselijke houding en beweging. Utrecht-Antwerpen 1948, pag. 353.

5. Musculatuur en essentiële hypertensie.

De essentiële hypertensie berust op een primaire contractie van de gladde wandspieren der arteriolen. De lijder aan essentiële bloeddrukverhoging, voor wie een chronische gespannenheid zo bijzonder karakteristiek is, vertoont in de regel niet slechts een hypertonie van de gladde spieren in het algemeen en van de arteriolaire wandspieren in het bijzonder, maar ook van de dwarsgestreepte skeletspieren. Dit betekent derhalve, dat zowel het willekeurige als het onwillekeurige spierstelsel zich in een toestand van hypertonie bevinden.

Wat het onwillekeurige spierstelsel betreft, willen wij nog wijzen op de bij lijders aan essentiële hypertensie vaak voorkomende neiging tot darm spasmen (constipatie). Zoals bekend fungeert deze neiging dikwijls als de somatische component van een spastische levenshouding (retentiekarakter).

Dat de tonus der dwarsgestreepte spieren in aanzienlijke mate afhankelijk kan zijn van psychologische factoren, is voldoende bekend³⁷. De atonie van de depressieve en de hypertonie van de levensblijde mens valt ook voor de ongeschoolde waarnemer gemakkelijk te constateren. De werken van E. Jacobson (*Progressive relaxation*, Chicago 1938) en J. H. Schultz (*Das autogene Training*, Leipzig 1932) evenals de resultaten van de Yogatechniek spreken in dit opzicht duidelijke taal.

Men vat de tonus der skeletspieren op als een psychosomatische grenslijn tussen innerlijke drangwereld en buitenwereld. De rol van de spier-tonus komt vooral daar aan het licht, waar aggressieve acties, gericht tegen de buitenwereld, worden ingehouden. In dit geval ontstaat een verhoogde spier-tonus, welke het dóórbreken van aggressieve impulsen tot daden van agressie tegengaat.

Volgens Dunbar³⁸ is de musculaire hypertonie een component van een algemene verdedigingsinstelling. De lijder aan essentiële hypertensie vertoont zowel psychologisch als fysiologisch een algemene houding van op zijn hoede zijn, van defensiviteit ten aanzien van zijn aggressieve impulsen. Dunbar merkt verder op, dat, wanneer de lijder aan primaire bloeddrukverhoging gevraagd wordt zich musculair te ontspannen, er veelal een „welling up of emotion” optreedt. Soms wordt hij twistziek en neigt hij tot vechten, evenals tot het krijgen van ongelukken (accident-proneness).

³⁷ Men raadplege onder meer : Wallon, H. : *Les origines du caractère chez l'enfant*, Paris 1949, 2e ed., Hoofdstuk VI en VIII.

³⁸ *Psychosomatic Diagnosis*, op. cit. p. 53 e.v.

Hieruit blijkt dus, hoe de spiertonus een rol speelt in het kader van de habituele defensie van de persoon.

De psychoanalytisch georiënteerde karakteroloog Wilhelm Reich³⁹ vat de spiertonus op als een *pantser*, waardoor het ik zich beveiligd tegen een al te directe en brute ontlading, zowel van agressieve en seksuele impulsen als van zich opdringende angstgevoelens.

Tenslotte komen we ook hier in aanraking met de constitutie.

Volgens Kretschmer⁴⁰ hangen de tonusregulaties van het gestreepte spierstelsel, het autonome zenuwstelsel en de affectieve reageerbaarheid ten nauwste met elkaar samen. Tonusverschillen zijn even belangrijke determinanten van de fundamentele persoonlijkheidstypen als de variaties in lichaamsbouw en psychomotoriek.

V. Psychotherapie van lijdens aan essentiële hypertensie.

Naast de medicamenteuse, diëtetische en neurochirurgische therapieën begint tegenwoordig onder invloed van de psychosomatische zienswijze de psychologische behandelingsmethode ingang te vinden. Dat psychologische factoren een rol moesten spelen in de behandeling van lijdens aan essentiële hypertensie, blijkt uit de door meerdere onderzoekers — onder wie Ayman⁴¹, Fahrenkamp⁴², Menninger⁴³ — opgedane ervaring, dat met de meest uiteenlopende medicamenten en methoden in meerdere of mindere mate succes kan worden verkregen.

Wij volstaan met Fahrenkamp te citeren :

„Ich möchte mit Mohr aus meinen Beobachtungen annehmen, dass ein grosser Teil unserer therapeutischen Versuche, Kranke mit erhöhtem Blutdruck im Sinne der Blutdruckniedrigung zu behandeln, auf der von Mohr geschilderten *primären psychischen* Wirkung der angewandten Methode beruht, sonst wäre es nicht verständlich, dass wir, gleichgültig welche Methode wir anwenden, grundsätzlich immer wieder dasselbe in den Blutdruckkurven wiederfinden . . . Denn ich sah die gleichen Kurvenbilder auch bei Kranken, die unter ganz anderen Bedingungen beobachtet und behandelt wurden“.

Het behoeft geen betoog, dat in iedere somatotherapeutische beïnvloeding de psychologische factor mede een rol speelt. Het is bekend, hoe

³⁹ Charakteranalyse, Wien 1933.

⁴⁰ Der Tonus als Konstitutionsproblem. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 171, 1941, 401—407.

⁴¹ An evaluation of therapeutic results in essential hypertension, Journ. Am. Med. Ass. 95, 1930, p. 245.

⁴² Die psychophysischen Wechselwirkungen bei den Hypertonieerkrankungen, op. cit. p. 112, 120.

⁴³ Emotional factors in hypertension, Bull. N. Y. Acad. of Med. 14, 1938, 198—211.

deze factor, welke men pleegt aan te duiden als suggestie, persuasie, be-
moediging, geruststelling, vertrouwen, geloof, van invloed is op de behan-
delingsresultaten. De omstreeks 1920 te Gallspach werkzame kwakzalver
Valentin Zeileis wist door zijn geheimzinnige electrotherapie bij velen,
die hem consulteerden, een bloeddrukverlaging te bewerkstelligen⁴⁴.

Pogingen om langs suggestieve en hypnotische weg een bloeddrukdaling
teweeg te brengen zijn veelvuldig ondernomen. Het is algemeen bekend,
hoe een op suggestieve wijze gegeven geruststelling reeds een effect in
deze richting kan heben. Schultz deelt mede, dat hij met zijn methode van
de autosuggestieve ontspanning al in één trainingszitting niet zelden een
aanzienlijke bloeddrukdaling zag optreden. Volgens de ervaring van Kos-
ter⁴⁵ is een hypnotische behandeling, gecombineerd met een kalme, ge-
regelde werkring, voor bloeddrukpatiënten een goed middel om de bloed-
druk in sommige gevallen naar beneden te krijgen, in andere, waar dit niet
lukt, de klachten te verminderen. Stokvis⁴⁶ vond onder andere, dat ge-
durende de hypnose de bloeddruk van hypertensielijders aanmerkelijk zakt
en dat deze bloeddrukverlaging na enige hypnosen zeker wekenlang blijft
bestaan.

Men zal intussen niet uit het oog mogen verliezen, dat het hier om een
symptomatische psychotherapie gaat, die in de regel slechts een tijdelijk
resultaat oplevert. Dit houdt geen verwerping in van deze methodieken,
in tegendeel, zij vormen een bestrijdingsmiddel, dat in bepaalde gevallen
onontbeerlijk is.

Over de resultaten van de dieptepsychologische behandelingsmethoden
bij lijdens aan essentiële hypertensie staan ons nog in onvoldoende mate
gegevens ter beschikking. Statistieken of samenvattende verslagen, die op
groot materiaal betrekking hebben, ontbreken — voor zover ons bekend is
— tot nu toe. Wel treft men casuïstische mededelingen aan, die getuigen
van met geheel of gedeeltelijk succes bekroonde, dieptetherapeutische
bemoeïningen.

Zo boekte Schwartz⁴⁷ een positief resultaat bij een 41-jarige lijder
aan essentiële hypertensie door toepassing van de psychoanalytische be-
handelingsmethode. Met behulp van kathartische psychotherapie verkreeg

⁴⁴ Zie Liek, E.: *Das Wunder in der Heilkunde*. München 1931, p. 73—92, 142—143.

⁴⁵ *Leerboek der hypnose*, Amsterdam 1938, p. 148—152.

⁴⁶ *Hypnose, psyche en bloeddruk*, Lochem 1937.

⁴⁷ *An analysed case of essential hypertension*, *Psychosom. Med.* 2, 1940, 468—486.

Hill⁴⁸ een gunstig effect bij een 32-jarige patient. Alexander⁴⁹ wenst nog geen definitieve conclusies te trekken uit zijn psychoanalytisch-therapeutische bevindingen bij een 47-jarige lijder, hoewel er gedurende de laatste acht maanden van de analyse een langzame, doch besliste bloeddruk-daling was vast te stellen. Op grond van zeven gevallen komt Saul⁵⁰ tot het inzicht, dat de emotionele problematiek zich diep in deze patienten heeft vastgezet, zodat de psychotherapeut hier niet voor een gemakkelijk opgave staat. Hij geeft als zijn mening te kennen :

„that psychoanalytic treatment has at least some effect in reducing or arresting the progress of the hypertension in these cases, but it is too early to draw definite conclusions as to the therapeutic results”.

Positieve resultaten worden o.m. nog vermeld door Schimmenti⁵¹, Weiss⁵² en Dunbar. Groen⁵³ beschrijft een 37-jarige patient met maligne hypertensie, welke zich had ontwikkeld in aansluiting aan een hevige emotionele conflictsituatie, waaruit de patient niet in staat was zich te bevrijden. Na toepassing van praefrontale leukotomie volgens Freeman, welke operatie geen rechtstreekse invloed had op de bloeddruk, werd de patiënt toegankelijk voor psychotherapie, met behulp waarvan het mogelijk werd hem uit zijn conflictsituatie te bevrijden. Hiermede ging gepaard een daling van de systolische en diastolische bloeddruk en andere klinische verbeteringen.

Het merendeel der onderzoekers is minder optimistisch gestemd. Sommigen berichten alleen een tijdelijke vooruitgang. Anderen constateren wel een blijvende verbetering in de zin van een permanente bloeddrukverlaging, ofschoon de bloeddrukhoogte zelf toch nog boven het normale peil blijft. Weer anderen wijzen er terecht op, dat, ook al blijft de hypertensie bestaan, psychotherapie verlichting kan brengen in de subjectieve klachten en een meer evenwichtige, intrapsychische toestand kan bewerkstelligen door een betere aanpassing van de patiënt aan zichzelf, zijn ziekzijn en zijn omgeving. Gildea verklaart ronduit, dat psychotherapie, zowel „brief flexible psychotherapy” als psychoanalyse, weinig effectief

⁴⁸ Psychoanalytic observation on essential hypertension, *Psychoanal. Rev.* 22, 1935, 60—64.

⁴⁹ Psychoanalytic study of a case of essential hypertension, *Psychosom. Med.* 1, 1939, 139—152.

⁵⁰ Hostility in cases of essential hypertension, *Psychosom. Med.* 1, 1939, 153—161.

⁵¹ A case of hypertension improved by psychotherapy, *Psychoanal. Rev.* 28, 1941, 188—200.

⁵² Psychosomatic aspects of hypertension, *Psychiatr. Quart.* 15, 1941, 284—295.

⁵³ Maligne hypertensie, behandeld met praefrontale lobotomie en psychotherapie. *Ned. Tijds. v. Geneesk.* 95, III, 32, 1951, 2336—2344.

is bij lijdens aan chronische bloeddrukverhoging vanwege hun praegenitale en constitutionele anomalie ⁵⁴. Allison en Gordon ⁵⁵ formuleren hun zienswijze aldus :

„It would seem, that to be effective in hypertensive conditions psychotherapie must take the form of fairly deep analysis”.

In ieder geval kan men veilig besluiten, dat de essentiële hypertensie in de meeste gevallen een hardnekkig lijden blijkt te zijn ten aanzien van psychotherapie. Dit zal ook wel een verklaring vormen voor de omstandigheid, dat wij beter zijn ingelicht omtrent psychotherapeutische successen bij ziekten zoals ulcus ventriculi et duodeni, asthma bronchiale, colitis ulcerosa, bepaalde dermatosen. Als de tekenen niet bedriegen, schijnt de verkorte psychotherapie van Alexander en French ⁵⁶ speciaal bij lijdens aan psychosomatische ziekten gunstige perspectieven te openen. Het lijkt ons ook belangwekkend om na te gaan, of eventueel de Individual-psychologische behandelingsmethode bij essentiële hypertensiepatiënten in zekere opzichten geïndiceerd zou kunnen zijn. Immers in het centrum van het Adlerse stelsel staat het geknotte machtsstreven, dat — volgens de huidige bevindingen — de psychodynamische ondergrond van de primaire bloeddruklijder in zo bijzondere mate kleurt. De met dit geknotte machtsstreven innerlijk samenhangende momenten zoals het meerwaardigheidscomplex, d.i. een overgevoeligheid voor narcistische krenkingen ; het verstrikt raken in rivaliteitsverhoudingen ; het mannelijk protest als de uitdrukking van een geforceerd streven naar masculine dominantie en sterkte in antwoord op verborgen gevoelens van feminine zwakte ; de compensatie en overcompensatie als bevredigingswijzen van machtswenzen onder een ogenschijnlijk geheel andere vorm ; de wrokingstelling als reactie op chronische gevoelens van onmacht, insufficiëntie en ontmoediging ; de pedanterie als uiting van de tendentie om door kleinering van de omgeving het gevoel van eigenwaarde te verhogen ; de „Sicherung” als protectieve defensie van het Ik tegen dreigend gevaar of mogelijke nederlaag ; het „neurotische Arrangement” als schijnrechtvaardiging van hetgeen in werkelijkheid een vlucht in de ziekte is ; al deze momenten, die in het kader van de Individual-psychologische leer zo'n voorname plaats innemen, worden in de zijnsmodus van lijdens aan essentiële hypertensie op exemplarische wijze openbaar.

⁵⁴ Special features of personality which are common to certain psychosomatic disorders, *Psychosom. Med.* 9, 1949, 273—281.

⁵⁵ Psychotherapy its uses and limitations, London-New York-Toronto, 1948, p. 38.

⁵⁶ Psychoanalytic therapy, New York 1946.

Het is duidelijk, dat dieptetherapeutische beïnvloeding in de beginfase van de essentiële hypertensie de meeste kans op succes zal hebben. Daartegenover kan men niet verwachten, dat psychotherapie in het stadium van een hecht gefixeerde hypertensie de abnormaal verhoogde bloeddruk tot het doorsneeniveau zou kunnen terugbrengen, wat mede de curering van arteriosclerotische veranderingen zou inhouden. Bovendien vormt het terminale stadium een contra-indicatie voor de toepassing van *diepgaande* psychotherapie. Meestal bevinden de patiënten zich in de dalende levenslijn en is hun integratief vermogen, mede als gevolg van de in het gedragsbeeld meer en meer op de voorgrond tredende arteriosclerotische verschijnselen, onvoldoende. Vraagt men zich af, welke methode binnen het veld van het onmiddellijk-practische handelen het meest geschikt zou zijn om de essentiële hypertensie te bestrijden, dan valt het antwoord niet moeilijk te geven: opsporing en psychosomatische behandeling van hypertensie-candidaten. Somatologisch is het mogelijk de neiging tot hypertonische vaatreacties reeds vroegtijdig vast te stellen, onder andere met behulp van de „cold pressor test”. Wij hopen straks te kunnen aantonen, dat ook het experimenteel-psychologisch onderzoek in staat is om bijdragen te leveren tot de identificering van kandidaten voor primaire bloeddrukverhoging. In breder perspectief gezien, betekent dit een psychologische bijdrage tot de praeventieve geneeskunde.

Wij willen thans nog op enige punten van algemene aard wijzen, die voor een juiste leiding van de primaire bloeddruklijder belangrijk zijn. De patiënt zal tot het doorleefde inzicht moeten komen, dat zijn ziekteverschijnselen de incarnatie zijn van zijn gespannen levenshouding. Psychologisch komt dit hierop neer, dat de bij hem niet tot stand gekomen eenheid van het vegetatieve, sensitieve en intellectieve leven alsnog tot ontwikkeling gebracht moet worden. Deze eenheid manifesteert zich in iedere normale gemoedsbeweging; zij vertegenwoordigt zodoende een normaliteitscriterium. Een normale gemoedsbeweging (b.v. vreugde) kenmerkt zich door een vegetatief aspect (b.v. hartkloppingen), een tonisch-motorisch aspect (naar boven gerichte bewegingen), een stemmingsaspect (expansieve lust), een intentioneel aspect (het motief van de „opgewektheid”) en boven dit alles uit door een integratief aspect (het assimilatief opgenomen zijn in het persoonlijkheidsgeheel, dit wil zeggen: de persoon doorleeft al of niet reflexief, dat al de genoemde aspecten één totaliteit vormen). Aan inadaequaat afgeweerde emoties en driftuitingen ontbreekt dit integratief aspect. Behalve het doorleefde samenhangsweten kan ook het intentionele aspect en zelfs het stemmingsaspect verloren gaan, dat wil zeggen, niet

meer deel uitmaken van het bewustzijn⁵⁷. In dat geval resteren de lichamelijke symptomen en klachten, die de patiënt imponeren als op zichzelf staande, onpersoonlijke gegevens. In werkelijkheid echter participeren zij als vormende leden aan de totaliteit van het niet geassimileerde, emotionele gebeuren. Doordat zij in feite onpersoonlijkt zijn, worden zij als onpersoonlijk beleefd en behandeld. Door heropvoeding tot doorleefd samenhangsweten, zal de patiënt leren inzien, dat het bloeddruklijden *zijn eigen* personaliteit incarneert.

Van bijzonder gewicht is de vraag, welke betekenis het bloeddruklijden voor de patiënt heeft, welke zin er steekt in de overdreven praecoccupatie met de eigen lichamelijkeheid. Is hier zo iets als een alibi voor het niet aan kunnen van een levenssituatie? Of is hier sprake van een compensatoir narcisme in reactie op ondervonden liefdetekort? Spelen geldingsdrang of zelfbestraffingstendenzen soms een rol? Voorts is een analyse van de actuele levenssituatie en de actuele socio-affectieve verhoudingen betekenisvol, evenals een analyse van de huidige karakterstructuur. De accentuering van het sociale aspect en het rechtstreekse aangrijpen van de actuele moeilijkheden vormen twee momenten, die in de jongste psychotherapeutische richtingen meer en meer op de voorgrond treden (Rank, Taft, Allen, Alexander, French, Horney).

Tenslotte moet gewaarschuwd worden tegen een al te veel aan maatregelen om zich te onttien. Want hierdoor groeit de angstbereidheid met de dag en geraakt de patiënt in zo'n uitzonderingspositie, dat hij wel tot de overtuiging móet komen aan een dodelijke ziekte te lijden. Bovendien fixeert zich de hypochondrische gevoelsinstelling, indien iedere mogelijkheid tot naar buiten wending van de aandacht wordt afgesneden.

Een algemene richtsnoer is, dat patiënten met primaire bloeddrukverhoging zo veel mogelijk hun gewone arbeid blijven doen (behoudens dwingende medische contra-indicaties) en dat veranderingen in eerste instantie worden aangebracht in hun wijze van werken en in hun houding tegenover hun arbeid. Het voorschrijven van algehele rust of uitsluitende bedrust is voor de primaire bloeddruklijder met zijn activiteitsdrang en perfectionisme een opgave, waaraan hij zich alleen maar onder innerlijk verzet zal onderwerpen. Daarenboven is hij niet in staat zich werkelijk te ontspannen. En daarmee is dan tevens een nieuwe conflictsituatie geschapen, die zijn bloeddruk nog eerder zal verhogen.

⁵⁷ Zie Kibler, M.: Über den Ausdruckswert des körperlichen Symptomes. Zur Wesensbestimmung der Organneurose, Psyche (Heidelberg) 2, 1948/49, 449—459.

Dat dit niet denkbeeldig is, blijkt uit een aantal door Boss⁵⁸ medegedeelde, aktualneurotische gevallen, waarin een primaire bloeddrukverhoging ontstond, toen een zeer actief leven plotseling overging in een leven van lichamelijke inactiviteit. Zo bij voorbeeld bij arbeiders, die aan zware lichamelijke arbeid gewend waren en plotseling een winkel begonnen; bij uitgesproken sporttypen, die wegens studie niet meer aan sport konden doen; bij hyperactieve mensen, die onverwacht een zittend leven gingen leiden op een kantoor of op non-actief werden gesteld. Schreef men nu als therapie lichamelijke arbeid voor, die in overeenstemming was met de fysieke gesteldheid dezer patiënten, dan verdween de verhoogde bloeddruk. In deze gevallen wijt Boss het ontstaan van de bloeddrukverhoging aan een stuwung van aggressieve driften. Volgens hem heeft de natuur aan deze driften speciaal de musculatuur ter beschikking gesteld en hij wijst er op, dat de huidige samenleving het gebruik van de spieren in steeds toenemende mate overbodig maakt. Mensen, die aan een lichamenlijk-inspannend leven gewoon zijn en onverwacht voortijdig in een toestand van inactiviteit geraken, hebben in eens geen gelegenheid meer hun aggressieve driften langs musculaire weg te doen afvloeien. Dientengevolge ontstaat een stuwung dezer driften, waarvan de vegetatieve component een vasospasmus is.

Hoe waardevol de waarnemingen van Boss op zichzelf ook mogen zijn, toch kunnen wij ons niet geheel verenigen met de interpretatie, die hij er van geeft. Eerstens komt het ons als onjuist voor te spreken van aggressieve *driften*, vervolgens kan men lichamelijke energie- en inspanningsdrang niet zonder meer vereenzelvigen met aggressiviteit, tenslotte komt in de bovengenoemde gevallen nog wat meer aan de orde dan enkel een stuwung van lichamelijke expansiedrang (b.v. aanpassingsmoeilijkheden als gevolg van de plotselinge wijziging van het levensontwerp). Het volgende hoofdstuk biedt gelegenheid enige dezer objecties nader toe te lichten.

Verschillende onderzoekers maken er melding van, dat de verhoogde bloeddruk daalt, wanneer wrok- of haatgevoelens, die lange tijd werden onderdrukt, ontladen worden. Soms zag men een periode van verlaagde bloeddruk volgen op een openlijke, ongeremde, lichamenlijke aggressie.

Uit dit alles komt naar voren, dat men aan de essentiële hypertensie-lijders niet alle afvoerkanaalen moet ontnemen, waarlangs hun chronische gespannenheid, hun activiteitsdrang en hun gestuwde aggressiviteit althans een gedeeltelijke afvloeüing en ontspanning vinden.

⁵⁸ Körperliches Kranksein als Folge seelischer Gleichgewichtsstörungen. Bern, 1940, p. 46—51.

HOOFDSTUK V

FRUSTRATIE EN AGGRESSIE,

naar aanleiding van de genetisch-dynamische beschouwingwijze
van de essentiële hypertensie

Volgens de moderne psychosomatische inzichten dient men de problematiek van de essentiële hypertensie in intrinsiek verband te brengen met het thema van de agressie. Om deze reden is een korte bespreking van de begrippen frustratie en agressie gewenst.

Beide begrippen danken hun ontstaan aan de dieptepsychologie. Veelal worden zij in een veralgemeende betekenis gebruikt, hetgeen aanleiding geeft tot misverstanden.

Zo gaat het niet op, om critiek, oppositie, zelfstandigheidsstreven, levensdurf, ondernemingsgeest, drang om hoger op te komen, wedijver, vooruitstrevendheid, werklust, activiteitsdrang, sportiviteit e.d. op te vatten als uitingsvormen van agressieve tendenzen. Evenmin kan het juist zijn iedere weerstand, die de mens op zijn weg ontmoet, een frustratie te noemen.

In het onderstaande beproeven we op summiere wijze de betekenis vast te leggen van de vaak al te zeer gegeneraliseerde noties: frustratie en agressie.

Frustratie is afgeleid van het Latijnse frustrare: doen mislukken, teleurstellen, verijdelen. Als vertalingen of synoniemen van frustratie treft men onder meer aan: dwarsboming, verijdeling, tegenwerking, blokkering, obstakel, obstructie, teleurstelling, onthouding.

Frustratie heeft een ongunstige klank. Men gebruikt dit begrip namelijk in het kader van de niet-bevrediging van wensen en behoeften. Men spreekt dan gaarne van *gefrustreerde* wensen en behoeften, waarmee men tevens bedoelt te zeggen, dat zij eigenlijk bevredigd hadden moeten worden. In zoverre houdt het begrip frustratie een oordeelvelling in: de niet-bevrediging is een onrecht. Aldus duidt frustratie niet slechts een bepaalde situatie aan, maar impliceert tegelijkertijd een waardering van die situatie.

Een eerste onderscheid is dat tussen objectieve frustratie (het frustrende gebeuren als zodanig) en het in reactie hierop ontstane, subjectieve frustratiegevoel (het gefrustreerd zijn). Bij de hantering van het begrip frustratie moet men dus laten uitkomen, waarover men het heeft: over de dwarsboming òf over het gedwarsboomd zijn. In het eerste geval spreken wij van frustrering (frustrans), in het tweede geval van *frustratie* (frustratus).

Nog een verdere indijking van het meerzinnige begrip frustratie is gewenst. Wij aanvaarden niet, dat iedere weerstand, tegenover welke de mens zich geplaatst ziet, een frustrering zou zijn, respectievelijk een frustratie zou oproepen. Op zijn minst willen wij onderscheid maken tussen:

1. *Dwarsboming* (frustrering). Hieronder verstaan wij bij uitsluiting die soort van tegenwerking, welke een ik-bedreiging inhoudt, vooral in de vorm van liefde- en prestigeverlies. De tegenwerking zelf heeft een agressief karakter. Zij is een weigering, die heenwijst naar liefde- of respectonthouding. Zo zal een kind, voor wie de ouders enkel de strafende instantie vertegenwoordigen, de onthouding van een onnozel wensobject als een frustrering beleven, dat wil zeggen, als een teken en bewijs van liefde-onttrekking en vijandige gezindheid.

2. *Inperking* (restrictie). Hieronder verstaan wij een waardevol corrigerend (temperend of besnoeiend) ingrijpen in het drangleven, ten dienste van persoonlijkheidsontwikkeling, -vorming en -vervolmaking. De inperking houdt wezenlijk geen ik-bedreiging in, noch wijst heen naar liefdeonthouding. Zij is fundamenteel ingebed in een liefhebbend, bergend samenzijn en geschiedt in functie van de realisering der hoogste waarden. De ware opvoeding werkt niet met frustreringen, maar met inperkingen. Frustreringen zijn steeds uit den boze, inperkingen daarentegen vormen een even dringende, paedagogische noodzaak als ontspanning en beloning.

Dressuurmaatregelen in de eerste kinderjaren, het leren uitstellen van wensbevredigingen en directe impulsverwerkelijking, het straffen van verkeerde daden, het afleren van foutieve gewoonten, het aankweken der aanpassingsbereidheid, dat alles is onder gezonde verhoudingen geen frustrering, maar inperking. Iets heel anders is, dat, wat onder normale omstandigheden inperking is, onder bijzondere omstandigheden tot frustrering kan worden.

3. *Tekort of gemis* (manco). Hieronder verstaan wij een objectief aanwijsbaar tekort, hetzij in de biologische sfeer (bij voorbeeld: voedselnood), hetzij in de sociale sfeer (bij voorbeeld: geldgebrek, gemis aan vriendschap, tegenspoed), dat een versterkte krachtsinspanning om de

gegeven moeilijkheden te overwinnen als normale en adaequate reactie heeft. Op zichzelf is het tekort geen frustrering, kan het echter worden, zodra het tekort mede een liefde- of respectonthouding gaat betekenen.

Wij kunnen thans onder woorden brengen, wat frustratie is.

Frustratie is de beleving van onvoldaan en gekwetst rechtsgevoel in reactie op een weerstand, die als een dwarsboming of frustrering (in bovenomschreven zin) wordt ervaren.

Een korte analyse van deze begripsbepaling is gewenst.

Op de eerste plaats speelt de frustratie zich op bewustzijnsniveau af, want een bepaalde weerstand moet bewust als een dwarsboming worden beleefd. Het is niet de weerstand als zodanig, die agressie oproept, maar de (vanuit het standpunt van de persoon) als onredelijk beoordeelde situatie. Of agressie al dan niet optreedt, hangt onder meer noodzakelijk af van de manier, waarop de persoon de situatie opvat¹.

Op de tweede plaats vindt de frustratie in de sociale sfeer plaats. Waar sprake is van gekwetst rechtsgevoel, evenals van ik-bedreiging in de vorm van liefde- of respectonthouding, daar heeft men te maken met verschijnselen, die zich slechts in de sfeer van de tussenmenselijke verbondenheid kunnen voordoen. Wij spreken dus niet van biologische frustraties. Door een voedseltekort wordt men slechts dan gefrustreerd, wanneer dit tekort in de zin ener liefde-onthouding wordt beleefd.

Op de derde plaats is in de frustratie een complex beeld van eigen rechtsaanspraken op de buitenwereld werkzaam.

Ellenberger² spreekt hier van een „Anspruchsideal“, dat van mens tot mens verschilt, al naar gelang opvoeding en culturele invloeden.

Een verwend kind heeft een hoger „Anspruchsideal“ dan een weeskind, dat geleerd heeft bescheiden in het leven te moeten zijn. Hiermede hangt ook de frustratietolerantie samen. Het verwend kind raakt sneller en heviger gefrustreerd dan het weeskind. Het persoonlijke rechtsgevoel steunt op een geheel van rechtsaanspraken, die zich mede onder invloed der opvoeding gaandeweg vormen (dit komt me toe, daar heb ik recht op, dat heb ik verdiend, dat heb ik nodig, dat mogen ze me niet ontnemen, daar heeft niemand anders recht op dan ik, dat had ik mogen verwachten).

De primaire reactie op een als dwarsboming beleefde weerstand is een

¹ Zie Pastore, N.: A neglected factor in the frustration-aggression hypothesis: a comment. *Journ. of Psychol.* 29, 1950, 271—279.

² Über den Begriff der Frustration und ihre Bedeutung für die Psychohygiene, in: Federn, Meng: *Die Psychohygiene*, Bern 1949, p. 33—42.

frustratiegevoel, waarvan het grondpatroon hierboven is vastgesteld. Dan pas komt de vraag : wat doet de gefrustreerde persoon, hoe handelt hij ?

De aanvankelijk door enige Amerikaanse onderzoekers geponeerde stelling, dat op iedere frustratie agressie volgt, is intussen weerlegd. Agressie is slechts één der mogelijke gevolgen van frustratie³.

Evenals frustratie heeft *agressie* een ongunstige betekenis.

Men bedoelt er ongeveer mee te zeggen : brutale geweldpleging jegens een ander, vijandige aanval op iemand of een mensengroep. Agressie is oorspronkelijk afgeleid van *aggredior* (ad-gredior) : naar iemand of iets toegaan, met een bepaald doel tot iemand of iets gaan.

Aggredior sluit dus in :

- een beweging (gaan) ;
- een naderende beweging (naar toe) ;
- een doelgerichte beweging (dáár naar toe) ;
- een contact met iemand of iets beogende beweging ;
- een locomotie van de gehele mens.

Etymologisch gezien kleeft er niets gewelddadigs aan *aggredior* en het daarvan afgeleide *agressie*. Om deze reden wil bij voorbeeld Allen⁴ onder *agressie* uitsluitend verstaan : actie en vitaliteit. In deze zin beschouwt hij *agressie* als een fundamenteel, positief kenmerk van alle levende wezens, als

„The powerful potential for creative and responsible action contained in the „going out” quality needed by all individuals”.

Aangezien echter de vijandige betekenis van het woord *agressie* algemeen is ingeburgerd, werkt een opvattingwijze zoals die van Allen verwarrend.

De antisociale betekenis is langzamerhand ontstaan. Daarbij is het accent meer speciaal op een bepaald gedeelte van het lichaam komen te liggen, namelijk op de handen. Dit komt onder andere naar voren in het Duitse woord voor aanvallen : *angreifen*, evenals in de Nederlandse woorden : aangrijpen, aantasten, aanvatten, aanpakken, aanraken. die alle in vijandig-aanvallende zin kunnen worden gebruikt.

Om kort te gaan is onder *agressie* te verstaan : de aanvaldaad, de act van geweldpleging zelve.

Bij uitstek geldt deze bepaling voor de fysieke *agressie*. Het spraak-

³ Zie : Symposium on effects of frustration, *Psychol. Rev.* 48, 1941, 337—366. Onderzoekingen van Dollard, Doob, Miller, Mowrer, Sears, Levy, Rosenzweig.

⁴ *Aggression in relation to emotional development, normal and pathological. Mental Hygiene* 34, 1950, 353—363.

gebruik is hier in zoverre modificerend opgetreden, dat men bij voorbeeld ook spreekt van verbale agressie (welke intussen is op te vatten als een vervanging van fysieke agressie of als een inleiding daartoe).

Iemand, die een daad van agressie pleegt, noemen we *aggressief* (gedragstypering). Ook kunnen we spreken van een *aggressieve* daad (psychologische typering). Met Grewel⁵ vermijden we echter te spreken van aggressief in de betekenis van geneigdheid of gereedheid tot agressie. Hier hebben we te maken met een karakterologische typering, die niet op één lijn te stellen is met de twee eerder genoemde typering. De geneigdheid om met agressie te reageren noemen we *aggressiviteit* of *aggressiezucht*.

Terecht wijst Grewel er op, dat agressie niet steeds een uiting is van aggressiviteit. Uit angst of uit zelfverdediging kan een weinig aggressiezuchtig persoon aggressief worden. Omgekeerd hoeft een tot agressie neigend iemand niet altijd aggressief op te treden.

Indien wij onder agressie verstaan: gewelddadige onderdrukking van de eigengeaardheid of eigenwerkzaamheid van anderen om zichzelf te laten gelden, of anders gezegd, door een gewelddadige act zijn eigen wil aan anderen zoeken op te leggen, dan is het gemakkelijk in te zien, dat men agressie en aggressiviteit niet mag vereenzelvigen met expansie en expansiviteit.

Expansiviteit is een spontane, natuurlijke drang tot zelfontplooiing en bestaansvervolmaking tegen weerstanden in, maar zonder onderdrukking of vernietiging van anderen. Expansie is niet aggressief, maar progressief; niet destructief, maar constructief. Expansiviteitsgestalten als: vooruitstrevendheid, ondernemingszin, levensdurf, heldhaftigheid, strijdbaarheid, gezonde oppositionaliteit hebben in wezen niets uit te staan met vijandelijkheid. Evenzeer is dit het geval met de *wedijver*: de vreugde in het meten van elkanders krachten. Het wedstrijd karakter wordt juist daar behouden, waar de liefdevolle verbondenheid der rivalen ongeschonden is. Ook vitale expansiebehoeften, zoals behoefte aan lichaamsbeweging, activiteit en sport, houden als zodanig niets aggressiefs in. De vreugde aan de beweging (spierfunctielust) speelt hier onder meer een belangrijke rol. Iets heel anders is, dat het spierstelsel en de activiteiten, die zich daarlangs realiseren, zoals lichamelijke arbeid en sport, onder bepaalde omstandigheden en secundair afvoerwegen kunnen worden voor aggressieve stuwingen.

⁵ Agressie en aggressief karakter. Ned. Tijds. v. Psychol. 5, 1950, 1—18.

Tenslotte moeten we nog onderscheid maken tussen agressie en *destructie* (afgeleid van de-struo, dat letterlijk betekent: uit elkaar leggen). Beide zijn niet hetzelfde, ook al worden zij vaak door elkaar gebruikt. Agressie impliceert niet primair vernietiging, maar onderdrukking. Wel kan agressie op destructie uitlopen of destructie als een onvoorzien en ongewild gevolg met zich brengen, dat later betreurd wordt. Noodzakelijk is dit echter niet. Het plotselinge besef, dat men op het punt staat tot objectvernietiging over te gaan, kan zelfs aan de agressie een einde maken (terugschrikken voor vernietiging). Daarenboven: terwijl de aggressor beoogt om door middel van onderdrukking van andermans wezen en werkzaamheid zichzelf door te zetten en zich aldus ten koste van anderen in het leven te houden en te handhaven, kan de destructor desnoods zijn zelfvernietiging als prijs willen betalen.

Over het ontstaan van agressie en agressiviteit moeten wij ons in het korte bestek van dit hoofdstuk tot het allervoornaamste beperken.

Algemeen aanvaardt men, dat *agressie* reactief ontstaat.

Agressie is een reactievorm. Zij treedt op in reactie op een werkelijke, vermeende, dan wel verwachte remming of ontzegging van wens- of behoeftebevrediging. Essentieel is, dat de hier bedoelde remming of ontzegging het karakter heeft van een frustrering in de eerder omschreven betekenis. Op iedere frustratie volgt geen agressie, maar wel heeft iedere agressie een frustratie tot ontstaansvoorwaarde. Agressie komt aan de aggressor zelf voor als nodig voor zijn ik-handhaving. Er wordt hem iets onthouden, waarop hij meent recht te hebben en voor dat recht komt hij op. De onthouding beleeft hij als een onrecht ten opzichte van zijn persoon. Vandaar, dat de aggressor steeds zijn agressie en daarmee zichzelf rechtvaardigt. Een kenmerk van iedere agressie is, dat zij zich als subjectief gerechtvaardigd voorstelt.

Tenslotte is aan agressie een aggressieve gemoedsopwinding eigen. Deze laatste is niet geheel te vereenzelvigen met woede. Agressie is een frequent gevolg van woede, evenals vlucht een frequent gevolg is van angst.

Vatten wij nog eens kort samen, wat hierboven over *agressie* is medegedeeld, dan komen wij tot het volgende resultaat:

- agressie is het aanvalsgedrag, de act van geweldpleging;
- agressie is een reactiewijze;
- agressie is een der mogelijke antwoorden op een als frustrering ervaren tegenwerking;

aggressie kán de uiting zijn van aggressiviteit, maar dit is niet noodzakelijk ;

aggressie sluit steeds de beleving van persoonlijke rechtsverkrachting in en doet zich daarom als subjectief gerechtvaardigd voor ;

aggressie is een aggressieve gemoedsopwinding en -uitbarsting eigen, welke een woedetoestand tot voorwaarde heeft ;

aggressie houdt primair onderdrukking van anderen in, als middel om zichzelf door te zetten en te handhaven ;

aggressie is te onderscheiden van aggressiviteit, expansiviteit, wedijver, musculaire functielust en destructie.

Met betrekking tot het ontstaan van *aggressiviteit* zijn de meningen uiteenlopend. De vraagstelling is hier: Waar komt de aggressieneiging vandaan? Is er een primaire aggressietendenz? Bestaat er soms een aggressiedrift? Of is ook de aggressiviteit een reactieformatie?

Volgens de Freudiaanse opvatting is de aggressiviteit een derivaat van de doodsdrift.

Over het al of niet bestaan van een primaire doodsdrift kunnen wij op deze plaats niet in discussie treden. Op het bezwaar tegen Freud's gelijkstelling van de entropische tendenties der dode materie en de doodsdwang der levende organismen heeft Westerman Holstijn⁶ gewezen. Bovendien heeft laatstgenoemde beklemdoond, dat de sprong van de innerlijke, tegen de eigen organisatie gerichte entropietendencie, al noemt men die doodsdrift, tot de naar buiten gerichte destructiedrift of aggressiviteit wel zeer groot is. Het ligt minder voor de hand, aldus Westerman Holstijn, dat de neiging om een ander te doden, of dat „reiner Zerstörungswut“ iets zou hebben uit te staan met de natuurlijke afloop naar de rust, bewegingloosheid en ontspanning van de dood.

De doodsdrifthyphothese ter zijde latend en ons wendend tot het vraagstuk van de aggressiviteit, stellen wij vast, dat zowel Freud als Adler de moeilijkheid hebben gevoeld om de aggressiviteit als een drift aan te merken.

Aggressiviteit als drift is niet op een lijn te plaatsen met voedsel- en geslachtsdrift. De aggressiedrift beantwoordt niet aan dit trias van kenmerken, dat volgens Freud aan een drift eigen is, te weten: a) een specifiek *doel*: het uit de weg ruimen van organische, storende prikkels om zodoende de vroegere rusttoestand van de drift te herstellen; b) een

⁶ Leven en dood. Medisch-psychologische beschouwingen, Utrecht 1939, p. 135—137.

specifieke organische bron : prikkelingstoestand van een bepaald orgaan;
c) een specifiek object.

Ten aanzien van de aggressiedrift kan men niet aantonen, dat zij een specifieke bron en een specifiek object heeft, evenmin een specifiek bijbehorend uitdrukkingsveld.

Kunz⁷ wijst er op, dat de onspecificiteit der aggressieve tendenzen nog verder tot uitdrukking komt in het niet luisteren naar een autonome fasenwisseling, in de relatief gemakkelijke duldbaarheid van aggressieremmingen (uitstellen of afzien van aggressie) en tenslotte in het feit, dat de aggressieve impuls zich met iedere soort van toewending tot de dingen en de medemensen kan verbinden, wanneer die toewending op blijvende weerstand stuit.

Mede omdat de driftpsychologie nog onvoldoende is uitgewerkt, houden wij ons aan de reactieve ontstaanswijze der aggressiviteit. Wij spreken niet van aggressiedrift, maar van reactieve aggressieneigingen, -tendenzen, -impulsen, -drang of -zucht. Met Karen Horney⁸ zijn wij van mening, dat men nooit aggressief of destructief ageert, zonder dat hiervoor een motief aanwezig is (vgl. Reich, Kunz, Fromm, Rombouts, die vasthouden aan de reactieve natuur van aggressiviteit). Voortdurende frustreringen, vooral in de prille jeugdijaren, kunnen reactief een aggressiviteit of aggressiezucht in het leven roepen, zelfs een aggressief karakter, dat wil zeggen, een karakter, dat zich kenmerkt door de neiging om habitueel met aggressie te reageren.

Wat betreft de *uitingsvormen van aggressie* willen wij ons tot slechts enkele opmerkingen beperken.

Volgens Ribot⁹ is de psychologie van de aggressie de geschiedenis van haar evolutie. Aldus onderscheidt hij drie vormen van aggressie.

Allereerst de animale vorm (daadwerkelijke aggressie) : deze is primitief, bruut, blind en komt in meest zuivere toestand bij de dieren voor.

Op de tweede plaats de affectieve vorm (gesimuleerde aggressie) : ongeremde woede, maar zonder aggressie ; deze komt overwegend bij de mens voor.

Op de derde plaats de geïntellectualiseerde vorm (uitgestelde aggressie) : geremde, geciviliseerde woede, waartoe wrok, haat, nijd, wraakzucht behoren ; deze vorm komt alleen bij mensen voor.

⁷ Die Aggressivität und die Zärtlichkeit, Bern 1946.

⁸ New ways in psychoanalysis, New York 1939, p. 120—132.

⁹ La psychologie des sentiments, Paris 1922, 11e ed., p. 228—230.

„Tels sont — aldus Ribot — les trois moments de cette évolution ascendante et ce qui montre clairement leur identité de nature et leur fond commun, c'est que la haine, si le pouvoir d'arrêt cesse, devient la colère franche, et celle-ci, si elle augmente, prend la forme de l'aggression réelle, revenant ainsi au type primitif”.

Inderdaad kan men vaststellen, dat in de normale ontwikkeling van de mens de verbale agressie meer en meer in de plaats komt van de fysieke¹⁰. In de verbale agressie zelf is weer differentiatie mogelijk: grove verwensingen, maar ook sarcasme en verfijsnde hatelijkheden. Een ander ontwikkelingsmoment ligt hierin, dat al gauw de manuele agressie in de plaats treedt van de infantiel-orale. Voorts wijst Rosenzweig¹¹ er nog op, dat in de individuele ontwikkeling eerst de extrapunitie (allo-agressie) zich manifesteert, daarna de intropunitie (auto-agressie) en eindelijk de impunitie (non-agressie). Tenslotte noemen wij nog de imaginatieve uitingsvorm van agressie (agressieve waakphantasie), welke vaak een veruitwendigde agressie vervangt en voorkomt.

De motieven voor daden van agressie gedurende de kinderleeftijd zijn door Susan Isaacs¹² nader uitgewerkt. Zij geeft vier hoofdmotieven aan: bedreigd of begeerd bezit (iets, dat het kind bezit, wordt bedreigd, of het kind begeert iets, dat een ander bezit), machtsconflicten (onderbreking van activiteiten, weigering van wensvervullingen), rivaliteit (ten opzichte van kinderen, vanwege de aan deze betoonde liefde of bijval door volwassenen; ten opzichte van een volwassene, vanwege de aan deze betoonde liefde door een andere volwassene), algemene humeurigheid (gevoelens van inferioriteit, superioriteit of algemene angst; de agressie heeft geen onmiddellijke of duidelijke oorzaken).

Het is wel duidelijk, dat deze motieven ook bij volwassenen een rol blijven spelen. Bij hen zijn zij echter opgenomen in meer complexe verbanden. Het is vooral de kwetsing van de eigenliefde en de kwetsing van de liefde, die men een ander toedraagt, welke bij volwassenen agressieve reacties kunnen uitlokken.

In de *ontwikkeling van agressiviteit* spelen behalve educatieve invloeden (dwang, geweld en agressie in de opvoeding) ook sociologische invloeden een rol (het competitiekarakter der moderne samenleving met

¹⁰ Vgl. Gesell, A.: *Ilg, F.*: The child from five to ten. New York-London 1946, p. 279—283, 293—294.

¹¹ An outline of frustration theory, in: Hunt, J.: *Personality and the behavior disorders*, New York 1944, vol. 1, p. 383.

¹² *Social development in young children*. London 1945.

haar bestaans- en klassenstrijd). Meer in het bijzonder vormen herhaalde en vroegtijdige frustreringen van het liefdes- en geborgenheidsverlangen het hoofdmotief, dat het ontstaan van agressiviteit in de hand werkt. Wat betreft de ontwikkeling en de ontwikkelingsvoorwaarden van agressiviteit bij een bepaalde persoon, daarover kan ons vooral de analyse van de individuele levensgeschiedenis uitsluitel geven.

Zoals het voorafgaande hoofdstuk ons leerde, vormt in de psychosomatische studies over de essentiële hypertensie de verdrongen agressiviteit het psychodynamische grondthema.

Dit gezichtspunt is ook bepalend voor de verklaring der descriptieve gedragskenmerken van lijdens aan primaire bloeddrukverhoging. Men wil dan ook hun gedragsqualiteiten vooral verstaan als uitlaatwegen van en defensies tegen geaccumuleerde agressiviteit. Aldus stelt men de gestuwde aggressiezucht verantwoordelijk voor de verhoogde psychomotorische activiteit (bezigheidsdrang), het uitblinken op beroeps- en sportgebied, de neiging tot domineren, leiding geven en nemen, de moraliserende critiek op anderen, de veeleisendheid ten opzichte van anderen, de tendenz om fel stelling te nemen in sociale en politieke strijd, de zucht tot debatteren, critiseren en concurreren.

In aanmerking nemende, wat hierboven ter sprake kwam aangaande agressie en agressiviteit, zal het duidelijk zijn, dat wij hier niet in een eenzijdige beschouwingswijze mogen vervallen.

Het schijnbaar beminnelijke en aanpassingsbereide, uitwendige gedragen fungeert niet alleen als defensieve camouflage van aggressieve tendenzen, maar ook als dekmantel voor innerlijke competentietwijfels. Het perfectionisme is zowel een afweer van vijandigheid als een overcompensatie van zelfonzekerheid. In de activiteitsdrang, de zucht tot domineren, debatteren, critiseren, concurreren en moraliseren zoekt niet slechts verdrongen agressiviteit een uitweg, maar evenzeer de behoefte om gerespecteerd, bemind en bewonderd te worden, anders gezegd: een meerwaardigheidsstreven als compensatie voor inferioriteits- en zelfonzekerheidsgevoelens.

Het betekent een oververeenvoudiging, wanneer men de bijzondere zijnsform van de lijder aan essentiële hypertensie *uitsluitend en alleen* wil terugvoeren op verdrongen agressiviteit. Het streven naar meerwaardigheid, als reactie op het vroegtijdig en geregeld doormaken van ontmoedigende ervaringen, speelt een belangrijke rol in de psychische ontwikkeling van de primaire hypertensie-candidaat, evenals in het psychisme van de

actuele lijder aan primaire bloeddrukverhoging. Bedoeld streven is niet zonder meer te vereenzelvigen met agressiviteit. Ook zal men in verband met de hierboven genoemde gedragskenmerken de invloed van het sanguinische temperament niet mogen vergeten. Kortom, het releveren van de verdrongen agressiviteit mag ons niet de ogen doen sluiten voor de pluriconditionaliteit van het menselijk gedragen.

HOOFDSTUK VI

BESPREKING VAN IN DE LITTERATUUR VERMELDE UITKOMSTEN, VERKREGEN MET DE RORSCHACHTEST BIJ LIJDERS AAN ESSENTIËLE HYPERTENSIE

Zonder de betekenis van het Rorschachonderzoek in het algemeen te willen toelichten, moge er in verband met onze studie op gewezen worden, dat de Rorschachtest als een der belangrijkste, klinisch-psychologische methoden fungeert ter verkrijging van gegevens, die dienstig zijn voor de psychosomatische geneeskunde.

Reeds vroeger hebben wij het begrip „psychosomatische geneeskunde” toegeelicht. In deze samenhang willen wij slechts naar voren brengen, dat de waarnemingstest van Rorschach — gezien de mogelijkheden, die zij biedt tot organisatie en projectie enerzijds en tot pluridimensionele analyse¹ anderzijds — een experimenteel-psychologische methodiek vertegenwoordigt, welke ons in bijzondere mate kan inlichten omtrent statische en dynamische trekken van het persoonlijkheidsgeheel.

Wanneer men er zich voorts rekenschap van geeft, hoe men — geleid door empirische gegevens — heeft leren inzien, dat een *bepaald* persoonlijkheidsgeheel in meerdere mate dan een ander voorbeschikt kan zijn voor een *bepaalde* ziekte en dat dit laatste nog geaccentueerd kan worden bij het vóórkomen van bepaalde afwijkingen en verwringingen van het persoonlijkheidsgeheel, dan zal men aan de Rorschachtest een bijzondere betekenis moeten toekennen voor de psychosomatische geneeskunde.

Het lijkt ons dan ook van belang de literatuurgegevens te bespreken, die betrekking hebben op Rorschachonderzoekingen bij lijdens aan essentiële hypertensie.

Zonder aanspraak te maken op volledigheid laten wij in het onderstaande een résumé volgen van de publicaties, die wij konden achterhalen. Aan de hand van resultaten, verkregen met de Rorschachtest bij 63

¹ Het Rorschachprotocol biedt meerdere mogelijkheden van analyse: analyse van de duidingshouding, het duidingsniveau, de duidingsverwoording, het duidingsverloop, de duidingsinhoud.

lijders aan verschillende afwijkingen, wil Hackfield² aantonen, dat aan schizofrenie, ziekte van Basedow, gastro-intestinale stoornissen (pylorospasmus, colitis ulcerosa, ulcus duodeni), essentiële hypertensie en verschillende typen van verslaafdheid (morphium, alcohol, sexualiteit) een identieke psychobiologische structuur ten grondslag ligt. Hij wijst op de klinische ervaring, dat hyperthyreoidisme en schizofrenie samen kunnen voorkomen en dat er eveneens een nauwe correlatie bestaat tussen morbus Basedowi en essentiële hypertensie, die beide op een sympathicogene aetiologie zijn terug te voeren.

Het karakteristieke Rorschachsyndroom, dat de 63 lijders aan de genoemde afwijkingen gemeenschappelijk hadden, zag er als volgt uit:

- a. vermindering van het aantal G-antwoorden,
- b. vermeerdering van het aantal detailantwoorden, speciaal Dd, Do, Dzw en Ddzw,
- c. verschuiving van het belevingstype naar de B-zijde.

Dit syndroom is typisch voor innerlijke geremdheid (minder G en minder kleurantwoorden) bij overgewetensvolle pedanten (neiging tot Dd, Do, Dzw en Ddzw) en wijst zodoende in de richting van een sensitief, submissief en seclusief karaktertype.

De vele remmingen op basis van dit karakter doen moeilijkheden in de levensaanpassing ontstaan. De chronische angst- en spanningstoestan- den (oppositieonele tendenzen als poging tot compensatie), die hieruit voortvloeien, bewerken enerzijds een meer en meer zich distantiëren van het leven, anderzijds kunnen zij zich manifesteren in de vorm van dwang- verschijnselen of in die van spierspanning, gastro-intestinale spasmen, vaatspasmen enz.

Slechts op gesluisde en onopvallende wijze kunnen angst en span- ningen geuit worden. Daarom de neiging tot een of andere vorm van ver- slaving, waarin bevrijding van remmingen en onderdrukte agressiviteit gezocht wordt.

Ter illustratie van dit laatste vergelijkt Hackfield twee Rorschachpro- tocollen van een man van 30 jaar (academicus), lijdende aan essentiële hypertensie. Het ene protocol werd verkregen in nuchtere toestand, het andere, toen patiënt onder invloed van alcohol verkeerde³.

² An objective interpretation by means of the Rorschach test of the psychobiological structure underlying schizophrenia, essential hypertension, Graves' syndrome etc. *Am. Journ. Psychiatry* 92, 1935, 575—588.

³ In de uitwerking van protocol II valt een onnauwkeurigheid te constateren. De som van de opvattingenmodi is 22, terwijl het totaal aantal antwoorden 23 bedraagt (zie volgende pagina).

I						II					
In nuchtere toestand						Onder invloed van alcohol					
Antw.	63	F+	49	F+%	96	Antw.	23	F+	14	F+%	93
G	9	F—	2	V%	14	G	13	F—	1	V%	38
Gzw	1	B	5	O%	17	Gzw	1	B	6	O%	30
D	30	FbF	2	T%	31	D	8	FbF	1	T%	38
Dd	16	Fb	3					Fb	1		
Dzw	3	Hd	1			V	7	$B:Fb = 6:2\frac{1}{2}$			
Ddzw	4	F(Fb)	1			O	9				
V	9	$B:Fb = 5:6\frac{1}{2}$									
O	11										

In vergelijking met I geeft protocol II blijk van minder remmingen en minder pedanterie. Het aantal antwoorden valt binnen de normale proportie; in protocol I daarentegen is het dwangmatig hoog opgedreven. Er is verder een toename der G, een aanzienlijke afname der D en — wat het meeste opvalt — een geheel wegvallen van Dd, Dzw en Ddzw. Het geringer worden der remmingen blijkt ook nog duidelijk uit het F% (deze index werd niet door Hackfield berekend). In protocol I is het F% 81, in II echter 65. Globaal maakt I een meer pathologische indruk dan II, of omgekeerd, II maakt een meer normale indruk dan I.

Hackfield's groep van primaire bloeddruklijders omvat 7 gevallen met een gemiddelde leeftijd van 55 jaar. Hieronder volgen de gemiddelde totalen der psychogramatische factoren:

<i>Antw. 31</i>			
G	4,9	Dzw	0,14
D	11	Ddzw	0,57
Dd	14,5	B	1,4
Do	0,28	Fb	1,1

Deze gemiddelden weerspiegelen het in het begin van dit hoofdstuk vermelde drie-pijlersyndroom. In het opvattingstype is de neiging tot Dd dominant, terwijl er twee maal zo veel D antwoorden als G antwoorden gegeven worden. Het belevingstype is coartatief met een verschuiving naar de B-zijde.

De Rorschachresultaten van de overige groepen, te weten: 8 post-operatieve Basedow-patiënten, 8 gevallen van intestinale neurosen, 11 schizofrenielijders, 12 verslaafden en 17 patiënten met gecombineerde schizofrenie en hyperthyreoidie, blijven hier als niet dienstig voor onze studie onvermeld.

Boss⁴ beschrijft uitvoerig een klinisch geval van essentiële hypertensie (ingenieur, 38 jaar oud). Bij deze patiënt is van jongs af aan sprake van een oversterke vitaliteit, welke zich langs twee wegen zoekt te ontladen: musculair (bergbeklimmen) en sexueel (masturbatie, promiscuïteit). Onder invloed van opvoeding en geweten wordt zowel de musculaire als de sexuele expansie geremd. Langzamerhand ontwikkelt zich een overmatige zelfconstrôle, zodat hij zich in het geheel niet meer kan laten gaan, ook wanneer hij dit zelf zou willen. Hij gedraagt zich dan ook overbewust, overbescheiden en terughoudend. Hij neigt tot opkropen en de gevoelsaccumulatie moet een hoge graad bereikt hebben, wil het tot een explosie komen. Uiterlijk is hij kalm en van een technisch koude intellectualiteit, innerlijk echter gespannen.

Helaas deelt Boss op onvolledige wijze de Rorschachresultaten van deze patiënt mede:

Totaal aantal antwoorden: 40 (eierzuchtig).

Gecoördineerd belevingstype B: Fb = 0:1.

G:B = 13:0 (gebrekkige, innerlijke creativiteit).

Goed geziene antwoorden 98%, afgezien echter van 10 anatomische duidingen, die hunnerzijds karakteristiek zijn voor de verlijfeelijking (somatisatie) van patiënt's psyche. 1 FbF op plaat II: „Iets explosie-achtigs” (dit wijst — ook inhoudelijk — op een machtige vitale „Überdruck” in patiënt).

Volgens Rorschachstudies van Kemple⁵ zijn patiënten met primaire bloeddrukverhoging gevangen in een conflict tussen passieve en actieve tendenzen, dat wil zeggen, tussen afhankelijkheidsbehoeften en zelfbepalingswensen. Er is een voortdurend alterneren tussen deze antithetische neigingen. Dit komt bij voorbeeld tot uitdrukking in de volgende alternatiefduiding op plaat VIII: „Ik weet niet, wat dit zijn, beren of muizen”. De patiënt is niet in staat te kiezen tussen het sterke en het zwakke.

Zij vertonen een neiging tot domineren en presteren als compensatie van hun innerlijke onzekerheid en vrees voor mogelijke zwakheid. Zij zijn ambitieus, wedijveren graag, zijn begaan met hun eigen ontwikkeling en het leiden van hun eigen leven. Hiermede in overeenstemming is hun

⁴ Die Blutdruckkrankheiten als Menschliches Problem, op. cit.

⁵ Rorschach method and psychosomatic diagnosis. Personality traits of patients with rheumatic disease, hypertensive cardiovascular disease, coronary occlusion, and fracture. Psychosom. Med. 7, 1945, 85—89.

neiging tot introversie (accentuering van de B-zijde van het belevings-type). Zij zijn bang voor expressie van sterke gevoelens en bezitten hoge standaards van emotionele controle. Depressieve angst en dwangmatige defensies treft men vaak bij deze patiënten aan. Hun manier van duiden onthult een kritische introspectie, een gevoel van onwaarde en een vrees voor fouten te maken of in hun prestaties te kort te schieten.

Hun hostiliteit is in de regel vrij bewust. De expressie er van is gewoonlijk indirect en gerationaliseerd. Dit leest men bij voorbeeld uit de volgende verbalisatie: „Ik weet niet, waar dit op lijkt Wat moeten die voorstellen, dieren of iets? Mij lijkt het precies als inkt”, of: „Er is werkelijk niets bijzonders op deze plaat te zien, tenminste ik zie 't niet”.

Kempe geeft nog een Rorschachinterpretatie van een intelligente, jonge man van 24 jaar. Deze patiënt is niet in staat zijn rijke capaciteiten ten volle te ontplooiën vanwege een te grote vrees voor autoriteitsfiguren en zijn eigen agressieve impulsen. Zijn belevingstype is overwegend intro-tensief. Hij neigt tot dagdromen, zelfbespiegelingen en is meer met zichzelf dan met de buitenwereld begaan. De gevoelsbetrekkingen met anderen zijn oppervlakkig. Achter zijn goede, uiterlijke zelfcontrole verbergen zich violente, agressieve impulsen, voor de expressie waarvan hij bevreesd is, uitgezonderd in sadistische phantasieën, die echter eveneens met vrees en schuld gepaard gaan.

Hij schijnt een ongelukkige jeugd gehad te hebben, gekenmerkt door vijandige gevoelens jegens zijn vader en gefrustreerde afhankelijkheids-wensen ten opzichte van zijn moeder. Hij is bang zijn vijandige instelling tegenover zijn vader geheel en al onder ogen te zien, om reden van zijn sterke afhankelijkheidsbehoefte en zijn vrees voor straf. Deze problemen weerspiegelen zich in de volgende duidingen:

„Een kindje, dat een hond vasthoudt en dat achterna wordt gezeten door een man met een baard” (plaat IX).

„Twee gemustte mannen, voorstellend de Verschrikking, staan tegenover iemand, die je de Goede zou kunnen noemen en die hen verhindert naderbij te komen met hun roofvogels” (plaat I).

„Twee gehurkt zittende mannen met hun handen naar boven, magere oude mannen zeer klein hoofd, geen hersenen Hun benen schijnen afgesneden, aan flarden bloed is er aan en stukken vlees hangen naar beneden” (plaat II).

De patiënt schijnt geen gunstig mannelijk imago te hebben om zich mee te identificeren. Met zwakke, kleine, hulpeloze figuren (zoals het kindje) vereenzelvigd hij zich gemakkelijk. Hij voelt zich niet toegerust om een onafhankelijk man te zijn in een volwassen wereld.

In een andere publicatie bericht Kemple ⁶ uitvoerig over een jonge man van 22 jaar (administrateur), die reeds verschillende jaren essentiële hypertensie had. Na psychotherapeutische beïnvloeding (6 keer in twee weken) was zijn bloeddruk op normaal niveau teruggekeerd. Patiënt komt uit een rijke familie. Hij beschrijft zijn vader als dictatoriaal, zijn moeder als onderdanig. Hij toont wrok, als hij komt te spreken over de onderworpenheid van zijn moeder. Tussen de ouders bestaat geen conflict.

Hij is de middelste van drie kinderen. Zijn oudere broer beschrijft hij als een Don Juan en een gokker. Patiënt klaagt, dat hij de schulden van zijn broer moet betalen. Over zijn jongere zuster is hij beter te spreken.

Wat zijn intelligentie betreft, behoort hij tot de hoge middelmaat. Op seksueel gebied toont patiënt angst en verwarring. Hij was opgevoed in een conservatieve, puriteinse atmosfeer en werd eerst laat voorgelicht door zijn oudere broer.

In de psychotherapeutische zittingen werd het meest aandacht gewijd aan zijn angsten aangaande familiebetrekkingen en sexualiteit. Hij werd bemoedigd en gesteund, terwijl zijn ambivalente houdingen tegenover beide zaken tot opklaring werden gebracht.

Hieronder volgt het tabellarisch overzicht van zijn Rorschachprotocol ⁷.

Totaal aantal antwoorden 42				
G	21	M	—	Opvattingstype $\underline{G}-(D)-(Dd)$
D	17	Md	1	Belevingstype $\Sigma B : \Sigma Fb = 3 : 5\frac{1}{2}$
Dd	2	T	10	VIII + IX + X
Dzw	—	Td	7	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> = 0,26
Du	2	T obj.	2	R
		Anat.	8	$(M + T) : (Md + Td) = 10 : 8$
B	3	Sex.	—	Successie : onvast
FB	4	Obj.	4	Kleurshock —
b	2	Nat.	1	Donkershock —
		Geo.	3	F% 48
F	20 (2—)	Kunst	1	T% 40
		Arch.	1	
FFb	3 (1—)	Wolken	1	
FbF	4	Voedsel	2	
Fb	—	Inkt	1	
HdF >	FHd	V	6	
Hd	1	O	8	

⁶ The Rorschach method in psychosomatic problems. I. A case of hypertensive cardiovascular disease, Rorschach Res. Exch. 10, 1946, 130—139.

⁷ De tabellarische weergave geschiedt hier in een vereenvoudigde vorm, terwijl een aantal der Amerikaanse symbolen vervangen zijn door de in Europa meer gebruikelijke.

De interpretatie, die Kemple van dit protocol geeft, is in zó verre moeilijk te volgen, dat zij slechts sporadisch aangeeft, op wélke factoren zij haar conclusies baseert. Daartegenover staat, dat zij het protocol in extenso en natuurgetrouw in de onderhavige publicatie heeft opgenomen. Het lijkt daarom gewenst, alvorens haar gevolgtrekkingen samen te vatten, een en ander over de formele en inhoudelijke aspecten van het protocol mede te delen.

Het gehele protocol kenmerkt zich door een sterke *elaboratie* der duidingen. Voorbeeld (pl. X) : „Hier krijg ik dezelfde indruk als bij de andere platen : het lichaam. Dit (top) zou de luchtpijp kunnen zijn en de borstkas, meer naar beneden de benen (rose). Dit (geel) zouden de nieren kunnen zijn. Het hart — dat slechts aan één kant is — zie ik niet. Het is dan ook te symmetrisch voor werkelijk een lichaam te zijn”.

Dikwijls hult de *elaboratie* zich in het kleed van *ik-betrekkingen*, die op bijna alle platen voorkomen. Voorbeeld (pl. IV) : „Dit herinnert me aan de huid van een dier . . . — wij schoten heel wat en als wij een leeuw of hyena of zo iets schoten, dan legden wij de huid uit om te drogen”.

Patiënt toont interesse voor de *ontstaanswijze* der platen en uit dit in de vorm van een *ik-betrekking* : „Ik herinner me, toen ik op school was, dat wij gewoon waren inktvlekken te maken . . . symmetrisch”. Even later geeft hij blijk van argwaan : „Dit is niet gemaakt als een inktvlek, is wel ?” (pl. I).

Zijn reactie op de *symmetrische* organisatie der toevalsvormen is van samengestelde aard. Hij neemt de symmetrie zó goed waar, dat hij de asymmetrie beklemtoont (argwanende precisie). Anderzijds wordt hij door de symmetrie gehinderd. Voorbeeld (pl. V) : „Zou een wolk kunnen zijn aan de hemel . . . maar het is weer te symmetrisch”. Terwijl in meerdere duidingen de verticale as van de inktvlek het structurele centrum vormt (pl. I : vogel, Röntgenphoto van menselijk lichaam, vliegtuig ; pl. IV : huid ; pl. V : vleermuis ; pl. VI : waaier, blad ; pl. IX : anatomische afbeelding van menselijk wezen), in andere duidingen fungeert de verticale as als een scheidingslijn (bilaterale duidingen). Dit laatste spitst zich op een aantal der gekleurde platen toe tot een links-rechtstegenstelling.

Voorbeelden : „Twee dansende, elkaar duwende, vechtende kalkoenen” (pl. II). „Van deze kant bezien, lijkt het net een tijger, klaar om te springen, van de andere kant bezien, op een leeuw met manen, wandelend op een heuvel, niet gereed om te springen” (pl. VIII). „Hier kan ik een mensenhoofd onderscheiden, bijna kannibaalachtig ; aan de andere kant

zou het een man kunnen zijn met zo'n lange snor, een mensengezicht, niet erg vriendelijk kijkend" (pl. IX). Het „omslaan" van dansen in vechten, van een agressieve tijger in een niet-agressieve leeuw, van een kannibalengezicht in een minder vriendelijk gezicht, is kenmerkend voor stemmingswisselingen en ambivalente gevoelsinstellingen.

Een index voor innerlijke onzekerheid en twijfelzucht vormen de *alternatiefduidingen*. Voorbeeld (pl. V): „Dit lijkt op een vleermuis.... of een vlinder, meer een vlinder. Dit lijkt meer op de poten van een vlinder of op de voelhorens of hoe ze die ook mogen noemen".

Over het geheel genomen is de manier van duiden *voorzichtig*, *voorwaardelijk*, vaak neigend tot pedanterie: „....heeft iets te maken met een vogel", „herinnert me enigszins aan een Röntgenphoto", „misschien een vliegtuig", „het zou ook een landkaart kunnen zijn", „vogelachtig", „spinachtig", „kannibaalachtig", „een soort plantengroei", „een Arabisch type paard, maar wel te lang", „....ofschoon het te symmetrisch is", „dit zou een waaier kunnen zijn, gekke vorm voor een waaier". De laatste drie verbalisaties vallen onder de categorie *objectcritiek*.

Vrees voor tekortschieten en voor critiek van anderen blijkt uit patiënt's neiging om zich voor zijn duidingen te verontschuldigen en zodoende zijn verantwoordelijkheid voor de geleverde prestatie te verkleinen. Door deze *zelfexcuses* doet hij tegelijk een beroep op de welwillende steun van de onderzoeker, anders gezegd, hij zoekt een zekere berging bij hem. Voorbeelden: „ik heb niet veel Röntgenphoto's gezien, maar....", „....niet dat ik geneeskunde gestudeerd heb....", „....ofschoon ik niets weet van psychologie....".

Subjectcritiek wijst in dit geval zowel op kritische introspectie als op autopunitieve tendenzen: „Dat was niet al te best", „ik ben mij zelf aan het herhalen, dat is fout".

De verdeling van het aantal antwoorden per plaat is als volgt:

Pl. I	5 antw.	Pl. VI	2 antw.
Pl. II	1 „	Pl. VII	8 „
Pl. III	7 „	Pl. VIII	3 „
Pl. IV	4 „	Pl. IX	4 „
Pl. V	3 „	Pl. X	5 „

Deze distributie leert ons onder meer, dat bij het eerste en het opnieuw verschijnen van kleur (Pl. II en VIII) een productieremming optreedt. Vervolgens, dat van de achromatische platen de laagste antwoordscore optreedt bij VI, de hoogste bij VII.

In tegenstelling tot Kemple vatten wij het enige antwoord bij plaat II op als een index voor kleurshock. Het duidingsverloop is hier bovendien merkwaardig.

Patiënt begint met te zeggen: „Twee kalkoenen, die dansen”. De conventionele beweging van „dansen” wordt daarna in een minder conventionele dansvorm verbijzonderd: „Wij doen niet de jitterburg, maar dát is het, waar dit op lijkt — twee kalkoenen, die de jitterburg doen”.

Vervolgens treedt een verschijnsel op, dat wij het *immobilisatiephae-
nomeen* noemen. Patiënt zegt namelijk: „Of een of ander diercaricatuur, niet erg levensecht”. Daarmede is de uitgesproken kinaesthesie der „dansende kalkoenen” in eens bevroren en tot een levensonechte caricatuur gedegradeerd. Het levende werkelijkheidsgehalte is er aan ontnomen. Men kan deze kinaesthesieverstarring in verband zien met wat Reich „spierpantsering” noemt. In het licht hiervan zijn wij geneigd het phaenomeen van de immobilisatie op te vatten als de *veraanschouwelijking van een dynamisch afweerproces*.

In het onderhavige geval moesten opstuwende, aggressieve impulsen worden afgeweerd. De agressiviteit kondigt zich reeds vaag aan in de wilde jitterburgdans en tegelijk openbaart zich de afweer: „Wij doen niet de jitterburg”. De afweer versterkt zich (optreden van het immobilisatiephaenomeen), maar slaagt niet geheel. De aggressieve impulsen weten zich door te zetten, maar — dank zij de afweer — op verholde en gemitigeerde wijze: „Dit zijn klauwen warempel, zij lijken niet op handen. En de twee voeten . . . Zij (de kalkoenen) duwen elkaar of zo iets om een of andere reden . . . conflict”. Hierna laat zich de afweer opnieuw gelden en wel in de vorm van een duidingsstupor: „Er is niets anders meer, dat ik van deze plaat zou kunnen zeggen. Ik kan mij niets anders voorstellen, wat het is”. Door dit nieuwe verzet geprikkeld, zoeken de aggressieve impulsen zich nogmaals door te zetten: „Die kleine vlekjes hier (mediaal boven) geven het idee, dat zij transpireren, zij werken zo hard, dansen zo hard, vechten zo hard . . .”.

Eindelijk is het grote woord gezegd: *zij vechten zo hard*. Hij wil het nog terugnemen, maar ziet zelf de onmogelijkheid hiervan in: „Dit kan ik in geen geval voor een landkaart houden, zoals de voorgaande plaat.” Het enige, wat hem overblijft, is de onechtheid te beklemtonen: „Het is precies een soort caricatuur”. En hij besluit met de autopunitieve opmerking: „Dit was niet al te best”.

Wij zijn van mening, dat deze analyse ons enerzijds de façadestructuur toont (achter de conventionele dansbeweging gaat agressiviteit

schuil), anderzijds het waken over de uiting van aggressieve impulsen.

Tenslotte dient nog te worden opgemerkt, dat patiënt zich hier tot de dierenwereld bepaalt, maar de dieren (in casu de kalkoenen) vermenselijkt. De kalkoenen immers voeren een menselijke *dans* beweging uit, zelfs de jitterburg. Dit *humanisatiephaenomeen* wijst opnieuw in de richting van defensief-verhullende tendenzen. Zou het hierboven beschrevene in menselijke figuren geprojecteerd zijn, dan had de patiënt zich te zeer bloot gegeven.

De duidingsremming bij plaat VIII laat zien, hoe de patiënt moeite heeft met het integreren van prikkels, die meer direct zijn gevoelsleven aanspreken. Een gunstig teken is, dat bij IX en X zijn antwoordscore stijgt. Daartegenover staat, dat zijn eerste aanpak van de drie polychromatische platen zich op stereotype wijze voltrekt. Hij geeft namelijk telkens als eerste duiding: anatomische afbeelding van het menselijk lichaam. In deze slecht geziene, anatomische G antwoorden openbaart zich een krampachtige, doch mislukte poging tot synthese.

De reactie op plaat VI brengt ons in aanraking met het phaenomeen van de *fascinatie*. De patiënt wordt gebiologeerd door het mediale uitsteeksel, hij kan er niet van los komen. Achtereenvolgens noemt hij het een handvat, een lange handle, een of ander instrument, nog eens een handvat, een steel of stengel. Uiteindelijk merkt hij het ook zelf op: „Ik ben mij zelf aan het herhalen, dat is fout”. De duiding: „Een blad, dat afkomstig is van een groeiende plant” verraadt autopunitieve tendenzen. Het blad is van zijn levende voedingsbasis beroofd (de psychoanalyse zou hier van castratie spreken). Het in deze vorm gecombineerd voorkomen van fascinatie en autopunitie op plaat VI is — ook volgens onze eigen ervaring — een aanduiding voor het bestaan van sexuele moeilijkheden. Het feit, dat de antwoordscore op deze plaat het laagst is van alle achromatische platen, zien wij in samenhang met deze moeilijkheden.

Na plaat VI wordt het verschijnen van plaat VII kennelijk als een verlichting ervaren, getuige de stijging der duidingsproductie. Het eerste antwoord bezit een feminien element en is gehuld in het kleed van een ik-betrekking: „De was, die ik deed op de boot, hangend aan de lijn, mijn eigen broeken, heen en weer bewegend in de wind...”. Behalve de duiding „vlinder” is er nog een antwoord, dat een feminien moment eigen is: „Lijkt op een lint, een lint, dat een meisje zou kunnen dragen in haar haar — niet een strikdasje”.

Uit deze reacties spreekt een ontvankelijkheid voor de vrouwelijke qualiteiten van plaat VII. Tevens vormen zij een indicatie voor het be-

staan van feminine persoonlijkheidstrekken (met name in de duiding van het lint schuilt een tederheidsmoment). Dit alles verkrijgt nog meer perspectief door een antwoord, dat op *orale* behoeften wijst: „Lijkt ook wel op coteletten. Het kan zijn, dat ik honger heb”.

De laatste drie duidingen op deze plaat onthullen zijn onzekerheid en vrees voor het feminine in en buiten hem: „Het zou een boog kunnen zijn, waar je onderdoor gaat...”, waarna volgt: „...Net de ingang tot een grot”. Het dysphorische moment, dat in de laatste duiding aanwezig is (namelijk de angstige onzekerheid omtrent de vraag, wat de grot herbergt), komt in de aanvulling, die de patiënt tijdens de inquiry geeft, nog beter naar voren: „Een *donkere* rots en zoals in een grot”. En dan is het, alsof de patiënt plotseling het gevaar doorleeft van de reacties, die deze plaat aan hem ontlokt heeft: „Het hele ding maakt op mij de indruk van de scharen van een kniptor, die samenklappen en je bijten..... (patiënt tracht het juiste woord te vinden) knijpers of....”.

De algemene conclusie uit de reacties op plaat VII is deze: een soliede aanvaarding van de mannelijke rol is niet bereikt.

Dat de patiënt bezorgd is voor en belang hecht aan het conventionele, spreekt uit meerdere duidingen. Hij heeft een zekere voorkeur voor conventionele bewegingen, zoals dansen, wandelen, het toewaaien van koelte met een waaier. Verder zijn in dit verband te noemen verbalisaties, zoals: „Wij doen niet de jitterburg”, „Ik denk, dat dit U wel wat gek in de oren klinkt”. Tenslotte vertoont hij een nauwkeurige aandacht voor de kleding. Voorbeeld (pl. III): „Deze lijken op een soort van die hoge dansschoenen, hoge hakken en spitse tenen, zoals de Russen hebben. Deze figuren zijn gekleed in avondkleding, zo wat zwart.... Dit is een strikje (mediaal rood). Het zou op een van die beide figuren moeten zijn.... Lijkt op een rood strikdasje, dat mooi zou staan bij het zwart van hun avondkleding”.

Tot besluit willen wij op enkele punten nog kort onze aandacht richten.

De reactie op plaat V is — in tegenstelling tot de doorsneereactie op deze plaat — dysphorisch van aard. Patiënt ziet wel de vulgaire vleermuis, maar het is een „vleermuis, die rondvliegt”, dus een vleermuis, die op je af kan komen. Hij vindt het eigenlijk meer een vlinder, maar: „Ziet er somber uit. Ik zou het liever zien met heldere, leuke kleuren, zoals een vlinder die heeft, dan zwart, dat meer vleermuisachtig is”. Een dergelijke reactie is vaak typisch voor phobische neigingen. De laatste duiding: „...een zwarte wolk; het lijkt als een wolk vol met regen” wijst in de richting van depressieve ontstemmingen.

Op een sensitieve karaktertrek duidt het antwoord: „Dit lijkt op gemorste inkt” (pl. X), vaak voorkomend bij psychasthenen.

Een schizoid moment manifesteert zich in de volgende duiding: „Deze lijken kleine vogeltjes (mediale top) met uitzondering van hun poten Aan de onderkant lijken zij op „octupi” Dit lijkt een paal in de grond en deze twee, een combinatie van vogel en „octupi”, dansen er omheen . . . (pl. X). Hier is dus sprake van een contaminatorische combinatie van vogel en inktvis. Zo'n antwoord ademt een atmosfeer van irrealiteit.

Op plaat I ziet patiënt het Amerikaanse, nationale embleem. Duidingen als embleem, wapen, kroon, insigne, decoratie e.d. wijzen dikwijls op een drang naar prestige, prestatie, erkenning, succes en dominantie bij in wezen insufficiënte personen. Eveneens op plaat I geeft hij de duiding „adelaar”, symbool van macht en onafhankelijkheid. Het is van belang hierbij in het oog te houden, dat zowel het duidingsgedrag als de duidingsinhouden bij plaat I kunnen inlichten omtrent de wijze, waarop de proefpersoon op *nieuwe* situaties pleegt te reageren.

Bij de inquiry geeft patiënt nog een nieuwe duiding op plaat II: „Precies de muil van een walrus, met twee rode, uitstekende tanden; de muil is niet open” (mediaal rood). Dit antwoord komt overeen met de „leeuw met manen, wandelend op een heuvel, niet gereed om te springen” (pl. VIII). In beide duidingen is sprake van een levensgevaarlijk dier, maar de patiënt tekent er zorgvuldig bij aan, dat zij niet op agressie uit zijn. Het is, alsof hij zichzelf en zijn omgeving geruststelt en behoedt. In beide duidingen projecteert hij zijn waakzaamheid over eigen agressieve impulsen en zijn autoriteitsvrees.

Na deze eigen analyse zal het gemakkelijker vallen, de interpretatie van Kemple te volgen, die wij hieronder in hoofdlijnen weergeven.

Patiënt verkeert in een toestand van ernstige spanning en angst. Hij is eierzuchtig, heeft vage, irreële ideeën over roem en succes. Zijn denken vertoont een neiging tot generaliseren, eerder dan volhardend te werken met details (G% 50).

Hij toont een praeoccupatie met persoonlijke levensproblemen. Hij neemt te veel hooi op zijn vork en ondanks zijn pogen om een goede indruk te maken is hij gewoonlijk onoorspronkelijk of kinderlijk. Er is sprake van een emotionele onrijpheid, een neurotische inhibitie, welke hem er van weerhouden te doen, zoals hij zou kunnen.

Affectief is hij behoorlijk aanspreekbaar, ofschoon introversieve tendenzen sterk zijn. Gevoelsuitbarstingen zijn geïndiceerd, maar deze zijn

zwak, vaag en eerder autodestructief dan naar buiten toe gericht. Er schijnt geen constructieve identificatie met de ouderfiguren te hebben plaats gehad. Hij voelt zich gauw verworpen en heeft waarschijnlijk een voorgeschiedenis van ouderlijke verwerping, welke hem wantrouwend, cynisch en vreesachtig heeft gemaakt in zijn houding jegens andere mensen (de enige menselijke figuur, die hij in de Rorschach ziet, is het hoofd van een kannibaal). Hij is bang voor de volwassenheid, voor het op zich nemen van volwassen verantwoordelijkheden in betrekkingen met anderen. Hij is bevreesd voor ieder dieper contact en ontkent of weigert iedere wens naar tederheid.

Krachtige hostileiteit zet hem innerlijk onder druk, maar hij is bang haar tegen anderen te richten in een méér gewelddadige vorm dan prikkelbaarheid (vgl. „tijger gereed om te springen”).

Zijn angsten, depressies, insufficiëntie- en schuldgevoelens zijn zó dreigend, dat zij eerder geprojecteerd dan onmiddellijk ervaren worden. Hij strijdt voortdurend om niet opgeslorpt te worden door het onbewuste materiaal, dat hij in de toevalsvormen gesymboliseerd ziet als: een donker meer, een zwarte stormwolk vol regen, een grot, een zwarte spin.

Sexueel voelt hij zich inferieur en probeert tot elke prijs zichzelf als een man te tonen. Hij heeft schrik voor vrouwen en alle feminine trekken van zijn karakter. Hij is gevangen tussen hoogdravende ambities en primitieve elementen in hem zelf, die hem niet alleen remmen, maar dreigen geheel en al bezit van hem te nemen.

De waarneming van tanden, voedsel, een zeekeeft, die bijt, een spin, die verslindt, een kannibaal, vogels met een grote of open bek, een paardenkop met tong uit de bek, dit alles verraadt een infantiel-orale component in zijn persoonlijkheid. Zijn eigen innerlijke leegte en tekort aan individuatie bezorgt hem een „devouring attitude” tegenover anderen.

Het protocol laat die trekken zien, welke volgens Kemple kenmerkend zijn voor de hypertensieve persoonlijkheid: goede intelligentie, sterke eerzucht en een autoriteitsprobleem, dat bestaat in vrees voor de autoriteit en verdrongen agressiviteit; chronisch conflict tussen reactie en verdringing; introversieve neigingen, die dreigen te botsen met het najagen van buiten de persoon gelegen, ver verwijderde strevingsobjecten.

Tenslotte heeft Booth⁸ een bijdrage geleverd tot het Rorschachonder-

⁸ Organ function and form perception. Use of the Rorschach method with cases of chronic arthritis, Parkinsonism and arterial hypertension. *Psychosom. Med.* 8, 1946, 367—385.

zoek van hypertensiepatiënten. Zijn onderzoek is een vergelijkende studie van de Rorschachprotocollen van twee groepen patiënten. De ene groep bestaat uit 60 patiënten met arteriële hypertensie, de andere groep uit 30 patiënten met artritis en 30 patiënten met Parkinsonisme. De eerste groep, gekenmerkt door verhoogde tensie in het vasculaire systeem, noemt hij de vasculaire of V-groep. De tweede groep, gekenmerkt door vermeerderde tensie in skelet, gewrichten en dwarsgestreepte spieren, noemt hij de locomotorische of L-groep. Het bleek nu, dat ieder van de twee groepen een specifieke voorkeur vertoonde voor bepaalde typen van antwoorden, waardoor het mogelijk was een onderscheid te maken tussen een V-type en een L-type van Rorschachreactie. Deze beide typen vertegenwoordigen volgens Booth twee verschillende gestaltnedenties in de waarneming der inktvlekken. Zij zijn niet indicatief voor ziekten van lichaam of geest, maar voor twee verschillende typen van persoonlijke houdingen :

L-type, individualistisch persoonlijkheidstype, gekenmerkt door onafhankelijkheid en aggressiviteit.

V-type, collectivistisch persoonlijkheidstype, gekenmerkt door afhankelijkheid van omgeving en sociaal conformisme.

De ontdekking van deze twee typen vormt voor Booth enerzijds een bewijs voor het bestaan ener nauwe samenschap tussen orgaanfunctie en vormwaarneming, anderzijds een bewijs hiervoor, dat lichaamsbouw en persoonlijkheidsstructuur een gemeenschappelijke dynamische wortel en een gemeenschappelijke gestaltnedentie hebben.

Gezien het thema van onze studie, beperken wij ons hoofdzakelijk tot de weergave van die gegevens, welke Booth mededeelt met betrekking tot zijn vasculaire groep. Voorzichtigheidshalve moeten wij hierbij aantekenen, dat uit zijn publicatie niet duidelijk blijkt, of alle 60 onderzochte patiënten lijdende waren aan een *primaire* bloeddrukverhoging. Hij bezigt namelijk steeds het begrip „arterial hypertension” zonder nader commentaar, terwijl hij evenmin leeftijden vermeldt.

Hieronder volgt een overzicht van de Rorschachresultaten, die door hem als karakteristiek bevonden werden voor de vasculaire proefgroep.

Reactie op de symmetrie der platen.

In overwegende mate wordt de duidingsinhoud verdeeld door de as of de centrale uitsparing, of de duiding geeft een structurele disconti-

nuïteit aan tussen de twee plaathelften. De verticale as wordt opgevat als de lijn, waarlangs een object is verdeeld of twee objecten zijn gescheiden. De verticale as wordt ervaren als een plaats van discontinuïteit.

Van deze opvattingswijze getuigen bij voorbeeld:

a. Bilaterale antwoorden. Voorbeeld (centrale D pl. I) : twee mensen tegenover elkaar,

b. Splijtantwoorden : het midden van een duiding schijnt gesplitst te zijn door een snee, een gracht, een greppel. Voorbeeld : een opengesneden konijn (pl. V), een landschap, dat door een ravijn verdeeld wordt (pl. VI).

c. Explosie-antwoorden : een explosie of het resultaat er van wordt gezien in het midden.

Deze verdeling der platen in links en rechts zou wijzen op een innerlijk verdeeld zijn, op een zwakke integratie, welke te danken is aan disruptieve dynamismen in de persoonlijkheid.

Axiale duidingen.

Verschillende typen van axiale antwoorden hebben de voorkeur :

a. Axiale duidingen, waarin twee figuren gezien worden.

b. Ongestructureerde asduidingen : lucht, wolken, vuur, water en die anatomische antwoorden, welke een soliede structuur missen.

c. Middellijnduidingen, die zich kenmerken door open, holle structuren, bij voorbeeld : mond, anus, schoorsteen.

De axiale openheid brengt Booth in verband met de peripheer-gerichte organisatie van het vasomotorische systeem. Het schijnt tenminste — zo schrijft hij — alsof er een neiging bestond om in een onbepaald medium (de Rorschachvlekken) vormen te projecteren, die de structuur van het overheersende functionele systeem weerspiegelden.

d. Antwoorden op de verticale as, welke dynamisch inferieur zijn ten opzichte van de peripherie. Voorbeelden : bloem (de bevruchtende elementen komen van buitenaf en eerst dan ontwikkelt zich de bloem), symbolische en rituele objecten, zoals kruis, scepter, totempaal (hun effect hangt af van de psychologische associaties der omgeving). De peripherie bepaalt het lot van het centrum.

Uit dit antwoordtype trekt Booth de conclusie, dat de representanten van de vasculaire groep primair afhankelijk van de materiële en sociale condities van hun omgeving. Collectiviteit, omgeving en conventie vormen de determinanten van hun gedrag. Zij zijn extratensief.

De vertegenwoordigers van de L-groep gaven juist het omgekeerde te zien. Bij hen werden de perifere plaatdelen door het centrale segment

overheerst. Dit zou er op wijzen, dat zij meer door eigen impulsen bepaald worden dan door de omgeving, om welke reden zij meer introtensief zouden zijn.

Bewegingsantwoorden.

De B antwoorden werpen licht op de levenshouding. Rorschach wees reeds op het onderscheid tussen strekkinaesthesie (actieve houding) en buigkinaesthesie (passieve houding).

In de vasculaire groep bestaat een voorkeur voor conservatieve B. Hiertoe rekent Booth:

a. Activiteiten, die door conventies bepaald worden, bij voorbeeld dansen, bidden, buigen, groeten, ceremoniële verrichtingen.

b. Acties, die tot doel hebben het handhaven van een houding, bij voorbeeld: iets vasthouden, handen boven het hoofd houden, staan.

De conservatieve B wijzen op een neiging tot vasthouden aan steun van buiten, op een houding van afhankelijkheid ten opzichte van de omgeving. Zij staan tegenover de agressieve B, die acties insluiten, welke een directe, praktische verandering beogen in de situatie van de persoon, bij voorbeeld: lopen, dragen, koken, vechten. Deze wijzen op een tendenz tot zelfstandig, doelgericht handelen, op een persoonlijk ingrijpen in de situatie.

Verder domineren de FB over de B. De dierkinaesthesieën schijnen verband te houden met driftmatige neigingen, die niet in de bewuste persoonlijkheid zijn geïntegreerd (infantiele houdingen).

Dierantwoorden.

Het T% is verhoogd. Dit is dus een aanduiding voor een stereotype wijze van reageren. Ten overstaan van weerstanden is er weinig neiging tot experimenteren en pionieren, eerder tot een blijven steken in dezelfde reactiewijzen en een blijven hangen aan dezelfde situatie.

Wat de diersoorten betreft, bestaat er een voorkeur voor schapen, koeien en roofdieren; dieren, die in kudden leven; succesvol gedomesticeerde dieren en dieren, die zich met weinig musculaire inspanning voeden. Dieren als adelaar (symbool van onafhankelijkheid) en varken (symbool van koppige volharding) komen overwegend in de L-groep voor.

In de diervoorkeur van de V-groep ziet hij afhankelijkheid weerspiegeld en ziet hij een accentuering van het digestieve systeem. Daar tegenover getuigt volgens hem de diervoorkeur van de L-groep meer van onafhankelijkheid, terwijl het accent ligt op het locomotorische systeem.

Desintegrerende tendenties.

Onder deze categorie rangschikt Booth o.a. de volgende momenten :

1. Invloed van witte uitsparingen en onregelmatigheid der contouren, bij voorbeeld : twee mensen, maar zij vallen uit elkaar bij de heupgewrichten (pl. III).

2. Dezelfde toevalsvorm schijnt een samenstel van onverenigbare delen, bij voorbeeld : een tijger, maar de staart lijkt een olifant (pl. VII).

3. De patiënt voelt zich gestoord door details, die niet overeenstemmen met of passen bij zijn antwoord. Hij elimineert dergelijke details hetzij door hen verbaal uit te sluiten („dit hoort er niet bij”, „dat moet weg”), hetzij door hen manueel af te dekken.

4. Falen. Op de platen III en VII treedt geen falen op, op de overige platen wel. Het frequentst wordt gefaald bij plaat IX, daarna bij plaat VI, X en IV, tenslotte bij V, II en I.

5. Alternatief-antwoorden, bij voorbeeld : twee jongetjes of vogels (pl. III).

6. Patiënt spreekt twijfel uit over zijn duiding.

7. Do antwoorden, bij voorbeeld : hoofden (van de twee mensen op pl. III). Ook het omgekeerde van een Do komt voor, dat wil zeggen, de patiënt vindt, dat onderdelen van zijn duiding niet gesteund worden door de vorm van de inktvlek, ofschoon anderen bij hetzelfde antwoord een dergelijke moeilijkheid niet ondervinden, bij voorbeeld : twee beren, maar ze missen hun hoofd (pl. II).

Kleurshock, Fb en Hd antwoorden.

Zowel in de L-groep als de V-groep komt kleurshock dikwijls voor. De beide groepen tonen geen karakteristieke verschillen in aantal en kwaliteit van Fb en Hd antwoorden. Over deze antwoorden verstrekt de auteur geen gegevens.

Grondconflict.

De patiënten van de V-groep schijnen in zich twee „zielen” te herbergen, welke hen naar verschillende kanten trekken. In dit verband zijn van betekenis de axiale duidingen, waarin twee figuren gezien worden, evenals de duidingen van splijtingen, sneden en explosies op de middellijn.

De met elkaar in conflict zijnde houdingen schijnen aggressiviteit en afhankelijkheid te zijn (frequente rechts-linksverdeling der platen : rechts symboliseert actieve, links passieve tendenties).

Terwijl aggressiviteit tot uiting komt in roofdier- en explosieduidingen,

spreekt afhankelijkheid uit axiale duidingen, die inferieur zijn ten opzichte van de peripherie, uit conservatieve B antwoorden, uit duidingen van dieren, die in kudden leven, succesvol gedomesticeerd zijn of zich met weinig spierinspanning voeden, uit in de peripherie geduide warmbloedige dieren en tenslotte uit de neiging zich bij confrontatie met weerstanden te gauw aan te passen.

Conclusie.

De vertegenwoordigers van de vasculaire groep worden meer beïnvloed en bepaald door de buitenwereld (extratensie) dan door eigen aandriften en persoonlijke initiatieven. De effecten van het culturele en sociale milieu, van conventie en collectiviteit schijnen een meer belangrijke rol te spelen dan geïndividualiseerde, persoonlijke verhoudingen. De *bewuste* houding is er een van bereidheid om met de sociale omgeving samen te werken. De capaciteit tot succesvolle samenwerking van de *onbewuste*, driftmatige persoonlijkheidslagen wordt echter verminderd door een conflict tussen agressiviteit en afhankelijkheidstendenties.

Geplaatst tegenover moeilijkheden, belemmeren de afhankelijkheidstendenties het doen van beslissende ingrepen. Zij brengen de persoon aan het weifelen en drijven hem tot het opgeven van pogingen om de weerstanden te overwinnen, juist omdat bereidheid zich aan de omgeving aan te passen de bewuste persoonlijkheid overheerst.

Dientengevolge worden agressieve impulsen niet geschraagd door de geïntegreerde krachten van de totale persoonlijkheid. Vandaar, dat de agressieve reacties meer impulsief en kortstondig zijn. Vandaar ook, dat de agressieve inspanningen beperkt in omvang zijn en begrensd tot wat praktisch en dienstig lijkt.

Een concurrerende omgeving schijnt een bijzonder gevaar te vormen voor de vertegenwoordiger van het vasculaire type. Sociaal conformisme stimuleert hem tot deelname aan de strijd, ofschoon hij niet in staat is tot een geïntegreerde, door de gehele persoonlijkheid geschraagde, agressieve levensvorm.

Overziet men de hierboven aangehaalde publicaties, dan vallen zowel punten van overeenkomst als van verschil op.

De verschillen hebben hoofdzakelijk betrekking op de meer quantitative resultaten van het Rorschachonderzoek. De onvolledige weergave van deze resultaten, alsmede de uiteenlopende scoringsopvattingen, bemoeilijken de opstelling ener vergelijkingstabel. Bij raadpleging van onderstaande tabel dient men hiermee rekening te houden.

Rorschachscores volgens Hackfield, Boss en Kemple.

	ant-woord	G %	opvattingstype	G B	ΣB ΣFb	verdeling kleurantw			F %	T %	anat %
						FFb	FbF	Fb			
1 630 jr (Hackfield)	63	16	(G)(D)-Dd-Dzw	9 5	5 6,5		2	3	81	31	
2 gemiddelde totalen van 7 pat, gemiddelde leeftijd: 55 jr (Hackfield)	31	16	(G)(D)-Dd-(Dzw)(Do)	49 1,4	1,4 1,1						
3 638 jr (Boss)	40	32	G	13 0	0 1		1		98?		25
4 622 jr (Kemple)	42	50	G-(D)-(Dd)	21 3	3 5,5	3	4		48	40	19

Nog moeilijker valt het om de quantitative Rorschachresultaten van Booth met die van de andere onderzoekers in vergelijking te brengen. Hij werkt met groepsgemiddelden (gelijk Hackfield's groep van 7 patiënten) en vergelijkt deze met die van een contrastgroep (de L-groep). Op basis van deze confrontatie trekt hij zijn conclusies. Men moet er zich dus rekenschap van geven, dat de resultaten van de V-groep steeds in het perspectief van die der L-groep gezien moeten worden (en omgekeerd).

Rorschachscores volgens Booth.

	ant-woord	G %	opvattingstype	G B	BenFB	T %	anat antwoord
L-groep	22,4	40	G neiging	4 1	B > FB	30	minder
V-groep	27,1	26	minder G meer D meer Do	4 1	FB > B	51	meer

Met het nodige voorbehoud kan men uit de gegevens, die in beide bovenstaande tabellen zijn ondergebracht, het volgende opmaken:

Er is een neiging tot verhoogde duidingsproductie.

In het opvattingstype schijnen bij voorkeur ofwel G antwoorden ofwel Dd antwoorden te domineren. Bovendien vond Booth in zijn vasculaire groep relatief meer Do antwoorden (zie de categorie der desintegrerende tendenties).

In overwegende mate is het aantal G te hoog in verhouding tot het aantal B.

Het belevingstype is wisselend. Nu eens in meerdere of mindere mate een verschuiving naar de B-zijde (Hackfield 2), dan weer naar de Fb-zijde (Hackfield 1, Boss, Kemple). Nu eens coartatie (Boss) of mogelijk een neiging er toe (Hackfield 2), dan weer dilatatie (Hackfield 1, Kemple).

Van de kleurantwoorden heeft wellicht het type FbF de voorkeur.
Het F% kan eventueel sterk verhoogd zijn (boven 75).
Eventueel is er kans op een verhoogd T procent.
Er bestaat een neiging tot anatomische duidingen.
Het aantal FB antwoorden is groter dan het aantal B antwoorden (zie de uitwerkingstabel van Kemple op pag. 133 en Booth).

Wat de meer kwalitatieve gegevens betreft, bestaat er in het algemeen een betrekkelijk goede overeenstemming tussen de besproken auteurs. Het menstype, dat uit hun Rorschachonderzoekingen te voorschijn treedt, is gespannen en sensitief. Ter afwering van innerlijke onzekerheids- en afhankelijkheidsgevoelens ontstaan er compensatoire reactieformaties in de gestalten van aggressieve tendenzen, eerzucht, prestatiedrang en strevingen naar dominantie. Als regel komen deze gesluierd tot uiting. aangezien de zelfexpressie geremd wordt door een overmatige zelfbewaking en door een sterke neiging om met de opinies der omgeving rekening te houden (conventionele instelling).

Het grondconflict bestaat in een strijd tussen actieve en passieve tendenties. Deze innerlijke verdeeldheid belemmert de groei en de rijping van een onafhankelijke, zelfstandige levenshouding in een volwassen wereld en verhindert het tot stand komen van een soliede aanvaarding van de mannelijke of vrouwelijke rol.

Terwijl in de hierboven gerefereerde publicaties de uitdrukking „passieve tendenties” geen moeilijkheden oplevert, blijkt dit niet het geval te zijn met de uitdrukking „actieve tendenties”. Het begrip „actief” wordt namelijk meerzinnig gebruikt. Het blijkt minstens drie betekenisvarianten te dekken, die in onvoldoende mate uit elkaar gehouden worden, te weten:

a. Oversterke vitaliteit of expansiviteit (Boss). Dit is een kwestie van temperament, dus van een constitutioneel moment.

b. Vijandige aggressiviteit (Hackfield, Kemple). Hier is sprake van een meer reactief drangmoment.

c. Wil tot zelfbepaling, streven naar zelfstandige en krachtige aanpak der levensproblemen (Booth). Hierin treedt vooral een volitief moment op de voorgrond.

Wij willen geenszins de samenhang van deze drie momenten ontkennen. Men kan hun innerlijk verband als argument aanvoeren voor het feit, dat zij onvoldoende onderscheiden zijn. Ook kan men er op wijzen, dat zij in de Rorschachttest moeilijk of niet onderscheidbaar zijn. Niettemin moet men in het oog houden, dat zij — ondanks hun onderling verweven

zijn — op verschillend niveau liggen en wel respectievelijk op vegetatief-lichamelijk niveau (vitaliteit), op sensitief niveau (aggressiviteit) en op volitief niveau (zelfbepaling). Het restloos herleiden van het ene moment tot het andere is in tegenspraak met de empirische werkelijkheid. Om dit te vermijden zal men meer discriminatief te werk moeten gaan met zijn begrippen, zonder de kijk op het geheel te verliezen. Zowel buiten als speciaal binnen het kader van onze studie is het nodig zich bewust te blijven van de drie onderscheiden momenten. Het wekt dan ook verwarring, wanneer bij voorbeeld Booth de wil tot zelfbepaling een aggressieve tendenz noemt, ook al heeft hij met de term „aggressief” niets vijandigs op het oog. Ter voorkoming van misverstand verdient het aanbeveling, deze term niet in zijn letterlijke, maar in zijn thans algemeen gebruikelijke, negatieve betekenis te gebruiken (zie voorgaande hoofdstuk).

HOOFDSTUK VII

EIGEN ONDERZOEKINGEN BIJ 50 LIJDERS AAN ESSENTIËLE HYPERTENSIE

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven van een klinisch-psychologisch onderzoek, dat door ons werd verricht bij 50 lijdens aan essentiële hypertensie. De betreffende patiënten waren tevoren uitvoerig internistisch onderzocht door Dr A. Lips te Nijmegen.

In verband met de omstandigheid, dat de door ons onderzochte personen poliklinische patiënten waren, van wie het merendeel bovendien niet in Nijmegen woonachtig was, moest het klinisch-psychologisch onderzoek economisch en doeltreffend worden ingericht.

Daartoe konden wij gebruik maken van ervaringen, die wij voorheen hadden opgedaan met klinisch-psychologische onderzoekingen bij ongeveer 200 lijdens aan psychosomatische ziekten (primair chronische polyarthritis rheumatica, asthma bronchiale, bepaalde dermatosen). Deze voorafgaande onderzoekingen hadden ons geleerd, dat bij deze patiënten, binnen een beperkt toegemeten tijd, de beste resultaten verkregen werden, indien men allereerst zorgde voor de vestiging van een goed, wederzijds contact en slechts als dit bereikt was, het onderzoek voortzette. Vervolgens, indien men een ontwikkelingspsychologisch georiënteerde anamnese afnam. Tenslotte, indien men bij voorkeur gebruik maakte van de Rorschachtest, gesupplementeerd door de affectieve waarderingsmethode van Morgenthaler¹. Conform deze, langs empirische weg verkregen inzichten, gingen wij ook te werk bij het onderhavige onderzoek.

Het inleidende gesprek over de ziekte, mede ter vestiging van een positieve verstandhouding, nam geruime tijd in beslag (ruim één uur) en bleek opnieuw van beslissende betekenis voor een redelijk welslagen van het klinisch-psychologisch onderzoek binnen het veld van de psychosomatische geneeskunde. Slechts in enkele gevallen werd geen bevredigend effect bereikt en moest van verder onderzoek worden afgezien.

Van de testpsychologische methoden had de Rorschachtest de voorkeur, over de resultaten waarvan wij uitvoerig zullen berichten.

Terloops moge hier worden opgemerkt, dat wij ons niet uitsluitend

¹ Über Modifikationen beim Rorschach. Rorschachiana II, Bern 1947, p. 41—54.

bepikt hebben tot de Rorschachtest. Al naar gelang het geïndiceerd en met het oog op de tijd mogelijk was, maakten wij onder meer gebruik van de Sentence Completions Test (Rhode), de Ascendance-Submission Reaction Study (Allport), de Picture-Frustration Study (Rosenzweig), de Thematic Apperception Test, de Wartegg-test en de Auffassungstest (Vetter). In onze studie blijven de resultaten van deze tests onvermeld.

Een intelligentietest (Terman, Wechsler-Bellevue) kon niet worden afgenomen, aangezien wij anders te zeer in tijdnood raakten. Hierbij voegde zich onze ervaring, dat het intelligentie-onderzoek bij psychosomatische patiënten bijzondere weerstanden kan oproepen, omdat zij een dergelijk onderzoek met betrekking tot hun ziek-zijn nutteloos en overbodig achten. Algemeen gesproken, kregen wij de indruk, dat de door ons onderzochte patiënten tot het niveau ener gemiddelde intelligentie behoorden en dat velen van hen eerder boven dan onder dit niveau lagen.

In het onderstaande geven wij eerst enkele algemene gegevens over onze groep van 50 lijdens aan essentiële hypertensie. Daarna laten wij een samenvatting volgen van de voornaamste resultaten, verkregen met behulp van de ontwikkelingspsychologische anamnese. In aansluiting hieraan bespreken wij de uitkomsten van het Rorschachonderzoek, getoetst aan een contrôlegroep van 50 normale proefpersonen.

Enige algemene gegevens.

Aantal onderzochte patiënten : 50.

Klinische diagnose : essentiële hypertensie.

Geslachtsverdeling : 21 mannelijke, 29 vrouwelijke patiënten.

Leeftijd : gemiddelde leeftijd van de mannen is 34 jaar, van de vrouwen 42 jaar, van de mannen en vrouwen samen 38 jaar (range 17—59; 80 % onder 50 jaar).

Geboortenummer : hier moge slechts vermeld worden, dat 11 patiënten de jongste zijn en 15 de oudste (tesamen 52 % der gevallen).

Gezinsgrootte : géén der patiënten is enig kind; 10 komen voort uit een klein gezin (2—3 kinderen), 11 uit een flink gezin (4—5 kinderen) en 29 uit een groot gezin (6 en meer kinderen), hetgeen betekent, dat onze patiënten overwegend uit kinderrijke gezinnen stammen.

Burgerlijke staat : er zijn 27 gehuwde en 23 ongehuwde patiënten (mannen: 11 gehuwd, 10 ongehuwd; vrouwen: 16 gehuwd, 13 ongehuwd).

Beroep : vier patiënten hebben geen beroep, 16 vrouwelijke patiënten zijn gehuwd; de beroepen van de resterende 30 patiënten zijn als volgt te categoriseren :

handwerkersberoepen . . . 10 patiënten
 huishoudelijke beroepen . . . 3 patiënten
 administratieve beroepen . . . 4 patiënten
 zakenberoepen 4 patiënten
 intellectuele beroepen
 (en studerenden) . . . 9 patiënten

patient no	overleden ouder (s)	toenmalige leeftijd van patient
5 ♀	vader moeder	10 jaar 18 ..
6 ♀	vader	11 jaar
9 ♂	vader moeder	11 jaar 16 ..
10 ♂	vader	17 jaar
11 ♂	moeder	10 jaar
12 ♂	vader moeder	1,5 jaar 10 ..
13 ♀	vader moeder	8 jaar 16 ..
16 ♀	vader	5 jaar
17 ♂	vader	7 jaar
21 ♀	moeder	17 jaar
28 ♂	vader	16 jaar
32 ♀	moeder	5 jaar
43 ♀	vader	17 jaar
50 ♀	vader	5,5 jaar

Sterfte der ouders : in 28% der onderzochte gevallen stierf vader en/of moeder, toen de patiënten nog onvolwassen waren. De nevenstaande tabel geeft hiervan een overzicht.

Blootgesteld zijn aan plotselinge sterfgevallen in de naaste omgeving :
 in 58 % der gevallen.

Familiaire gegevens : in 74 % van onze gevallen doen zich in de naaste familie der patiënten verschijnselen voor, die wijzen op het bestaan van een zekere praedilectie voor cardiovasculaire aandoeningen. Als zodanig zijn te noemen : hypertensie en haar gevolgtoestanden, arterio-sclerose en haar gevolgtoestanden (ook buiten het senium), angina pectoris en haar gevolgtoestanden, vasospastische migraine.

Lichaamsbouw : 20 patiënten behoren tot het pycnische, 10 tot het leptosome en 5 tot het atletische lichaamsbouwtype ; de resterende 15 zijn mengtypen.

Ontwikkelingspsychologische anamnese.

De omstandigheid, dat wij aan de hand van de ontwikkelingspsychologische anamnese bij verreweg het merendeel der onderzochte patiënten zowel een bepaald kernconflict als een bepaald actueel conflict aantreffen, bracht ons er toe een overzicht samen te stellen, waarin ieder der patiënten — volgens leeftijd gerangschikt — een plaats kreeg, met vermelding van geslacht, geboortenummer, beroep, burgerlijke staat, kernconflict, actueel conflict en leeftijd, waarop voor het eerst de bloeddrukverhoging werd vastgesteld.

Deze methode biedt het voordeel, dat men zich enige indruk kan verwerven van het onderzochte en bewerkte materiaal zélf, waarvan wij de raadpleegbaarheid verhoogden door de uitkomsten van het Rorschach-

onderzoek eveneens patiëntsgewijs en in corresponderende chronologische volgorde te tabellariseren.

In enkele opzichten verdient het bedoelde overzicht een korte toelichting.

Met „kernconflict” bedoelen wij een intrapsychische conflictspanning, welke in de vroege jeugd ontstaan is, in die tijd of later geen positieve oplossing heeft gekregen en als grotendeels of geheel verdrongen psychische inhoud de levensstijl van de persoon op beslissende wijze co-determineert. De bijzonderheden, die wij in ons overzicht nu en dan aan het gevonden kernconflict toevoegen, beogen het effect van deze codeterminatie nader te illustreren.

Onder „actueel conflict” verstaan wij een duidelijk aanwijsbare, grotendeels bewuste conflictspanning, welke minstens gedurende meerdere jaren de persoon in haar greep gevangen houdt en welke met grote waarschijnlijkheid voorafgaat aan het eerste optreden der primaire bloeddrukverhoging. Het voorbehoud „met grote waarschijnlijkheid” is noodzakelijk, aangezien men niet nauwkeurig kan bepalen, hoeveel tijd er verlopen is tussen de klinische vaststelling en het eerste optreden van de bloeddrukverhoging. Om deze reden hebben wij gemeend alleen dan van een „actueel conflict” (in bovengenoemde zin) te mogen spreken, indien dit aan twee eisen voldeed: 1) het moest een duur hebben van minstens meerdere jaren en voorafgaan aan het eerste optreden van die subjectieve klachten, welke als min of meer kenmerkend gelden voor verhoogde bloeddruk; 2) het moest in een begrijpelijke relatie staan tot het vastgestelde kernconflict.

Met betrekking tot de eerste eis merken wij nog op, dat slechts 6 patiënten aangaven nooit enige subjectieve klacht gehad te hebben, terwijl de overigen de min of meer kenmerkende klachten in doorsnee ongeveer een half tot twee jaar vóór de klinische vaststelling der bloeddrukverhoging vertoonden.

In twee gevallen (No. 4 en 16) konden wij niet met zekerheid een kernconflict vaststellen. Beide gevallen kwamen echter karakterologisch en gedragspsychologisch treffend overeen met de andere patiënten. Daarom neigen wij tot de opvatting, dat wij in deze gevallen niet diep genoeg in de psychische innerlijkheid der patiënten hebben kunnen doordringen.

In zeven gevallen (No. 6, 11, 19, 29, 36, 44, 45) was wel een bepaald kernconflict vast te stellen, echter geen actueel conflict. Bij deze patiënten bleek echter het kernconflict zo'n intensiteit te bezitten, dat in feite de gehele levenssituatie als een chronisch psychotrauma beleefd werd.

Hierna laten wij het bedoelde overzicht volgen.

Patiënt	Geboorte- nummer	Beroep	(On)gehuwd	KERNCONFLICT	ACTUEEL CONFLICT	Leeftijd, waarop bloeddrukverhog- ing voor 't eerst werd vastgesteld.
1. ♂ 17 jr.	9e van 10 kinderen	fabrieks- arbeider	ongehuwd	Rebellie tegen autoriteit, voortkomend uit vrees voor en protest tegen een strenge, driftige en drankzuchtige vader, die zich weinig van de kinderen aantrok.	Geheel vervuld zijn van haat en wraak ten opzichte van een jongen, die een kleinere jongen mishandelde.	17 jaar
2. ♂ 19 jr.	2e van 4 kinderen	scholier M.U.L.O.	ongehuwd	Ambivalente gevoelsinstelling tot strenge moeder en nog strengere vader (tussen beide ouders waren steeds wrijvingen). Patiënt groeide uit tot een inwendig sensitief en agressief type, dat zich naar buiten toe verdraagzaam en aangepast toont.	Gedurende 4 jaar cumulerende woede over „gemene en dronken” inwonenden.	19 jaar
3. ♀ 19 jr.	<i>jongste</i> van 3 kinderen	geen	ongehuwd	Vreesachtige opstandigheid tegen strenge, driftige vader. Verwend door moeder. Rivaliteit en jaloezie ten aanzien van een oudere zuster, die wegens gebrekkigheid in bijzondere mate door de ouders ontzien en voorgetrokken wordt.	Versterkte agressieve houding tegenover de vader, die niets weten wil van haar verlovings, terwijl de moeder er mee instemt. Patiënte durft niets meer aan haar vader te zeggen.	18 jaar
4. ♂ 19 jr.	8e van 11 kinderen	fabrieks- arbeider	ongehuwd	Kernconflict kon niet met zekerheid worden vastgesteld. Wel blijkt uit het onderzoek, dat patiënt innerlijk een zeer agressieve persoon is, die zich naar buiten toe verlegen, timide en geremd gedraagt (uitgesproken façadestructuur en affectafweer).		18 jaar

Patiënt	Geboorte- nummer	Beroep	(On) gehuwd	KERNCONFLICT	ACTUEEL CONFLICT	Leeftijd, waarop bloeddrukverho- ging voor 't eerst werd vastgesteld
5. ♀ 19 jr.	2e van 4 kinderen	typiste	ongehuwd	Rebellie tegen autoriteit, voortkomende uit een chronische protestinstelling tegen beide, strenge ouders. Diep gewortelde rivaliteit ten opzichte van een jongere zuster, die haar in alles voorbijstreeft. Onvervulde beroepswens.	Toespitsing van jaloersheidsverhouding tot haar jongere zuster. Moet zich onafgebroken bedwingen om haar niet „aan te vliegen“.	17 jaar
6. ♀ 22 jr.	oudste van 5 kinderen	geen	ongehuwd	Ambivalentie ten opzichte van haar strenge vader. Zij is bang voor hem, maar houdt toch meer van hem dan van moeder, want hij is „de sterke man, die haar beschermt“. Vanaf haar prille jeugd staat zij in een rivaliteits- en jaloersheidsverhouding tot haar enige, jongere zuster, die haar in alles overtreft. Ook háár tracht zij te vriend te houden om steun van omgeving niet te verliezen.		22 jaar
7. ♀ 22 jr.	oudste van 6 kinderen	fabrieks- meisje	ongehuwd	Litgesproken ambivalente instelling tegenover de vader, die een strakke gezagsfiguur is. Enerzijds zoekt zij bescherming bij hem, anderzijds is zij beducht voor en gekant tegen zijn autoritair optreden, hetgeen leidt tot een algemene rebellie tegen autoriteit. De moederfiguur is van weinig invloed. Rivaliteitsmoeilijkheden ten opzichte van jongere zusters. Krampachtige zelfhandhaving tegenover een als vijandig be-	De verloofde van patiënte noopt haar de kleine driftbui — de enige weg, waarlangs zij zo nu en dan haar gestuwde agressiviteit ventileert — geheel te onderdrukken.	22 jaar

				leefde omgeving, waaraan zij zich uit zelfbeveiliging telkens weer gedwongen onderwerpt.		
8. ♂ 23 jr	10e van 12 kinderen	chauffeur	ongehuwd	Levenslange rivaliteit ten opzichte van een jongere broer, die hem voorbijstreefde. Onopgeloste, voortdurend opflakkerende haat- en wraakgevoelens tegenover een onderwijzer, die hem op de lagere school mishandelde.	Wrok met betrekking tot een op onrechtvaardige wijze gekregen ontslag	22 jaar
9. ♂ 23 jr	oudste van 6 kinderen	student	ongehuwd	Fundamentele ambivalentie ten opzichte van beide ouders. De disharmonie van een strenge vader en een verwennende moeder bewerkte een starre oppositionaliteit tegen iedere beperking van zijn vrijheid en tegen het aanknopen van tussenmenselijke bindingen.	Gedurende 4 jaar lang vervuld van een autoriteitsconflict met een leraar op een middelbare school.	20 jaar
10. ♂ 24 jr.	2e van 10 kinderen	metselaar	ongehuwd	Verzet tegen overbezorgde, bedilzieke en dominante moederfiguur, waaraan hij tegelijkertijd gebonden is. Vrees voor strenge, driftige en drankzuchtige vader. Rebelle tegen autoriteit. Praemature kennismaking met levensernst.	Herhaalde autoriteitsconflicten met chefs in de bedrijven, waar hij werkte.	24 jaar
11. ♂ 24 jr.	oudste van 5 kinderen	magazijnbediende	ongehuwd	Ambivalente gevoelsinstelling tot driftige vader en vroegtijdig ontstane inferioriteitsgevoelens voerden tot een conflict tussen sterke aggressiezucht en ik-beveiligende conformeringsdrang.		24 jaar

Patiënt	Geboorte- nummer	Beroep	(On)gehuwd	KERNCONFLICT	ACTUEEL CONFLICT	Leeftijd, waarop bloeddrukverhoging voor 't eerst werd vastgesteld
12. ♂ 26 jr.	3e van 7 kinderen	academicus	ongehuwd	Onbevredigd tederheidsverlangen (gevoelskoude moeder) en rigoureuze gewetensfunctie (introjectie van zeer strenge vaderfiguur), in welke een groot deel van de gewekte agressiviteit zich tegen de persoon zelf keerde (sado-masochisme).	Ernstige intrapsychische spanningen, verband houdend met sexuele moeilijkheden.	23 jaar
13. ♀ 28 jr.	middelste van drie meisjes	typiste	ongehuwd	Sedert haar vroegste jeugd ernstig gemis aan ouderlijke liefde en steun. Vijandige oppositie tegen drankzuchtige en zijn gezin verwaarlozende vader. Ambivalentie ten opzichte van haar koele en harde moeder. Praemature kennismaking met levensernst.	Schaamte en tegen de vader gerichte woede en wrok, toen er steeds maar schuldeisers aan huis kwamen.	24 jaar
14. ♀ 30 jr.	3e van 6 kinderen	—	gehuwd geen kinderen	Vroegtijdige, chronische protesthouding tegenover strenge vader en nog strengere moeder, die de baas en de bestraffende instantie thuis was. Patiënte ontwikkelde de attitude van het zgn. mannelijke protest. In huwelijk dyspareunie.	Verkeert voortdurend in heftige woede over onrechtvaardige behandeling door schoonmoeder en schoonfamilie, waarover zij ook haar man steeds verwijten maakt.	30 jaar
15. ♂ 32 jr.	oudste van 2 kinderen	timmerman	gehuwd 2 kinderen	Verborgten protest tegen strenge vader, die hem zeer veel strafte voor zijn wildheid. Verwend door moeder. Op den duur ontwikkelde zich een al-	Het meemaken van een aantal vliegtuigbombardeerten, aan welke hij een straffende zin ontleende.	32 jaar

				gemene straf- en critiekvrees, welke hem omvormde tot een dwangmatige, angstige perfectionist met autopunitieve tendenzen.	
16. ♀ 34 jr.	4e van 9 kinderen	—	gehuwd 6 kinderen	Kernconflict kon niet met zekerheid worden vastgesteld. Wel kwam uit het onderzoek vast te staan, dat patiente een gejaagde, sensitieve vrouw is, die haar zwak geconsolideerd Ik beschermt en verdedigt door te vluchten in werk, lichamelijke en oppositie. De formule van haar levensstijl is ondanks oppositie zich toch onderwerpen.	34 jaar
17. ♂ 36 jr.	jongste van 3 kinderen enige jongen	zakenman	gehuwd 4 kinderen	Sterke rebellie tegen autoriteit, teruggaande op een vreesachtige verzetsinstelling tegenover zijn strenge en hardhandige vader, die stierf toen patient 16 jaar was. Compensatoire binding aan verwennende moederfiguur. Gefixeerde wrokhouding ten opzichte van zijn eerste werkgever, die de oorzaak werd, dat patient veel minder in het leven bereikte dan hij gewenst had.	Cumulerende woede en ergernis over oudste zoon, die hij „kwijt wil zijn en wel eens iets zou kunnen doen”, omdat deze zich niet stoort aan zijn autoriteit.
18. ♀ 37 jr.	oudste van 7 kinderen	—	gehuwd 2 kinderen	Angstig ontzag voor de autoriteit van haar strenge, „punitieve” vader. Massale moederbinding, waarvan zij zich niet heeft kunnen bevrijden.	Innerlijk toenemende woede over een drie jaar lange dwarsboming door haar schoonouders, bij wie zij inwoonde.

Patient	Geboorte- nummer	Beroep	(On) gehuwd	KERNCONFLICT	ACTUEEL CONFLICT	Leeftijd waarop bloeddrukverho- ging voor t eerst werd vastgesteld
19. ♂ 38 jr.	8e van 11 kinderen	metselaar	gehuwd 1 kind	Patient heeft zich steeds onder innerlijk verzet onderworpen aan zijn beide driftige ouders, in het bijzonder aan zijn hardhandige en soms destructieve moeder. Frustrering van liefdeverlangen en vroegtijdige ontwikkeling van inferioriteitsgevoelens. Huwt met een 13 jaar jongere vrouw en zoekt zich aan haar — gesteund door zijn leeftijdsoverwicht — op te trekken.		35 jaar
20. ♀ 38 jr.	3e van 4 kinderen	—	gehuwd 4 kinderen	Vrees voor en verzet tegen eenzelvige vader, die buiten zichzelf van woede geraakte, indien iets niet naar zijn zinnig. Ook vreesachtig onzagg voor opvliegende en overbedrijvige moederfiguur. Van jongs af aan rivaliteit en jaloezheid ten opzichte van oudste zuster, op wie vader meer gesteld was dan op patiente.	Zorg en woede over vermeende ontrouw van echtgenoot, die in meerdere opzichten een herhaling is van de vaderen de moederfiguur. Reactivering van haar jaloezheid.	37 jaar
21. ♀ 39 jr.	<i>jongste</i> van 6 kinderen	—	gehuwd 6 kinderen	Sterke agressiviteit in reactie op chronisch onbevredigd liefdeverlangen (egocentrische moeder stierf, toen patiente 10 jaar was, tante als ongunstig moedersubstituut). Vader stierf reeds, toen patiente 1½ jaar was.	Echtgenoot beschuldigt patiente van huwelijksontrouw en wordt bijzonder wantrouwend tegenover haar, hetgeen leidt tot een blijvende gespannen verhouding, in welke patiente neigt tot afwijzing van de moederlijke rol	37 jaar

22. ♂ 39 jr.	3e van 7 kinderen	academicus	ongetrouwd	Ernstig tekort aan hartelijkheid, steun en vertrouwelijk contact sedert de vroegste kinderjaren. Enige binding aan de gesloten ouderfiguren kwam niet tot stand, noch verzette patiënt zich openlijk. Hij was overal liever dan thuis. Vroegtijdige sexuele ontsporingen, die in puberteit tot bijzondere intrapsychische spanningen, in adolescentie tot verdringingen voerden.	Jarenlang cumulerende woede en wrok over onrechtvaardige behandeling door overheden, die geen geloof hechten aan zijn lichamelijke en psychische klachten.	35 jaar
23. ♀ 39 jr.	oudste van 8 kinderen	—	getrouwd 9 kinderen	Ambivalente houding ten opzichte van beide ouders (strenge vader, gesloten moeder), die in voortdurende onenigheid met elkaar leefden, waardoor een permanente druk op het gezin werd uitgeoefend. Onvervulde beroepswens. Praemature kennismaking met levensrust.	Chronische ergernis over inwonende schoonouders, die haar man als „hun kleine kind“ zijn blijven beschouwen, als gevolg waarvan patiënte haar man moet delen met de schoonouders.	35 jaar
24. ♂ 39 jr.	jongste van 3 kinderen	papiermaker	getrouwd 3 kinderen	Onderworpen, maar innerlijk revolterende houding tegenover een dominerende, onhartelijke moeder, op wie hij, na de dood van zijn vader (patiënt was toen 11 jaar oud), geheel was aangewezen. Ook toen patiënt getrouwd was, liet zij hem niet los. De noodzaak om vroeg geld te verdienen verhinderde de verwezenlijking van zijn beroepsideaal.	Echtgenote van patiënt maakte hem hevige verwijten over de geboorte van een nakomer, die zij niet meer had gewenst. Hierover zwijgende wrok tegen echtgenote.	36 jaar

Patient	Geboorte- nummer	Beroep	(On)gehuwd	KERNCONFLICT	ACTUEEL CONFLICT	Leeftijd waarop bloeddrukverho- ging voor t eerst werd vastgesteld
25. ♀ 40 jr.	<i>jongste van 7 kinderen</i>	—	gehuwd 7 kinderen	Vrees voor en protest tegen overstrengde vaderfiguur. Praemature kennismaking met levensernst door en na de als psychotraumatisch ervaren dood van haar geliefde moeder (patiente was toen 10 jaar). Vader weigerde op beroepswens in te gaan	Ernstige critiek op echtgenoot en groeiende protesthouding tegen haar moederlijke rol in het huwelijk, die zij niet meer meent aan te kunnen.	37 jaar
26. ♀ 40 jr.	<i>oudste van 15 kinderen</i>	—	gehuwd geen kinderen	Vreesachtige opstandigheid tegen strenge, dominerende en opvliegende moederfiguur. Compensatoire binding aan de vader. Praematur in aanraking komen met levensernst.	Diepgaande teleurstelling en wrok over het „verlies” van haar vader, die na de dood van zijn vrouw geheel veranderde en in wiens ogen zij niets goeds meer kon doen.	39 jaar
27. ♂ 41 jr.	<i>3e van 4 kinderen</i>	academicus	ongehuwd	Chronisch innerlijk verzet tegen dominerende, opdringerige moeder. Sporadisch kwam dit verzet openlijk tot uiting, waarna grote spijt	Een verantwoordelijke, leiding gevende positie, die de potentialiteiten van de patient te boven ging, hetgeen hij niet aan anderen wilde laten blijken	37 jaar
28. ♂ 41 jr.	<i>jongste van 2 kinderen</i>	ambtenaar	gehuwd 3 kinderen	In zeer onvoldoende mate liefde ontvangen van vader en koele, strenge moeder, die stierf toen patient 5 jaar was. Rivaliteit en vijandige instelling jegens zijn oudere broer, die over hem baasde en hem verder links liet liggen. Op deze bodem ontwikkelden zich	Wrok over en gedwongen inactiviteit door ontslag uit een ambtelijke functie, wegens opheffing van de betreffende officiële instantie	40 jaar

				vroegtijdig gevoelens van achtergesteld-zijn en machteloos ressentiment. Diep teleurgesteld in zijn leven.		
29. ♀ 42 jr.	2e van 7 kinderen	sociale gezins- verzorgster	ongehuwd	Intensieve verwenning door beide ouders kweekte een sensitieve en eierzuchtige persoonlijkheid, die in voortdurend conflict met haar omgeving gewikkeld was. Verbittering over onvervulde levensidealen. Sado-masochistische levenshouding.		33 jaar
30. ♂ 43 jr.	jongste van 3 kinderen	academicus	gehuwd 2 kinderen	Chronische protestinstelling tegen beide strenge, onhartelijke ouderfiguren Speciaal vrees voor de vaderfiguur.	Beschuldigd van oneerlijkheid, in verband waarmee twee jaar lang processen werden gevoerd en een eervolle positie op het spel stond.	42 jaar
31. ♀ 45 jr.	jongste van 3 kinderen	—	gehuwd 8 kinderen	Ambivalente, maar slaafs onderworpen houding tegenover strenge moeder en teruggetrokken vader Zij huwde op 20 jaar. Sindsdien chronisch-vijandige rivaliteit ten opzichte van haar schoonmoeder, bij wie zij inwoonde en die zo zeer beslag legde op patiente's echtgenoot (deze was haar enige zoon ¹), dat patiente bij hem op de tweede plaats kwam Deze gespannen verhouding eindigde bij de dood van haar schoonmoeder, 15 jaar later.	Dubbelslachtige instelling tegenover haar echtgenoot. Enerzijds onderdanige liefde voor hem, anderzijds jarenlang cumulerende woede en wrok over zijn opvliegendheid, koppigheid, wantrouwen en periodieke onverschilligheid tegenover haar.	41 jaar

Patient	Geboorte- nummer	Beroep	(On)gehuwd	KERNCONFLICT	ACTUEEL CONFLICT	Leeftijd waarop bloeddrukverhoging voor 't eerst werd vastgesteld
32. ♀ 45 jr.	5e van 6 kinderen	—	gehuwd 5 kinderen	Vreesachtige verzetsinstelling tegen eenzelvige, driftige vader (die stierf, toen patiente 8 jaar was) en tegen vaderssubstituut (oudste broer werd voogd). Sterk onbevredigd geborgenheidsverlangen, ook ten aanzien van driftige moeder. Praematuur kennis maken met levensernst.	Na de geboorte van haar derde kind een 13 jaar lange periode van coitus interruptus, waarover deprimerende gewetensconflicten, die zij op den duur niet meer kon verdragen. Na deze pauze werden nog twee kinderen geboren, die zij onbewust afwijst. Houdt moederlijke rol vol, ondanks innerlijke tegenzin.	43 jaar
33. ♂ 45 jr.	jongste van 4 kinderen	fabrieks- arbeider	gehuwd 5 kinderen	Chronische oppositie tegen dominerende, strenge en hardhandige moeder Binding aan de vader, wien een dodelijk ongeluk overkwam, toen patient 5½ jaar was. Dit betekende voor patient 'n psychotrauma. Moest zo gauw mogelijk gaan verdienen. Praemature kennismaking met levensernst Op den duur ontwikkelde zich een ressentimentvolle levenshouding.	Voortdurende conflicten met zijn 5 jaar oudere echtgenote.	45 jaar
34. ♂ 46 jr.	jongste van 9 kinderen, nakomer	zakenman	gehuwd 2 kinderen	Levenslange protestinstelling tegen strenge vaderfiguur en permanente overmatige gebondenheid aan de moeder, evenals (na haar dood) aan zijn oudste zuster, die hij tot een „tweede moeder” maakte.	Huwelijksconflict, dat bij patient heftige aggressieve stuwingen verwekte, benevens frustraties in sexueel opzicht.	44 jaar

35. ♀ 46 jr.	<i>jongste van 12 kinderen</i>	geen	ongetrouwd	Door een congenitale, dubbelzijdige heupluxatie was zij het troetelkind van beide ouders, aan wie zij een massale affectieve binding ontwikkelde en die zij met niemand wilde delen. Op deze bodem groeide een intens jaloerse en wraakzuchtige houding tegenover haar oudste zuster, die een enkelzijdige heupluxatie had. Chronische wrok, ook tegen haar eigen sexe (mannelijk protest).	Het leiden van een onderneming, die haar potentialiteiten ver te boven ging, hetwelk zij voor de omgeving wilde verbergen.	38 jaar
36. ♀ 46 jr.	<i>jongste van 6 kinderen</i>	onderwijzeres	ongetrouwd	Chronische liefde-ontbering sedert haar prille jeugd, in reactie waarop zich een rebellie tegen autoriteit, in het algemeen een sterke agressiviteit heeft ontwikkeld. Deze laatste komt gedeeltelijk en verhoud o.a. tot uiting in een zucht om door een krampachtig altruïsme over anderen te domineren (pseudo-heroïsche zelf-opoffering).		44 jaar
37. ♀ 46 jr.	4e van 8 kinderen	—	getrouwd 7 kinderen	Vrees voor en innerlijk verzet tegen gesloten, koude en strenge vader, die ver van haar afstond. Een uitermate sterke moederbinding verhinderde het uitgroeien naar zelfstandigheid. Slaafse onderdanigheid en stelzematige verdringing van iedere agressieve impuls uit vrees voor steun- en geborgenheidsverlies.	Uiterlijke aanvaarding, onder aanhoudend innerlijk protest, van een levenssituatie, die boven haar krachten uitreikt.	43 jaar

Patiënt	Geboorte- nummer	Beroep	(On) gehuwd	KERNCONFLICT	ACTUEEL CONFLICT	Leeftijd, waarop bloeddrukverhoging voor 't eerst werd vastgesteld
38. ♂ 48 jr.	<i>jongste van 4 kinderen, enige jongen</i>	verkoop- leider	gehuwd 4 kinderen	Rebellie tegen autoriteit uit vrees voor en verzet tegen een overstrengte vader en uit een ambivalente instelling tegenover een hooghartige moeder. Vader werkte beroeps- wens tegen, moeder het huwe- lijk. Durende wrok over zijn teleurstellende levenssituatie.	Een jaar lang angstval- lig verheimelijkte hu- welijksontrouw ten op- zichte van zijn echtge- note.	48 jaar
39. ♀ 48 jr.	2e van 10 kinderen	—	gehuwd 9 kinderen	Ambivalente, maar onderwor- pen houding tegenover een overarbeidzame vader en een strenge moeder, die de baas thuis was. Moest tegen haar zin in reeds op 12 jaar hard werken. Zij schikte zich zonder openlijke tegenspraak, maar raakte op 17 jaar overspannen (decompensatie). Volgens de eigen woorden van patiënte „was haar leven toen te een- tonig, had men teveel van haar gevergd”, om welke reden zij zich nú te vroeg versleten voelt.	Toenemend protest te- gen haar depressieve, eenzelvige echtgenoot, die enkel voor zijn werk leeft en haar voor alles alleen laat staan.	47 jaar
40. ♂ 48 jr.	3e van 4 kinderen enige jongen	boek- houder	gehuwd 5 kinderen	Ambivalente houding tegen- over zijn moeder, die hem steeds als een kind bleef be- handelen. De dood van zijn vader (patiënt was toen 10 jaar) noodzaakte hem vroeg- tijdig geld te verdienen, het- geen zijn expansiedrang remde. Wrokhouding en teleurstelling over het niet bereiken van zijn levensidealen.	Gedwongen evacuatie op last van zijn vrouw, als gevolg waarvan hij zijn beroep niet meer kon uitoefenen en in een toestand van inactiviteit geraakte, welke hij niet kon verdragen.	40 jaar

41. ♀ 51 jr.	5e van 10 kinderen	naaister	ongetrouwd	Diep gewortelde, agressieve houding jegens een macht-zuchtige, liefdeloze moederfiguur, welke houding overdekt werd door een onderworpenheid, zowel uit vrees voor algeheel liefdeverlies als uit zelfbestrafing. Een seksueel trauma op 13 jaar voerde tot verdrijvingen, die haar ernstige moeilijkheden bezorgden op seksueel gebied. Afkeer van het matrimonium. Sado-masochistische levenshouding.	Wrok over voortdurend gemis aan begrip en waardering bij haar omgeving, welke wrok zich echter grotendeels tegen haar eigen persoon keert.	40 jaar
42. ♀ 53 jr.	3e van 4 kinderen	hulp in de huishouding	ongetrouwd	Vrees en inwendig protest tegen strenge, hardhandige en drankzuchtige vader, die bovendien in onenigheid leefde met zijn vrouw. Vrij neutrale relatie tot haar moeder. Begon in eerste Trotzphase te stotteren, hetgeen leidde tot spreekangst en sterke inferioriteitsgevoelens.	Rebelleert innerlijk tegen afhankelijkheid van jongere zuster, met wie zij, als gevolg der oorlogsomstandigheden, gedwongen is samen te wonen, na eerst alleen te hebben gewoond.	53 jaar
43. ♀ 53 jr.	jongste van 10 kinderen	—	getrouwd geen kinderen	Vrees voor vader (die stierf, toen patiënte 5 jaar was) en intensieve moederbinding. Praemature kennismaking met levensernst. Seksueel trauma op 13 jaar, terwijl zij in de voorpuberteit, ondanks angst en weerzin, moest helpen bij bevallingen van beesten. Onuitgerijpte, verwrongen seksualiteit.	Groeiende wrok over het niet bereiken van orgasmische bevrediging en het kinderloos blijven. Onbewuste agressie tegen haar echtgenoot, die zij hiervan de schuld geeft.	39 jaar
44. ♀ 54 jr.	middelste van 3 kinderen	onderwijzeres	ongetrouwd	Onder invloed van een strenge, koele vader en vroegtijdige psychotraumatische belevingen, ontwikkelde zich een uiterst sensitieve en retentieve persoonlijkheid, vervuld van chronisch verzet tegen iedere autoriteit en gevangen in een chronisch ressentiment. Onvervulde toekomstwensen.		33 jaar

Patient	Geboorte- nummer	Beroep	(On) gehuwd	KERNCONFLICT	ACTUEEL CONFLICT	Leeftijd waarop bloeddrukverho- ging voor t eerst werd vastgesteld
45. ♀ 54 jr	oudste van 7 kinderen	geen	ongehuwd	Diepgaande rivaliteit en vijan- dige instelling ten opzichte van een jongere zuster, die haar in alles voorbijstreefde en ergernis over de bijzondere voorkeur, die de vader voor genoemde zuster had Inferioriteits- en wrokgevoelens, in verband met chronisch gelaatseczeem Pro- testinstelling tegen eigen leven, dat zij als zinarm ervaart.		44 jaar
46. ♀ 55 jr.	oudste van 5 kinderen	—	gehuwd 2 kinderen	Zeer sterke gebondenheid aan beide ouders, die haar door en door verwenden Op grond hervan ontwikkelde zich ener- zijds een fundamentele afhan- kelijkheid, anderzijds 'n uiterst kwetsbare eigenhefde en eer- zucht Bovendien stond zij van- af haar prille jeugd in een ri- valiteits- en jaloersheidsver- houding tot haar enige broer en haar jongste zuster	Protesthouding tegen- over haar leven (ver- hulde doodswensen) en haar moederlijke rol. Rancuneuze instelling ten opzichte van haar omgeving, omdat zij zich door echtgenoot en kin- deren niet voldoende verzorgd, bemind en be- klaagd voelt.	42 jaar
47. ♀ 56 jr	5e van 6 kinderen	onder- wijzeres	ongehuwd	Patiënte werd door ouders zeer kort gehouden, hetgeen vanaf haar vroegste jeugd opstandig- heid tegen autoriteit in de hand werkte Haar kleine lichaams- gestalte, waarmee zij voortdu- rend geplaagd werd, zat haar van jongsafaan dwars en ver- sterkte haar machtzucht, waar- door zij in chronisch conflict met haar omgeving leefde Zij groeide uit tot een typisch ver- zetstype, vervuld van ressen- timent.	Verbittering over het drie maal mislukken van liefdesbetrekkingen.	29 jaar

48. ♂ 56 jr.	oudste van 11 kinderen	fabrikant	gehuwd 4 kinderen	Vanaf de prille jeugd verzet tegen harde en bitse moeder, evenals tegen driftige, hardhandige en drankzuchtige vader (slechte verhouding tussen beide ouders). In de eerste Trotzphase begon patient te stotteren, hetgeen hem erg handicapte gedurende zijn schooljaren en zijn macht-zucht stimuleerde. Verviel tot promiscuïteit, waarvan de climax in de adolescentieperiode lag.	Ongelukkig huwelijk. Wrok tegen dominante en tot frigiditeit neigende vrouw.	51 jaar
49. ♀ 57 jr.	jongste van 3 kinderen, enig meisje	—	gescheiden 4 kinderen	Ambivalentie ten opzichte van beide strenge ouders, die onvoorwaardelijke volgzzaamheid eisten op straffe van liefdeverlies. Patiente schikte zich onder toenemende verdringing van oppositionele tendenties, speciaal ten overstaan van haar vader.	Jarenlang smeulende wrok over huwelijksontrouw van haar echtgenoot (van wie zij na 8 jaar scheidde). Deze wrok werd nieuw leven ingeblazen door de onhandelbaarheid van haar jongste zoon.	56 jaar
50. ♀ 59 jr.	8e van 10 kinderen	—	gehuwd 1 kind	Vrees voor vader (die stierf toen patiente 7 jaar was) en innerlijk verzet tegen moeder, die haar niet losliet en met tegenzin tenslotte toestond, dat zij — na een verlovingstijd van 15 jaar — huwde. Toen de moeder twee jaar na patiente's huwelijk stierf, voelde zij zich schuldig aan haar dood, omdat zij haar door te huwen verlaten had.	Stille wrok over onrechtvaardige behandeling door jongere zuster en zwager, van wie patiente en haar man, als gevolg der oorlogsomstandigheden, afhankelijk zijn geworden.	57 jaar

Overziet men de voorgaande tabel, dan valt allereerst de overeenkomst van de *kernconflicten op*.

Het is vooral een overstrengde ouderfiguur, die vroegtijdig een houding van verzet uitlokt, welke echter door een tegelijkertijd gewekte vrees wordt afgeremd.

Speciaal geldt dit voor de vader. Hij is streng, driftig, hardhandig, veel straffend, maar tevens hoogstaand, algemeen achting en eerbied afdwingend. Soms is hij eenzelveig en teruggetrokken, zodat hij ongeweten de spontane groei van affectieve bindingen tegenhoudt, doch evenzeer een harde werker en in dit opzicht respectabel. Enkele malen is hij drankzuchtig en als zodanig tegelijk protest- en vreesverwekkend. doch slechts één keer komt het tot een werkelijke verwaarlozing van zijn gezin.

Dikwijls — ofschoon minder frequent dan de vader — is het de moeder, die een houding van vreesachtige opstandigheid uitlokt. Is dit het geval, dan is zij meestal dominant, machtzuchtig, bazig, bedilziek, overbezorgd, niet in staat haar kinderen los te laten. Soms is zij koel, hard, gesloten, weinig tederheid schenkend, doch zorgzaam en slovend. Soms ook is zij de verwennende instantie, mede als reactie op een voor de kinderen te strenge echtgenoot, hetgeen tot een disharmonische opvoeding leidt, tot partijvorming binnen het gezin en tot overdreven moederbindingen.

Nu eens zijn beide ouders streng en opvliegend, zodat zich geen vertrouwelijke en veiligheidgevende kind-ouderverhouding realiseert. Dan weer zijn beide ouderfiguren intensief verwennende instanties, die bij hun kinderen zowel afhankelijkheid als eerzucht en kwetsbare eigenliefde kweken; of zij leven met elkaar in onenigheid en betrekken de kinderen in hun conflict, hetwelk voert tot verdeeldheid en frontvorming in 't gezin.

Bij praktisch al onze patiënten is er dan ook sprake van een sedert de prille jeugd daterende, spanningsvolle houding tegenover de vader en/of moeder. Deze houding, welke een centraal moment vormt van hun levensstijl, is te karakteriseren met de formule: *onder innerlijk verzet zich onderwerpen*.

Het *verzet* is zowel een protestreactie tegen de strengheid, machtzucht en koelheid der ouderfiguren als een teleurstellingsreactie op het doorleefde verlies aan geborgenheid, veiligheid en liefde, waartoe de genoemde attitude der ouders aanleiding geeft.

De *vrees* wordt gewekt door de ontzag afdwingende autoriteit der ouderfiguren en tegelijkertijd door de dreiging van nog meer of zelfs geheel liefde- en geborgenheidsverlies.

Hierbij voegt zich tenslotte — via introjectie van de strak-autoritaire, maar ook hoogstaande kwaliteiten der ouders — de vroege ontwikkeling van een sterke *ideale Ik-functie* en daardoor van een vaak strenge gewetensfunctie. Onder invloed van de vrees, het strakke Ik-ideaal en het strenge geweten wordt het reactief verwekte verzet afgeremd, in meerdere of mindere mate verdrongen, maar altijd zó, dat althans een gedeelte van de agressieve emotie gemakkelijk tot de bewuste belevingssfeer kan doordringen. Dit intrapsychisch conflict van meerdere tegenstrevingen resulteert in de spanningsvolle levenshouding van onderworpen verzet. Soms kan het tot een openlijke agressie komen, maar ook dan vindt slechts een gedeeltelijke ontlading plaats en volgt steeds weer de *protestvolle onderschikking*. Het is deze habituele reactievorm, welke de telkens aanwezige „rebellie tegen autoriteit” begrijpelijk maakt.

Ook de intensief verwenden kunnen deze levensstijl al vroeg tot ontwikkeling brengen. Hun aangekweekt gewoonterecht op beloning en onmiddellijke wensbevrediging voert reeds in het ouderlijk huis (met name in de relatie tot broers en zusters) en zeker daar buiten tot teleurstellende ervaringen, waarop met verzet en agressie gereageerd wordt, maar tevens met vrees hun bevoorrechte uitzonderingspositie te verspelen, in welke vrees zich hun fundamentele afhankelijkheid openbaart.

Zelfs daar, waar men geen reden heeft om de aanwezigheid van een oorspronkelijk harmonisch gevoelscontact met de ouderfiguren in twijfel te trekken, kan vroegtijdig een houding van vijandig verzet gewekt worden, dat zich secundair tegen hen keert. Dit kan zich onder bepaalde omstandigheden voordoen bij personen, die vanaf hun prille jeugd door een jongere broer of zuster voorbij gestreefd en overtroffen worden en die op deze overtroefing reageren met gevoelens van achtergesteld-zijn, inferioriteit en gekrenkte eigenliefde. De hieruit groeiende instelling van hostile rivaliteit en jaloersheid heeft weer haar repercussie op de houding tegenover de ouderfiguren, die er van beticht worden aan het ene kind boven het andere de voorkeur te geven. Doch ook hier is het de juist onder deze omstandigheid zo dringende behoefte aan steun en de vrees voor verder geborgenheidsverlies, welke de agressiviteit afremt, maar niet afzwakt.

De overzichtstabel van onze 50 patiënten leert vervolgens, dat meestal *meerdere* momenten in de jeugdijaren zijn aan te wijzen, die tot ontmoedigende ervaringen aanleiding geven.

Behalve de in paedagogisch opzicht ongunstige ouderfiguren (of hun representanten) en de vaak tot vijandige rivaliteit voerende kind-kind-

verhoudingen, werken soms chronische gebreken, zoals gelaatseczeem, kleine lichaamsgestalte, heupluxatie en stotteren, het ontstaan van minderwaardigheidsbelevingen in de hand, die zich op den duur tot een inferioriteitscomplex verdichten.

Voorts is er het vroegtijdig sterven van de vader en/of de moeder, waardoor de patiënt soms aangewezen wordt op een ouderfiguur, een voogd, een broer of zuster, tegenover wie hij juist onsympathiek was ingesteld. Bovendien leidde het sterven van de vader en/of de moeder er toe, dat de patiënt reeds vroeg geld moest verdienen (of een omvangrijke, huishoudelijke taak kreeg) en om die reden zijn beroepswens, schoolstudie of vakopleiding moest opgeven. Deze levenssituatie, welke onder meer het voortijdig dragen van verantwoordelijkheden en verlies aan geborgenheid insluit, is psychologisch te karakteriseren als „praemature kennismaking met levensernst”. Niet alleen bevordert dit het tot stand komen van een voortijdige, geestelijke ouderdom (*mental progeria*), maar ook dragen de onvervulde zelfbestemmingswensen er toe bij, dat de patiënt in zijn later leven meent nooit datgene te bereiken of bereikt te hebben, wat hij gewild had. Bij meerdere patiënten voert dit tot een levensmislukkingsstemming, tot ontevredenheid en blijvend ressentiment, maar telkens schikken zij zich onwillig in het onvermijdelijke. Enkele patiënten schikken zich weliswaar onder protest, maar geven niettemin blijk van een autopunitieve „berusting” (wending van agressie tegen de eigen persoon). Hieruit resulteert een sado-masochistisch gekleurde levenshouding, welke men nader kan omschrijven als die ener pseudo-heroïsche zelfopoffering.

Tenslotte achten wij het niet zonder betekenis, dat — met betrekking tot het geboortenummer — meer dan de helft van onze patiënten de jongste of de oudste is. Het is bekend (vooral dank zij de onderzoekingen van Adler), hoe juist deze twee plaatsen in de kinderrij tot bijzondere psychologische verwickelingen aanleiding kunnen geven.

Het *jongste* kind moet zijn bevoorrechte plaats tegenover de andere kinderen verdedigen; het loopt enerzijds gevaar verwend te worden, maar anderzijds te veel bedild te worden door de gezinsleden, hetgeen verzet in hem wakker roept; het ervaart zich steeds behandeld als de kleinste, hetwelk opnieuw protestreacties kan uitlokken; tenslotte leeft het in een wedloop: het wil zijn oudere broers en zusters, die het steeds vóór zich ziet, inhalen, evenaren en voorbijkomen.

Het *oudste* kind streeft er naar de vroeger ingenomen, bevoorrechte positie van enig kind te herwinnen en te behouden; het moet zijn plaats als

oudste en de daaraan verbonden privileges verdedigen tegen de jongeren ; het is geneigd zich onafhankelijk te maken en over de jongeren de baas te spelen ; bij sterfte van vader en/of moeder komt op hem de zwaarste taak neer, zodat het de kans loopt met verantwoordelijkheden te worden belast, die feitelijk te zwaar zijn voor zijn leeftijd en ontwikkeling.

Het behoeft geen nadere toelichting, hoe zeer deze psychologische implicaties van de eerste en laatste plaats in de kinderreeks een medevormende rol kunnen spelen in de bijzondere intra- en interpsychische verhoudingen, die wij bij onze patiënten vaststelden en eerder beschreven,

Ofschoon het aantal van de door ons onderzochte patiënten te gering is om over de betekenis van het geboortenummer tot een meer zekere conclusie te komen, zouden wij met het nodige voorbehoud als onze voorlopige mening naar voren willen brengen, dat de bedoelde plaatsen in de kinderreeks onder de beschreven omstandigheden als één der medepraedisponerende factoren fungeren tot het kernconflict der protestvolle onderschikking.

Niet alleen de kernconflicten, maar ook de *actuele* conflicten vertonen gemeenschappelijke trekken.

De innerlijke samenhang tussen het kernconflict en het actuele conflict is goed zichtbaar. In sommige gevallen is het actuele conflict een nauwkeurige herhaling van het kernconflict (b.v. patiënte no. 38), in andere gevallen is het een lijnrechte toespitsing er van (b.v. patiënte no. 5). Het is mogelijk de actuele conflicten in zekere mate te ordenen. Men kan onderscheiden: autoriteits- en prestigeconflicten, gewetensconflicten, vijandig gekleurde rivaliteits- en jaloersheidsverhoudingen, dreigende of gerealiseerde krenkingen van het zelfrespect.

Zoekt men naar het motief, dat als grondpatroon van de meeste dezer conflicten fungeert, dan blijkt dit te zijn: *langdurige, innerlijke woede en wrok over als grof onrecht beleefde gebeurtenissen*. Het zijn overwegend situaties, waarin de patiënten zich in hoge mate door anderen onrechtvaardig behandeld, beschuldigd, beledigd, gekwetst, gewantrouwd, tekort gedaan of gestraft voelen. Het antwoord hierop is een reactivering van hun — door het kernconflict geschapen — agressiviteit, welke laatste zich toont in de gestalten van grotendeels bewuste wrok, haat, innerlijke woede, ergernis en chronisch verzet. Ook nu weer kan men steeds vaststellen, dat zij zich desondanks gespannen schikken in het „onvermijdelijke” en geringe pogingen ondernemen om een positieve oplossing te bewerkstelligen.

Beide momenten worden medebepaald door hun — onder invloed van het kernconflict — *versterkte eigenliefde*. Zij zijn namelijk overgevoelig voor het oordeel van anderen over de waarde van hun eigen persoon, hetgeen een ongewone gebondenheid aan het eigen zelf impliceert. Eenmaal gekwetst, zijn zij noch in staat tot vrije zelfexpressie, noch tot onbaatzuchtige zelfovergave.

Hetzelfde geldt voor een *dreigende* kwetsing van de eigenliefde, het zelfrespect en de eigenwaarde in de ogen van anderen. Om hieraan te ontsnappen komen sommige patiënten (no. 27, 35, 37) er toe zich uiterlijk te handhaven in posities, die boven hun potentialiteiten uitstijgen, zodat zij in een toestand van chronische gespannenheid en prikkelbaarheid leven. Vaag voelen zij aan, dat zij te hoog gestegen zijn in verhouding tot hun reële capaciteiten, maar zij verbergen dit zowel voor zichzelf als voor anderen. Een van deze patiënten (no. 27), die jarenlang in een dergelijke situatie verkeerde en die tenslotte zijn positie moest opgeven wegens zijn toenemende hypertensie, verklaarde: „Mijn ziekte stoort de mooie, harmonische opbouw van mijn leven. Andere mensen zeggen, dat het onbegrijpelijk is, hoe God een leven zó kan verstoren, dat zó veel kans op succes bood en zó veel perspectieven had”. Deze uitlating toont, hoe de patiënt het opgeven van zijn positie als een kwetsing en een hem aangedaan onrecht beleefde.

De gewetensconflicten op sexueel gebied, die bij enkele patiënten (no. 12, 32, 38) als actueel conflict fungeren, blijken niet alleen spanningverwekkend door de gewetenswroeging zelf, maar vooral ook door het feit, dat zij als een kwetsing van de zelfachting en het gevoel van eigenwaarde in de ogen van anderen ervaren worden, in reactie waarop zich een krampachtige zelfrechtvaardiging manifesteert. Bij twee patiënten (no. 28 en 40) speelt het plotselinge optreden van inactiviteit een rol. Uit de verstrekte gegevens komt echter voldoende naar voren, dat de bedoelde inactiviteit lang niet de enige factor van aetiologisch belang is².

Leerzaam is nog het actuele conflict van patiënte no. 7, bij wie een van buitenaf geforceerde opdrijving van haar ideale Ik-functie plaats vindt. De volledige onderdrukking van haar sporadische driftbuien — onder ideële dwang van haar verloofde — snijdt de laatste spuiingsmogelijkheid van haar gestuwde agressiviteit af.

Uit het tot nu toe besprokene kan men de gevolgtrekking maken, dat de actuele conflicten, die met grote waarschijnlijkheid aan het ontstaan

² Vgl. onze critiek op enkele door Boss medegedeelde gevallen, p. 116.

van de essentiële hypertensie voorafgaan, gekenschetst kunnen worden als *superego-conflicten*. Het betreft steeds kwetsingen van de zelfachting, krenkingen van het eigenwaardebesef in de ogen van anderen, als persoonlijk onrecht ondervonden „stress“-situaties. Wij zagen, hoe hierbij een overmatig versterkte eigenliefde als medebepalende factor fungeert. Voor een juist inzicht in dit laatste dient men te bedenken, dat de eigenliefde niet slechts uitgaat naar mijzelf zoals ik nu eenmaal ben, maar veeleer en vooral naar mij zoals ik zou of had willen zijn, dus uitgaat naar mijn ideaal-Ik.

De analyse van de actuele conflictsituaties heeft ons er van overtuigd, dat zij niet een bijkomstig, maar een wezenlijk moment vormen in de psychosomatische ontwikkelingsgang van onze patiënten. Ons inziens vormen zij — gelegen in de lijn van het kernconflict — een noodzakelijke, pathogene conditie voor het *uitbreken* van de primaire bloeddrukverhoging.

Wij wensen dan ook de noodzaak te onderstrepen om hen steeds aan een zorgvuldig onderzoek te onderwerpen en wijzen de opvatting van de hand, volgens welke men uitsluitend aandacht heeft te schenken aan de kernconflicten. Weliswaar dient men tot deze laatste door te dringen, maar niet met veronachtzaming van de actuele conflicten, die geënt zijn op de kernconflicten en daarom naar deze verwijzen. Anders beperkt men zich niet alleen in zijn psychodiagnostische, maar evenzeer in zijn psychotherapeutische mogelijkheden. De pathogene rol van de actuele conflicten rechtvaardigt hen als aangrijpingspunt voor psychotherapeutische bemoeiingen, hetgeen een sanctionering inhoudt van de zo genaamde symptomatische psychotherapie, maar dan als begin- of doorgangsfase van een op het kernconflict gerichte, psychische behandeling.

Thans zien wij ons gesteld voor een aantal vragen, die met betrekking tot het psychodynamische grondpatroon van onze patiënten een centrale betekenis bezitten.

Waarom zijn onze patiënten geneigd om op de frustraties met agressie te antwoorden? Dit antwoord is immers slechts één der mogelijke reacties op frustraties.

Waarom vallen de aggressieve emoties niet geheel ten offer aan de verdringing en blijven zij derhalve voor een gedeelte min of meer bewust?

Waarom blijft in het psychische beeld van de patiënten de agressiviteit overheersen? Anders uitgedrukt: waarom bespeurt men in de actuele zijnswijze van de patiënten zo weinig manifeste uitingen van een verlangen naar geborgenheid en afhankelijkheid, ofschoon zij vanaf de

prille jeugd een veilige inbedding in hun huiselijk milieu gemist hebben ?

Zonder deze vragen in details te willen beantwoorden, menen wij in dit verband vooral één factor op de voorgrond te moeten plaatsen, te weten : het constitutioneel verankerde, *sanguinisch-hyperthymisch temperament*, dat bij al onze patiënten is vast te stellen.

Van jongs af aan zijn zij actief (dadenvreugde), bedrijvig (overarbeidzaam), spraakzaam, ondernemingsvol, strijdvaardig vasthoudend en volhardend, ambitieus, strevend naar succes en dominantie. Voorts zijn zij extravert, impulsief, affectief aanspreekbaar en vertonen zij een uitdrukingsbehoefte. Gezien deze, in belangrijke mate door de aanleg medebepaalde instellingsqualiteiten, kan men hun temperament nader bepalen als *vitaal, sthenisch en expansief*.

Door deze vaststelling worden meerdere punten, die in het voorgaande ter sprake kwamen, begrijpelijker.

Allereerst wordt het duidelijk, om welke reden onze karakteristiek van het jongste en oudste kind met opzet eenzijdig is gesteld ; de gegeven karakteristiek is namelijk speciaal van toepassing op het *expansieve* jongste en oudste kind.

Vervolgens wordt het meer inzichtelijk, dat de patiënten zich juist mede vanwege hun expansieve aard zo sterk gedwarsboomd voelen, wanneer zij op jeugdige leeftijd hun beroepswens, school- of vakopleiding moeten opgeven (b.v. in verband met het sterven van een der ouders).

Evenzo kan men thans beter inzien, waarom zij een toestand van onverwachte inactiviteit als ondragelijk ervaren, of hoe zij door hun expansiedrang en zucht naar succes er toe komen posities te bekleden, die hun potentialiteiten te boven gaan (als gevolg waarvan zij psychisch overbelast raken).

Voorts, waarom zij gemakkelijk neigen tot het stellen van de prestige-kwestie en kans lopen in rivaliteits- en jaloersheidsconflicten te geraken, vooral als zij door jongeren voorbijgestreefd en overschaduwed worden.

Ook valt het te verstaan, dat het sthenisch-sanguinische temperament een zekere gereedheid bezit om op frustraties bij voorkeur met sthenische affectgestalten, zoals woede en agressie, te reageren en deze ook moeilijker verdringbaar maakt. De genoemde, op zich zelf sthenische affectgestalten, worden immers in sthenische zin doortrokken van het bedoelde temperament. Om dezelfde reden blijven in de zijnsmodus van de patiënten de actieve strevingsuitingen domineren over de passieve.

Tenslotte kan men zich thans een beter begrip er van vormen, waarom deze patiënten er toe neigen om moeilijkheden, tegenwerkingen en con-

flicten, speciaal ook als een blokkering van hun persoonlijke expansiviteit te beleven, in welke beleving de ideale Ik-functie een voorname rol speelt. Op de ontmoedigingsbelevingen, die hiermee gepaard gaan, reageren zij sthenisch en wel in de zin van een versterkt geldings- en meerwaardigheidsstreven. De gevoeligheid voor ont-waarding van hun persoon drijft hen enerzijds tot sthenische overcompensaties, anderzijds tot de vaak voorkomende neiging om door kleinering van anderen zichzelf superieur te voelen. Tegen deze achtergrond verwondert het niet bij onze patiënten een drang vast te stellen om zichzelf met anderen te vergelijken: „Ik ben beter dan hij; ik kan dit, maar hij niet; ik ben niet zoals hij; zo iets doe ik tenminste nooit, maar hij . . .”. In wezen gaat het hier om een waardevergelijking. Steeds hebben zij de buitenwereld nodig ten bewijze van hun volwaardigheid. Deze parasitaire trek onthult een *asthenische* plek in hun levensstijl en bewijst, dat zij met hun sthenisch temperament niet zijn uitgroeid tot *zuiver* sthenische naturen, die in de moeilijkste levenssituaties zeker van zichzelf blijven. Het is dit asthenische steunen op de buitenwereld, dat zich (voor hen onbewust) manifesteert in de „onderschikking”, die wij als een der karakteristieke componenten van hun levenshouding leerden kennen. Dat bij deze vitale en expansieve typen juist de onderschikking als polaire tegenkracht fungeert, werpt opnieuw licht op de bijzondere gespannenheid, waarin zij zich chronisch bevinden.

De weergave en uitwerking van de gegevens der ontwikkelingspsychologische anamnese hebben wij beperkt tot hetgeen naar onze mening als het essentiële te beschouwen is. Slechts enkele gegevens willen wij ter aanvulling van het voorafgaande nog kort vermelden.

Het *sexuele leven* van onze patiënten kenmerkt zich door onevenwichtigheid, impulsiviteit en eveneens door expansiviteit. Zij vertonen een *sexuele driftmatigheid* en prikkelbaarheid, welke hen gedurende de puberteit in grotere moeilijkheden brengt dan die, welke dikwijls op deze leeftijd kunnen voorkomen. Vaak kan men vaststellen, dat zij in de adolescentie deze moeilijkheden nog niet overwonnen hebben. In het huwelijk is hun *vita sexualis* als temperamentvol te karakteriseren; op voorkomende belemmeringen reageren zij sensitief, hetgeen uiteraard een complicatie vormt van de huwelijksconflicten, die bij 59 % van onze gehuwde patiënten voorkomen.

Het *herinneringsleven* van de patiënten releveert nog eens verschillende persoonlijkheidstrekken, die hierboven geschetst werden.

De vroegste herinneringen, die hen invallen, hebben overwegend be-

trekking op als onrechtvaardig beleefde straffen, op vechten en baldadigheid, op verzet tegen en vrees voor ouderfiguren (of hun representanten), op het krijgen van ongelukken, kortom op negatief getinte belevingen; daarnaast komen ook orale thema's voor (niet buiten de moeder kunnen, het krijgen van snoepgoed e.d.).

De hen invallende onprettigste herinneringen staan bijna steeds in verband met krenkingen van de zelfchting en kwetsingen van het eigen-waardebesef ten overstaan van anderen.

Als prettigste herinneringen, die bij hen opkomen, fungeren vooral expansieve thema's, zoals reizen en trekken, sport, arbeiden, hoger stijgen op de maatschappelijke ladder, veelvuldig aanknopen van liefdesbetrekkingen, uitleving van sexuele- en machtverlangens.

Wat het *droomleven* betreft, vertonen onze patiënten een geneigdheid tot dagdromen in het algemeen (als schadeloosstelling voor hetgeen zij in werkelijkheid niet kunnen bereiken of niet bereikt hebben) en tot dagdromen met thema's van agressie en dominantie in het bijzonder. Des nachts dromen zij veel, opwindend, vaak hardop en schrikken dikwijls wakker. Naast agressieve dromen komen vooral angst-, achtervolgings-, ongeluks- en incapaciteitsdromen voor. Met Jung kan men hier spreken van *reductieve* dromen, dat zijn dromen, die een negatief-compenserende functie hebben ten aanzien van de bewust volgehouden levensstijl (vgl. de eerder genoemde façadestructuur).

Tot besluit moge nog worden medegedeeld, dat de *houding van de patiënten tegenover hun ziekte* er een is van protest. Zij tonen noch een actieve aanvaarding, noch een passieve berusting, doch zij ergeren zich er over, beleven het als een onrecht, dat hen persoonlijk wordt aangedaan en zoeken de omgeving er voor verantwoordelijk te stellen. Telkens kan men waarnemen, dat het een blessure voor hun zelfrespect betekent, niet meer in hetzelfde tempo als vroeger te mogen en te kunnen werken. Bovendien schokt het weten, aan verhoogde bloeddruk te lijden, hun vitale gevoel van levenszekerheid. De daardoor uitbrekende, vitale angst kanaliseert zich in hypochondrische vrezes. Het is opmerkelijk, dat zij in deze samenhang weinig steun vinden in de religie. Herhaaldelijk blijkt, dat zij zich, met betrekking tot hun ziekte, door God, de Autoriteit bij uitenemendheid, benadeeld en achtergesteld voelen.

* *
*

Kort samengevat zijn wij met behulp van de ontwikkelingspsychologische anamnese tot de volgende inzichten gekomen.

Protestvolle onderschikking is de typische levensstijl van onze patiënten. Zij wortelt in een vroegtijdig ontstaan en nimmer opgelost conflict, waarin met name vrees voor en verzet tegen overstrengte, maar doorgaans hoogstaande ouderfiguren (of hun representanten) en rivalen een bepalende rol spelen. Onder invloed van autoriteitsvrees, ongeborgenheidsvrees en vroege ontwikkeling van een sterke ideale Ik-functie en gewetensfunctie wordt de als protest- en teleurstellingsreactie opgewekte aggressiedrang afgeremd, verdrongen, doch niet in die mate, dat deze — althans voor een gedeelte — de toegang tot het bewustzijn ontzegd blijft.

Dit laatste, evenals het feit, dat de patiënten op frustraties bij voorkeur met agressie neigen te reageren en de aggressiviteit in hun actuele zijnswijze relatief domineert, schrijven wij mede toe aan hun sthenisch-sanguinisch, expansief temperament. Uit dit laatste volgt, dat ook aan de constitutie een belangrijke waarde moet worden toegekend bij het ontstaan van het hypertensielijden.

Binnen deze constellatie blijken een aantal momenten van betekenis te zijn voor de psychosomatische ontwikkelingsgang der patiënten, te weten: bepaalde plaatsen in de kinderreeks (namelijk de jongste en de oudste), chronische lichamelijke of functionele gebreken, vroegtijdig sterven van de ouderfiguren, praemature kennismaking met levensernst, niet vervuld worden van beroeps- of toekomstwensen en bekleden van posities, die boven de voorhanden potentialiteiten van de persoon uitgaan.

Aan het uitbreken van de primaire bloeddrukverhoging gaat met grote waarschijnlijkheid een langere tijd durende, actuele „stress“-situatie vooraf, welke een begrijpelijke relatie vormt met het kernconflict en welke omschreven kan worden als een superego-conflictsituatie.

Uitkomsten van het Rorschachonderzoek. *)

De resultaten van het Rorschachonderzoek bij onze patiënten zullen wij vergelijken met die van een even groot aantal normale proefpersonen³.

Bij de samenstelling van de normale proefgroep hebben wij ons laten leiden door de volgende criteria. Op de eerste plaats moest er een goede spreiding zijn in de leeftijd, waarbij wij er naar streefden om proefpersonen te nemen, wier leeftijd tussen 18 en 45 jaar lag. Op de tweede plaats

*) Voor de tabellen I t/m V, waarnaar in dit verband verwezen wordt, vergelijkte men pag. 145 en volgende.

³ De resultaten werden eveneens vergeleken met die van een groep van 50 lijdende aan primair chronische polyarthritis rheumatica. Hierover zal elders worden bericht.

mochten de proefpersonen geen stoornissen vertonen in hun innerlijke en uiterlijke aanpassing. Op de derde plaats moesten zij in verstandelijk opzicht normaal zijn. Op de vierde plaats moesten zij lichamelijk gezond zijn.

Deze criteria waren voor ons beslissend, ook dan, wanneer de Rorschachuitkomsten van sommige proefpersonen niet direct aanspraak maakten op een *ideale* normale Rorschachprestatie. In zoverre is onze normale proefgroep niet zo zeer als een ideaaltypische dan wel als een reële te beschouwen. Geleid door eigen ervaringen en die van anderen ⁴, hebben wij proefpersonen, die aan de eerder geformuleerde eisen voldeden en die toch in de Rorschachtest een shockreactie vertoonden, niet uit onze normale proefgroep verwijderd.

De houding van de patiënten tegenover de Rorschachtest is complex van karakter. Van de ene kant zijn zij voorzichtig en gauw geneigd tot het geven van ontwijkende antwoorden, bang zich te compromitteren. Van de andere kant tonen zij een ik-betrokken interesse, dat wil zeggen: zij spannen zich in om een perfecte, degelijke prestatie te leveren en daardoor tevens een uitstekende indruk van zichzelf te geven ⁵.

Deze onspontane duidingsinstelling, welke geheel past in de beschreven levensstijl van onze patiënten, drukt haar stempel op hun Rorschachprestatie. Zij werpt een verhelderend licht op de vaak verminderde antwoordproductie (veiligstelling), de extreme elaboratie der duidingen en de daarmee samenhangende stijging van de gemiddelde reactietijd (perfectionisme), ten dele ook op de daling van het aantal B antwoorden, welke laatste de manifestatie zijn van spontaan-natuurlijke, creatieve impulsen uit de diepste innerlijkheid.

Tabel A
Antwoorden

aantal antwoorden	normale groep	hypertensie groep
1-15	4%	50%
1-19	30%	72%
20 en meer	70%	28%

Tabel B
Reactietijd

gemiddelde reactietijd per antw	normale groep	hypertensie groep
1 minuut en kleiner	82%	12%
> 1 minuut	18%	88%

Tabel C
B antwoorden

B antw	normale groep	hypertensie groep
geén	10%	60%
1	28%	26%
2 of meer	62%	14%

⁴ Vgl. Bohm, E.: Lehrbuch der Rorschachpsychodiagnostik, Bern 1951, p. 9.

⁵ Er is hier sprake van een combinatie van ontwijkend gedrag en arbeidsgedrag. Zie: Kijm J.: De varianten der intentionaliteit bij de Rorschach-test, Nijmegen—Utrecht 1951.

De B vermindering doet uiteraard haar invloed gelden op het belevingstype, dat hierdoor meer ingeëngd en/of meer naar de kleurzijde verschoven wordt. Terwijl 84 % van de normale proefpersonen een praktisch evenwichtige verdeling vertoont tussen het introtensieve, extratensieve en ambaequale belevingstype, heeft 50 % van onze patiënten een extratensief belevingstype. Voorts is in de hypertensiegroep, vergeleken bij de normale groep, de tendenz tot dilatatie aanzienlijk kleiner, tot coartatie groter, hetgeen wijst in de richting van pedanterie en depressieve ontstemdheid.

Tabel D
Belevingstype

belevingstypen	normale groep aantal proefper- sonen	hypertensiegroep aantal patiënten
introtensief	14	4
extratensief	12	25
ambaequaal	16	5
coartatief	8	13
gecoarteerd		3
gedilateerd	20	3

Aangezien de G-tendenz in beide groepen als even sterk te beschouwen is (het opvattingstype vertoont bij voorkeur een G-dominantie), bewerkt de frequentiedaling van de bewegingsantwoorden in de hypertensiegroep een aanmerkelijk grotere wanverhouding tussen de som van de G en de som van de B⁶. De sterke overheersing van de G over de B betekent, dat het energieke pogen om de situatie meester te worden en in haar geheel te omvatten (G-tendenz) niet zo zeer gevoed wordt door werkelijk-creatieve drijfkrachten, dan wel door kwaliteitseerzucht, dominantiestreven of koele rationaliseringsdrang. Het is dan ook niet verwonderlijk, dat een sterke overheersing van de G over de B herhaaldelijk voorkomt bij volwassenen, die boven hun geestelijke potentialiteiten leven.

Overziet men de gegevens, die in tabel I zijn ondergebracht, dan blijkt de standaarddeviatie in de normale groep in doorsnee aan de hoge kant te liggen, hetgeen te wijten is aan het beperkte aantal van 50 proefpersonen. De standaarddeviatie in de hypertensiegroep ligt meestal nog beduidend hoger, waaruit men kan opmaken, dat er in deze groep een veel grotere schommeling in de individuele prestaties bestaat.

⁶ De optimale verhouding tussen ΣG en ΣB is 3 of 4 : 1.

De berekening van de 1σ en 2σ range toont aan, hoe misleidend het is, indien men slechts op de gemiddelden afgaat. Genoemde berekening voert tot de gevolgtrekking, dat er weinig significante verschillen tussen de aangegeven percentages van beide groepen zijn vast te stellen. Weliswaar kan men in de hypertensiegroep, vergeleken met de normale groep, zekere tendenties waarnemen tot een relatieve verlaging van b.v. het G+%, F+% en het M%, evenals tot een relatieve verhoging van b.v. het F%, O%, P% en Anat.%, doch hierop mogen wij geen conclusies of omschreven verwachtingen baseren.

Slechts twee percentages maken op enige significantie aanspraak, te weten: het Sex% en het O+%. Het feit, dat alleen in de hypertensiegroep manifest-sexuele duidingen voorkomen, vormt een aanwijzing voor het bestaan van problemen op sexueel gebied. De verlaging van het O+% betekent, dat de patiënten, indien zij zich een grotere denkvrijheid ten aanzien van de collectiviteit veroorloven, moeite hebben om hun denken op de realiteit afgestemd te houden. Zij zijn echter in staat tot socio-intellectieve aanpassing van hun denken, hetgeen blijkt uit het V%.

De verdere percentages leren, dat er tussen beide groepen geen *significante* verschillen bestaan in gevoelsaanspreekbaarheid (som van de antwoorden op plaat VIII, IX en X gedeeld door het totaal aantal antwoorden), synthetische tendentie (G%, G+%), houding tegenover het gevoelsleven (F%), graad van ego-contrôle (F+%), medemenselijke interesse (M%) en andere instellingsrichtingen (Plt%, Obj.%), occupatie met het lichamelijke (Anat.%), denkvrijheid (O%), denkperseveratie (P%), denkstereotypie (T%) en denkvariabiliteit (Vi)⁷.

Intussen dient men zich er rekenschap van te geven, dat in de bovenstaande bespreking de bedoelde percentages uit de samenhang van de andere Rorschachgegevens zijn losgemaakt. Het is mogelijk, dat zij in die samenhang toch nog een speciale betekenis kunnen krijgen, die voor beide groepen verschilt. Het G% bij voorbeeld, dat in beide groepen niet significant verschilt, krijgt in de hypertensiegroep een meer eigen betekenis door de daling van het aantal B antwoorden⁸.

Een optelling in verticale richting van de absolute aantallen der Rorschachscores, die in de tabellen III en V zijn bijeengebracht, voert tot het volgende resultaat.

⁷ De variabiliteitsindex (Vi) wordt verkregen door het aantal, qua inhoud zuiver variabele duidingen te delen door het totaal aantal duidingen.

⁸ Vgl. Rorschach, H.: Psychodiagnostik, Bern 1946, p. 60.

Tabel E
Rorschachscores van beide groepen in absolute aantallen.

	DG	dD	Dzw	Dd	Do	FB	Bkl	b	FFb	FbF	Fb	F(Fb)	FHd	HdF	Hd	EQa	Persp
normale groep	11(6-)	5(3-)	30	48	14	14	2	2	96	75	3	34	48	41	0	18	14
hypertensiegroep	27-	7(6-)	20	60	27	13	2	1	22	81	13	20	28	21	0	10	6

Voor een juiste beoordeling is het nodig het totaal aantal antwoorden van beide groepen in rekening te brengen. Voor de normale groep bedraagt dit 1377, voor de hypertensiegroep 995. Aldus kan men de percentages berekenen van de bovenstaande scores. De volgende tabel licht ons hierover in.

Tabel F
Rorschachscores van beide groepen in percentages.

	DG	dD	Dzw	Dd	Do	FB	Bkl	b	FFb	FbF	Fb	F(Fb)	FHd	HdF	Hd	EQa	Persp
normale groep. totaal aantal antwoorden 1377	0.8	0.4	2.2	3.5	1	1	0.1	0.1	7	5.4	0.2	2.5	3.5	3	-	1.3	1
hypertensiegroep. totaal aantal antwoorden 995	2.7	0.7	2	6	2.7	1.3	0.2	0.1	2.2	8.1	1.3	2	2.8	2.1	-	1	0.6

Deze twee tabellen laten opnieuw veel overeenkomstigs tussen beide groepen zien. Dit geldt met name voor de dD, Dzw, FB, Bkl, b, F(Fb), FHd, HdF en pure Hd antwoorden, evenals voor Guirdham's „essential quality astereognostic" (EQa) en het perspectief (Persp.).

De iets hogere percentages van de DG, Dd en Do antwoorden in de hypertensiegroep behoeven ons inziens niet zonder enige betekenis te zijn. Het is immers bekend, dat in het bijzonder bij deze antwoorden een op zichzelf kleine, quantitative toename van grote betekenis is in kwalitatief opzicht⁹. Toch komt het ons niet verantwoord voor om in de hypertensiegroep een zekere neiging tot meer DG (en wel tot confabulatorische DG, aangezien alle DG in deze groep *minus* zijn), Dd en Do antwoorden aan te nemen.

De categorie der kleurantwoorden levert echter in beide groepen verschillen op, die van betekenis zijn. Met opzet spreken wij van de *categorie* der kleurantwoorden, omdat de FFb, FbF en pure Fb niet los van elkaar beschouwd mogen worden.

Uit de laatste tabel kan men aflezen, dat de normale- en de hypertensiegroep een praktisch gelijk percentage kleurantwoorden geven. Voor de

⁹ Vgl. de intensiteitsbepaling van de opvattingsmodi, die het opvattingstype samenstellen.

eerste groep bedraagt dit percentage 12,6 %, voor de tweede groep 11,6 %. Hierin is tussen beide groepen geen duidelijk verschil gelegen, doch wel in de verdeling der drie kleurantwoordtypen. Terwijl de percentages van de geaddeerde kleurantwoorden in beide groepen nagenoeg gelijk zijn, is in de hypertensiegroep het percentage FFb antwoorden verlaagd ten koste van een verhoging van het percentage FbF en pure Fb antwoorden, hetgeen wijst op een egocentrisch, impulsief, labiel en aanzienlijk minder aangepast gevoelsleven.

Met deze vaststelling mogen wij ons echter niet tevreden stellen. Weliswaar is thans de onderlinge verhouding van de drie kleurantwoordtypen opgespoord, doch onbekend is nog, welke plaats de aldus zich verhoudende kleurantwoordtypen innemen binnen het verband van de overige Rorschachfactoren. In dit geval gaat het met name om de vraag, in hoeverre er factoren aanwijsbaar zijn, die een stabiliserende invloed kunnen uitoefenen op de impulsief-labiele affectiviteit.

De affectstabiliserende factor bij uitstek vormen de B: „Je mehr Kinästhesien, desto stabilisierter die Affektivität”¹⁰.

Wij zagen, hoe in de hypertensiegroep de B-neiging beduidend minder was dan in de normale groep. Hieruit valt te besluiten, dat in de hypertensiegroep 'n tekort bestaat aan vanuit de diepste innerlijkheid stammende, affectstabiliserende invloeden. Dientengevolge is er in de hypertensiegroep inderdaad sprake van een onevenwichtig en onaangepast gevoelsleven.

Behalve de B als voornaamste affectstabiliserende factor, zijn er nog enkele Rorschachfactoren, die een criterium vormen voor affectstabiliserende persoonlijkheidsmomenten. Deze factoren zijn: het G+% (overzien van de situatie), het F+% (ego-contrôle) en de F(Fb) antwoorden (fijn genuanceerde gevoelsaanpassing). Het is denkbaar, dat een tekort aan B antwoorden gecompenseerd wordt door de genoemde drie factoren, zodat op deze wijze toch een affectstabilisering bereikt wordt, ook al zal zij minder hecht zijn. Daarom is het gewenst een onderzoek in te stellen naar het aantal B en F(Fb), het G+% en F+% bij die personen van onze beide groepen, bij wie de som van de FbF en pure Fb antwoorden groter is dan de som der FFb antwoorden. Daarmede gaan wij over van de verticale naar de horizontale analyse, welke laatste het voordeel heeft, het interne verband van de betreffende Rorschachfactoren onaangetast te laten.

De tabellen G en H geven een antwoord op de onderhavige

¹⁰ Rorschach, H.: Psychodiagnostik, op. cit. p. 71.

Tabel G
Normale groep.

Proef- persoon	FbF+pure Fb>FFb				Affectstabiliserende factoren			
	FFb	FbF	Fb		B	F(Fb)	G+%	F+%
1	1	2		+	7	1	100	82
8	1	2		+	4		83	87
9		1		+	3		83	93
13	1	1	1	+	1	5	45	70
18	1	5		-			45	67
22		1		+	1		54	73
27	2	3		+	2	1	46	57
28	2	3		+	3	1	60	90
30		2		+	1		82	88
31	1	3		+			57	77
34	1	1	1	+	2		90	100
36		4		+	3		67	83
44		4		+			67	77
48		1		+	5	2	67	75
49	3	5		+	4		49	63

In totaal 15 proefpersonen

Tabel H
Hypertensie groep.

Patient no	FbF+pure Fb>FFb				Affectstabiliserende factoren			
	FFb	FbF	Fb		B	F(Fb)	G+%	F+%
1		2	1	-			17	25
7		2		-		1	20	40
8		2		-	1		30	50
10		1		+			70	87
11		1	1	-	1		29	50
12	2	8	1	-	4	5	27	40
13		1		+			62	73
18	1	2		-			57	92
19		3		-			25	67
22		3		-			58	67
23		3		+	1		80	83
25		1		-			100	47
26		4		-			14	40
27		2		+	1		62	80
28		4		-			20	37
29		1		+	1		83	73
30			2	+	1		86	91
31		2		-			62	67
34	1	2		+			87	90
36		1	1	-			40	67
39		2		-			75	42
40		3		-			43	90
41	1	6	2	-			55	78
42		4		-			45	64
43			1	-			17	31
44		1		-			67	64
45	1	2		+			75	80
46		2	1	-			14	27
47		2	1	-			57	54
48	1	2		+	3	2	100	83
49		2		-	1		20	37
50	1	2	1	-			20	67

In totaal 32 patiënten

vraagstelling. In de middenkolom staat een plusteken, alwaar sprake is van affectstabilisering; een minusteken, alwaar dit niet 't geval is.

Bij vergelijking van deze twee tabellen valt allereerst hun verschil in omvang op. Raadplegen wij hierbij de tabellen III en V, dan kunnen wij aangaande de verdeling van de kleurantwoordtypen in onze beide groepen van ieder 50 personen het volgende vaststellen.

Tabel K

	normale groep aantal proefper- sonen	hypertensiegroep aantal patiënten
FbF+pure Fb>FFb	15 30%	32 64%
FFb> of = FbF+pure Fb	32 64%	8 16%
geen kleurantwoorden	3 6%	10 20%

Op de tweede plaats valt in de hypertensiegroep de mindere gevuldheid op van de kolommen „FFb” en „B”, benevens de grotere bezetting van de kolom „Fb”.

Op de derde plaats is er bij 14 van de 15 normale proefpersonen sprake van affectstabilisering. In de hypertensiegroep is dit bij 10 van de 32 patiënten het geval.

Op de vierde plaats wordt bij twee personen van de normale groep, ondanks het ontbreken van B antwoorden, een affectstabilisering bewerkt door het G+ % en het F+ %. In de hypertensiegroep is dit bij vijf patiënten het geval; van de andere kant zijn er in deze groep

vier patiënten met een dusdanig laag G+ % en F+ %, dat de voorhanden B antwoorden blijkbaar in affectstabiliserende werking tekort schieten.

De conclusie uit de tabellen G, H en K luidt, dat in de hypertensiegroep, vergeleken bij de normale groep, niet alleen de onaangepaste kleurantwoorden meestal domineren boven de aangepaste, maar ook dat de patiënten, bij wie dit laatste voorkomt, overwegend een tekort aan affectstabiliserende invloeden vertonen.

In dit verband vragen tenslotte de shockreacties nog de aandacht.

Vergelijkt men de kolommen „kleurshock” en „donkershock” van de tabellen III en V, dan springt het verschil in bezetting duidelijk in het oog. De hoge frequentie van kleur- en donkershocks in de hypertensiegroep releveert op praegnante wijze een gebrek aan gevoelsstabiliteit, in het bijzonder een sterke neiging tot gevoelsverdringen in antwoord op emotie- en vooral angstverwekkende situaties.

Confronteren wij dit gegeven met de vroegere bevinding, dat in de hypertensiegroep de onaangepaste kleurantwoorden meestal de aangepaste in aantal overtreffen, dan valt hieruit te concluderen, dat de gevoelsverdringen mislukken en de verdrongen gevoelens op onaangepaste wijze herverschijnen. Anders uitgedrukt: de gevoelsverdringing is minder diep. Een tweede gevolgtrekking is, dat de aanwezigheid van affectstabiliserende persoonlijkheidsmomenten (zoals dit b.v. bij 10 van onze patiënten het geval was, zie tabel H), nog niet zeggen wil, dat er een werkelijke affectstabiliteit bestaat.

Over de vraag, bij welke Rorschachplaten de shockreacties plaats vinden, beperken wij ons tot enkele aantekeningen.

In de normale groep komen practisch evenveel kleurshocks voor op plaat II (2 maal) als plaat IX (3 maal), in de hypertensiegroep treden de kleurshocks het meest op bij plaat IX (20 maal). Een der redenen hiervoor is de bij 52 % der patiënten voorkomende *combinatie* van kleur- en donkershock. Deze neiging om met beide shocktypen te reageren wordt speciaal door de „dystone” plaat IX aangesproken, omdat genoemde plaat en gekleurd en (intensiever dan VIII en X) geschaduw is. Dat op de „euphorische” plaat X evenveel shockreacties voorkomen als op de platen II en III, werpt nog eens een verhelderend licht op het vermelde tekort aan gevoelsstabiliteit, te meer daar in de normale groep geen enkele shockreactie bij plaat X optreedt.

De donkershocks verschijnen in de hypertensiegroep het frequentst bij plaat VII (21 maal). In de normale groep daarentegen vindt men geen enkele shockreactie op plaat VII, maar komen alle donkershocks voor

op plaat VI (3 maal), welke plaat voor normalen inderdaad als de moeilijkste geldt. Weliswaar treden in de hypertensiegroep ook shockreacties op bij plaat VI, maar deze zijn in 12 van de 15 gevallen gecombineerd met een of meer donker- en/of kleurshocks, hetgeen er op wijst, dat hier nog andere factoren dan de moeilijkheid van de plaat een rol spelen. De ervaring leert, dat bij psychisch gestoorde personen de in een dergelijke samenhang optredende shockreacties op de „masculine” plaat VI en de „feminine” plaat VII dikwijls in verband staan met aanpassingsproblemen op sexueel gebied. Tussen onze beide groepen is voorts nog een verschil te constateren met betrekking tot plaat IV. Terwijl in de normale groep geen enkele shockreactie optreedt bij plaat IV, heeft dit in de hypertensiegroep 13 maal plaats. In dit verband is het van belang, dat plaat IV door neurotici vaak doorleefd wordt als een angstverwekkende autoriteit, zodat shockreacties op deze plaat dikwijls blijken samen te hangen met infantiele autoriteitsconflicten (kind-ouderverhouding).

Overziet men tenslotte de kolom „falen” van de tabellen II en IV, dan constateert men een aanzienlijk verschil. Terwijl in de normale groep slechts twee personen één maal falen, blijken in de hypertensiegroep 17 personen te falen met een totaal van 28 falers (waarvan de meeste op plaat VII en IX). Dit betekent, dat bij 34% van onze patiënten de shockreactie zó hevig is, dat zij, ondanks de hulp van de onderzoeker, niet in staat zijn over hun momentane psychische desorganisatie heen te komen. Ook deze bevinding onderstreept het gemis aan voldoende gevoelsstabiliteit van de hypertensiegroep.

Wenden wij ons vervolgens tot de *analyse van de verbalisatie*. Hieronder verstaan wij een onderzoek naar de wijze, waarop de patiënten hun duidingen verwoorden, benevens naar het terloopse commentaar, dat zij gedurende de Rorschachtest geven. Het is niet moeilijk de betekenis van dit onderzoek aan te geven: de verbalisatie is de geobjectiverde expressie van de individuele levensstijl.

Indien men de protocollen van onze patiënten vanuit het standpunt der verbalisatie bestudeert, dan wordt men getroffen door veel overeenkomstige trekken, die bovendien in de normale groep niet of in een te verwaarlozen mate voorkomen.

Wij laten eerst een met enkele voorbeelden geïllustreerde weergave volgen van die verbalisaties, welke op grond van hun frequentie en in vergelijking met de normale groep als kenmerkend voor de hypertensiegroep te beschouwen zijn.

1. **Elaboratie.** „Het doet me denken aan een schilder, die modern georiënteerd is en die vrij sterk geleid wordt door het spookbeeld van muizen Hij maakt een schilderij, waarin tot uiting komen zijn waanideeën, die sterk de inslag hebben van het idee „muis” (Plaat X).
„Standbeelden, die uit gedeelten bestaan, die eerst van elkaar geweest zijn, maar nu weer op elkaar zijn gezet (vanwege die horizontale lijn) Bloed bij standbeelden betekent natuurlijk revolutie. Bij de hoeken komt het eigenlijke marmer of graniet vrij Het kan natuurlijk ook zijn, dat die koppen altijd aan elkaar hebben gezeten bij wijze van de Siamese tweeling en dat ze de zaak toen hebben doorgesneden, vandaar dat bloed hier. Het is in ieder geval een kunstmatig geheel door het bloed, wat er in zit en door die symmetrie’ (Plaat II).
2. **Duidingen in vraagvorm en beroep op proefleider.** „Net of daar iemand ligt te slapen, of is dat niet hier?” (Plaat V).
„Meer de vorm van een wortel he?” (Plaat VII).
„Zou dat daarboven niet de hals zijn?” (Plaat I).
„Moet ik meteen zeggen, waar het op lijkt?”
„Wat moet dat nou voorstellen? Iets van plant- of dierkunde? In welke richting moet je eigenlijk zoeken?”
„Moet ik die rode vlekken soms ook meetellen? Is dat bloed dr? Moet dat bloed betekenen?”
3. **Objectcritiek.** „Dit is een vleermuis, althans het *lijkt* op een vleermuis, laat ik het liever zó zeggen. Het doet je denken aan een vleermuis, de eerste indruk zo” (Plaat I).
„Van een vlinder, maar dan zouden die gaatjes weg moeten zijn” (Plaat I).
„Mijn allereerste indruk is twee dansende beertjes houden heel plechtig hun voorpoten tegen elkaar en staan op hun achterpoten De koppen zijn wat te groot in verhouding tot hun lichaam” (Plaat II)
4. **Ontkenning.** „Dat zijn een paar ratten of beesten nee dat kan niet, want ze hebben geen staart’ (Plaat VIII).
„Het rotsachtige van een gebergte. Het heeft iets symmetrisch, dat bevalt me niet. Dat gebergte klopt dan natuurlijk niet” (Plaat IV)
„Een berenhuid is het niet” (Plaat IV).
5. **Zelfexcuus.** „Ik ben niet zo erg thuis in de insectenwereld’
„Zo lang geleden, dat ik op de kweekschool was”
„Mijn phantasie is niet erg groot hoor!”
„Met het menselijk lichaam ben ik niet op de hoogte’
„Ik ben geen visueel type .
6. **Waardebepalende uitroepen.** „Goede hemel, wat is dat nou!” (Plaat VI).
„Dat valt niet mee!” (Plaat III)
„Och God, hoe langer hoe gekker!” (Plaat IV).
„O wat een hokuspokus!” (Plaat III).
7. **Ontstaanswijze.** „Zijn dit photos of originele inktvlekken?”
„Als kind maakten wij een inktvlek en die klaptten wij dan dicht”
„De symmetrie is niet fotografisch gemaakt, want er zijn afwijkingen links en rechts”
„Het is net of ze er een grote inktpot over uitgegooid hebben”.

8. **Asymmetrie.** „Het is bijna symmetrisch, op een paar vlekjes na” (Plaat I).
 „Het is niet helemaal symmetrisch, wel vrij nauwkeurig” (Plaat II).
 „De figuur is één geheel. De ene helft is de afdruk van de ander, behalve onderaan, daar is een kleine afwijking” (Plaat I).
9. **Verbale agressie.** „Zeg maar eens, wat U er in ziet!”
 „Ik wou, dat U maar eens andere tekeningen gaf!”
 „Ik ben een man van weinig woorden!”
 „Het is allemaal niets. Doet U die plaat maar weg hoor. U schrijft maar . . . ik geef U tenminste werk!”
 „En U zegt natuurlijk niet, wat het voorstelt!”
 „Ze hadden het wel eens een beetje duidelijker kunnen maken . . . een primitieve tekening hoor!”
 „Ja, zo'n beest zie ik nooit . . . oude photo's hoor. U kunt het misschien wel weten, maar wilt het mij niet zeggen!”
 „U zegt maar niks of het goed is of niet.”
 „Ik word niks wijzer door U!”
 „Het is meer zo'n zoekplaatje!”

Gaat men de psychologische betekenis van deze verbalisaties na, dan komt men tot de volgende inzichten.

De bijzondere elaboratie der duidingen wijst in hoofdzaak op het bestaan van perfectionistische tendenzen. De duidingen in vraagvorm, het beroep doen op de proefleider en de antwoorden in ontkennende vorm openbaren een innerlijke zelfonzekerheid en onzelfstandigheid, die stimuleren tot steun zoeken bij de omgeving. De objectcritiek is een teken van verscherpt duidingsbewustzijn en vertegenwoordigt een pedante voorzichtigheid, die in het bijzonder gevoed wordt door de vrees zowel in de ogen van zichzelf als van anderen tekort te schieten. Nauw hiermee samenhangend is de neiging om zich op een of andere manier voor de gegeven duidingen te verontschuldigen (zelfexcuus) en zich aldus voor van buitenaf komende critiek veilig te stellen. De waardebepalende uitroepen (Rorschach's „Bewertungen” of „Wertschätzungen”) zijn affectlabiele reacties van ego-defensieve aard, welke een distantieverlies ten opzichte van de plaat impliceren. De occupatie met de ontstaanswijze van de platen en het beklemtonen van de asymmetrie blijken vaak als uitingen van argwaan te fungeren. De verbale agressie, welke rechtstreeks of verschoven tegen de onderzoeker is gericht, representeert een sthenische afweerreactie op gevoelens van onzekerheid en bedreigdheid. Als bijzonderheid moge hieraan worden toegevoegd, dat onze patiënten herhaaldelijk de verbale uiting van hun verzet uitstellen en eerst op het einde of direct na afloop van de test, bij wijze van „post scriptum”, daartoe overgaan.

De genoemde verbalisaties en hun psychologische betekenis releveren

verschillende componenten van de levensstijl van onze patiënten, te weten: hun perfectionisme, hun afhankelijkheid van en rekening houden met de omgeving, speciaal in de gestalten van critiekvrees, insufficiëntievrees en overgevoeligheid voor de meningen van anderen over de waarde van hun persoon (eigenliefde), hun tekort aan affectstabiliteit, hun argwanende instelling uit zelfbescherming. Mede tegen deze achtergrond komt tenslotte in de steeds beleefd en soms zelfs vriendelijk verwoorde agressie, evenals in het uitstellen er van, hun houding van „protestvolle onderschikking” tot uitdrukking.

Als laatste punt bespreken wij enkele resultaten van de *analyse der duidingsinhouden*.

In het voorgaande is reeds gewezen op de bevinding, dat in de normale groep geen manifest-sexuele duidingen voorkomen, terwijl deze wél optreden in de hypertensiegroep.

Behalve dit onderscheid zijn er met betrekking tot de duidingsinhouden van onze beide groepen nog twee in het oog springende verschillen aan te wijzen.

Het eerste verschil betreft het aantal en karakter van duidingen met *aggressieve* inhoud. Hieronder verstaan wij vecht-, ruzie-, bloed-, explosie- en vernielingsduidingen.

Voor de hypertensiegroep bedraagt het percentage van deze duidingen 10.1 %, voor de normale groep 3,1 %.

Belangrijker dan dit kwantitatieve verschil is het onderscheid in kwalitatief opzicht, dat tussen de onderhavige duidingen van beide groepen is vast te stellen. In tegenstelling tot de *aggressieve* duidingen van de normale groep, zijn die van de hypertensiegroep vaak gekenmerkt door een grotere gedetailleerdheid en dramatiek.

Enige voorbeelden mogen dit toelichten.

„Een soort schaap of zo iets.... een geslacht schaap.... hier het oog en de mond.... zo middendoor, als je het geslacht ziet.... doorgesneden” (Plaat IX).

„Twee koeienkoppen, waarvan de romp is afgesneden en de horens zijn afgesneden, met als gevolg de bloedvlekken. Zij zijn met de bovenlippen aan elkaar gebonden. Dat bloed is van het afsnijden van de romp van de koppen” (Plaat II).

„Twee figuren, die met elkaar vechten of zo iets. Zo'n rare plaat. Ja, wat betekent dat rood?... Ik zou bijna zeggen van bloedverlies. Ik heb het idee van twee levende dieren, die met elkaar in botsing zijn. Daarboven zijn dan de hersenen” (Plaat II).

„Twee wilde dieren, die met elkander aan het vechten zijn en die gewond zijn” (Plaat II).

„Het kan een stuk afgestoten rots zijn of iets van een bombardement, waarvan een stuk ijzer is weggevlagen.... iets van een beschadigd stadswapen, waar de verf van af is” (Plaat I).

„Moet ik dat rode soms ook meetellen? Dat is meer gestort bloed gebeente van een slager, waar nog vlees aan zit” (Plaat III).

„Een hond in tweeën de ingewanden van de hond hij is overreden het rode is bloed” (Plaat II).

„Twee typische dieren, die zich moeizaam voortbewegen. Ze lopen in schuine richting. Gluiperige, sluiperige, katachtige dieren” (Plaat VIII).

„Ik heb dat boek „Stalingrad” gelezen en ik denk aan al die mensen, die door tanks overreden zijn, want dat rood is natuurlijk bloed. Ik zal er maar mee ophouden” (Plaat II).

„Dat rode is bloed het lijkt wel, of die kereltjes bokshandschoenen aan hebben” (Plaat III).

Voorts hebben wij de ervaring opgedaan, dat in de hypertensiegroep de toepassing van de affectieve waarderingsmethode volgens Morgenthaler juist met betrekking tot de aggressiviteit waardevolle gegevens heeft verschaft. Het bleek namelijk, dat bij vele van onze patiënten de hernieuwde confrontatie met de Rorschachplaten vaak een te zware proef betekende voor de afweer van hun aggressieve impulsen. Meerdere patiënten zelfs, die in hun protocol geen enkele aggressieve duiding gaven hadden, kwamen er mee voor de dag, toen zij hun affectieve keuze motiveerden, met name hun onsympathieke waardering van de platen II en III.

In deze samenhang vermelden wij nog, dat in de hypertensiegroep de platen II en III het meest van alle platen als onsympathiek werden gekozen, in tegenstelling tot de normale groep, alwaar de platen I en IV het frequentst als onsympathiek gekozen werden, terwijl plaat III dominant als sympathiek en plaat II in gelijke mate als sympathiek en onsympathiek gekozen werd. Voor een goed begrip moet hieraan worden toegevoegd, dat in de hypertensiegroep de platen II en III tot de meest gekozen platen behoren na plaat X, terwijl in de normale groep de platen II en IV de hoogste frequentie bezitten na plaat X.

Hieronder citeren wij een aantal motiveringen van onze patiënten met betrekking tot hun onsympathieke waardering van de platen II en III.

„Dat rood doet denken aan bloed net een slagveld, waar gevochten is en waar het zand gekleurd is met bloed” (Plaat II).

„Ik vind dat knal rood iets vreselijks op die witte vlekken met dat zwart er naast. Ik vind het ook vreselijk om bloed te zien, daar kan ik helemaal niet tegen. Het geeft zo'n beetje de indruk van een bloederig geval” (Plaat II).

„Vanwege de bloedvlekken, die er op staan. Die koeien hebben ze de oren van het hoofd afgesneden. Het geheel maakt een wrede indruk” (Plaat II).

„Omdat ik een hekel heb aan bloed daar ben ik als de dood voor” (Plaat II).

„Vanwege die bloedingen die bloedvlekken. Ik kan geen bloed zien. Vroeger viel ik altijd van mijn stokje, als ik bloed zag” (Plaat II).

„Nou . . . ja, dat is, omdat . . . die donkere kleuren en dat rood doet me denken . . . ja . . . aan . . . in elk geval meer pessimistische dingen . . . Dat rood doet aan bloed denken” (Plaat II).

„Die bloedspatten . . . daar doet het aan denken. Of het jonge stieren of kalveren zijn, weet ik niet. Dat is me echt onsympathiek met dat bloed er aan” (Plaat II).

„Wegens dat vergieten van het bloed, het vechten van die beesten” (Plaat II).

„Hoe kan een mens een kind verstoten! . . . deze is een beetje griezelig . . . is het hoofdje stuk geslagen . . . het idee van bloed . . . dat zie ik niet graag” (Plaat II).

„Vanwege dat rood zo en alles” (Plaat III).

„Ik kan hier helemaal niets van maken . . . Ik zou haast zeggen, dat ik hem griezelig vind. Het is niks als . . . het lijkt nergens op! . . . dat donkere en dat rode er naast” (Plaat III).

„Vanwege die bloedvlekken” (Plaat III).

„Vanwege die norske houding, stugge houding en dan dat bloed hè!” (Plaat III).

„Die rode plekken lijken me zo bloederig” (Plaat III)

Thans kunnen wij de gevolgtrekking maken, dat het aantal en het karakter van de aggressieve duidingen van onze patiënten wijzen op het bestaan van een sterke, minder hecht afgeweerde, respectievelijk minder diep verdrongen aggressiviteit. Dit wordt tevens bevestigd door de combinatie van een intensieve reactie op het rood (zie bovenstaande voorbeelden) en een gelijktijdig bestaande neiging tot rood-vermijding. Het totaal aantal rood-vermijdingen in de hypertensiegroep bedraagt 110, in de normale groep 68, terwijl in beide groepen de rood-attractie in gelijke frequentie voorkomt¹¹. Een tweede bevestiging vormt een bepaald type van duidingen, dat uitsluitend in de hypertensiegroep voorkomt en waarvan de inhoud een ongedaan maken van aggressieve impulsen verraaft, bij voorbeeld: een *opgezette* roofvogel met uitgespreide vleugels (Plaat II), een opengesperde muil, *waarin een stuk wild of voedsel* zit (Plaat IV), een *leeuwenmond* (Plaat IV), *paardenkop met muilband* om zijn bek (Plaat IV), een *arend met afhangende* vleugels (Plaat IV), een *lui-paard, die vastgevroren* zit in het ijs (Plaat VIII), een *veiligheidsklep* op stoomketel (Plaat X), *leeuwen tegenover elkaar, trots achterover, maar in een wapen* (Plaat X).

Nog in een ander opzicht dan de aggressieve antwoorden verschillen de duidingsinhouden van onze beide groepen. Vergeleken bij de normale groep, kenmerken zich de duidingsinhouden van de hypertensiegroep vaak door een opvallende affectgeladenheid of, juist gezegd, door het-

¹¹ Van *rood-vermijding* is sprake, wanneer bij een gekleurde plaat geen enkele duiding op het rood gegeven wordt. Wanneer daarentegen de eerste duiding bij een gekleurde plaat op een rode toevalsvorm betrekking heeft, spreekt men van *rood-attractie*. Zie H. v d Waals Rorschachonderzoekingen bij neurosen, psychopathieën en verwante toestanden Psychiatr Neurol Bladen 1/2, 1946, 17—141

geen men in de Amerikaanse Rorschachliteratuur vindt aangeduid met het begrip *fabulatie*¹². Deze fabulatie, die wij in feite al gedeeltelijk in de agressieve duidingen ontmoet hebben, openbaart zich bij voorbeeld in de volgende duidingen van onze patiënten.

„O dat zijn heel beleefde heren, die elkaar keurig aan het groeten zijn. Zij nemen overdreven beleefd hun hoeden voor elkaar af. Weten van verwaandheid niet hoe zij zich een houding moeten geven” (Plaat III).

„Hier zou een kind bang voor zijn 's avonds . . . een monster met grijparmen, zevenmijlslaarzen en een ontzaggelijk grote staart, die hij tussen zijn benen heeft hangen. Iets wreeds zit er in. Het geheel is monsterachtig, wanstaltig” (Plaat IV).

„Daar zie ik duidelijk een kop . . . afhanginge snor . . . ontzaggelijk behaarde kop . . . een robuste kop, waar wilskracht in zit, stoere kop . . . een soort ijzervreter” (Plaat IX).

„Dat doet me denken aan de branding van het water, het schuimende water en dan wordt dat de galg, waar een jongen aan hangt” (Plaat IV).

„Twee vrouwen, die elkaar aan het uitschelden zijn” (Plaat VII).

„Een dooie vlinder” (Plaat V).

„Lijkt wel op een hond, die hard weg wil rennen” (Plaat II).

„Twee dierenkoppen met eigenaardige horens op de neuzen en van onderen en boven zitten er nog rode figuren aan, uitsteeksels of . . . de horens op die neuzen zijn tegen elkaar aangedrukt . . . enigszins dreigende houding” (Plaat II).

„Poezen, die kwaad zijn, met opgeheven staarten, tegenover elkaar” (Plaat VII).

„Dat zouden rookwolken kunnen zijn, zwarte rook, die opstijgt van iets, dat verbrand” (Plaat V).

„Een vlinder, die gewond is of zo . . .” (Plaat II).

„Is dit vuur of zo iets? Heeft dit betrekking op het geloof, het vagevuur of zo iets?” (Plaat II).

„Dat lijken wel duivels! Die duivels vind ik iets verschrikkelijks!” (Plaat III).

„Dat lijkt op de huid van een verscheurd dier” (Plaat VI).

„Een beestenkop uit zo'n spook- of gruwelverhaal voor kinderen” (Plaat VII).

Dergelijke fabulatieve duidingen, met hun subjectief en autoprojectief karakter, vestigen de aandacht op de bijzondere emotionele geladenheid en gevoelsaanspreekbaarheid van onze patiënten. De versterkte gevoelsaandoenlijkheid komt in de hypertensiegroep niet tot uitdrukking in een kwantitatieve stijging van het aantal antwoorden op de laatste drie kleurplaten (zie kleurindex, tabel I), maar in een grotere affectlading van de antwoorden. De combinatie van dit laatste met een tóch aan de normale groep gelijke kleurindex wijst op het bestaan van uitingsweerstand ondanke aanwezige uitdrucksbehoefte. Daarmede verkrijgt de kleurindex van de hypertensiegroep, vergeleken bij die van de normale groep, een meer eigen waarde.

* *

*

¹² Vgl. Rapaport, D.: Diagnostic psychological testing. Vol. 2. Chicago 1946.

Het voornaamste resumerend stellen wij het volgende vast.

Onze patiënten kenmerken zich op de eerste plaats door ontwijkende voorzichtigheid en ambitieus perfectionisme.

De ontwijkende voorzichtigheid komt tot uitdrukking in de verminderde duidingsproductie en deels in de verlengde reactietijd. Deze neiging tot veiligstelling van zichzelf, als reactie op gevoelens van innerlijke onzekerheid, openbaart zich verder in het zelfexcuus, de antwoorden in vraagvorm en ontkennende vorm, het beroep doen op de proefleider en de occupatie-uit-argwaan met de ontstaanswijze en asymmetrie van de toevalsvormen.

Het ambitieus perfectionisme manifesteert zich in het energieke pogen om meester te worden van de situatie, aangezien dit pogen in mindere mate door werkelijk-creatieve drijfkrachten gevoed wordt ($G > B$, B -daling); voorts in de opvallende elaboratie der antwoorden, het verhoogde duidingsbewustzijn, de pedante objectcritiek en deels in de verlengde reactietijd.

Op de tweede plaats vertonen de patiënten niet alleen een sterke emotionaliteit (fabulatieve duidingen), maar deze is impulsief, egocentrisch en onaangepast ($FbF + \text{pure } Fb > FFb$), terwijl bovendien een tekort aan affectstabiliserende invloeden aanwezig is (vooral gebrek aan B). Het gemis aan voldoende gevoelsstabiliteit komt duidelijk naar voren in de frequente en vaak gecombineerd optredende kleur- en donkershockreacties, in het falen en in de waardebepalende uitroepen.

Op de derde plaats blijkt de agressiviteit een voorname rol te spelen, gezien de veelvuldige agressieve duidingsinhouden. Het vaak gedetailleerde en dramatische karakter van deze inhouden; het vóórkomen van duidingen, in wier inhoud een ongedaanmaking van agressieve uitingen verschijnt; de frequente onsympathieke waardering van de platen II en III, benevens de agressieve inhouden, die soms pas bij het geven der motiveringen voor het eerst loskomen; de combinatie van intensieve roodreactie met neiging tot rood-vermijding en niet geaccentueerde rood-attractie; tenslotte de beleefde en dikwijls uitgestelde verbale agressie, al deze momenten wijzen er op, dat de sterke agressiviteit minder diep verdrongen is. Dit mislukken van de gevoelsverdringing wordt eveneens bevestigd door de combinatie van veel shockreacties enerzijds en het overwicht van onaangepaste kleurantwoorden — onder welke pure Fb antwoorden — anderzijds.

Aldus vormen de resultaten van het Rorschachonderzoek bij onze pa-

tiënten deels een bevestiging, deels een aanvulling en differentiëring van de gegevens en inzichten, die door observatie, persoonsbeschrijving (zie p. 85 e.v.) en ontwikkelingspsychologische anamnese verkregen werden.

Vergelijkt men tenslotte de in de literatuur vermelde Rorschachscores van lijders aan essentiële hypertensie (zie Hoofdstuk VI) met die van onze eigen hypertensiegroep, dan vallen zowel overeenkomsten (b.v. $G > B$, G dominantie in opvattingstype, voorkeur voor FbF), als verschillen op (b.v. wat betreft het totaal aantal woorden, het belevingstype, de verhouding van FB tot B). Men moet hierbij echter bedenken, dat het uiteenlopende karakter en de soms onvolledige weergave van de bedoelde (quantitatieve) literatuurgegevens deze vergelijking ten zeerste bemoeilijken. De kwalitatieve duidingskenmerken van Kemple's protocollen (p. 131 e.v.) stemmen goed overeen met die van onze hypertensiegroep. Van het door Booth naar voren gebrachte materiaal kunnen wij alleen de links-rechtsverdeling als reactie op de symmetrie der platen (p. 141) en de desintegrerende tendenties (p. 144) onderschrijven, benevens zijn conclusies aangaande het conformisme en de extratensie van het vasculaire type, echter niet de feitelijke gegevens, die hem tot beide laatste conclusies voerden. Zoals reeds gezegd, mag men niet vergeten, dat Booth de resultaten van de V-groep steeds tegen die van de L-groep afweegt en interpreteert.

De eindconclusie moge zijn, dat de Rorschachresultaten van onze hypertensiegroep pleiten voor een neurotische existentie, waarin reeds organische momenten hun schaduw vooruitwerpen. Daartoe kan men besluiten op grond van het verminderd aantal antwoorden (in 50 % der gevallen 15 of kleiner), de verlengde reactietijd (in 88 % langer dan 1 minuut), geen of één B (in 86 % der gevallen), geen of één FFb (in 92 % der gevallen), kleur- en/of donkershock (in 98 % der gevallen), FbF + pure Fb > FFb (in 64 % der gevallen), O+ % lager dan 50 (in 70 % der gevallen), falen (in 34 % der gevallen) en verschuiving van het belevingstype bij voorkeur naar de extratensieve zijde (in 50 % der gevallen).

HOOFDSTUK VIII

BESPREKING VAN EEN AFZONDERLIJK GEVAL VAN ESSENTIELE HYPERTENSIE

Na in het vorige hoofdstuk de onderzoekresultaten van 50 lijdens aan essentiële hypertensie te hebben medegedeeld, willen wij thans één geval afzonderlijk behandelen.

Het betreft een student van 19 jaar, de 4e uit een gezin van 9 kinderen. Verhoogde bloeddruk werd voor het eerst vastgesteld een half jaar vóór de datum van het klinisch-psychologisch onderzoek. Internistisch onderzoek (Dr A. Lips) wees uit, dat er sprake was van een essentiële hypertensie.

Patiënt had geen subjectieve klachten. Alleen was het hem opgevallen, dat hij wel eens duizelig was. Sterke hyperhidrosis palmarum en het vaak last hebben van koude extremiteiten en dode vingers wezen op een dysfunctie van het autonoom-vegetatieve zenuwstelsel. De familie-anamnese leverde geen aanknopingspunten voor het bestaan van een praediectie tot cardiovasculaire afwijkingen.

Observatie.

Patiënt vertoont een leptosome habitus. Hij gedraagt zich stug, onwillig en ontwijkend, doch past zich telkens weer aan. Hij geeft blijk van een overbewuste, formalistische, nauwgezette en vasthoudende instelling. Zijn stemming is gedrukt, zijn mimiek is een strak masker. Opvallend is een neiging tot dwangmatige, onwillekeurige motoriek (optrekken van neus, vingerplukken, haarkrabben, krampachtige trekkingen van de mondhoecken). Deze nevenmotoriek verergert, zodra men over zijn vroege jeugd begint te spreken. Over het geheel genomen, maakt hij een gespannen en geforceerde indruk.

Anamnese.

Het *gesprek over de ziekte* leverde minder gegevens op dan gewoonlijk, maar bracht een goed wederzijds contact tot stand.

Patiënt heeft nooit iets van zijn bloeddrukverhoging gemerkt. Het ont-

breken van enig ziektegevoel maakt de vraag naar het chronologisch parallelisme overbodig. De wetenschap aan een verhoogde bloeddruk te lijden irriteert hem. Hij beleeft zijn ziekte als een hem aangedaan onrecht, waardoor hij zich gekrenkt voelt. Hij kan het niet verkroppen, dat zijn toekomstplannen gedwarsboemd worden. De gevolgen van zijn ziekte ziet hij primair gelegen in de blokkering van zijn aspiraties. Kortom, hij leeft in een rebelse houding tegenover zijn ziekte, als ware de laatste een hem frustrerende persoon. Het door de onderzoeker gaandeweg geopperde denkbeeld, dat het voor patiënt's welzijn nuttig is ook aan psychologische momenten aandacht te besteden, stuit op geen bijzondere weerstand en geeft spontaan aanleiding tot deze complexbepaalde uitlating: „Ja, ik vind mijn moeder niet verstandig, maar ik heb medelijden met haar”.

Genoemde uitlating vormde een gunstige gelegenheid om over te gaan naar de *ontwikkelingspsychologisch georiënteerde anamnese*, waarvan wij hieronder de hoofdpunten zullen weergeven.

Patiënt's vroegste herinnering gaat terug op 2-jarige leeftijd:

„Mijn anderhalf jaar jongere broer lag aan de borst van moeder en werd daarna in bed gestopt”.

Zijn prettigste herinnering valt in de bewaarschooltijd: „Tante, die sprookjes vertelde”.

Zijn onprettigste herinnering is van recente datum: „Dat ik door mijn verhoogde bloeddruk niet kan worden, wat ik wil”.

Vanaf zijn vroegste jeugd stond patiënt in een niet-openhartige, koele verhouding tot zijn ouders. Zijn vader, een stille, gesloten en zwaartillende man, vertoefde in verband met zijn beroep dikwijls buitenshuis. Dientengevolge stond de moeder praktisch alleen voor de opvoeding. Zij is een nerveuze, enigszins driftige vrouw, niet voldoende opgewassen tegen de omvangrijke taak, die op haar schouders rust. De kinderen ontvingen van haar onvoldoende hartelijkheid. Daarbij oefenden financiële zorgen steeds een zware druk uit op het gezinsleven. Beide ouders betekenden in positief-affectief opzicht niet veel voor patiënt. Vooral tegenover zijn moeder bleef hij kritisch en afwijzend ingesteld.

Reeds vroeg openbaarde zich een neiging tot driftbuien. Hij werd dan door zijn moeder opgesloten en om haar kwaad te maken, ging hij tegen de deur trappen. Ook werd hij door haar „ter koeling” onder de kraan gehouden. Dit kon hij niet uitstaan en ook nimmer vergeten en vergeven.

Op den duur ontwikkelde zich een vijandige houding, speciaal ten

opzichte van zijn moeder. Van deze houding werd hij zich gedeeltelijk bewust op 7-jarige leeftijd, toen hij merkte, dat zijn oudste zuster een chronische instelling van protest en verzet toonde tegenover zijn moeder. Sindsdien verminderden zijn driftbuien, maar nam zijn sensitiviteit toe. Hij werd prikkelbaar, koppig, eigenzinnig en bazig. Dit werkte zijn opname in de groep van zijn leeftijdgenoten tegen. Als hij met anderen speelde, wilde hij ook de baas zijn. Lukte dit niet, dan kwam hij in verzet of trok hij zich terug. Dit had o.a. tot gevolg, dat hij meestal alleen speelde.

De steun missende van ouders en leeftijdgenoten, voelde hij zich onbegrepen, alleen en inferieur. Tegenover eenieder stond hij in een gereserveerde, wantrouwend-eigenzinnige houding. Het aanknopen van sociale gevoelsbetrekkingen had dan ook in onvoldoende mate plaats. Echte vrienden heeft hij nooit gehad. Dit alles verhevigde zijn egocentrische gevoelsinstelling.

Zijn vurigste wens was soldaat of politie-agent te worden, terwijl zijn lievelingsspel bestond in het bouwen van forten. Gedurende de lagere schoolleeftijd werd hij in beslag genomen door agressieve phantasieën: „Anderen lagen op de loer en die sloeg ik neer”. Zijn neiging om zich terug te trekken in een irreële phantasiewereld werd aanleiding tot de klacht, dat hij zo veel „geestelijk afwezig” was. Ook des nachts droomde hij veel. Meestal waren het agressief gekleurde angstdromen („Inbrekers, boze mannen, die je iets wilden doen”) en ongeluksdromen (struikelen, vallen, niet kunnen ontwarren van steeds verder zich verwarrende draden).

Tijdens de puberteitsleeftijd kwamen masturbatorische handelingen aanvankelijk veelvuldig voor; later verminderde de frequentie aanzienlijk. De phantasie, die de masturbatie begeleidde, was narcistisch-exhibitionistisch (zichzelf ontkleed voorstellen). Ofschoon de frequentie der masturbatie aanmerkelijk daalde, is in de er mee gepaard gaande phantasie geen verandering gekomen. De masturbatorische praktijken riepen gewetensconflicten op, die zich echter op verschoven wijze manifesteerden. Hij kreeg namelijk last van scrupels op godsdienstig gebied, evenals van twijfels over het gesloten zijn van buitendeur en gaskraan.

Betreffende zijn actuele toestand vermelden wij nog het volgende.

Patiënt geeft blijk van ordelievendheid, netheid, accuraatheid en zuinigheid; deze kwaliteiten kenmerkten hem reeds vanaf zijn prille jeugd.

Doorlopend bevindt hij zich in een gespannen, geïrriteerde toestand, waaraan hij niet of slechts gedeeltelijk en in de regel min of meer verhuuld

uiting verschaft, onder andere in scherp en hatelijk reageren. Zijn wantrouwen, verzetsinstelling, sombere gestemdheid en lichtgeraaktheid maken hem tot een weinig geziene figuur in de ogen van zijn leeftijdgenoten.

Zijn overbewuste levenshouding openbaart zich niet alleen in een gemis aan spontaneïteit, maar ook in verschijnselen van derealisatie. Wanneer hij zich innerlijk kwaad maakt, of ook wanneer hij er maar aan denkt, „verandert het timbre van de klanken”. Dit verschijnsel heeft hij reeds bij zichzelf waargenomen, toen hij 6 jaar oud was. Zijn neiging tot overmatig verintellectualiseren en argwanend stelling nemen blijkt nog uit deze uitlating: „Ik zoek altijd naar het waarom van andermans gedrag. Ik tracht overal de reden er van te vinden. Als iemand mij iets vraagt, denk ik direct: waarom vraagt hij mij dat?”

Wat zijn vrije tijdsbesteding betreft, blijkt, dat hij de voorkeur geeft aan lezen en verzamelen. Voor sportieve activiteiten of andere bezigheden in groepsverband voelt hij niet veel.

Warteggtest. *)

De *instelling* van patiënt ten opzichte van de test is zakelijk: de test betekent voor hem primair een taak, die volbracht moet worden, ondanks doorleefde tegenzin. Hij gaat zo snel mogelijk te werk (totale tijd slechts 3½ minuut), des te eerder is hij er vanaf (ontwijkend gedragen). Hij voegt zich niet gedwee naar de gegeven constellatie van de test, doch wijzigt haar zoals het hem voordelig is: hij kiest een andere volgorde dan is aangegeven, hij plaatst twee vakjes in een andere stand (3 en 7), hij laat twee uitgangstekens onaangeroerd (1 en 4) en stelt zich tevreden met de mededeling, dat zij een hond of mens, respectievelijk een kar of auto moeten voorstellen, tenslotte laat hij het in strijd met de instructie op snelheid aankomen.

Samenvattend is zijn instelling tot de test te karakteriseren als: zakelijk, taakbewust, initiatiefnemend, ontwijkend, eigzinnig.

De *opvatting* der uitgangstekens is betrekkelijk nuchter, dat wil zeggen: zij worden overwegend genomen in hun objectqualiteit (plaats, grootte, vorm, bruikbaarheid).

In 1 en 4 zijn zij niet meer dan perspectief scheppende fixatiepunten, die secundair en imaginair een bepaald object gaan betekenen. In 2 is de fijn-dynamische kwaliteit van het „Weiterschwingen” niet gevat, zodat enkel de statische gekromdheid van het uitgangsteken zich repeteert in

*) Zie op pag. 201 de reproductie (op ware grootte) van de tekening van patiënt.

de vastliggende dakrand (Verfestigung des Lockeren). In 7 is niet de speels-tedere geleedheid ervaren, doch slechts de rondheid van het uitgangsteken benút tot vorming van de grove kadepaal. Terwijl hier de gestippeldheid niet wordt overdekt, doch behouden, vindt in 6 wel overdekking plaats en worden de lengteverschillen der uitgangsstrepen verwaarloosd (wisselende regulatie van impulsiviteit).

Daartegenover wordt in 3, 5 en 8 iets van de physiognomische „Anmutungsqualität“ der uitgangstekens mede in de tekening verwerkt: in 3 de tendenz tot opklimming, in 5 de naar rechts opgaande bewegingskracht, in 8 de kalmerende kwaliteit van het breedbogige. Doch ook in deze tekeningen openbaart zich de zaakbepaalde instelling: in de strenge ordening der opgestapelde boeken (3), in de voorwerpelijke dynamiek van de mechanisch verlopende kermistrapbeweging (5), in de schematische nuchterheid van het zeegezicht met de opgaande zon (8). De opvatting der uitgangstekens is derhalve overwegend zakelijk (2, 3, 5, 6, 7, eventueel 1 en 4) en toont geen ontvankelijkheid voor de kwaliteiten van het kleine, het tedere en fijn-gelede (1, 2, 7). De gerichte beweging (5) en de stabilisering van het labiele (2, 7) hebben de voorkeur boven het vrij en luchtig zich ontplooiend dynamische. Patiënt's opvatting, zo concluderen wij, wijst in de richting van wilsbetoonde nuchterheid en wilsgerichte activiteit.

De *weergave* is gekenmerkt door gevuldheid van het begrensde tekenvlak. De tekeningen van patiënt zijn „groszflächlich“; feitelijk zijn de vakjes te klein voor hem. Hij weet echter zijn expansiviteit te controleren, want hij overschrijdt nergens de randen der vakjes.

Vervolgens wijzen de strakke gerichtheid van de lijnvoering, de dominantie van rechtlijnigheid en hoekigheid over de rondheidskwaliteit, de accentuering van ruimtegeleding, perspectief en schuinstelling (5 en 7), de geslotenheid en contourering der vormen en de betrekkelijke zorgvuldigheid (vooral gezien de grote tekensnelheid) op een eenzijdige, rationeel-volitieve waakzaamheid over gevoelens en driften. Slechts in tekening 8 openbaart zich een ontspannen, atmosferische stemmingskwaliteit. Uit de bijzondere accentuering van het perspectief spreekt een distantiërende stellingname tegenover het ervaringsgeheel. De camera (6) met het steeds verdiepend en vernauwend perspectief tendert naar een geometrische vormoplossing en onthult tezamen met de stereotype lijnerhaling (2, 3, 5, 6) dwangmatige trekken. De geringe genuanceerdheid in de tekenwijze wijst op een tekort aan gevoelsmodulatie.

Betreffende de *zingeving* is vast te stellen dat de meeste tekeningen tot

de zaakoplossingen zijn te rekenen, met dien verstande, dat in 1, 4 en 7 naast de „Dinglichkeit” ook de bezielingsqualiteit een zekere rol speelt. Alleen tekening 8 is een zuiver stemmingsbeeld. Alle tekeningen ontberen dramatiek, handeling en karakteristiek. In het ontbreken van menselijke figuren en dieren openbaart zich een tekort aan intercreatuurlijke communicatie en wordt het bestaan van eenzaamheidsgevoelens gesuggereerd.

Inhoudelijk toont zich het dynamische op meer manifeste wijze alleen in tekening 5, formeel en meer verhuld echter in de opwaartse en perspectief scheppende vectorqualiteit, die in iedere tekening haar bepalende invloed doet gelden.

Volgens de door Wartegg¹ aangegeven methode zijn de bovengenoemde bevindingen in twee tabellen overzichtelijk te rangschikken (zie volgende pagina).

De analyse van de Warteggprestatie van deze patiënt voert tot het volgende resultaat.

Gezien de polaire verhouding² is de stellingname van patiënt overwegend zaakbepaald. De noëtische bovenbouw van het karakter (wil en verstand) is derhalve maatgevend. Er is sprake van een sterke bewustzijnsregulatie.

De algemene uitdrukkings- en vormingskracht, door Wartegg aangeduid als „vormniveau”, is hoog (totaal aantal punten: 70), hetgeen wijst op een rijkdom aan innerlijke potentialiteiten.

De bijzondere praegnantie van de zaakbepaalde weergave is de uitdrukking van een overbewuste inspanning tot rationeel-volitieve betuiging van stemmingen en impulsen.

De ruimtelijk-perspectivische en dynamische (deels opwaartse) gerichtheid der tekeningen, evenals hun „groszflächlichkeit”, vormen een index voor emotionele expansiviteit en driftmatige bewegelijkheid.

Vanwege de innerlijke onverenigbaarheid van de relevante lidstructuren: grondigheid en driftmatige bewegelijkheid, is de persoonlijkheidsvorm van patiënt volgens Wartegg als *spanningsvol* te karakteriseren.

¹ Gestaltung und Charakter. Ausdrucksdeutung zeichnerischer Gestaltung und Entwurf einer Charakterologischen Typologie. Beiheft 84 Ztschr. f. angew. Psychol. u. Charakterkunde. Leipzig 1939.

² Hiermede is bedoeld de verhouding tussen de belevingsbepaalde („seelische”) en de zaakbepaalde („geistige”) instellingspool. In de tabel van de vormgevingsmomenten (zie volgende pagina) is deze polaire verhouding te vinden in de kolom P. V. Bij de onderzochte patiënt is de bedoelde verhouding dus 21 : 49.

Uitwerkingstabellen van de Warteggtest

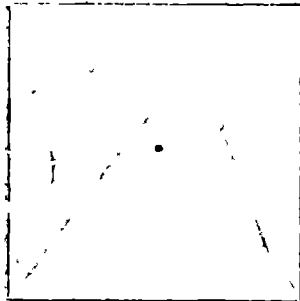
(student, 19 jaar, lijdende aan essentiële hypertensie)

vormgevingsmomenten

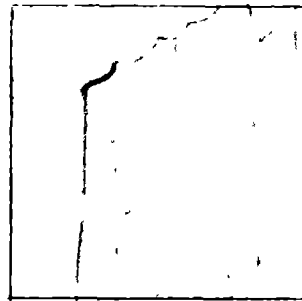
		tekening:								P.V.			
		1	2	3	4	5	6	7	8				
belevingsbepaalde vormgeving	weergave	gevuldheid	1	1	1	1	1	1	1	1	8		
		druksterkte, zwartheid	1				1						2
		fijnheid, genuanceerdheid	1			1				1	1		4
		losheid, lijnenspel	1							1			2
	zingeving	stemming, beleving	1			1			1	1	4		
		dynamiek, dramatiek					1				1		
		karakteristiek									0		
		phantasie-inval, symboliek									0		
zaakbepaalde vormgeving	weergave	gerichtheid, strakheid	3	2	2	2	2	2	2		15	49	
		geslotenheid, contour		2	2		1	2		1	8		
		ruimte-en vlakkengeleding	2	1	1	2	1	3	2	1	13		
		zorgvuldigheid		1	2		1	2	1		7		
	zingeving	stoffelijkheid, voorwerpelijheid		1	1		1	1	1		5		
		versiering, ornamentiek									0		
		stilistiek									0		
		abstractie						1			1		
puntenscore per tekening:		10	8	9	7	9	12	9	6				
totale puntenscore:										70			

verhouding der lidstructuren

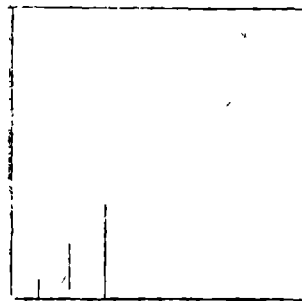
gevoel	extraversief	■		
	introversief			
phantasie	formeel-constructief	■		
	intuitief-scheppend			
verstand	practisch-nuchter	■		
	grondig	■	■	
wil	driftmatig bewogen	■	■	■
	vast	■	■	



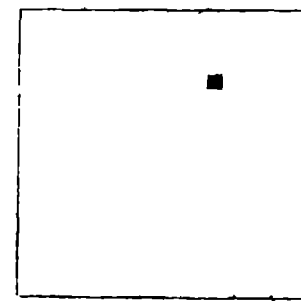
1



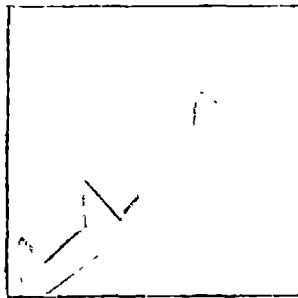
2



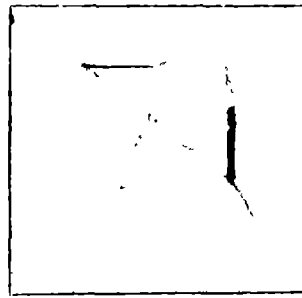
3



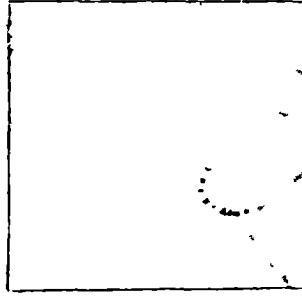
4



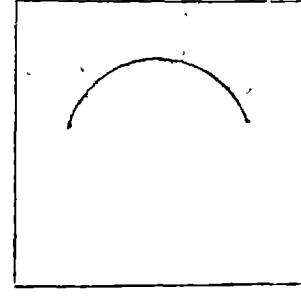
5



6



7



8

WARTEGGTEST

19 jr ♂, student.

Totale tijd: 3½ minuut.

Volgorde: 1—3—8—4—6—5—2—7.

Onderschriften (in patiënt's eigen woorden): 1. Straat, aan weerszijden bomen, midden een stip, die een hond of mens moet voorstellen, dat kun je niet zien vanuit de verte. 2. Dak van

een huis, gezien vanaf een bepaald punt van het dak. 3. Stapel boeken (b-stand). 4. Een kar of auto op een straat, links huizen, rechts bomen. 5. Trap op de kermis. 6. Kijker van een photo-toestel, waarin je steeds verder doorkijkt, met steeds kleiner wordende vlakken. 7. Kade met twee kadepalen en daar achter water (b-stand). 8. Opgaande zon aan de zee.

Rorschachtest.

Protocol.

15.35 uur

- I a 5" Dit is een inktvlek, die uitgelopen is in de vorm van twee kabouters, die rond een tafeltje staan. Hun jasjes zwaaien omhoog. De twee helften zijn precies hetzelfde. Die twee kabouters staan tegenover elkaar, zij hangen aan die tafel, wie van beiden de tafel kan meenemen. Zij hebben ruzie met elkaar. Hun voeten staan onder tegen de tafel aan. Onder die kortere jasjes hebben zij nog een langere jas aan. In die jas zetten zij hun voeten iets hoger tegen de tafel aan, maar beiden zijn even sterk. Geen van beiden kunnen het winnen, beiden zijn even sterk. De verstandigste van de twee zal wel toegeven.
- ontstaanswijze
Gc B+ M
symmetrie
- fabulatie
- c Zo is het een kroon, die de nok of voorgevel van een huis versiert . . . Twee figuren staan er naast en tillen hem op. Aan de vorm te zien moet de kroon bontgekleurd zijn, vooral zilver en goud. De twee figuren zijn iets donkerder van kleur. Die kroon heeft de vorm van een sportbeker met een deksel er op.
- D F+ Orn.
Gc F+ (M)
- Hd-nuancering
her-interpretatie
- d Nu is het een vogel, die op een steiger staat langs een waterkant en in het rimpelloze water staat het spiegelbeeld. De staart van de vogel steekt achter tegen de grond, de vleugels zijn reeds uitgespreid en de nagels omklemmen de steiger. Hij is op het punt om weg te vliegen, startklaar. Daarachter staat een ander beest, dat hem reeds bespringt op zijn rug.
- Du FB T O+
- spiegelbeeld
- D FB T
- II a 20" Twee hondenkoppen, die boven een witte tafel uitsteken. Een poot doen zij tegen elkaar, zij kijken elkaar aan, hun haren steken boven de tafelrand uit en liggen op tafel . . . zij zijn nogal zwaar behaard. Boven die honden worden afgebeeld twee eksters — de kleuren kloppen wel niet! — Om die eksters op de achtergrond te houden heeft de schilder ze rood gemaakt. Op de tafelrand, tussen de schouders van de honden, hangt een vlinder. De schilder heeft eerst de honden en daarna de andere dieren op het doek gebracht. Ongelukkigerwijs is de rode verf op de zwarte honden terecht gekomen. Daarna heeft hij de rode verf achter de zwarte willen krijgen, maar dit is hem niet helemaal gelukt.
- D(zw) F+ Td O+
- detaillering
- Dd F+ T
objectcritiek
- D F+ T V
ontstaanswijze
- kleurnoeming
- Die twee vogels hebben boven zich ook nog een rode vlek, maar die kan ik niet verklaren.

- c Dit is een opengeslagen boek, de kanten zijn er door de oorlog afgegaan, zodat de omtrekken zeer grillig zijn. Ook door de rug van het boek is een scherp gekomen, bijgevolg ook in het midden van het boek een gat.
Enkele rode illustraties zijn losgeraakt en steken tussen de pagina's uit. Het boek was dicht, toen het getroffen werd, zodat de overblijfselen symmetrisch zijn. Daarna heeft het in de regen gelegen en is de rode kleur van de illustraties door de doorweekte bladzijden heengegaan en zijn deze enigszins gekleurd.
Het boek is in zijn geheel verbogen, zodat er plooiën over de bladzijden lopen.
De platen zijn niet meer te herkennen. Ook de met slechte inkt gedrukte tekst is uitgevaagd en vervlakt.
- D(zw) F— Obj O—
opengeslagen
vernietiging
- D FbF Afb.
symmetrie
- D F(Fb) Plooi
- D HdF Tekst
- d Dat is een hele dikke, korte haas, oren zijn nogal erg kort. Hij staat op een spiegel van de lichtbak van een stroper en wij zien hem dus dubbel.
De spiegel is bevlekt door het bloed van ander wild. Ja... het is eigenlijk niet zo, want het spiegelbeeld moet anders zijn.
- D F+ T
objectcritiek
spiegelbeeld
- D FbF Bloed
ontkenning
objectcritiek
- III a 15" Twee Franse jonkers, die tegenover elkaar staan. De dienbladen houden zij omlaag. De achtergrond is een muur, versierd met een grote vlinder en twee eenhakige kapstokken (rood lateraal). Zij hebben een hele hoge boord aan. Bij die dienbladen houden zij ook een bouquetje bloemen vast. Achter de dienbladen ligt een tapijtje, waarvan het patroon in lichte tint achter de dienbladen te zien is. De andere hand, die het dienblad niet vasthoudt, houden zij voor hun borst. In die hand houden zij een servet, waarvan de twee hoekpuntjes ter hoogte van hun das juist te zien zijn.
Zij dragen hele vreemde schoenen. Hun benen staan vlak naast elkaar, zodat er maar één te zien is. Zij hebben de jas van hun jaquette niet aan en hun vesten zijn nogal kort. Het gevolg daarvan is, dat hun ondergoed te zien is, of tenminste hun hemd... overhemd.
- G(zw) B+ M V
versiering
- Hd-nuancering
- subjectcritiek
- c Je kijkt recht op het water, waarop een blad drijft. In het water zie je twee vissen, erg slank, maar zij zijn te klein om palingen te kunnen zijn. De staart is enigszins gebogen, omdat zij juist gekeerd zijn... de vinnetjes staan uit aan een kant... zij zwemmen op hun zijde.
- G(zw) FHd Lds O+
- impotence

- Tussen hen in het water liggen de overblijfselen van een bepaalde knotwilg . . . de boom was nog zeer jong en hij is bij het omhakken in het water terecht gekomen, het hart is vergaan, maar de bast is nog te zien. De bast is ook verbogen en verwrongen door het wisselend getij Twee insecten scheren over het water . . . maar het geheel is in één moment gezien, er zit geen beweging in
- d Dat is ook een spiegelbeeld. spiegelbeeld
- IV c 10" Dit is ook een woest blad, dat vergaan is en sterk gekarteld is. De nerf (middellijn) . het sterkste deel . . is het minst vergaan G Fhd— Plt O—
axiaal
- b Dat is een oude vrouw en achter haar een stoeltje. Haar jurk hangt er over heen. D B+ M O+
Dat zijn cactussen, die zij voor haar raam heeft staan . . . het zijn langwerpige en korte, steke-
lige cactussen. Daar ligt een stoof met een kleed er over heen. D F+ Plt O+
Aan haar voeten zit een andere vrouw op haar knieën met nogal opgewerkt haar, alleen haar hoofd is nog te zien. Dd F+ Md
- d De andere kant is precies hetzelfde
- V a 10" Dit is een vis, die open ligt en alleen maar de omtrekken zijn te zien. Hij is al enigszins schoongemaakt. Het vlees ligt hier en daar buiten het vissenvel. DG F— T O—
openliggen
ont-leding
Dit zijn twee graten, nogal dik, die er eerst uitgehaald zijn en toen toevallig in de breedte er over heen gelegd zijn. Er is een stuk afgetrokken en dat verklaart die uitsteeksels.
- c Dat is hetzelfde, maar van de andere kant gezien hè ?
- b Dat is een dier, dat staat op een aan de uiteinden gespleten tak (middellijn). Daar boven is een spriet bij de bek en een poot. Het hoofd gaat direct over in de romp en dat is een gewel of puist op zijn kop. Het beest staat in een onmogelijke houding, met opgetrokken knieën. D FB— T O—
axiaal
objectcritiek
humanisatie
- Ik vind het anders maar een saai werk ! uitroep (protestreactie)

16 35 uur
VI a 20"

Daar bovenop staat een vogel met de vleugels
wijd uitgespreid (mediale uitsteeksels) De kop
lijkt wat op een rupsenkop, en twee van die
draden als van een poes De vleugels zijn scherp
en de staart en de poten zijn niet te zien

Vogel staat op bergtop . . . bovenste kruin van
top en in het midden is de berg uitgehold door
het stromen van water . . . waar dat water
vandaan komt, kan geen man weten.

Het rotsblok is op een eigenaardige manier aan
de onderkant afgebroken . . . geweest. De vor-
ming van de randen is zeer grillig, ongewoon
grillig zelfs Waarschijnlijk is er ingekapt, ge-
zien de ver uitlopende punten aan beide zijden
De voorkant is glad en niet zo grillig als de
zijanten en het steen is naar binnen ingesleten,
wat door de stroom van het water is gebeurd
Het water, dat opborrelde, heeft de middelste
lijn van het gootje donkerder gekleurd, waar-
schijnlijk omdat het water een of andere chemi-
sche stof bevatte.

D F+ T
her-interpretatie

Gc F+ Lds
axiaal

vermeling

axiaal
Hd-nuancering

c Openliggend varken zonder kop De ribben zijn
er al uitgehaald, aan beide kanten steken nog
enkele poten uit.

Het geheel is door bloed bedekt met eenzelfde
kleur en is zo bebloed, dat de diepte weggegaan
is. De onderkant van het lijf is weggehaald, de
ruggegraat steekt nog een stuk naar buiten met
nog enkele stukken vlees De achterpoten zijn
er reeds geheel afgehaald

G F— Td O—
openliggen

ont-leding
axiaal

Uitgekeken !

uitroep

b Een fort op een uitlopend eiland. Er zit een
soldaat met een kanon . . . het fort staat er
eigenlijk niet op, maar wordt er bij gedacht.

Er staat een soldaat achter (nl. achter de sol-
daat met het kanon), die, een verrekijker voor
zijn ogen houdend, de lucht in kijkt. Het eiland
loopt in een hele spitse punt uit, waarop nog
een struik staat.

Achter de militair (nl. die met de verrekijker)
ligt zijn hond tegen een munitiekist aan, waar-
over een zeil ligt, dat ook de rug van de hond
bedekt.

D B+ M
completering
D F— M O—

D F+ Plt

Dd F— T

VII a 10" Twee gezichten, die elkaar aankijken. De lange
haarvlechten staan steil omhoog. Zij kijken
vriendelijk en hebben dikke, bolle wangen. Zij
staan, daar zij alleen maar uit een borst met

D F+ Md V
fabulatie
Gc F+ Lds O+

- hoofd bestaan . . . gevormd zijn, op de oevers van de rivierbedding, waar thans geen water meer doorloopt. Het water is verdwenen door een scheur in de rotsvormige bedding, die nu met licht zand is opgevuld. De twee gezichten zijn van twee vreemde, sprookjesachtige figuren.
- subjectcritek
axiaal
Hd-nuancering
her-interpretatie
- c Dit is de ingang van een grot. Op de twee zijvlakken is een grote steen gelegd, die achter tegen de rotswand leunt. Deze poort dankt zijn ontstaan aan een water-tje, dat uit de rots liep. Het gesteente bestond nog gedeeltelijk uit zand, waarop nog enkele resten op de deksteen zijn te bespeuren. Aan de zijkanen, wat hier op deze plaat wit is, staan planten.
(Patiënt legt plaat weg, maar zegt dan : „moet ik de zijkant ook nog duiden ?)
- G(zw) FHd Lds
axiaal
completering
- VIII a 15" Dit is een plaat uit een boek, dat handelt over natuurlijke historie. De schouders zijn lichtblauw groen gekleurd, de longen iets donkerder, de edele delen onder het middenrif rood en de ingewanden oranje (patiënt snuift en snuift!). De ruggegraat is lichtelijk bruin. Het hoofd ontbreekt, evenals de ledematen, alleen twee armspieren zonder armen zijn nog aangegeven. De ribben zijn weggenomen en ook het hart, om de andere delen beter te laten uitkomen. Maag, buik, lever en nieren zijn niet afzonderlijk aangegeven, ook de darmen zijn vormloos.
- G FbF Anat.
kleur-nuancering
manco
- c Dat is hetzelfde, maar van de andere kant bekeken, . . . idem.
- b Dit is een beer, springende op een boomstronk. De ene poot op de boomstronk, de andere poot staat op een tak. Een achterpoot staat nog op de rots, de andere hangt in de lucht. De beer kijkt voor zich uit in het water.
- D FB T V
- IX a 35" Dit is een papier, in het midden gevouwen, bedekt met plakaatverf, oranje, groen en rood. Door het dichtvouwen van het papier zijn de plekken uitgelopen. De verf was zeer dun.
- dichtvouwen
kleurnoeming
ontstaanswijze
kleurshock
- b 60" Dat is een kind, zit achter een groene beer, die staat tegen een pop. De pop heeft een piekmuts op. De teddybeer zit met zijn rug naar het kind
- D F+ M
D F+ T
D F+ (M)

	en met zijn poten tegen de pop De teddybeer lijkt wel op een aap (Patient kijkt op de achterzijde van de plaat en zegt „negen”).	her-interpretatie
X a 10"	Fraaie kleuren, mooie kleurcombinatie in de randen van het rood. De bedoeling van de schilder is niet een tekening te maken, slechts alleen een harmonieuze kleurencombinatie te geven.	kleurenvreugde ontstaanswijze kleurshock
c	Als de kaart omgedraaid is, zien wij natuurlijk het schilderstuk andersom.	
d 40"	Deze blauwe vlek stelt een voorwereldlijk ... pardon, stelt een diepzeemonster voor — „voorwereldlijk” doorstrepen a.u.b ... streept U maar door ... streept U dat door a.u.b.!! —. Dit is een slak, links bovenaan. Schuim daaronder een diepzeespin ... Een steenmassa van rode kleur ligt op de bodem Onder die steenmassa links groeien gele, exotische waterplanten. Groene, korte vissen zwemmen er tussen door Ter rechterzijde van het rif ligt nog een andere spin, iets donkerder van kleur, het onderlijf naar boven gericht glanst zilverachtig. Nog een klein bloemetje groeit voor het rif. Naast het bloemetje ligt een ander zeedier, met de kop naar ons toegericht. Geheel aan de rechterkant ligt onder de spin een boomstam. Onder de vis links ligt een tang Boven de eerst genoemde spin zweeft een blad in het water. Achter dat blad zweeft nog een kwast (patient bedoelt een kalkkwast of iets van dien aard), geel van kleur en afkomstig van een schip, dat in de oorlog is vergaan.	her-interpretatie D F+ T V aggressie tegen proefl D F+ T D F+ T D FbF N D FbF Plt D FFb T kleur-nuanciering D FHd T D F— Plt O— D F+ T D F+ Plt D F+ Obj D FFb Plt D FbF Obj O—
17 25 uur		

Affectieve waardering (Morgenthaler).

- Sympathiek 1) plaat X. Vanwege de aangename kleurenverhoudingen, niet te fel, niet te scherp, zacht in elkaar overlopend Mooie tint van kleurenmengsels (patient wijst rood aan).
- 2) plaat III Om de eenvoudigheid van compositie, suggestief, een groot verhaal meegevend
- Onsympathiek 1) plaat I Om de omlijning van de figuren en ook om hetgeen ik er in gezien heb.
- 2) plaat IV Vanwege de scherpe vorm en de harde tegenstellingen tussen licht en donker.

TABELLARISERING

Totaal aantal antwoorden 51 (23/28)

Totale reactietijd 133' (63'/50')

G	11	G%	21		Opvattingstype: G-D-Dd
G+	7	G+%	64		Belevingstype: B: Fb = 4:7
D	37	F%	57		VIII + IX + X = 0,35
Dd	3	F+%	79		N
		M%	20 (M > Md)		Totale kleurindex: 1,32
B	4	T%	37 (T > Td)		G: B = 11:4
FB	4	Plt%	14		(M + T) : (Md + Td) = 25:4
		Obj%	8		Successie: neiging tot geordend (bij
FFb	2	Anat%	2		VI en VII neiging tot omkering).
FbF	6	V%	10		Kleurshock: IX, X
		O%	27 ±		Donkershock: —
FHd	4	O+%	43		Primaire kinaesthesie-verdringing II
HdF	1	P%	2		Rood-uitstel: II, X
F(Fb)	1	Vi	94		Rood-attractie: IX
					Rood-opname: III+, VIII—
F+	23	Landschap	4		
F—	6	Natuur	1		
		Ornament	1		Gemiddelde latentietijd
		Afbeelding	1		1e antw. gekleurde platen: 30"
V	5	Bloed	1		ongekleurde platen: 11"
O+	6	Plooi	1		alle platen: 20"
O—	8	Tekst	1		

Uitwerking.

Het hoge aantal antwoorden duidt op een geïnteresseerd zijn in de test en de testprestatie, benevens op een zekere expansiviteit in de ziner quantiteitseerzucht. Gezien de lange reactietijd en de hoge duidingsproductie gaat patiënt met overleg en voorzichtigheid te werk. Hij wil blijkbaar een zo goed mogelijke prestatie leveren en neemt er zijn tijd voor.

De D-dominantie van het opvattingstype leert, dat patiënt overwegend een praktische intelligentie bezit, welke echter — op grond van de combinatorische G antwoorden en de G(zw) — bevrucht wordt door constructief-theoretische intelligentiefacetten. Zijn intelligentieniveau is derhalve als hoog te kwalificeren, hetwelk onder meer nog bevestigd wordt door de optimale verhouding van G en B antwoorden. Voegt men hieraan toe het gedilateerde belevingstype en de beide normale kleurindexen, dan komt men tot het inzicht, dat patiënt zowel in intellectief als affectief opzicht over goede potentialiteiten beschikt.

Het overwegend extratensieve belevingstype en de hiermee harmoniserende kleurindexen wijzen op een open staan voor invloeden van buiten af.

Een analyse van de kleurantwoorden brengt aan het licht, dat het kleurantwoordtype FbF verreweg domineert, een paar FFb voorhanden zijn en pure Fb antwoorden ontbreken. Dit betekent, dat er, ondanks een zekere drang tot affectieve aanpassing, sprake is van een egocentrische, labiel-impulsieve affectiviteit, die echter niet op volslagen ontremde wijze tot uitbarsting geraakt. Dit laatste is onder meer te danken aan de stabiliserende invloed, welke door de bewegingsantwoorden wordt uitgeoefend. De bewegingsantwoorden vormen immers o.a. een index voor de mate van uitstel, die geschoven kan worden tussen een impuls en haar ontlading. Toch heeft de B-tendentie niet haar volle ontplooiing bereikt, hetgeen blijkt uit de dierbewegingsantwoorden (FB), welke in even groot aantal als de mensbewegingsantwoorden (B) voorkomen. Tensamen met de voorkeur voor plant-, landschap- en natuurduidingen, benevens met het verminderde percentage der mensantwoorden, wijzen de FB op een onrijpheid van de persoonlijkheidsontwikkeling. Een rijpe communicatie op medemenselijk niveau is niet bereikt.

Dat de affectstabiliserende momenten niet toereikend zijn, komt allereerst naar voren in het verlaagde F%, hetgeen beduidt, dat de patiënt zich moeilijk op adaequate wijze aan de greep van het gevoels- en driftmatige onttrekken kan. In dit verband kan men ook het heftig reageren op de rode toevalsvormen als een verminderd weerstand-kunnen-bieden aan emotionerende stimuli interpreteren (rood-vermijding ontbreekt). Voorts is het van belang vast te stellen, dat enerzijds het aantal antwoorden op de kleurplaten groter is dan op de zwarte platen, maar anderzijds de gemiddelde latentietijd van het eerste antwoord op de kleurplaten bijna drie maal zo groot is als op de zwarte platen. Hierin openbaart zich een vermeerderde aanspreekbaarheid voor emotieverwekkende situaties,

evenals de noodzaak om zich tegenover deze situaties te vermennen, hetgeen tijd vergt en tot uitstel van reactie voert. Samen met de primaire kinaesthesie-verdringing op plaat II spreekt hieruit een onspontaneïteit van reageren, anders uitgedrukt, een voorzichtige stellingname tegenover spontaan-natuurlijke impulsen.

Ofschoon de ego-contrôle, tot uitdrukking komend in het F+%, op het eerste gezicht als intact imponeert, is toch de zeggingsmacht, die het Ik over zijn functies heeft, minder vast. Het hoge intelligentieniveau en de innerlijke rijkdom van de patiënt zouden namelijk een hoger F+% doen verwachten.

De ontoereikendheid van de affectstabiliserende momenten kondigt zich tenslotte nog aan in de kleurshocks, welke als tekenen van gevoelsverdringing, dus van een inadaequate affectverwerking fungeren. Dat deze kleurshocks pas op plaat IX en X optreden, wijst er op, dat de patiënt krachtens zijn innerlijke rijkdom tot sthenische compensaties in staat is en pas als deze niet meer baten, tot gevoelsverdringingen overgaat. Deze sthenische persoonlijkheidstrek toont zich onder meer ook in de bewustzijns-beheersing van dysphorische stemmingstoestanden, zoals blijkt uit het overwicht der FHD antwoorden en het ontbreken van donkershock.

Niet alleen het gevoelsleven, maar ook het denkleven kenmerkt zich door egocentrisme. Het V%, als maatstaf voor de collectieve aangepastheid van het denken, is verlaagd; verhoudingsgewijs is het O%, als graadmeter voor de vrijheid en unconventionaliteit van het denken, verhoogd, terwijl uit het lage O+% blijkt, dat het onconventionele denken in meerdere of mindere mate zijn afgestemdheid op de werkelijkheid kan verliezen.

Wat de kwalitatieve en inhoudelijke analyse betreft, bepalen wij ons tot het allervoornaamste.

De wijze van duiden kenmerkt zich door een uitgesproken elaboratie, precisie, causaliteitsbehoefte en justificatie, welke vooral zijn op te vatten als reactieformaties, die, in de gestalte van een streng formalisme, het antwoord zijn op doorlevingen van insufficiëntie en onzekerheid. Voor het bestaan van genoemde doorlevingen pleiten o.m. de bij herhaling optredende her-interpretaties, de uitingen van subject- en objectcritiek, het zoeken van houvast aan de aanschouwelijke organisatie der platen (symmetrie, openliggen, opengeslagen, dichtvouwen, spiegelbeeld) en de opvallende aandacht voor de ontstaanswijze van de platen, in welke laatste ook een zekere argwaan tot uitdrukking komt.

Vervolgens komt in het doorborduren op één bepaalde duidingsinhoud een ontwijkende houding aan de dag, welke ook nog blijkt uit de neiging om de symmetrische verdeling der inktvlekken als motief te benutten voor het inperken van de duidingsactiviteit: spiegelbeeld (I, II, III); de andere kant is precies hetzelfde (IV); dat is hetzelfde, maar van de andere kant gezien (V, VIII). Nog duidelijker is de ontwijking merkbaar op X, alwaar de patiënt — zijn kleurshock nog niet te boven gekomen — zegt: „Als de kaart omgedraaid is, zien wij natuurlijk het schilderstuk andersom”.

Tenslotte is opmerkelijk, dat op de ongekleurde platen I en VI kleuren gezien worden, hetgeen kan wijzen op een bijzondere onstuimigheid van het emotionele beleven. Het komt ons echter even, zo niet meer waarschijnlijk voor, dat men in dit verschijnsel een uiting van angstafweer heeft te zien: een „voorbijzien” van het dysphorisch aandoende, een „overdekking” van het donkere door het bontgekleurde.

Inhoudelijk gezien, treden thema's van vernieling en agressie op de voorgrond: de ruzie makende kabouters, een in de rug aanvallend beest, een door een granaatscherf geschonden boek, het stropersmotief en de met bloed bevlekte spiegel, een jonge omgehakte en in het water gevallen boom, de gedetailleerde ontleding van een vis en een varken, een afgebroken en ingekapt rotsblok, een fort met soldaten, kanon en munitiekist. In dit verband valt nog te noemen de aggressieve houding, die zich manifesteert in de uitroepen: „Ik vind het anders maar een saai werk” (V), „Uitgekeken” (VI); in het bij plaat X met stijgende nadruk gegeven bevel: „Doorstrepn a.u.b.” en de hierna in snel tempo volgende duidingsvloed, welke kennelijk tot doel had de proefleider tot volgzzaamheid te dwingen. Dat de aggressiviteit niet vrijelijk en onbewaakt tot expressie wordt gebracht, blijkt uit meerdere beveiligingsmaatregelen. De kabouters (I) hebben een lange jas aan en zetten *in* die jas hun voeten tegen de tafel; als zij dus b.v. zouden willen schoppen, dan worden zij gehinderd door hun jas, die zowel hun benen als hun voeten omhult. De munitiekist (VI) is door een er over liggend zeil aan het oog onttrokken, terwijl de soldaat met de verrekijker een wakend oog houdt op eventuele aanvallers.

Behalve het bestaan van aggressiezucht suggereren verscheidene duidingsinhouden een streven naar dominantie en erkenning: rivaliteitsmotief (kabouters); een kroon, die de nok of voorgevel van een huis versiert en die door twee figuren opgetild wordt; een sportbeker; een vogel, op een steiger staande; hondenkoppen, die boven een witte tafel uitsteken . . .

zij zijn nogal zwaar behaard ; een dier, op een tak staande ; een vogel met de vleugels wijd uitgespreid, staande op de bovenste kruin van een bergtop.

In nauwe samenhang met het voorgaande staat een zekere neiging tot achterdocht, welke is af te lezen uit de aandacht voor de ontstaanswijze en de achterzijde der platen, het verborgen gaan van het een achter het ander (de schilder heeft de rode verf achter de zwarte willen krijgen ; de jurk van een oude vrouw, die over een stoeltje heen hangt, dat achter haar staat ; een stoof met een kleed er over heen ; een munitiekist, waarover een zeil hangt, dat ook de rug van een hond bedekt), terwijl uit de duidingsinhoud : „Daarachter (achter de vogel) staat een ander beest, dat hem reeds bespringt op zijn rug”, een gevoel van in de rug bedreigd te worden spreekt. Hiervan te onderscheiden is de sterk geaccentueerde ruimtegeleding (achter, voor, boven, onder, links, rechts), welke wijst op een krachtige tendentie tot ordenen, systematiseren, verdelen en afstand nemen (vgl. Wartegg). De bijzondere voorkeur voor de axiale segmenten van plaat VI en VII en de daarop gegeven duidingen, de bij deze platen optredende successiestoring, benevens de met verlegenheidsuitingen gepaard gaande antwoorden, zoals : „Zij hebben de jas van hun jaquette niet aan en hun vesten zijn nogal kort. Het gevolg daarvan is, dat hun ondergoed te zien is, of tenminste hun hemd . . . overhemd” (III), „de edele delen onder het middenrif” (VIII) doen onrijpheden en aanpassingsmoeilijkheden vermoeden op sexueel gebied. Hiermede kan men in verband brengen de vele duidingen, waarin sprake is van vergaan, beschadigd, gerafeld, gekarteld, verwrongen, verbogen, omgehakt, afgebroken, uitgehold, ingesleten. Dergelijke defectduidingen wijzen op het bestaan van schuldgevoelens (autopunitieve tendenzen) en depressieve ontstemmingsneigingen.

* *
*

Concluderend heeft men hier te doen met een expansieve, voor de buitenwereld ontvankelijke, eerzuchtige jongeman, die op grond van neurotische verwringingen geen adaequaat gebruik kan maken van zijn goede potentialiteiten op intellectief en affectief gebied. Dwangmatige reactieformaties zoals perfectionisme, formalisme, neiging tot achterdocht, rationaliserings- en causaliteitsdrang fungeren als beveiligingen tegen innerlijke onzekerheid, alsmede tegen overmatige aanspreekbaarheid en impulsiviteit van gevoels- en driftleven.

Behalve met een krachtige, minder diep verdrongen agressiviteit, heeft hij te kampen met aanpassingsproblemen op sexueel gebied en in het tussenmenselijk contact.

Vergeleken bij de Rorschachuitkomsten van onze hypertensiegroep (zie Hoofdstuk VII) onderscheidt zich de onderhavige Rorschachprestatie door : verhoogde duidingsproductie, D-dominantie in het opvattingstype, dilatatie van het belevingstype, optimale verhouding tussen G en B, aanwezigheid van meerdere B en ontbreken van rood-vermijding. De vier laatste bevindingen vatten wij als prognostisch gunstige factoren op.

Daartegenover staan echter talrijke overeenkomsten : verlengde reactietijd, verlaagd O+%, kleurshock, ontoereikendheid van affectstabiliserende momenten, overwicht van FbF, extratensief belevingstype. Voorts : sterke elaboratie der antwoorden, objectcritiek, innerlijke onzekerheid (tot uitdrukking komend in subjectcritiek, ontkenning, her-interpretaties), waardebepalende uitroepen, occupatie met ontstaanswijze en rechts-links-verdeling der toevalsvormen, verbale agressie, gedetailleerde agressieve duidingsinhouden, waarvan sommige een ongedaanmaking van agressieve impulsen verraden (de lange jas van de kabouters, het zeil over de munitiekist) en tenslotte fabulatieve duidingen.

Deze vergelijking moge nogmaals de noodzaak aantonen van de verbalisatie-analyse en de analyse van de duidingsinhouden.

Van twee andere projectieve testmethoden, die wij in dit geval aanwendden, zullen wij in het kort nog enkele uitkomsten vermelden.

In de meeste verhalen van de Thematic Apperception Test treden twee motivaties het frequentst op de voorgrond, te weten : eerezuchtige tendenzen en behoefte aan steun, bemoediging, koestering en afhankelijkheid. Daarnaast komen verhalen voor, die wijzen op het bestaan van schuld- en eenzaamheidsgevoelens.

Hieronder laten wij drie verhalen volgen, die licht werpen op de relatie van onze patiënt tot zijn ouders.

Plaat 7 BM 25" De zoon werkt op het kantoor bij zijn vader en de benarde toestand van de fabriek grijpt hem bijzonder aan. Op een dag spreekt hij daarover met zijn vader, een rustige, bezadigde man, die de werkelijkheid goed onder ogen ziet en boven de sombere toestand van zijn zaak staat. De vader spreekt met zijn zoon en zegt, dat hij zijn beste krachten moet geven en dat, als hij dat gedaan heeft, hij zich niet al te zeer de slechte positie moet aantrekken, waarin de firma verkeert. De zoon heeft met aandacht geluisterd en neemt in het vervolg deze wijze raad ter harte.

Plaat 3 BM 60" Een jongen is opgewekt op school gekomen en daar zijn leraar hem wel wat al te opgewekt vindt, stuurt hij hem wegens luidruchtigheid het lokaal uit Buiten gekomen, denkt hij er aan, dat de hogergeplaatsten allemaal nors tegen hem zijn en herinnert zich zijn moeder, die zo goed voor hem was Als zijn verdriet wat bedaard is, gaat hij weg, het veld in

Plaat 18 BM 15" Een jonge man heeft zich met zijn vrienden op een avondje te goed gedaan aan het leven en thuis gekomen voelt hij zich onwel Daar valt hij neer in de armen van zijn moeder, die hem zijn jas uitdoet en hem neerlegt op de divan, terwijl zij blijft wachten, tot hij bijkomt . eenmaal bijgekomen, brengt zijn moeder hem naar bed, geeft hem een vermaning en de knaap belooft beterschap Hij slaapt in, zij slaapt in, diepe rust in huis.

Het eerste verhaal roept het beeld op van de ideale vaderfiguur, die met raad en daad zijn zoon bijstaat en tot identificatie uitlokt. Uit de anamnese blijkt, dat patient een dergelijke vaderfiguur juist niet gehad heeft. Het verhaal wijst dan ook op de behoefte aan een krachtige en bemoedigende vaderfiguur.

In het tweede verhaal komt het thema naar voren van eenzaamheid en het zich onrechtvaardig behandeld voelen door autoriteitsfiguren, met als compensatie de gedachte aan moederlijke bescherming en tederheid Het overslaan van de revolver, die op deze plaat staat afgebeeld (evenals het overslaan van het geweer op plaat 8 BM) wijst op een sterke agressiviteit, die niet tot openlijke expressie komt.

Het derde verhaal toont duidelijk, hoe zeer de patient hunkert naar een koesterende moederfiguur Men merke op, hoe de „jonge man” een infantilisering ondergaat, tot „knaap” wordt, die door zijn moeder naar bed wordt gebracht en die haar beterschap belooft.

Zijn angst en agressiviteit met betrekking tot zijn moeder komen in het verhaal bij plaat 15 tot uitdrukking een oudere man (vaderimago) bezoekt het graf van zijn gestorven vrouw (moederimago), maar vlucht weg uit vrees, dat de dood of de dode uit het graf te voorschijn zal komen. De ervaring leert nu, dat bij deze plaat de gestorvene vaak degene is, tegen wie de onderzochte in werkelijkheid zijn agressie richt.

Terwijl de verhalen van de Thematic Apperception Test vooral het conflict tussen zelfbepalings- en afhankelijkheidswensen laten zien, toont de patient in zijn protocol van Vetter's opvattingstest¹ nogmaals zijn „streberische” instelling, agressiviteit, emotionele aanspreekbaarheid, driftmatige bewogenheid en als tegenwicht zijn telkens doorbrekende pedan-

¹ Vetter, A Der „Auffassungstest”, Grenzgebiete der Medizin, 1e Jahrg, Heft 1, 1948

terie. Van de 6 platen, die genoemde test samenstellen, vermelden wij hieronder zijn antwoorden op de eerste 5 platen.

Plaat 1 15" Dit is een steiger. Het perspectief is niet goed.

Plaat 2 30" De gaatjes van de houtworm in een meubelstuk.

Plaat 3 50" Een dame staat met enkele grote boomtakken in haar handen te zwaaien aan het strand van de zee — dat laatste hoeft er niet bij —. Zij heeft de takken aangestoken en de vlammen waaien op en op de grond rond haar liggen de afgevalen bladeren na te gloeien.

Plaat 4 30" Op de bloeiende verre velden staat een regiment bruine troepen met de wapenen omhoog te wachten tot het sein voor de aanval wordt gegeven. In een gesloten rij komen er achter nieuwe krachten, die zich opstellen achter de rug der voorste strijders.

Plaat 5 40" Langs een bont gekleurde boom of gebergte heb ik het uitzicht over een droge, rood verschroeiende vlakte. Op de golving van het terrein staan troosteloos enkele woningen. — Verantwoord is het natuurlijk niet allemaal. Je moet maar phantaseren in een bepaalde richting. —

Samenvatting.

Patiënt vertoont een typische façadestructuur. Uiterlijk gedraagt hij zich stug, gesloten, autonoom; innerlijk is hij echter zelfonzeker en heeft hij een infantiele behoefte aan hartelijkheid en veilige bescherming (zie eerste jeugdherinnering en Thematic Apperception Test).

Voorts vertoont hij de kenmerken van het retentiekarakter: hij is vasthoudend, eigenzinnig, formalistisch, overbewust, onspontaan en perfectionistisch. Bovendien is hij eerzuchtig; hij streeft naar erkenning, dominantie, prestatie en macht (zie anamnese, Rorschach, Vetter), hetgeen een gespannen gerichtheid op de toekomst verraadt. Zijn sterke emotionele aanspreekbaarheid en driftmatige bewogenheid worden krampachtig en dwangmatig beteugeld door rationeel-volitieve krachtsinspanningen (zie Wartegg) en door onbewuste afweerdynamismen (verdringing); dit leidt tot bewust beleefde en onbewust doorleefde affect- en driftstuwingen, met andere woorden tot een chronische psychosomatische gespannenheid.

Zijn sexuele ontwikkeling is geremd, evenals zijn capaciteit tot socio-affectieve communicatie (zie anamnese, Rorschach).

Vanaf zijn prille jeugd ondervond hij een ernstig tekort aan ouderlijke liefde en steun; hij kreeg geen gelegenheid om zijn affecties van kinderlijke aanhankelijkheid over te dragen op daarvoor ontvankelijke ouderfiguren. Dit had enerzijds tot gevolg een chronisch onbevredigd tederheids- en geborgenheidsverlangen, anderzijds een stroefheid en terughou-

dendheid in het aanknopen en onderhouden van gevoelsbetrekkingen met bovengeschikten en leeftijdgenoten.

Aldus geraakte hij in een isolement en kreeg hij te kampen met eenzaamheids- en verworpenheidsgevoelens. Daarbij ervoer hij vroegtijdig de deprimerende werking van de financiële druk, die op het gezin rustte en waartegen de beide ouders niet opgewassen waren. Men kan hier derhalve spreken van een praemature kennismaking met levensernst.

In reactie op deze ontmoedigende ervaringen ontwikkelde zich een geforceerd streven naar meerwaardigheid, hetwelk o.a. in zijn ambitieus perfectionisme en zijn domineringsstendenz tot uitdrukking komt.

Het gemis aan ouderlijke liefde en bijstand, speciaal van de kant van zijn moeder (op wie hij juist aangewezen was, gezien de uithuisigheid van zijn toch al contactarme vader) verwekte in hem vroegtijdig een chronisch frustratiegevoelen. Gesteund door zijn sthenisch-sanguinisch, expansief temperament (zie Wartegg en Rorschach) antwoordde hij hierop met de ontwikkeling van een sterke agressiviteit, die zich in het bijzonder tegen zijn moeder richtte, maar die onder invloed van vrees voor haar machtspositie en haar represaille van *algehele* liefde-onttrekking meer en meer verdrongen raakte. Toen hij op 7-jarige leeftijd de protesthouding van zijn oudste zuster tegen zijn moeder bemerkte, werd hij zich gedeeltelijk van zijn aggressiezucht bewust. Een gedeelte van zijn aggressiezucht bleef nadien „bewusstseinsfähig” en in het bewustzijn aan censuur en rationalisering onderhevig (zie de uitlating van patiënt op p. 195). In nacht- en dagdromen vond een ontsnapping van agressieve impulsen plaats en aanvankelijk ook in affectieve uitbarstingen, die echter op den duur geheel verdwenen.

Uit deze ontwikkelingsgang resulteerde een ontevreden, onderworpen verzetstype, met sensitief-psychasthene trekken, met een gauw wekbare, maar even snel bewaakte agressiviteit, weinig gewaardeerd en verkeerd begrepen door zijn omgeving. De gespannen levensstijl van protestvolle onderschikking vormt zijn wijze van zelfhandhaving (zie de eerste duiding op plaat I van de Rorschachtest en het tweede TAT-verhaal).

Zijn gehele levenssituatie wordt door hem in psychotraumatische zin ervaren en wel als een chronische krenking van zijn eigenwaardebesef en als een frustrering van zijn expansieve tendenties (ideale Ik-functie). Deze levenssituatie fungeert als zijn actuele conflictsituatie.

Ondanks zijn goede potentialiteiten in intellectief en affectief opzicht, is zijn persoonlijkheidsontwikkeling geremd. De voornaamste factoren, die daartoe aanleiding gaven, werden in het bovenstaande beschreven.

Het totaal der gegevens in aanmerking nemende, komen wij tot de conclusie, dat de patiënt lijdende is aan een neurose, waarvan de wortels tot in de vroege kinderjaren reiken en waarvan het kernconflict gevormd wordt door een chronische blokkade zowel van tederheidsverlangens als in het bijzonder van de daardoor gewekte aggressieve neigingen. De deels verdrongen, deels „bewusstseinsfähige“ aggressiviteit speelt in de zijns-vorm van de patiënt de overheersende rol, hetgeen van belang is met het oog op de orgaankeuze.

HOOFDSTUK IX

SLOTBESCHOUWINGEN

In de voorgaande hoofdstukken hebben wij de lijder aan essentiële hypertensie leren kennen als een neurotisch-gespannen persoon. Met behulp van algemeen- en specieel-psychologische onderzoekingen zochten wij zijn chronische gespannenheid genetisch te verstaan. In dit verband bleken onder meer van belang: de incomplete, vroegtijdig ingezette verdringing van aggressieve emoties, de inchoatieve orgaanvoorkeur van deze excentrische emoties voor het gesloten en weinig spuiïng biedende circulatiesysteem, het vóórkomen van conformisme en grondigheid bij driftmatige bewogenheid en constitutioneel verankerde expansiviteit, het samentreffen van extratensie en egocentrisme, het geforceerde streven naar meerwaardigheid ten overstaan van zichzelf en anderen.

De krampachtige levenshouding van lijders aan essentiële hypertensie valt aan iedere onderzoeker steeds weer op. Haeberlin¹ spreekt van „spastische Lebenslauf”, Wittkower² van „verkrampter Haltung”, Schultz³ van „verkramptes Uebersichhinauswollen”, Boss⁴ van „existentielle Gesamtverengerung, Welterstarrung, die existentielle Bedeutungsrichtung des angespannten und krampfhaften sich-durchs-Leben-zwängen-Müssens”.

Indien men de essentiële hypertensie in directe betrokkenheid op de existentiemodus van haar drager beschouwt, dan komt men tot het inzicht, dat de spastisch vernauwde bloedvaten, de circulatorische drukverhoging en de hypertonische skeletmusculatuur de verlijfelijking zijn van diens gespannen en verengde levenshouding. Deze krampachtige wijze van in-de-wereld-staan konden wij nader bepalen met de conflictformule „protestvolle onderschikking”.

¹ Aerztliche Seelenkunde, Leipzig 1928, p. 145—146.

² Einfluss der Gemütsbewegungen auf den Körper, Wien-Leipzig 1937, 2e ed. p. 45.

³ Psychotherapeutisches zur Hypertoniefrage. Deutsch. Mediz. Wochenschr. 1929, p. 1542—1543.

⁴ Die Blutdruckkrankheiten als menschliches Problem, op. cit. p. 507.

Onder de beschreven voorwaarden is het met name deze gespannen houding van protestvolle onderschikking, welke zich lichamelijk present stelt in de drukverhoging binnen het versmalde, gesloten en spuiingsarme bloedvatenstelsel, welke laatste de met verhoogde excentrische kracht voortstuwende bloedstroom tot onderschikking dwingt. De genoemde levenshouding incarneert zich derhalve op een zodanige wijze, dat haar zin in de vegetatief-lichamelijke verandering transparant wordt. Zij verstoffelijkt zich overeenkomstig haar zin en volgens de mogelijkheden, die de corporele organisatie daartoe biedt.

Hieruit blijkt, hoe zeer de lichamelijkheid deelt in de zin van de existentiële situatie. Onze mundane existentie sluit steeds het lichaam als onvermijdelijkheid in. Ons in-de-wereld-zijn, ons in-situatie-zijn is een geïncorporeerd zijn. Het lichaam is geen accidens, maar structuur van mijn zijn. Slechts via mijn lichaam als contact-, activiteits-, expressie- en referentiecentrum richt ik mij op de wereld en legt zich deze wereld in hodologische ordening aan mij open. Als zodanig is het lichaam de mogelijkheidsvoorwaarde, de altijd aanwezige, medevormende factor van mijn existentie, zonder dat dit mij thematisch bewust is. Van het begin af aan zijn al mijn psychische functies gevat in het corporele als de hen medeconstituerende factor. Hoe ver zich deze functies in de loop van mijn ontwikkeling ook differentiëren, hoe zeer zij ook de indruk wekken het lichamelijke te depasseren, toch blijft in ieder van hen en op elk ogenblik het somatische als conditioneel moment actief aanwezig. Zo schuilt bij voorbeeld in iedere, *niet-daadwerkelijk* geuite agressie, — onverschillig of zij nu verbaal, imaginatief of gerationaliseerd tot uitdrukking komt, dan wel in verdrongen toestand verkeert — de originair *lichamelijke* agressie met haar eigen vegetatief-toniserend patroon. Iedere vorm van agressie, hoe abstract ook, blijft in wezen een op soorteigen wijze geïncorporeerde agressie. Aldus valt het te verstaan, dat onder bepaalde omstandigheden langdurige en vroegtijdig ingezette gevoelsverdringen tot tastbare veranderingen in de lichamelijkheid kunnen voeren, tot lichamelijke ziekten met een aantoonbaar pathologisch-anatomisch substraat.

Deze overwegingen maken de directe inwerkingsmogelijkheid van „het psychische” op „het lichamelijke” meer begrijpelijk. Tevens releveren zij de betekenis van het gestel, waarin ook de constitutie besloten is, als medeconditie van het psychische. Als ik mij natuurnoodzakelijk via mijn lichaam op de wereld richt, dan maakt het lichaam enerzijds de beweging mee van mijn bijzondere intentionaliteit, anderzijds oefent het tegelijkertijd een medevormende invloed uit op deze intentionaliteit.

In het licht van de bovenstaande beschouwingen verkrijgt de psychosomatische geneeskunde een diepere betekenis.

Zeker, zij wijdt zich aan het empirisch-systematische onderzoek naar de psychopathogenese van lichamelijke ziekten. Doch daarmee is haar betekenis niet uitgeput. Op hoger plan bezien, toont zij aan, hoe het menselijk lichaam een wezenlijke structuur uitmaakt van het menselijk zijn, hoe het participeert aan de zin van de existentiële situatie, hoe het deze zin aan zichzelf verwerkelijkt, gestalte geeft en transparant doet zijn. Dit wil niets anders zeggen, dan dat het menselijk lichaam een taal spreekt, welke een existentiële zin vertolkt. *In het menselijk zijn spreekt het lichaam mee.* Deze lichaams-taal, deze orgaantaal is niet gemakkelijk te verstaan. Zij is een dialect. Men maakt kans dit te verstaan, indien men een personalistische opvatting van het lichaam huldigt. Een tweede voorwaarde, die speciaal in het kader van de psychosomatische geneeskunde vervuld moet worden, is deze, dat men inzicht heeft in het vraagstuk van de orgaankeuze. Niet de inwerking van „het psychische” op „het somatische” als zodanig, maar het vraagstuk van de orgaankeuze vormt naar onze mening het hoofdprobleem van de psychosomatische geneeskunde.

Om dit vraagstuk tot oplossing te brengen is allereerst nodig een steeds nauwkeuriger formulering van het kernconflict in termen van dieptepsychologie en neuroseleer. Op de tweede plaats is een ruimere kennis vereist aangaande de psychofysiologie van bepaalde gevoelens en driften; in dit opzicht verschaffen niet alleen experiment, introspectie, observatie en klinische ervaring waardevolle gegevens, maar ook het taalpsychologisch en taalvergelijkend onderzoek. Op de derde plaats zijn de neurofysiologische verhoudingen van belang, in het bijzonder van het endocrien-vegetatieve stelsel en de daarvan uitgaande innervatorische en regulatorische invloeden op de lichaamsorganen. Op de vierde plaats is een dieper inzicht noodzakelijk in de rol van het gestel, het constitutioneel bepaalde temperament, de praedispositie tot bepaalde ziekten en de familiair gedetermineerde erfelijkheid.

De klinische psycholoog, die zich beweegt op het terrein van de psychosomatische geneeskunde, is derhalve aangewezen op samenwerking met vertegenwoordigers van andere wetenschappen. Binnen dit teamverband heeft hij enerzijds een researchtaak, anderzijds een praktische taak. Wat de research betreft, beschouwen wij als zijn voornaamste opgave de statische, dynamische en genetische analyse van het persoonlijkheidsgeheel met alle hem ten dienste staande middelen; voorts de bestudering van de psychologische valentie der lichaamsorganen en het psycholo-

gisch georiënteerde onderzoek van temperament, gevoelens en driften.

In praktisch opzicht zien wij zijn hoofdtaak gelegen in de *praeventie* van psychosomatische ziekten.

Met betrekking tot de essentiële hypertensie hebben wij de ervaring opgedaan, dat het mogelijk is om beginnende en meer gevorderde lijdens aan de bedoelde ziekte uitsluitend op grond van het klinisch-psychologisch onderzoek te herkennen. Gesteund door de resultaten van de onderhavige studie, laat deze ervaring de volgende conclusie toe. Vertoont iemand van jeugdige of middelbare leeftijd, die géén hypertensie heeft, op zijn minst de twee beschreven grondpijlers, te weten: het constitutioneel bepaalde, sthenisch-sanguinische, expansieve temperament en de neurotisch-gespannen levenshouding van protestvolle onderschikking, dan komt het ons gerechtvaardigd voor hem als een *candidaat* voor de essentiële hypertensie te beschouwen. Meestal zijn er buiten de twee grondpijlers nog enige van de factoren aanwezig, die in het voorafgaande bij onze patiënten beschreven werden, bij voorbeeld: praemature kennisgeving met levensernst, onvervulde beroeps- of toekomstwensen, vroegtijdige sterfte van ouders, het voorkomen van cardiovasculaire aandoeningen in naaste familie en omgeving, de aanwezigheid van een pycnische habitus, het feit van de jongste of de oudste te zijn, etc.

Op deze wijze levert de klinische psycholoog een eigen bijdrage zowel tot de psychosomatische als tot de praeventieve geneeskunde en in het algemeen tot de bevordering van het inzicht, dat de mens zich als persoon in zijn lichamelijke ziekte verwerkelijkt.

SAMENVATTING

In Hoofdstuk I worden beschouwingen van algemene aard ontwikkeld met betrekking tot de onderhavige studie. Er wordt op gewezen, dat de psychosomatische geneeskunde uitgaat van de totale mens, zoals hij concreet existeert en zoals men hem in levende lijve ontmoet. Dit onbevooroordeelde standpunt sluit een rehabilitatie van de lichamelijke in. De laatste vertegenwoordigt geen aparte sfeer, afgesplitst van het dynamische persoonlijkheidsgeheel, maar is de incarnatie van het geestelijk leven. Wil dan ook de psychosomatische geneeskunde uitstijgen boven de biologische sfeer van de psychofysische gebondenheid, dan is de vraag naar een spiritueel georiënteerd mensbeeld, anders gezegd: naar een christelijke anthropologie, onontkoombaar.

In verband met de kwestie, of en in hoeverre de psycholoog op het terrein van de psychomatische geneeskunde een functie te vervullen heeft, wordt in Hoofdstuk II het begrip „klinische psychologie” aan een nader onderzoek onderworpen.

Steunende op de etymologische betekenis en het medische karakter van het woord „klinisch”, benevens op de tendenzen, die zich zowel in als buiten ons land voordoen, beperken wij het arbeidsveld van de klinische psychologie tot de in zijn psychisch of meer in het bijzonder psychosomatisch evenwicht gestoorde mens, die, naast medisch onderzoek in de meest ruime zin des woords, tevens specieel-psychologische analyse behoeft.

Voorts zijn wij van mening, dat de klinische psychologie méér is dan alleen een methode. Zij representeert een specialistische vorm van praktische psychologie, die haar resultaten — uitsluitend op basis van teamwork met de medicus — in dienst stelt van de klinische geneeskunde, in het bijzonder de klinische psychiatrie en de klinische psychosomatiek.

In Hoofdstuk III zetten wij uiteen, dat men onder een psychosomatische ziekte in engere zin heeft te verstaan: een organisch-somatische ziekte (eventueel een psychisch-functionele, lichamelijke afwijking in het gebied van de vegetatieve lichamelijke) als gevolg van een lang bestaande neurose.

Voor het fundamentele probleem van de orgaankeuze zijn van betekenis de opvattingen van Adler (orgaanminderwaardigheid), Alexander (het specifiek emotioneel conflict), Saul (de tussenpositie van onaanvaardbare tendenties, nl. noch geuit, noch verdrongen), Prick (de omschreven, inchoatieve orgaanvoorkeur van een bepaald gevoelen of een bepaalde drift) en Groen (het praedisponerende karakter, de „stress”-

situatie, de verwerkingswijze van het psychotrauma). Gezien de uitkomsten van de constitutionele psychologie dient men in dit verband ook aan het temperament een zekere voorbeschikkende rol toe te kennen. Zowel onderzoeks- als behandelingsmethodiek van lijders aan psychosomatische ziekten hebben een eigen karakter, dat voortspuit uit de bijzondere existentiële wijze van deze patiënten.

Het type mens, dat men regelmatig aantreft onder lijders aan essentiële hypertensie, wordt — zoals in Hoofdstuk IV naar voren komt — descriptief gekenmerkt door: façadestructuur, drang tot perfectionisme, gespannen gerichtheid op de toekomst, dominerendstendenz, sterke doch in haar uitingen geremde emotionaliteit, egocentrisme en voortijdige geestelijke ouderdom. Psychodynamisch gezien bestaat volgens de huidige bevindingen het grondconflict in een blokkade zowel van tederheidsverlangens als van agressieve neigingen. Meerdere onderzoekers (Saul, Alexander, Dunbar) geven aan, dat de agressiviteit niet zeer diep verdrongen is.

De psychologische valentie van het circulatiesysteem is gelegen in de conditionering van gevoelens van vitale zekerheid. De eigengeaardheid van dit stelsel is drieërlei: geslotenheid, geringe spuiingsmogelijkheid en onvatbaarheid voor willekeurige beïnvloeding. Gezien deze drie eigenschappen kan men de opvatting huldigen, dat de chronische gespannenheid, welke kenmerkend is voor de lijder aan essentiële hypertensie, mede ondersteund en gefixeerd wordt door de eigengeaardheid van het cardiovasculaire systeem.

Aangezien de essentiële hypertensie intrinsiek verband blijkt te houden met het thema van de agressie, vindt in Hoofdstuk V een analyse plaats van de begrippen: frustratie en agressie. Onder „frustratie” verstaan wij de bewuste beleving van onvoldaan en gekwetst rechtsgevoel, in reactie op een weerstand, die als een ik-bedreiging, met name in de zin van liefde- en respectonthouding, beleefd wordt. Een der mogelijke gevolgen hiervan is „agressie”, welke als act van gewelddadige onderdrukking van andermans eigengeaardheid en eigenwerkzaamheid onderscheiden moet worden van „agressiviteit” als geneigdheid om met daden van agressie te reageren.

Na in Hoofdstuk VI de uitkomsten te hebben besproken van een aantal Rorschachonderzoekingen (Hackfield, Boss, Kemple, Booth), verricht bij patiënten met essentiële hypertensie, gaan wij in Hoofdstuk VII over tot de weergave van eigen bevindingen, op grond van een door ons ingesteld klinisch-psychologisch onderzoek bij 50 lijders aan primaire

bloeddrukverhoging. De resultaten, die wij verkregen met behulp van de ontwikkelingspsychologisch georiënteerde anamnese leiden tot het inzicht, dat „protestvolle onderschikking” de typische levensstijl van deze patiënten is en dat deze houding wortelt in een vroegtijdig ontstaan en nimmer opgelost conflict tussen sterke agressiviteit als protest- en teleurstellingsreactie op chronische liefde- en respectonthouding enerzijds, en tegelijkertijd aanwezige autoriteits- en ongeborgenheidsvrees anderzijds. Met betrekking tot het ontstaan van dit kernconflict schrijven wij onder meer een bijzondere, aetiologische betekenis toe aan het samentreffen van twee factoren. Ten eerste: diepgaande en chronische frustratiebelevingen in reactie op overstrengende ouderfiguren en voorbijstrevende rivalen. Ten tweede: het constitutioneel bepaalde, sthenisch-sanguinische of expansieve temperament. In dit laatste zien wij een der redenen, waarom de patiënten op frustraties bij voorkeur met agressie neigen te reageren en voorts, waarom de aggressiedrang niet zeer diep verdrongen is. Aan het uitbreken van de essentiële hypertensie gaat met grote waarschijnlijkheid een geruime tijd durende, actuele „stress”-situatie vooraf, welke een begrijpelijke relatie met het kernconflict vormt en welke nader te omschrijven is als een superego-conflictsituatie.

De Rorschachprestaties van de 50 patiënten, welke vergeleken werden met die van een even grote normale proefgroep, bevestigen het bestaan van sterke agressieve impulsen. Vervolgens wijzen zij op een onaanangepast, labiel en egocentrisch gevoelsleven, op een tekort aan affectstabiliserende momenten en op de aanwezigheid van ontwijkende voorzichtigheid en ambitieus perfectionisme, twee karakteristieke componenten van de levensstijl der patiënten. In vergelijking met de normale groep kenmerkt zich onze hypertensiegroep door: vermindering van duidingsproductie, verlenging van reactietijd, sterke overheersing van G over B antwoorden, daling van B en FFb antwoorden, overwicht van FbF en pure Fb antwoorden, bij voorkeur extratensief belevingstype zonder dilatatie, frequente en vaak gecombineerd voorkomende kleur- en donkershocks, het samengaan van roodvermijding en intensieve reactie op rood. Voorts door een sterke elaboratie der duidingen, antwoorden in vragende en ontkennende vorm, hulp inroepen van proefleider, objectcritiek, zelfexcuus, occupatie met ontstaanswijze en asymmetrie der platen, verbale agressie en waardebepalende uitroepen. Tenslotte door vele en vaak gedetailleerde agressieve duidingsinhouden, fabulatieve inhouden en duidingen, waarvan de inhouden wijzen op een ongedaan maken van agressieve impulsen.

Bij wijze van exemplarisch geval, behandelen wij in Hoofdstuk VIII de uitkomsten van een klinisch-psychologisch onderzoek, dat wij bij een 19-jarige lijdere aan essentiële hypertensie verrichtten.

In Hoofdstuk IX laten wij nog enkele afsluitende beschouwingen volgen over de lijdere aan essentiële hypertensie, het karakter van de psychosomatische geneeskunde en de rol van de psycholoog op haar terrein.

SUMMARY

In Chapter I observations of a general kind in connection with the present inquiry are set forth. It is pointed out that psychosomatic medicine starts from the individual in his totality, as he exists in the concrete and as one meets him in the flesh. This unbiassed viewpoint implies a rehabilitation of the corporeity. The corporeity does not represent a sphere apart, separated from the dynamic personality as a whole, but it is the incarnation of the spiritual life. If therefore psychosomatic medicine is to rise above the biological sphere of the psycho-physical unity, it cannot evade the problem of an image of man on spiritual lines, in other words of a Christian anthropology.

The notion "clinical psychology" is further examined in Chapter II in connection with the question if and up to what point the psychologist has a function to perform in the field of psychosomatic medicine. Taking into consideration the etymological sense and the medical character of the word „clinical" as well as the tendencies prevailing both in The Netherlands and abroad, the field of activity of clinical psychology is here limited to patients disturbed in their psychic or psychosomatic equilibrium, who besides a medical examination in the widest sense of the term are also in need of specific-psychological analysis.

In the author's opinion clinical psychology is more than a mere method. It represents a specialist form of practical psychology placing its results — obtained solely in teamwork with the physician — at the service of clinical medicine, in particular of clinical psychiatry and clinical psychosomatics.

What is to be understood by a psychosomatic illness in the more narrow sense is explained in Chapter III: it is an organic-somatic illness (or as the case may be a psycho-functional somatic disorder in the vegetative sphere of the body) due to a long existing neurosis.

Of great importance in the problem of the choice of organ are the views of Adler (organ inferiority), Alexander (the specific emotional conflict),

Saul (the midway position of unacceptable impulses between being expressed and being repressed), Prick (the specified inchoative preference for an organ of a particular emotion or a particular impulse), and Groen (the predisposing character, the stress-situation, the way in which the psychotrauma is dealt with). In view of the results obtained by constitutional psychology the temperament also must be credited with a certain predetermining role.

Methods of examining as well as methods of treatment for patients suffering from psychosomatic illnesses have a character of their own arising from the special mode of existence of these patients.

The type of person usually found among people suffering from essential hypertension can be descriptively characterized — as is shown in Chapter IV — by: surface-control, urge towards perfection, intentness directed upon the future, tendency to domineer, strong emotionality checked, however, in its utterances, egocentrism, and mental progeria. From the psychodynamic point of view the basic conflict, as far as present findings go, consists in a blocking both of longings for affection and of aggressive tendencies. Several investigators (Saul, Alexander, Dunbar) state that the aggressiveness is not very deeply repressed.

The psychological valency of the circulatory system lies in its conditioning feelings of security of life. The distinctive character of the system may be perceived in three aspects: closed in nature, little possibility of outlet, and immunity from volitional influence. In view of these three peculiarities one may hold the view that the chronic tenseness characteristic of a patient suffering from essential hypertension is also supported and fixed by the distinctive nature of the cardiovascular system.

As essential hypertension proves to be intrinsically connected with the aggression theme, there is an analysis in Chapter V of the notions of frustration and aggression. By frustration is meant the conscious experience of an unsatisfied and offended sense of justice in reaction to a resistance which is experienced as a menace to the ego, notably in the sense of a withholding of love and respect. One of the possible consequences of this is aggression, which, as an act of violent suppression of another person's characteristic nature and activities, should be distinguished from aggressiveness as a tendency to react by acts of aggression.

Having discussed in Chapter VI the results of a number of Rorschach investigations (Hackfield, Boss, Kemple, Booth) carried out with essential hypertension patients, the author gives in Chapter VII his own findings, which are derived from clinical-psychological examinations of 50

persons suffering from essential hypertension. The results obtained with the aid of an anamnesis along genetic-psychological lines led to the view that "submission under protest" is the typical mode of living of these patients and that this attitude is rooted in an early and still unsolved conflict between on the one hand strong aggressiveness as a reaction — expressing protest and disappointment — against chronic withholding of love and respect, and on the other hand simultaneous dread of authority and of insecurity.

With respect to the origin of this key conflict a special etiological significance is attributed among other things to the concurrence of two factors. First: deep and chronic experiencing of frustration in reaction to over-severe parents and more successful rivals. Secondly: the constitutionally determined sthenic-sanguine or expansive temperament. This temperament is considered to be one of the reasons why the patients tend to react to frustration rather by aggression than otherwise, and further why the urge towards aggression is not very deeply repressed. It is most likely that before the essential hypertension starts there is a long period during which an actual stress-situation exists which forms an understandable relation with the key conflict and may be specified as a superego-blocking situation. The Rorschach achievements of the 50 patients, which were compared with those of an equal group of normal test persons, affirm the existence of strong aggressive impulses. They also point to an unadjusted, labile and egocentric emotional life, to a deficiency of affect-stabilizing moments, and to the presence of evasive caution and ambitious perfectionism, two characteristic components of the patients' style of living. In comparison with the normal group the hypertension group is characterized by: decrease in the number of responses, lengthening of reaction-time, strong predominance of G over B answers, decline of B and FFb responses, preponderance of FbF and pure Fb answers, mostly extratensive type of experiencing without dilatation, frequent colour shocks and shading shocks often occurring together, the combination of avoidance of red and strong reaction to red. Further differences are: strong elaboration of the responses, question responses and negation responses, quest for reassurance from examiner, criticism of the object, selfexcusing, preoccupation with the origin and asymmetry of the ink-blot, verbal aggression, and appraising exclamations. Finally there are the following differences: many and often detailed aggressive responses, fabulative responses and responses the tenor of which indicates a cancelling of aggressive impulses.

In Chapter VIII there is, by way of example, a discussion of the results of a clinical psychological examination of a nineteen year old patient suffering from essential hypertension.

Chapter IX contains a number of concluding observations on essential hypertension sufferers, on the character of psychosomatic medicine and on the part to be played in this field by the psychologist

RÉSUMÉ

Dans le premier chapitre sont envisagées des idées générales relatives au sujet de cette étude. L'auteur y souligne que c'est de l'homme total que part la médecine psychosomatique, tel qu'il existe concrètement et qu'on le rencontre en chair et en os. Ce point de vue, dépourvu de tout préjugé, renferme une réhabilitation de la corporalité, mais celle-ci ne représente point une sphère à part qui fût divisée de l'entité dynamique que constitue la personnalité : elle est l'incarnation de la vie spirituelle. Aussi, si la médecine psychosomatique veut s'élever au-dessus de la sphère biologique de l'unité psycho-physique, il est inévitable de postuler une image humaine à orientation spirituelle ou, autrement dit, une anthropologie chrétienne.

Par rapport à la question si, et en quelle mesure, le psychologue a une fonction à remplir dans le domaine psychosomatique, le chapitre II examine de près la notion de „psychologie clinique”. En se basant sur le sens étymologique et le caractère médical du mot „clinique” et aussi sur les tendances qu'on rencontre tant en notre pays qu'au delà des frontières, l'auteur restreint le champ d'activité de la psychologie clinique à l'homme qui est troublé dans son équilibre psychique ou plus spécialement psychosomatique et qui demande, outre un examen médical au sens le plus large du mot, une analyse psychologique spécialisée.

Puis l'auteur est d'avis que la psychologie clinique est davantage qu'une méthode seulement. Elle représente une branche spécialisée de psychologie pratique qui — uniquement à base de collaboration avec le médecin — met ses résultats à la disposition de la médecine clinique, plus spécialement de la psychiatrie et de la psychosomatique cliniques.

Dans le chapitre III l'auteur expose qu'il faut comprendre par une maladie psychosomatique au sens strict : une maladie organo-somatique (éventuellement un trouble corporel de fonction psychique dans le domaine de la corporalité végétative) en conséquence d'une névrose de date antérieure.

Les idées possédant une signification pour le problème fondamental du choix organique sont celles d'Adler (infériorité organique), d'Alexander (le conflit émotionnel spécifique), de Saul (la condition intermédiaire de tendances inacceptables, c'est à dire ni énoncées, ni refoulées), de Prick (la préférence organique inchoative, nettement circonscrite, d'un certain sentiment ou d'une certaine pulsion) et de Groen (le caractère prédisposant, la situation-„stress", la façon d'assimilation du psychotraumatisme). Vu les résultats de la psychologie constitutionnelle il convient d'attribuer dans cette suite d'idées un certain rôle prédestinant au tempérament aussi.

La méthodique d'examiner les patients souffrant de maladies psychosomatiques, tout aussi bien que celle de leur traitement, revête un caractère propre, provenant du mode spécial d'existence de ces malades.

Le type d'homme qu'on rencontre régulièrement parmi les patients d'hypertension essentielle se caractérise — ainsi l'expose le chapitre IV — du point de vue descriptif par une structure de façade, tendance au perfectionnisme, orientation intense vers l'avenir, tendance à la domination, émotivité renforcée mais inhibée dans ses expressions, égocentricité et progéria mentale. Selon les expériences actuelles au point de vue psychodynamique le conflit fondamental se compose d'un blocage tant des désirs de tendresse que des tendances agressives. Plusieurs expérimentateurs indiquent que l'agressivité n'est pas très profondément refoulée (Saul, Alexander, Dumbar).

La valeur psychologique du système de circulation réside en le conditionnement des sentiments de sûreté vitale. Le caractère propre de ce système se traduit de trois façons : il est serré, possède peu de possibilités d'échappement et est insensible aux influences arbitraires. Vu ces trois propriétés on peut adhérer à l'opinion que l'état chronique de tension, caractéristique pour les patients d'hypertension essentielle, est soutenu et fixé par le caractère propre du système cardio-vasculaire.

Comme l'hypertension essentielle se trouve avoir un rapport intrinsèque avec le thème de l'agression, le chapitre V donne une analyse des notions „frustration" et „agression". Par frustration l'auteur entend la prise de conscience d'insatisfaction et de blessure du sentiment d'équité en réaction à une résistance éprouvée comme une menace du moi, notamment au sens de privation d'amour et de respect. Une des conséquences possibles de la frustration est l'agression qui, en acte d'oppression violente de l'individualité et de la propre activité d'autrui, se distingue nettement de „l'agressivité" en tant que tendance à réagir par des actes d'agression.

Après avoir consacré le chapitre VI à la discussion des résultats d'un nombre d'expériences rorschachiennes (Hackfield, Boss, Kemple, Booth) appliquées à des patients d'hypertension essentielle, l'auteur procède dans le chapitre VII à la reproduction de ses propres expériences, se fondant sur un examen clino-psychologique auquel il avait soumis 50 malades souffrant d'hypertension essentielle. Les résultats, obtenus à l'aide d'une anamnèse d'orientation psychologique génétique, suggéraient la notion que le style de vivre typique pour ces malades est la „subordination pleine de protestations” et puis que cette conduite a pris sa racine dans un conflit de date précoce et jamais résolu entre une forte agressivité en tant que réaction de protestation et de déception contre la privation chronique d'amour et de respect d'une part, et de l'autre une crainte d'autorité et de manque de protection, coexistante avec l'agressivité. Pour ce qui est de la naissance de ce conflit nucléaire, nous attribuons une signification étiologique particulière entre autres à la rencontre de deux facteurs. En premier lieu : des sentiments de frustration bien profonds et chroniques en réaction à des parents exagérément sévères et à des rivaux qui ont laissée derrière eux le malade. En second lieu: le tempérament stheno-sanguin ou expansif à détermination constitutionnelle. C'est en ce dernier facteur que l'auteur voit une des raisons de la tendance de ces malades à réagir de préférence à des frustrations par une agressivité et aussi du refoulement pas très profond de la tendance à l'agressivité. Il est extrêmement probable que la déclaration de l'hypertension essentielle a été précédée pendant bien du temps d'une situation-„stress” actuelle qui constitue une relation facilement concevable avec le conflit nucléaire et qu'on peut circonscrire comme une situation de conflit du surmoi.

Les rendements rorschachiens des 50 malades, qui furent comparés à un groupe égal de sujets normaux, affirment l'existence d'impulsions fortement agressives. Puis ils indiquent une vie affective mal adaptée, labile et égocentrique, un défaut de moments susceptibles de stabiliser les affects et la présence d'une prudence évasive et d'un perfectionnisme ambitieux, deux composantes caractéristiques du style de vie de ces malades. Comparé au groupe normal, notre groupe d'hypertension essentielle se caractérise par : diminution de la productivité d'interprétation, temps de réaction prolongé, domination nette des réponses G sur les B, baisse des réponses B et FFb, domination des réponses FbF et des Fb pures, type de résonance intime de préférence extratensive sans dilatation, chocs-couleur et chocs-clob fréquents et se présentant souvent ensemble, coexistence d'évasion du rouge et de réaction intensive au rouge. Puis par une

élaboration prononcée des interprétations, réponses interrogatives et négatives, invocations de l'assistance du dirigeant des épreuves, critique objective, excuses de soi-même, occupation de l'origine et de l'asymétrie des planches, agression verbale et exclamations appréciatives. Enfin par des contenus d'interprétation agressives fréquentes et souvent détaillées, contenus fabulatoires et interprétations dont les contenus font preuve d'une annulation d'impulsions agressives.

En guise d'exemple l'auteur traite dans le chapitre VIII les résultats d'un examen clino-psychologique, qu'il a appliqué à un jeune homme de 19 ans souffrant d'hypertension essentielle.

Dans le chapitre IX il fait suivre encore quelques considérations finales sur le patient d'hypertension essentielle, sur le caractère de la médecine psychosomatique et sur le rôle à jouer par le psychologue dans ce domaine.

ZUSAMMENFASSUNG

Im Kapitel I werden Betrachtungen allgemeiner Art in Bezug auf das vorliegende Thema angestellt. Es wird daraufhingewiesen, dass die psychosomatische Medizin vom totalen Menschen, wie er in Wirklichkeit existiert und wie man ihm leibhaftig begegnet, ausgeht. Dieser vorurteilsfreie Standpunkt schliesst eine Rehabilitierung der Leiblichkeit ein. Letztere vertritt keine eigene, von der dynamischen Gesamtpersönlichkeit getrennte Sphäre, sondern ist die Inkarnation des geistlichen Lebens. Wenn die psychosomatische Medizin denn auch über die biologische Sphäre der psychophysischen Gebundenheit hinaussteigen will, so ist die Frage nach einem geistlich orientierten Menschenbild d.h. nach einer christlichen Anthropologie unvermeidlich.

In Bezug auf die Frage, ob und in wie weit der Psychologe auf dem Gebiet der psychosomatischen Medizin eine Funktion zu erfüllen hat, wird im Kapitel II der Begriff „klinische Psychologie“ einer näheren Prüfung unterzogen.

Anlehnend an die etymologische Bedeutung und den medizinischen Charakter des Wortes „klinisch“ und an die im In- und Ausland sich bemerkbar machenden Tendenzen beschränken wir das Arbeitsfeld der klinischen Psychologie auf den in seinem psychischen oder mehr besonders psychosomatischen Gleichgewicht gestörten Menschen, der neben ärztlicher Untersuchung im weitesten Sinne des Wortes zugleich einer speziell-psychologischen Analyse bedarf.

Weiter sind wir der Meinung, dass die klinische Psychologie mehr als eine blosser Methode bedeutet. Sie vertritt eine spezialistische Form der praktischen Psychologie, die ihre Ergebnisse — ausschliesslich auf Basis des Teamworks mit dem Arzt — der klinischen Medizin, insbesondere der klinischen Psychiatrie und der klinischen Psychosomatik dienstbar macht.

Im Kapitel III setzten wir auseinander, dass man unter einer psychosomatischen Krankheit im engeren Sinn zu verstehen hat: eine organisch-somatische Krankheit (etwa eine psychisch-funktionelle körperliche Abweichung in der vegetativen Körpersphäre) als Folge einer längere Zeit vorliegenden Neurose.

Für das grundlegende Problem der Organwahl sind von Bedeutung die Auffassungen von Adler (Organminderwertigkeit), Alexander (der spezifisch emotionelle Konflikt), Saul (die Zwischenposition nicht zunehmender, nämlich weder geäusserter noch verdrängter Tendenzen), Prick (der umschriebene, inchoative Organvorzug eines bestimmten Affekts oder eines bestimmten Triebes) und Groen (der praedisponierende Charakter, die „stress“-Lage, die Verarbeitungsart des Psychotraumas). In Hinsicht auf die Ergebnisse der Konstitutionellen Psychologie soll man in diesem Zusammenhang auch dem Temperament eine gewisse, vorherbestimmende Rolle zuerkennen.

Sowohl Untersuchungs- wie Behandlungsmethodik psychosomatischer Kranken haben einen eigenen, aus der besonderen Existenzart dieser Kranken hervorgehenden Charakter.

Der Menschtypus, den man regelmässig unter Leidenden an essentieller Blutdruckerhöhung antrifft, wird — wie im Kapitel IV gezeigt wird — deskriptiv gekennzeichnet durch: Fassadestruktur, Hang zum Perfektionismus, gespannte Hinwendung auf die Zukunft, Dominierungstendenz, starke, aber in ihren Äusserungen gehemmte Gefühlsmässigkeit, Egozentrismus und Geistesprogeria.

Psychodynamisch betrachtet besteht nach den heutigen Erfahrungen der Grundkonflikt in einer Blockade sowohl des Zärtlichkeitsverlangens wie der aggressiven Neigungen. Mehrere Forscher (Saul, Alexander, Dunbar) erwähnen, dass die Aggressivität weniger tief verdrängt ist.

Das Kreislaufsystem bedingt Gefühle vitaler Sicherheit und diese Tatsache ist die psychologische Wertigkeit dieses Systems. Die Eigenart dieses Systems ist dreifach: Geschlossenheit, geringe Auslassungsmöglichkeit und Unempfänglichkeit willkürlicher Beeinflussung gegenüber. Im Hinblick auf diese drei Eigenschaften kann man die Auffassung ver-

treten, dass die chronische, für den Leidenden an essentieller Blutdruckerhöhung kennzeichnende Gespanntheit mit unterstützt und fixiert wird durch die Eigenart des kardiovaskulären Systems.

Weil die essentielle Blutdruckerhöhung offenbar im innerlichen Zusammenhang steht mit dem Thema der Aggression, findet im Kapitel V eine Analyse der Begriffe: Frustration und Aggression statt. Unter Frustration" verstehen wir das bewusste Erleben unbefriedigten und verletzten Rechtsgefühls, in Reaktion auf einen Widerstand, der als eine Ich-Bedrohung, namentlich im Sinne einer Liebes- und Ehrfurchtsenthaltung, erlebt wird. Eine der möglichen Folgen davon ist „Aggression“, welche als Akt gewalttätiger Unterdrückung fremder Eigenart und Eigentätigkeit von der „Aggressivität“ als Hang, tötlich aggressiv zu reagieren, unterschieden werden soll.

Nachdem wir im Kapitel VI die Ergebnisse einer Anzahl von Rorschachuntersuchungen (Hackfield, Boss, Kemple, Booth), welche bei Leidenden an essentieller Blutdruckerhöhung angestellt wurden, besprochen haben, gehen wir im Kapitel VII zu der Wiedergabe eigener, auf Grund einer von uns bei 50 an primärer Blutdruckerhöhung Leidenden angestellten Untersuchung erhaltener Erfahrungen über. Die mit Hilfe der entwicklungspsychologisch orientierten Anamnese erhaltenen Ergebnisse führen zu der Einsicht, dass „protestvolle Unterordnung“ der typische Lebensstil dieser Patienten ist und dass diese Haltung wurzelt in einem früh entstandenen und nie gelösten Konflikt zwischen starker Aggressivität als Protest- und Enttäuschungsreaktion auf chronische Liebes- und Ehrfurchtsenthaltung einerseits, und zugleichzeitig anwesender Autoritäts- und Ungeborgenheitsfurcht andererseits. In Bezug auf des Entstehen dieses Kernkonfliktes schreiben wir u.a. dem Zusammentreffen zweier Faktoren eine besondere aetiologische Bedeutung zu. Erstens: tiefgehende und chronische Frustrationserlebnisse in Reaktion auf all zu strenge Elternfiguren und überflügelnde Nebenbuhler. Zweitens: das konstitutionell bestimmte, sthenisch-sanguinische oder expansive Temperament. In letzterem sehen wir einen der Gründe, weshalb die Patienten auf Frustrationen vorzugsweise mit Aggressionsneigungen reagieren und weiter, warum der Aggressionsdrang weniger tief verdrängt ist. Dem Ausbruch der essentiellen Blutdruckerhöhung geht mit grosser Wahrscheinlichkeit eine längere Zeit währende, aktuelle „stress“-Situation voraus, welche eine begreifliche Beziehung zu dem Kernkonflikt bildet und welche näher zu umschreiben ist als eine Superego-Konfliktsituation. Die Rorschachleistungen der 50 Patienten, welche mit denen einer gleichgrossen normalen

Untersuchungsgruppe verglichen werden, bestätigen das Vorhandensein starker, aggressiver Impulse. Weiter deuten sie hin auf ein unangepasstes, unbeständiges und egozentrisches Gefühlsleben, auf ein Manko an Affektstabilisierenden Momenten und auf die Anwesenheit entweichender Vorsicht und ehrgeizigen Perfektionismus, zwei charakteristischer Komponenten des Lebensstiles dieser Patienten. Im Vergleich zu der normalen Gruppe kennzeichnet sich unsere Blutdruckerhöhungsgruppe durch: Nachlassen der Deutungsproduktion, Verlängerung der Reaktionszeit, starkes Vorherrschen der G über B Antworten, Rückgang von B und FFb Antworten, Übergewicht von FbF und reine Fb Antworten, vorzugsweise extratensiven Erlebnistypus ohne Dilatation, häufige und oft kombiniert vorkommende Farben- und Dunkelshocks, das Zusammengehen der Rotscheu und der intensiven Reaktion auf Rot. Weiter durch eine starke Ausarbeitung der Deutungen, Antworten in Frageform und Verneinungen, Anrufen der Hilfe des Untersuchers, Objektkritik, Selbstentschuldigung, Beschäftigung mit Entstehungsweise und Ungleichmässigkeit der Bilder, verbale Aggression und Bewertungen. Schliesslich durch viele und oft detaillierte aggressive Deutungsinhalte, fabulative Inhalte und Deutungen, deren Inhalte auf ein Ungeschehenmachen aggressiver Impulse hinweisen.

Als typisches Beispiel behandeln wir im Kapitel VIII die Ergebnisse einer klinisch-psychologischen Untersuchung, die wir bei einem 19-jährigen an essentieller Blutdruckerhöhung Leidenden vorgenommen haben.

Im Kapitel IX lassen wir noch einige abschliessende Betrachtungen über den an essentieller Blutdruckerhöhung Leidenden, den Charakter der psychosomatischen Medizin und die Rolle des Psychologen auf diesem Gebiet folgen.

LIJST VAN GERAADPLEEGDE LITTERATUUR

- Adler, A.** : Der Agressionstrieb im Leben und in der Neurose, in Heilen und Bilden, Munchen 1922, p. 18 e v. (2e ed.).
- Alexander, F.** : Psychologic factors in gastrointestinal disturbances *Psychoanal. Quart.* 3, 1934, 501 e.v
- Psychoanalytic study of a case of essential hypertension. *Psychosom Med.* 1, 1939, 139—152
- Emotional factors in essential hypertension. *Psychosom. Med.* 1, 1939, 173—179.
- Flanders Dunbar *Psychosomatic Diagnosis*. New York 1943. Book review. *Psychosom Med* 7, 1945, 60—64.
- Alexander, F.** ; **French, T.** *Psychoanalytic therapy*. New York 1946.
- *Studies in psychosomatic medicine* New York 1948
- Alkan, L.** : Anatomische Organkrankheiten aus seelischer Ursache Stuttgart-Leipzig. 1930.
- Allen, F.** : Aggression in relation to emotional development, normal and pathological. *Mental Hygiene* 34, 1950, 353—363
- Allison, D.** ; **Gordon, R.** : *Psychotherapy its uses and limitations*. London-New York-Toronto 1948
- Anders, D.** : Blutuntersuchungen und Kreislauffunktionsprüfungen an gesunden Konstitutionstypen, in Ein Querschnitt durch die Arbeit der Tübinger Nervenklunik, Ernst Kretschmer zum sechzigsten Geburtstag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1949, p 148—164.
- Ayman, D.** : An evaluation of therapeutic results in essential hypertension *Journ. Am. Med Ass* 95, 1930, 245—249
- Ayman, D.** ; **Pratt, J.** : Nature of the symptoms associated with essential hypertension. *Arch of Intern Med* 47, 1931, 675—678
- Ayman, D.** : The personality type of patients with arteriolar essential hypertension. *Am. Journ of the Med Sci* 186, 1933, 213—223.
- Balen, G. v.** : De psychosomatische richting in de geneeskunde en de organisatie der geneeskundige zorg R K Artsenblad Mei 1948, 81—92
- Functionele ziekten en hun individuele diagnose R K. Artsenblad, Dec. 1949, 216—221.
- Bartels, H.** : De menselijke persoonlijkheid en de geneeskunde. Theologische beschouwing. R K Artsenblad, October 1949, 166—171.
- Barton Hall, St.** : The blood pressure in psychoneuroses *The Lancet*, Sept. 1927, 540—543
- *Psychological aspects of clinical medicine*, London 1949.
- Baumgarten-Tramer, Fr.** : Psychologie van de agressie. *Ned Tijds v. Psychol.* 2, 1947, 273—281
- Bergmann, G. v.** : Die Blutdruckkrankheit als Problem Jahreskurse für arztl Fortbildung 15, 1924, 22—33.
- Binger, C. e.a.** : Personality in arterial hypertension *Psychosom. Med Monogr.* 8, 1945.
- On so-called psychogenic influences in essential hypertension. *Psychosom Med.* 13, 1951, 273—276
- Bingham, W.** ; **Moore, B.** : *How to interview*. New York-London 1941 (3e ed.).
- Blondel, Ch.** : *La personnalité*. Nouveau Traite de Psychologie, tome 7, Paris 1948.

- Bohm, E.** : Lehrbuch der Rorschachpsychodiagnostik, Bern 1951
- Booth, G.** : Organ function and form perception. Use of the Rorschach method with cases of chronic arthritis, Parkinsonism and arterial hypertension. *Psychosom. Med.* 8, 1946, 367—385. [1940.]
- Boss, M.** : Körperliche Kranksein als Folge seelischer Gleichgewichtsstörungen. Bern —. Die Blutdruckkrankheiten als menschliches Problem. *Psyche* (Heidelberg) 2, 1948/49, 499—517.
- Braun, L.** : Psychogene Störungen der Herztaetigkeit, in : Schwarz, O. Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome, Wien 1925, p. 178—216.
- Brennan, R.** : Thomistic Psychology. A philosophic analysis of the nature of man. New York 1941.
- Bronkhorst, W.** : Het psychische moment bij de behandeling van de longtuberculose Oratie, Utrecht-Nijmegen 1948.
- Brotmarkle, R.** : Clinical psychology. Studies in honor of Lightner Witmer. Philadelphia 1931.
- Brown, A.** : Methods and techniques in clinical psychology, in Andrews, T. Methods of psychology. New York-London 1948, p. 569—594.
- Bruch, H.** : Psychosomatic approach to childhood disorders, in Lewis, N.; Pacella, B. Modern trends in child psychiatry. New York 1945.
- Brugsch, Th.** : Der personalistische Standpunkt in der medizinischen Wissenschaft und Praxis. *Jahrbuch der Charakterologie*, 5, 1928, 61—81.
- Buytendijk, F.** : Algemene theorie der menselijke houding en beweging. Utrecht-Antwerpen 1948.
- Das eigene Herz. *Cardiologia Basle* 16, 1950, 263—268.
- Calon, P.** : De samenwerking van psycholoog en psychiater. *Ann. Thijmgenootschap* 1, 1949, 46—63.
- Over de persoonlijkheidsontwikkeling bij kinderen met aangeboren of vroeg verworven doofheid. Diss. Nijmegen 1950.
- . Zie Prick, J.
- Catsch, A.** : Korrelationspathologische Untersuchungen. 4. Habitus und Krankheitsdisposition. *Z. menschl. Vererb. — u. Konstit. forschg.* 25, 1941.
- Cobb, St.** : Technic of interviewing a patient with a psychosomatic disorder. The medical clinics of North America. 1944, Boston Number, p. 1210—1216.
- . Borderlands of psychiatry. Cambridge 1946.
- Couturier, W.** : Het menselijk lichaam in het Thomistisch denken. *Bijdragen Nederl. Jezuiten* 11, 1950, 101—109.
- Descuret, J.** : La médecine des passions. Liege 1844 (5e ed.).
- Deutsch, F.** : Der gesunde und der kranke Körper in psychoanalytischer Betrachtung. *Internat. Ztschr. f. Psychoanal.* 12, 1926, 493—503.
- Psychoanalyse und innere Medizin Bericht über den 2en allgem. arztl. Kongr. f. Psychotherapie. Leipzig 1927, p. 53—59.
- . Biologie und Psychologie der Krankheitsgenese. *Internat. Ztschr. f. Psychoanal.* 19, 1933, 130—146. [1940.]
- The choice of organ in organ neuroses. *Internat. Journ. of Psychoanal.* 20, 3/4,
- Dunbar, Fl.** : Psychosomatic Diagnosis. New York-London 1945 (1e ed. 1943).
- . Emotions and bodily changes. New York 1947 (3e ed.).
- Synopsis of psychosomatic diagnosis and treatment. London 1949.
- Ehrström, R.** : Zur Frage von der Psyche und den Kreislaufstörungen. *Acta Medica Scandinavica* 74, 1931, 370—377.
- Ellenberger, H.** : Ueber den Begriff der Frustration und ihre Bedeutung für die Psychohygiene, in Federn, P., Meng, H. Die Psychohygiene, Bern 1949, p. 33—42.

- Ellerbeck, P.** : Geneeskunde en zielzorg RK Artsenblad Juli 1948.
- Ellerbeck, P.** ; **Peters, J.** ; **Petter, D. de** : De persoon. Verslag van de 13e algemene vergadering der Vereniging voor Thomistische Wijsbegeerte Nijmegen 1948
- English, O.** : Psychosomatic Medicine clinical and research implications. *Mental Hygiene*, 32, 1948, 560—567.
- Fahrenkamp, K.** : Die psycho-physischen Wechselwirkungen bei den Hypertoneerkrankungen. Stuttgart-Berlin 1926.
- Fenichel, O.** : Nature and classification of so-called psychosomatic phenomena. *Yearb. of Psychoanal.* 2, 1946, 23—47.
- Frank, L.** : Projective methods for the study of personality *Journ. of Psychol.* 8, 1939, 389—413.
- Frankl, V.** : *Ärztliche Seelsorge*, Wien 1947.
- Freud, S.** : Zur Einführung des Narzissmus, 1914. *Ges. Werke, Imago*, London.
- Triebe und Triebchicksale 1915. *Ges. Werke, Imago*, London.
- Jenseits des Lustprinzips 1916. *Ges. Werke, Imago*, London.
- Trauer und Melancholie. 1917. *Ges. Werke, Imago*, London.
- Friedman, M.** ; **Kasania, J.** : Hypertension in only one of identical twins; report of a case, with consideration of psychosomatic factors. *Arch. Intern. Med.* 72, 1943, 767—774.
- Gildea, E.** : Special features of personality which are common to certain psychosomatic disorders *Psychosom. Med.* 11, 1949, 273—281.
- Gordon, R.** : *Psychosomatic Medicine* Edinburgh *Med. Journ.* 47, 1940, 16—31
- Göring, M.** : Über seelisch bedingte echte Organerkrankungen. Stuttgart-Leipzig 1937.
- Greenhill, M.** : The application of psychosomatic techniques to the general practice of medicine. *North Carolina Med. Journ.* 10, 1949, 535—541.
- Gressel, G. e.a.** : Personality factors in arterial hypertension *Journ. Am. Med. Ass.* 140, 1949, 265—272.
- Grewel, F.** : Agressie en agressief karakter *Ned. Tijds. v. Psychol.* 5, 1950, 1—18.
- Groddeck, G.** : Die psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden Berlin 1917.
- Über die Psychoanalyse des Organischen im Menschen. *Internat. Ztschr. Psychoanal.* 7, 1921, 252—263.
- Traumarbeit und Arbeit des organischen Symptoms. *Internat. Ztschr. f. Psychoanal.* 12, 1926, 504—512
- Psychosomatische Forschung als Erforschung des Es (uit een niet gehouden voordracht) *Psyche (Heidelberg)* 4, 1950/51, 481—487.
- Groen, J.** : Psychogenese en psychotherapie van colitis ulcerosa. Amsterdam 1947.
- De psychopathogenese van het ulcus ventriculi et duodeni; karakterstructuren en emotionele belevenissen en hun betekenis voor aetiologie en therapie. Amsterdam 1947.
- Groen, J.** ; **Reisel, J.** : Constitutionele en emotionele factoren in de aetiologie van de essentiële hypertensie. *Ned. Tijds. v. Geneesk.* 92, 1948, 3714—3723 [1950.
- Groen, J.** : Asthma bronchiale seu nervosum, een psychosomatische studie Amsterdam
- Groen, J. e.a.** : Organisatie, werkkerrein en enkele uitkomsten van de werkgroep voor psychosomatisch onderzoek in het Wilhelmina-gasthuis te Amsterdam. *Ned. Tijds. v. Geneesk.* 94, 1950, 2816—2833.
- De betekenis van de persoonlijkheidsstructuur en emotionele conflictsituatie voor de aetiologie van colitis ulcerosa *Ned. Tijds. v. Geneesk.* 95, 1951, 1043—1056.
- Grondslagen der klinische psychosomatiek. Haarlem 1951.
- Groen, J.** : Maligne hypertensie, behandeld met prae-frontale lobotomie en psychotherapie. *Ned. Tijds. v. Geneesk.* 95, 1951, 2336—2344.
- Hackfield, A.** : An objective interpretation by means of the Rorschach test of the psycho-

- biological structure underlying schizophrenia, essential hypertension, Graves' syndrome etc. *Am. Journ. of Psychiatry* 92, 1935, 575—588.
- Haebelin, C.** : *Aerztliche Seelenkunde*. Leipzig 1928.
- Haecht, L. v.** : *Phaenomenologische analyse van het menselijk lichaam naar Edmund Husserl*. *Tijdschr. v. Philos.* 6, 1944, 135—190.
- : *Wat denkt men van het lichaam?* *Kultuurleven* 12, Juni 1945, 309—320.
- Haecker, Th.** : *Was ist der Mensch?* Leipzig 1934.
- : *Der Buckel Kierkegaards*. Zürich 1947.
- Halliday, J.** : *The incidence of psychosomatic affections in Britain*. *Psychosom. Med.* 7, 1945, 135—146.
- : *The significance of „the concept of a psychosomatic affection“*. *Psychosom. Med.* 7, 1945, 240—245.
- : *Psychosocial Medicine*. New York 1948.
- Hamilton, J.** : *Psychophysiology of blood pressure*. *Psychosom. Med.* 4, 1942, 125—133.
- Hellpach, W.** : *Klinische Psychologie*. Stuttgart 1949 (2e ed.).
- Hess, W.** : *Die funktionelle Organisation des vegetativen Nervensystems*. Basel 1948.
- Heyer, G.** : *Das körperlich-seelische Zusammenwirken in den Lebensvorgängen*. München 1925.
- : *Der Organismus der Seele*. München-Berlin 1937 (2e ed.).
- : *Praktische Seelenheilkunde*. München-Berlin 1942.
- Hill, L.** : *A psychoanalytic observation on essential hypertension*. *Psychoanal. Rev.* 22, 1935, 60—64.
- Hinsie, L.** : *The person in the body*. London 1948.
- Hitschmann, E.** : *The history of the aggression-impulse*. *Yearb. of Psychoanal.* 4, 1948, 70—73.
- Hoogveld, J.** : *Opgang naar de eenheid*. Oratie, Nijmegen 1928.
- Horney, K.** : *New ways in psychoanalysis*. New York 1939.
- Horst, L. v. d.** : *Psychopathologie en mensbeschouwing*. Oratie, Amsterdam 1946.
- : *Anthropologische psychiatrie* (2 vol.). Amsterdam 1946.
- Hunt, J.** : *Personality and the behavior disorders* (2 vol.). New York 1944.
- Hijmans van den Bergh, A.** : *Over het gestel*. Oratie, *Jaarboek der Rijks-Universiteit te Utrecht*, 1918/19.
- Isaacs, S.** : *Social development in young children*. London 1945.
- Jaensch, W.** : *Körperform, Wesensart und Rasse*. Leipzig 1934.
- Jelgersma, H.** : *Arbeid en destructiedrift*. *Psychiatr. en Neurol. Bl.* 39, 1935, 85—88.
- Jelliffe, S.** : *Psychopathology and organic disease*. *Arch. of Neurol. and Psychiatry* 8, 1922, 639.
- Jones, E.** : *Abnormal psychology and social psychology*, in : *Problems of personality, studies presented to Dr Morton Prince pioneer in American psychopathology*, 1932, p. 15—25 (2e ed.).
- Kempe, C.** : *Rorschach method and psychosomatic diagnosis*. *Personality traits of patients with rheumatic disease, hypertensive cardiovascular disease, coronary occlusion and fracture*. *Psychosom. Med.* 7, 1945, 85—89.
- : *The Rorschach method in psychosomatic problems. A case of hypertensive cardiovascular disease*. *Rorschach Res. Exch.* 10, 1946, 130—139.
- Kibler, M.** : *Über den Ausdruckswert des körperlichen Symptomes. Zur Wesensbestimmung der Organneurose*. *Psyche* (Heidelberg) 2, 1948/49, 449—459.
- Klages, L.; Boven, W.; Silberer e.a.** : *Le diagnostique du caractère*. Press. Univ. de France, Paris 1949.
- Klencke, H.** : *System der organischen Psychologie, als nothwendige Grundwissenschaft zum richtigen Verständniss der leiblich-psychischen Zustände in Seelenkrankheiten, Af-*

- fekten und Verstimmungen. Entwurf einer Wissenschaftlichen Symbolik der Organe. Leipzig 1842.
- Koster, S.** : Leerboek der hypnose. Amsterdam 1938.
- Krehl, L. v.** Krankheitsform und Persönlichkeit. Leipzig 1929.
- Kretschmer, E.** : Der Tonus als Konstitutionsproblem. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 171, 1941, 401—407.
- Medizinsche Psychologie, Stuttgart 1950.
- Körperbau und Charakter. Berlin-Göttingen-Heidelberg 1951 (20e ed.).
- Krugman, M.** : Recent developments in clinical psychology. Journ. of Consult. Psychol. 8, 1944, 342—353.
- Kunz, H.** : Die Aggressivität und die Zärtlichkeit. Bern 1946.
- Kutash, S.** : The psychologist's role in clinical practice. Journ. of Clin. Psychol. 3, 1947, 321—329.
- Kijm, J.** : De varianten der intentionaliteit bij de Rorschach-test. Diss. Nijmegen 1951.
- Lagache, D.** : Psychologie clinique et methode clinique. L'Évolution psychiatrique 11, 1949, 155—174.
- Landis, C.** ; **Kinder, E.** : Clinical psychology in the State Hospital. Psychiatric Quart. 22, 1948, 641—645.
- Lenep, D. v.** : Gewogen-bekeken-ontmoet in het psychologisch onderzoek. Oratie, 's-Gravenhage 1949.
- De ontwikkeling van de klinische psychologie in Amerika. Ned. Tijds. v. Psychol. 4, 1949, 196—225.
- Liek, E.** : Das Wunder in der Heilkunde. München 1931.
- Lindeboom, G.** ; **Fernhout, J.** ; **Tolsma, F.** : De ontwikkeling der geneeskunde in haar betekenis voor de zielzorg. Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid op gereformeerde grondslag. Rotterdam 1949.
- Lindeboom, G.** : Psychosomatische geneeskunde, in: De ontwikkeling der geneeskunde in haar betekenis voor de zielzorg. Rotterdam 1949.
- De ziel der geneeskunde. Oratie, Haarlem 1950.
- Litt, Th.** : Die Sonderstellung des Menschen im Reiche des Lebendigen. Wiesbaden 1948.
- Loo, K. v. d.** ; **Zie Prick, J.**
- Lorand, S.** : Psychoanalysis today New York 1944.
- Louitt, C.** : Clinical psychology. New York-London 1936.
- The nature of clinical psychology. Psychological Bulletin 36, 1939, 361—389.
- Marcel, G.** : Être et avoir, Paris 1935.
- Menninger, K.** : Emotional factors in hypertension. Bull. of the N. Y. Acad. of Med. 14, 1938, 198—211.
- Men against himself. New York 1938.
- Menninger, W.** : Emotional factors in organic disease. Ann. of Intern. Med. 31, 1949, 207—215.
- Merleau-Ponty, M.** : Phenomenologie de la perception. Paris 1945.
- Miller, M.** : Blood pressure findings in relation to inhibited aggressions in psychotics. Psychosom. Med. 1, 1939, 162—172.
- Miller, M.** ; **McLean, H.** : The status of the emotions in palpitation and extrasystoles with a note on effort syndrome. The psychoanal. Quart. 10, 1941, 545—560.
- Mitscherlich, A.** : Über die Reichweite psychosomatischen Denkens in der Medizin. Psyche (Heidelberg) 3, 1949/50, 342—358.
- Mittelman, B.** : Psychosomatics, in Harriman's Encyclopedia of psychology. New York 1946.

- Modell, A.; Potter, H.:** Human figure drawing of patients with arterial hypertension, peptic ulcer and bronchial asthma. *Psychosom. Med.* 11, 1949, 282—292.
- Moncrieff, A.:** *Psychology in general practice*, Glasgow 1946.
- Moos, E.:** Psychische Einflüsse auf das Blutgefäßsystem. Bericht über den 2en allgem. ärztl. Kongr. f. Psychotherapie, Leipzig 1927, 204—208.
- Morgenthaler, W.:** Über Modifikationen beim Rorschach. *Rorschachiana II*, Bern 1947, 41—54.
- Morris, D.:** Blood pressure and pulse changes in normal individuals under emotional stress; their relationship to emotional instability. *Psychosom. Med.* 3, 1941, 389—398.
- Moschcowitz, E.; Roudin, M.:** Association of psychosomatic disorders and their relation to personality types in same individuals. *New York State J. Med.* 48, 1948, 1375—1381.
- Musaph, H.:** Doodsdrift, castratiecomplex en depressie. Diss. Amsterdam 1948.
- Naerebout, A.:** Over het ontstaan ener agressieve symptoomhandeling. *Psychiatr. en Neurol. Bl.* 43, 1939, 886—892.
- Oldendorff, A.:** Een psycho-sociologisch aspect van het probleem der geestelijke volksgezondheid. *R.K. Artsenblad*, Dec. 1949, 201—209.
- Parcheminey, G.:** La problématique du psycho-somatisme. *Revue française de Psychoanal.* 12, 1948, 234—249.
- Pastore, N.:** A neglected factor in the frustration-aggression hypothesis. *Journ. of Psychol.* 29, 1950, 271—279.
- Peursen, C.:** Riskante filosofie. Een karakteristiek van het hedendaagse existentiële denken. Amsterdam 1948.
- Pichot, P.:** Les tests mentaux en psychiatrie. Tome premier: Instruments et méthodes. Press. Univ. de France, Paris 1949.
- Pierce, H.:** The function of a psychologist in a psychiatric clinic. *Mental Hygiene* 30, 1946, 257—276.
- Plattner, P.:** Médecine de la personne. *R.K. Artsenblad*, April 1950, 75—77.
- Prick, J.:** Het gevoelsleven, benaderd van psychologische en neuro-fysiologische zijde. Oratie, Nijmegen-Utrecht 1945.
- : De verhouding van psychologie en psychopathologie. *Ned. Tijds. v. Psychol.* 1, 1947, 4—19.
- : De samenwerking tussen psycholoog en psychiater. *Maandbl. Geest. Volksgez.* 2, 1947, 3—8.
- Prick, J.; Calon, P.:** De invloed van de psyche op het ontstaan van de myasthenie. *Psychiatr. en Neurol. Bladen* 3, 1947, 177—206.
- Prick, J.:** Het ziel-lichaamprobleem der wijsbegeerte en de psychosomatische geneeskunde. *Ann. Thijmgenootschap*, Aug. 1950, 129—147.
- : Le psychosomatisme comme base de la médecine psychosomatique. Contribution en même temps à l'étude des névroses et à la question du domaine d'indication pour la psychothérapie. *Folia Psychiatr., Neurol. et Neurochirurg. Neerl.* 53, 1950, 41—66.
- Prick, J.; Calon, P.:** La problématique fondamentale du traitement psychothérapeutique de maladies psychosomatiques. Ingediend bij *Folia Psychiatr. Neurol. Neurochirurg.*
- : Quelques résultats du traitement psychothérapeutique de maladies psychosomatiques. Zal verschijnen in *Congresboek Intern. Congres v. Psychotherapie*, Leiden 1952.
- Prick, J.; Loo, K. v. d.:** Psychosomatische geneeskunde en primair chronische polyarthritis rheumatica. Ingediend bij het *Ned. Tijds. v. Geneesk.*
- Prinzhorn, H.:** Leib-Seele-Einheit. Ein Kernproblem der neuen Psychologie. Potsdam-Zürich 1927.
- : *Psychotherapie*. Leipzig 1929.

- Rapaport, D.** : Freudian mechanisms and frustration experiments. *Psychoanal. Quart.* 11, 1942, 503—511.
- : The psychologist in the private mental hospital. *Journ. of Consult. Psychol.* 8, 1944, 298—301.
- : *Diagnostic psychological testing* (2 vol.), Chicago 1945 (1946).
- Reich, W.** : *Charakteranalyse*, Wien 1933.
- Reiwald, P.** : Zur Psychologie der Massenaggression. *Schweiz. Ztschr. f. Psychol.* 4, 1945, 102—109.
- Report of the committee on professional training in clinical (applied) psychology.** *Journ. of Consult. Psychol.* 7, 1943, 23—26.
- Richards, T.** : *Modern clinical psychology.* New York-London 1946.
- Robinson, G.** : *The patient as a person.* New Work 1946.
- Robinson, S.; Brucer, M.** : Range of normal blood pressure. A statistical and clinical study of 11383 persons. *Arch. Intern. Med.* 64, 1939, 409—445.
- Rogers, C.** : *Counseling and psychotherapy.* Boston 1942.
- Rombouts, J.** : Aggressiviteit. *Psychiatr. en Neurol. Bl.* 44, 1940, 446—466.
- Rorschach, H.** : *Psychodiagnostik*, Bern 1946, 5de ed.
- Rosenzweig, S.** : An outline of frustration theory, in : *Hunt's Personality and the behavior disorders*, New York 1944, vol. 1, p. 379—388.
- : The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration. *Journ. of Personality* 14, 1945, 3—23.
- Rosenzweig, S.; Fleming, E.; Clarke, H.** : Revised scoring manual for the Rosenzweig Picture-Frustration Study. *Journ. of Psychol.* 24, 1947, 165—208.
- Rosenzweig, S.** : *Psychodiagnosis. An introduction to tests in the clinical practice of psychodynamics.* New York 1949.
- Rümke, H.; Ellerbeck, P.; Roose, J.** : *De plaats van psychiater en zielzorger in de geestelijke gezondheidszorg.* Uitgave van het Antonia Wilhelmina Fonds 1947.
- Rümke H.** : Over klinische psychiatrie, in : *Studies en voordrachten over psychiatrie*, Amsterdam 1948, p. 17—27 (2e ed.).
- : De psychische stoornissen van de gezonde mens. *Ned. Tijds. v. Geneesk.* 92, 1948, 156—165.
- Sartre, J. P.** : *L'Être et le Néant*, Paris 1943.
- Saslow, G. e.a.** : Possible etiologic relevance of personality factors in arterial hypertension. *Psychosom. Med.* 12, 1950, 292—302.
- Saul, L.** : Hostility in cases of essential hypertension. *Psychosom. Med.* 1, 1939, 153—161.
- : The physiological effects of psycho-analytical therapy, in : *Alexander, French : Studies in Psychosomatic Medicine*, New York 1948, p. 91—100.
- Saul, L.; Fischer, H.** : Psychotherapy in psychosomatic medicine. *Am. Pract.* 1, 1950, 938—940.
- Schafer, R.** : *The clinical application of psychological tests.* New York 1948.
- Schimmenti, J.** : A case of hypertension improved by psychotherapy. *Psychoanal. Rev.* 28, 1941, 188—200. [1935.]
- Schlichting, Th.** : *De temperamenten. Een historisch-critische studie.* Utrecht-Nijmegen.
- Schott, E.** : The psychologist in the general hospital. *Journ. of Consult. Psychol.* 8, 1944, 302—307.
- Schultz, J.; Biehn, W.** : Über die Häufigkeit einzelner wichtiger Klagen und anamnestischer Angaben bei Kranken mit arterieller Hypertension. *Deutsch. Mediz. Wochenschr.* 1925, p. 25.
- Schultz, J.** : Psychotherapeutisches zur Hypertoniefrage, *Deutsch. Mediz. Wochenschr.* 1929, p. 1542—1543.

- Schulze, V.; Schwab, E.:** Arteriolær hypertensie in de Amerikaanse neger. *Am. Heart Journ.* 11, 1936, 66—75.
- Schwartz, L.:** An analysed case of essential hypertension. *Psychosom. Med.* 2, 1940, 468—486.
- Schwarz, O.:** Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome. Wien 1925.
- Sears, R.:** Experimental analysis of psychoanalytic phenomena, in *Hunt's Personality and the behavior disorders*, New York 1944, vol. 1, p. 306—332.
- . Frustration and aggression, in: *Harriman's Encyclopedia of Psychology*, New York 1946.
- Seguin, C.:** Introduction to psychosomatic medicine. New York 1950.
- Seidenfeld, M.:** The psychologist in the tuberculosis hospital. *Journ. of Consult. Psychol.* 8, 1944, 312—318.
- Selye, H.:** Diseases of adaptation with special reference to uses of A. C. T. H. and Cortisone. *Het Hormoon* 15, 2, 1950, 30—47.
- Shakow, D.:** The functions of the psychologist in the state hospital. *Journ. of Consult. Psychol.* 3, 1939, 20—23.
- Sheldon, W.:** The varieties of human physique, New York-London 1939.
- . The varieties of temperament, New York-London 1942.
- Siebeck, R.:** Über die Beurteilung und Behandlung Kranker mit hohem Blutdruck. *Klin. Wochenschr.* 1925, 193—197.
- . Die Grenzen der Wissenschaft in der Medizin. Voordracht op het congres van de „Medecine de la personne” te Bossey 1949. *R.K. Artsenblad*, Maart 1950, 47—57.
- Sillevis Smitt, H.:** Diencephalose. *Clinische les. Ned. Tijds. v. Geneesk.* 93, 1949, 3057—3064.
- Simmel, E.:** Georg Groddeck zum sechzigsten Geburtstage. *Intern. Ztschr. f. Psychoanal.* 12, 1926, 591—595.
- . Self-preservation and the death instinct. *Yearb. of Psychoanal.* 1, 1945, 143—161.
- Simon, A.:** Role of psychiatrist in cardiovascular disorders. *California Med.* 69, 1948, 185—189.
- Slaughter, F.:** Medicine for moderns, in *de Ned. vert. „Geneeskunst voor de moderne mens”*, Utrecht 1951.
- Stegmann, M.:** Die Psychogenese organischer Krankheiten und das Weltbild. *Imago*, 12, 1926, 196—202.
- Stern, E.** Körperlich Kranke, in *Birnbaum's Handwörterbuch der medizinischen Psychologie*. Leipzig 1930, p. 295—304.
- . La médecine psycho-somatique. *Psyché* 27/28, 1949, 117—136.
- Stevens, G.:** High blood pressure as a phallic symbol. *Psychoanal. Rev.* 20, 1923, 401—411.
- Stieglitz, E.:** Emotional hypertension. *Am Journ. of the Med. Sci.* 179, 1930, 775—782.
- Stokvis, B.:** Hypnose, psyche en bloeddruk. Lochem 1937.
- . Die Bedeutung der experimentellen Psychologie für die psychische Hygiene, in: *Meng's Praxis der Seelischen Hygiene*, Basel 1943, p. 214 e.v.
- Strasser, S.:** Het zielsbegrip in de metafysische en in de empirische psychologie. Leuven-Nijmegen 1950.
- . Mogelijkheden ener christelijke anthropologie, in „Huldeblijk aan frater Rombouts”, Foreholte 1950.
- . Psychosomatisch onderzoek en traditionele mensbeschouwing. *Ann. Thijmgenootschap* 2, 1950, 148—168.
- Symposium** on effects of frustration. *Psychol. Rev.* 48, 1941, 337—366. Bijdragen van Levy, D.; Sears, R.; Maslow, A.; Miller, N.; Rosenzweig, S.

- Tallman, G.** : The psychologist in a neurological hospital. *Journ of Consult Psychol.* 8, 1944, 308—311.
- Teagarden, Fl.** : The art and technology which deals with the adjustment problems of human beings. *Journ. of Consult. Psychol.* 3, 1939, 170—176
- Thorne, F.** : The clinical method in science. *Am Psychologist* 2, 1947, 159—166.
- Thuys, R.; Valk, Th. de e.a.** : Lichamelijkheid. Wijsgerige beschouwingen door professoren in de filosofie van het Dominicanenklooster te Zwolle. Utrecht-Brussel 1951.
- Tibout, P.** : Het 2e internationale congres voor kinderpsychiatrie te Londen 1948. Hoofdt thema Persoonlijkheidsontwikkeling in haar individuele en sociale aspecten, speciaal met betrekking tot agressie. *Maandblad Geestel. Volksgez.* 3, 1948, 393—398.
- Tomkins, S.** : Contemporary psychopathology. *Havard* 1947 (4e ed.).
- Tournier, P.** : Technique et foi. Neuchâtel 1944.
- : Médecine de la personne. Neuchâtel 1947 (1e ed. 1940).
- Veen, S. v.** : Het kind en zijn somato-psychische fundering. 's-Gravenhage 1949.
- Vetter, A.** : Der „Auffassungstest“. *Grenzgebiete der Medizin*, Jahrg 1, Heft 1, April 1948.
- Viersma, H.** : De behandeling van hypertensie met zoutloos dieet en met uitdrijving van keukenzout. Een klinische en haemodynamische studie. *Diss. Amsterdam* 1945.
- Volhard, F.** : Der arterielle Hochdruck. *Verhandl. der Deutsch. Gesellsch. f. inn. Med. Munchen* 1923, p. 134—184.
- Waals, H. v. d.** : Rorschachonderzoekingen bij neurosen, psychopathieën en verwante toestanden. *Psychiatr. Neurol. Bladen* 1/2, 1946, 17—141.
- Wallace Wallin, J.** : Clinical and abnormal psychology. London z. j.
- . Clinical psychology what it is and what it is not. *Science* 37, 1913, 895—902.
- Wartegg, E.** : Gestaltung und Charakter. Ausdrucksdeutung zeichnerischer Gestaltung und Entwurf einer charakterologischen Typologie. Beiheft 84 *Ztschr. f. angew. Psychol.* u. Charakterkunde, Leipzig 1939.
- Watson, R.** : Readings in the clinical method in psychology. New York 1949
- Wechsler, D.** : The psychologist in the psychiatric hospital *Journ. of Consult. Psychol.* 8, 1944, 281—285.
- Weinberg, A.** : Over de samenhang van geestelijke en lichamelijke processen *Ned Tijds. v. Geneesk.* 69, 1925, 1002—1007.
- Bijdrage tot de methodiek van de psychische behandeling. *Ned. Tijds. v. Geneesk.* 72, 1928, 1572—1581.
- De wisselwerking tussen psyche en vegetatief systeem en haar betekenis voor de kliniek. *Psychiatr. en Neurol. Bladen*, 32, 1928, 260—274.
- Der Einfluss des vegetativen Systems auf das psychische Geschehen Bericht uber den 6em allgem. arztl Kongr. f. Psychotherapie Dresden 1931, p. 10—17.
- Weisberger, F.** : La defence de la personne. *Saint Luc Medical* 20, 1948, 243—255.
- Weiss, E.** : Psychosomatic aspects of hypertension. *Psychiatr. Quart.* 15, 1941, 284—295
- Psychotherapy in everyday practice, in *Modern attitudes in psychiatry*. New York 1946.
- Weiss, E.; English, O.** : Psychosomatic Medicine Philadelphia-London 1947.
- Weiss, E.; Jeffe, B.; Fischer, H.** : Emotional problems of high blood pressure *Am. Journ. of Psychiatry.* 107, 1950, 264—270.
- Weizsäcker, V. v.** : Kranker und Arzt. 2e Sonderheft der Deutschen Philosophischen Gesellschaft, Berlin 1929.
- Studien zur Pathogenese. Leipzig 1935.
- Ärztliche Fragen. Leipzig 1935.
- Der Gestaltkreis. Leipzig 1940.
- Falle und Probleme. Stuttgart 1947.

- Korpergeschehen und Neurose Analytische Studie uber somatische Symptombildung. Stuttgart 1947.
- Der Widerstand bei der Behandlung von Organkranken mit Bemerkungen uber Werke von Jean-Paul Sartre. Psyche (Heidelberg) 2, 1948/49, 481—498
- Psychosomatische Medizin. Psyche (Heidelberg), 3, 1949/50, 331—341.
- Westerman Holstijn, A.** : Psychopathogenese van organische aandoeningen Ned Tijds. v. Geneesk. 83, 1939, 2870—2877.
- Leven en dood Medisch-psychologische beschouwingen Utrecht 1939.
- Medische psychologie voor de praktijk. Utrecht 1940.
- Whitmer, C.** : Psychology in clinical practice, in Gray J. Psychology in human affairs. New York-London 1946, p. 606—629
- Wittmer, L.** : Clinical psychology The Psychol. Clin. 1, 1907, 1—9.
- Psychological diagnosis and the psychonomic orientation of analytic science. The Psychol. Clin. 16, 1925.
- Witte, A. de** : Phaenomenologie van de perceptie. Het lichaam gaat in reductie. Ned. Tijds. v Psychol. 2, 1947, 130—134.
- Witte, A. de** : De betekeniswereld van het lichaam. Taalpsychologische, taalvergelijkende studie. Diss Nijmegen 1948
- Wittkower, E.** : Zur Frage der psychogenen Hypertensionen. Nervenarzt. 6, 1933, 7—13.
- Einfluss der Gemutsbewegungen auf den Korper Affektphysiologie und Organneurosen Wien-Leipzig 1937 (2e ed).
- Psychosomatic medicine, in Rees, J. Modern Practice in psychological medicine, London 1949.
- Wittman, Ph.** : Psychological services in state hospitals for the mentally ill. Journ. of Consult. Psychol 8, 1944, 291—297.
- Wolf, St. e.a.** : Hypertension as a reaction pattern to stress, summary of experimental data on variations in blood pressure and renal blood flow. Ann. of Intern. Med. 29, 1948, 1056—1076
- Wortman, G.** : De ethica aan het ziekbed Haarlem 1931 (2e ed.).
- De psychologie aan het ziekbed. Haarlem 1932.
- Synthetische geneeskunde Een nieuwe ziekteleer en ziekenbehandeling. Haarlem 1936.
- Psychosomatische geneeskunde Lochem 1950.
- Wyss, W. v.** : Korperlich-seelische Zusammenhange in Gesundheit und Krankheit. Leipzig 1931.
- Die Sprache der Gefuhle. Orate, Zurich 1934.
- Psychophysiologische Probleme in der Medizin Basel 1944.
- Zilboorg, G.** : A history of medical psychology, New York 1941.

Tabel I
Rorschachpercentages van 50 patienten met essentiële hypertensie,
vergeleken met die van 50 normale proefpersonen.

	G%		G+%		F%		F+%	
	Norm.	Hypert.	Norm.	Hypert.	Norm.	Hypert.	Norm.	Hypert.
Gemiddeld	40	42	71	61	68	77	80	67
σ	19	22	18	27	10	12	11	20
1 σ range	21 - 59	20 - 64	53 - 89	34 - 88	58 - 78	65 - 89	69 - 91	47 - 87
2 σ range	2 - 78	0 - 86	35 - 100	7 - 100	48 - 88	53 - 100	58 - 100	27 - 100

	M%		T%		Pit%		Obj%	
	Norm.	Hypert.	Norm.	Hypert.	Norm.	Hypert.	Norm.	Hypert.
Gemiddeld	19	12	46	49	7	7	7	5
σ	10	12	13	21	7	12	6	6
1 σ range	9 - 29	0 - 24	33 - 59	28 - 70	0 - 14	0 - 19	1 - 13	0 - 11
2 σ range	0 - 39	0 - 36	20 - 72	7 - 91	0 - 21	0 - 31	0 - 19	0 - 17

	Anat.%		Sex.%		P%		Vi	
	Norm.	Hypert.	Norm.	Hypert.	Norm.	Hypert.	Norm.	Hypert.
Gemiddeld	6	11	-	4	6	13	88	80
σ	6	16	-	14	4	11	7	17
1 σ range	0 - 12	0 - 27	-	0 - 18	2 - 10	2 - 24	81 - 95	63 - 97
2 σ range	0 - 18	0 - 43	-	0 - 32	0 - 14	0 - 35	74 - 100	46 - 100

	V%		O%		O+%		$\frac{VIII IX X}{N}$	
	Norm.	Hypert.	Norm.	Hypert.	Norm.	Hypert.	Norm.	Hypert.
Gemiddeld	28	28	16	26	65	24	0.36	0.35
σ	9	15	8	14	24	27	0.09	0.10
1 σ range	19 - 37	13 - 43	8 - 24	12 - 40	41 - 89	0 - 51	0.27-0.45	0.25-0.45
2 σ range	10 - 46	0 - 58	0 - 32	0 - 54	17 - 100	0 - 78	0.18-0.54	0.15-0.55

Tabel II -
Rorschachuitkomsten bij 50 patienten met essentiële hypertensie.

Patiëntna	Leeftijd	G	Antwoord	Gemiddelde tijd	Falen	Oprattings-type	ΣB	ΣFb	G	B	VI	IX	X	N	G%	G ₁ %	F%	F ₁ %	M%	T%	P%	P ₁ %	Ob%	Ob ₁ %	Ana%	Ana ₁ %	Sc%	Sc ₁ %	V%	O%	O ₁ %	P%	P ₁ %	V ₁
1	17	♂	15	13'		G D Dzw Dd	0 3 5	6 0	0	4 0	4 0	1 7	8 0	2 5	2 0										4 7	2 7			4 7-		2 0	7 3		
2	19	♂	34	12'		G D Dd Dzw Do	1 0 5	7 1	0	2 0	2 0	1 0 0	8 5	9 6	4 1	5 3							3	3		3	3	3 2	1 8+	6 7	2 6	5 9		
3	19	♀	24	12'		G D Dd Do	4 0	5 4	0	2 9	2 0	8 0	7 5	6 7	3 7	5 4									4				1 0 17+	5 0	4	9 2		
4	19	♂	10	32'	2x	G D Do	1 0	5 1	0	4 0	5 0	6 0	9 0	4 5	2 0	6 0							2 0					3 0	1 0-			1 0 0		
5	19	♀	13	15'	1x	G D	0 0	5 0	0	3 8	3 8	1 0 0	7 7	9 0	8	6 9							8					6 1	2 3±	6 7	8	9 2		
6	22	♀	20	17'		G D Dd Do	1 0	4 1	0	2 0	2 0	7 5	9 0	8 9	1 0	9 0																	5 9 0	
7	22	♀	13	1'	2x	G D Dd	0 2	5 0	0	1 5	3 8	2 0	7 7	4 0	1 5	4 6	3 8											8	5 4±	1 4	8	8 4		
8	23	♂	25	12'		G D Dd	1 2	1 0 1	0	5 6	4 0	3 0	8 8	5 0	3 2	2 4									4 4			1 6	2 8-		2 8	5 2		
9	23	♂	34	15'		G D Dd Dzw	1 2 5	8 1	0	2 3	2 3	8 7	7 9	8 1	9	5 6	6						6	6	1 2			2 0	3 2±	7 3	6	9 1		
10	24	♂	17	2'	1x	G D	0 1	1 0 0	0	2 9	5 9	7 0	9 4	8 7	6	6 5	6											4 1	1 2-		1 2	7 6		
11	24	♂	10	23'	3x	G D	1 2 5	7 1	0	3 0	7 0	2 9	6 0	5 0	1 0	5 0	1 0							1 0			4 0	4 0-				1 0 0		
12	26	♂	10 3	1'		G D Dd Dzw Do	4 1 0 5	1 1 4	0	4 0	1 0	2 7	7 4	4 0	1 3	2 2	4						1 0	1 7	1 4			4	2 8±	2 7	9	7 0		
13	28	♀	13	2'	1x	G D	0 1	8 0	0	3 0	6 1	6 2	8 5	7 3		6 1							2 3	1 5			3 1	2 3±	6 7	8	9 2			
14	30	♀	13	3'	2x	G D Do	1 0	2 1	0	5 4	1 5	1 0 0	9 2	5 9	2 3	7 7																	3 8 3 8	
15	32	♂	8	25'	2x	G	0 0	8 0	0	2 5	1 0 0	5 0	8 8	5 7		3 7	1 2							1 2			2 5	3 7-				1 0 0		
16	34	♀	13	2'		G D	2 0	5 2	0	4 6	3 8	8 0	8 5	9 1	3 8	3 8	8					8	8				4 6	3 0±	7 5			1 0 0		
17	36	♂	11	14'		G D	2 0	5 2	0	2 7	4 5	8 0	8 2	8 9	2 7	7 3											5 4					1 0 0		
18	37	♀	16	16'		G D	0 2 5	7 0	0	3 1	4 4	5 7	7 5	9 2		6 2	1 9	6	6								4 4	1 9-		6	8 7			
19	38	♂	13	25'	1x	G D	0 3	8 0	0	3 0	6 1	2 5	4 6	6 7		3 0	2 3										1 5	3 8±	4 0	1 5	8 5			
20	38	♀	16	33'	1x	G D Dd Do	0 1 5	5 0	0	2 5	3 1	1 0 0	8 1	8 5	1 2	5 0	6	1 2									3 1	1 9±	6 7	1 2	7 5			
21	39	♀	14	19'		G D Do	1 1 5	5 1	0	3 6	3 6	8 0	6 4	1 0 0	2 1	7 1	7										5 1					1 0 0		
22	39	♂	16	13'		G D	0 3	1 2 0	0	2 5	7 5	5 8	7 5	6 7	6	3 7	3 1					6	2 5				2 5	3 1±	2 0	1 9	6 2			
23	39	♀	16	3'	1x	G D	1 3	1 0 1	0	2 5	6 2	8 0	7 5	8 3	1 2	5 6	6	1 2	6								5 0	1 2-				1 2 8 7		
24	39	♂	35	25'		G D Dzw	0 0	5 0	0	1 7	1 4	4 0	8 0	7 1	1 4	7 1	3							1 1			8	4 0-	5 0	6	7 1			
25	40	♀	18	22'		G D Dzw	0 1	1 0	0	4 4	6	1 0 0	9 4	4 7		1 7								1 1	7 2		1 1	3 9-		3 3	3 9			
26	40	♀	21	14'		G D	0 4	7 0	0	3 3	1 4	7 1	4 0		9	6 7											9	3 9-				1 9 5 7		
27	41	♂	8	37'	2x	G	1 2	8 1	0	2 5	1 0 0	6 2	6 2	8 0	1 2	5 0							1 2				2 5	5 0±	2 5			1 0 0		
28	41	♂	13	13'		G D	0 4	1 0 0	0	3 1	7 7	2 0	6 1	3 7		6 1								3 8			1 5	3 8-		2 3	6 1			
29	42	♀	17	2'		G D Dzw Do	1 1	6 1	0	4 1	3 5	8 3	8 8	7 3	1 2	8 2								6			3 5	3 0±	2 0	2 3	7 6			
30	43	♂	14	16'		G D Do	1 3	7 1	0	2 8	5 0	8 6	7 9	9 1	2 1	3 6							1 4	1 4			4 3	4 0+	5 0	7	8 6			
31	45	♀	12	17'		G D	0 2	8 0	0	2 5	6 7	6 2	7 5	6 7		3 3							1 7	4 2			3 3	4 2±	2 0	8	9 2			
32	45	♀	13	2'	1x	G D Do	0 0 5	4 0	0	4 6	3 1	7 5	7 7	6 0	1 5	6 1									8		3 0	3 0±	2 5	8	9 2			
33	45	♂	26	13'		G D	0 3 5	6 0	0	4 2	2 3	6 7	8 1	7 1	8	6 1	1 9	4									3 0	1 1±	6 7	1 5	6 1			
34	46	♂	25	17'		G D	0 2 5	8 0	0	4 0	3 2	8 7	8 0	9 0	8	5 6	8	1 2	8								3 6	1 2±	6 7	4	9 6			
35	46	♀	8	31'	4x	G D Do	0 0 5	1 0	0	5 0	1 2	1 0 0	8 7	7 1		6 2	2 5	1 2									3 7	1 2-				1 0 0		
36	46	♀	13	35'	1x	G D	0 2 5	1 0 0	0	1 5	7 7	4 0	4 6	6 7	8	3 0	8										2 3					8 9 2		
37	46	♀	12	17'		G D Dd	2 0	8 2	0	3 3	6 7	7 5	7 5	7 8	1 7	6 7							8	8			6 7	1 6-				8 9 2		
38	48	♂	50	1'		G D Dzw Do	5 6	1 1 5	0	4 4	2 2	8 2	6 2	9 3	2 2	3 8	1 0	1 2	2								2 6	1 8±	7 8	4	9 2			
39	48	♀	15	1'		G D	0 2	4 0	0	4 0	2 7	7 5	8 0	4 2		2 7								6 7	7		2 7	2 7-				2 0 6 0		
40	48	♂	16	14'		G D	0 3	7 0	0	2 5	4 4	4 3	6 2	9 0		6 9							6	6			5 0					1 2 7 5		
41	51	♀	37	0 9'		G D Dd	0 9 5	9 0	0	4 3	2 4	5 5	4 9	7 8	1 6	1 6	8	1 3	3								1 0	1 6-	5 0	3	9 7			
42	53	♀	17	14'		G D	0 4	1 1 0	0	2 3	6 5	4 5	6 5	6 4		5 3	2 3	6									2 3	2 3-				1 8 7 6		
43	53	♀	17	18'		G D Dd Do	0 1 5	6 0	0	4 1	3 5	1 7	9 4	3 1	6	1 2									3 5	4 1	1 2	4 7±	1 2	1 8	5 3			
44	54	♀	12	15'		G D Dzw	0 1	6 0	0	4 2	5 0	6 7	9 2	6 4	8	3 3	8							3 3			2 5	4 2±	2 0	8	9 2			
45	54	♀	13	13'	2x	G D	0 2 5	4 0	0	5 4	3 1	7 5	7 7	8 0	8	6 9	8										5 4	2 3±	3 3	2 3	7 7			
46	55	♀	14	18'		G D Dd	0 3 5	7 0	0	4 3	5 0	1 4	7 8	2 7		2 1								2 8	5 0		1 4	4 3-				4 3 5 7		
47	56	♀	19	16'		G D Dzw Do	0 3 5	7 0	0	3 1	3 7	5 7	6 8	5 4	1 0	3 7								4 2			2 1	3 7±	1 4	2 1	7 9			
48	56	♂	51	0 9'		G D Dd Dzw Do	3 2 5	7 3	0	3 9	1 4	1 0 0	9 2	8 3	4 7	3 7	2	8									2 0	2 9±	5 3	2 7	5 1			
49	57	♀	10	3'	1x	G D Do	1 2	5 1	0	2 0	5 0	2 0	8 0	3 7	2 0	7 0											1 0	2 0-				3 0 7 0		
50	59	♀	22	15'		G D Dd	0 4	5 0	0	4 5	2 3	2 0	8 2	6 7	1 4	6 8	4	4	4								2 3	4 1±	1 1	4	9 1			

Tabel III
Rorschachuitkomsten bij 50 patienten met essentiële hypertensie.

Patiënt no.	DG	dD	Dzw	Dd	Do	FB	BKl	b	FFb	FbF	Fb	F(b)	FHd	HdF	Hd	EQd	Perspectief	Kleurshock	Donkershock
1	4-		2	1					2	1								IX	IV VI
2		1	7	1	1			1			1	1					x	IX	
3		1-		1	1	1						1							VII
4					1													IX X	VI VII
5											2	1					x x	II	
6				2	2								1					IX	IV VII
7	2-			2					2		1							II X	VII
8	1-			5					2										VII
9	1-		2	2		1		3	1			1						IX	IV
10									1									III X	IV VI
11	2-								1	1				1					V VII
12	1-	1+	1	26	4	1	1	2	8	1	5	3	3				x		
13						1			1									IX X	IV VII
14					2														VI VII
15													1					III X	
16	1-																	IX	I
17																		X	IV VI
18	1-							1	2					1				III X	VII
19	2-								3		1			3			x	III X	V
20				2	1	1			1	1								III X	IV VI VII
21				2	1				1	1			1				x	IX	V VI VII
22	1-								3			1						II III	VII
23									3									IX	
24		1-	2			1					6						x	IX	VII
25			1						1									III	I V
26									4					2					VI
27									2									VIII	
28	2-								4					1					VII
29			1		1				1									IX X	
30					1					2								IX	
31									2			1					x	X	
32		1-			1				1				2				x	II	VI VII
33									2	1	1	1							IV
34									1	2			2					II IX X	IV V VI VII
35					1				1									III VIII IX	IV VII
36						2			1	1					3			VIII IX X	VI
37				1									1					IX	I VI
38			1	3	1	2	1	1	4	4			2				x	X	
39	1-								2			1							VI
40									3			2	1				x	VIII	
41				2	2				1	6	2		5	3				II	VII
42	1-								4				1	1			x	I	IV V
43		1-		2	2					1									VII
44			1						1									III	
45		1-							1	2								III	VI VII
46	3-			1					2	1									V
47	1-		2		1				2	1		2	1				x	II III	VII
48			6	1	4				1	2		2					x		IV
49					1				2									IX X	IV V VI VII
50	3-	1-		2					1	2	1								VI

Tabel IV
Rorschachuitkomsten bij 50 normale proefpersonen.

Proef- pers.	Leef- tijd	g	Ant- woord	Gemiddel- de tijd	Faten	Opvattingstype	ZB	EF	Fb	G-B	VIII	IX	X	N	G%	G ₁ %	F%	F ₁ %	M%	T%	Pt%	Obj%	Ana%	So%	V%	O%	O ₁ %	P%	Vi		
1	18	♀	22	0.7		G-D	7:25	13:7	0.36	59	100	50	82	41	27	9	4								32	32±	86	4	95		
2	19	♀	21	1.2'		G-D-Dd-Do	1:0	5:1	0.28	24	40	81	70	10	67	5							5			19	5+	100	4	86	
3	20	♀	20	1.1'		G-D	3:1	7:3	0.55	35	100	65	92	20	55	10							10			35	20±	75	10	85	
4	20	♀	29	0.6'		G-D	4:3	8:4	0.31	27	87	69	75	21	45	21	7									24	14+	50	7	85	
5	20	♀	13	1.3'		G-D-Dzw	1:1.5	7:1	0.23	54	71	54	86	23	31								8			23	23+	100	15	85	
6	20	♀	30	1'		G-D-Dd-Do	2:2	3:2	0.40	10	67	73	100	17	50								13	3		13	17±	80	3	93	
7	20	♀	22	1'		G-D	3:1.5	6:3	0.27	27	83	68	80	27	59											27	14+	100	9	82	
8	21	♀	25	0.8'		G-D-Dd-Dzw-Do	4:2.5	6:4	0.40	24	83	60	87	24	44								8			32	16±	75	4	92	
9	21	♀	18	1.6'		G-D-Dd	3:1	6:3	0.22	33	83	78	93	39	55									5		33	17±	67	5	89	
10	21	♀	31	0.8'		G-D-Dzw	2:2	6:2	0.58	19	83	64	90	16	48	10							3			22	22±	86	3	94	
11	22	♀	23	1'		G-D	1:1	7:1	0.43	30	71	83	79	13	57	17	9	4								30	13±	67	9	86	
12	22	♀	44	0.8'		G-D-Dd-Dzw-Do	1:3	6:1	0.27	14	83	79	88	23	36	7	11									22	20±	89	4	89	
13	23	♂	84	0.4'		G-D-Dd-Dzw-Do	1:3	11:1	0.36	13	45	84	70	11	49	5	15	11								13	12±	50	2	86	
14	23	♂	16	0.6'		G-D-Dd	2:0.5	9:2	0.44	56	78	69	73	19	50								6	19		37	19+	100	6	87	
15	23	♀	15	1'	1 x	G-D	4:1.5	9:4	0.33	60	89	60	100	40	40	7	7									33	27±	75		100	
16	24	♂	38	0.5'		G-D	5:4	13:5	0.31	34	61	63	70	18	29	16	16	10								21	5+	50	8	77	
17	24	♂	30	1'		G-D-Dzw	1:4	9:1	0.37	30	55	60	72	10	20	10	13	7								17	17±	80	3	93	
18	25	♂	22	1'		G-D	0:5.5	20:0	0.32	91	45	55	67	9	22	32							18			14	14±	67	14	82	
19	25	♀	27	1'		G-D-Dd	2:1.5	6:2	0.52	22	83	74	80	26	52	4							7			30	15+	100	7	81	
20	25	♀	53	0.8'		G-D-Dd	4:4	14:4	0.30	26	78	70	89	19	38	11	15	2								15	23±	75	2	94	
21	26	♀	33	0.5'		G-D-Dzw-Do	7:3.5	6:7	0.33	18	100	48	75	36	45								9			21	18±	67	3	91	
22	27	♂	16	0.6'		G-D	1:1	11:1	0.25	69	54	69	73	12	50	19							6			43	12±	50	12	87	
23	27	♂	48	1'		G-R	4:5	11:4	0.27	23	100	62	93	17	44	6	8									25	27±	85	4	85	
24	28	♀	26	1'		G-D-Dd	3:1.5	4:3	0.38	15	100	73	84	19	69								4			23	19±	60	4	96	
25	28	♂	32	0.6'		G-D	3:7.5	17:3	0.37	53	59	56	78	16	34	22	13	6								28	19±	67	9	85	
26	28	♂	22	1.4'		G-D	0:1.5	10:0	0.36	45	50	77	82	4	59	4	4	9								36	9+	50	4	86	
27	28	♂	30	0.5'		G-D-Dd	2:4	13:2	0.30	43	46	70	57	10	50								3	30		27	13+	50	7	87	
28	29	♂	19	0.5'		G-D	3:4	10:3	0.47	53	60	53	90	26	26	10	21									26	16±	67		100	
29	29	♂	18	0.7'		G-D	1:0	8:1	0.27	45	50	72	69	17	67									5		45	11+	50	11	88	
30	29	♂	28	1'		G-D-Dzw-Do	1:2	11:1	0.29	39	82	89	88	32	46	7							7			36	11+	100	11	82	
31	30	♂	17	0.8'	1 x	G-D	0:3.5	14:0	0.35	82	57	77	77	12	47	18	6	6								18	12+	50	6	88	
32	31	♂	24	1.4'		G-D	1:2	10:1	0.37	42	90	79	89	8	67	4	12	4								42	8+	100		100	
33	31	♂	17	0.7'		G-D	3:0.5	6:3	0.47	35	100	71	83	35	53									6		47	6-			12	77
34	31	♂	15	2'		G-D	2:3	10:2	0.33	67	90	60	100	27	33	20	7									47				13	73
35	31	♂	19	0.7'		G-D-Do	0:0.5	12:0	0.42	63	67	63	83	16	32								16	5		37	5-			5	89
36	32	♂	30	1'		G-D-Dzw-Do	3:4	18:3	0.27	60	67	60	83	10	50	10								10			30	7+	50	7	87
37	32	♀	24	0.7'		G-D-Do	3:1.5	6:3	0.46	25	67	71	94	12	71	8										25	12±	67	8	87	
38	32	♂	34	0.8'		G-D-Dzw-Do	2:3.5	13:2	0.24	38	46	59	90	18	35	6	23	9								20	6+	50	3	97	
39	32	♂	25	0.8'		G-D-Dd-Dzw	1:3	9:1	0.36	36	55	60	80	12	52	4	4	20								24	4+	50	8	72	
40	33	♂	18	1'		G-D-Dzw	3:0.5	7:3	0.55	39	71	72	85	22	66								5			44	11+	50	5	83	
41	33	♂	45	1'		G-D-Dd-Dzw	2:6	10:2	0.35	22	80	62	71	13	35	4	13	9								16	22±	70	4	88	
42	34	♂	29	1.3'		G-D	4:4.5	23:4	0.24	79	52	45	46	10	28	7	14	10								17	48±	43	3	97	
43	35	♂	23	1'		G-D-Dzw	3:0	6:3	0.43	26	67	83	79	43	43								4	4		26	30±	71	4	95	
44	36	♂	18	1'		G-D-Do	0:4	6:0	0.22	33	67	72	77	6	61								6	17		28	12+	50	6	94	
45	36	♂	11	1'		G-D	1:0.5	6:1	0.36	55	100	82	78	9	64	9	9	9								36	18+	100		100	
46	37	♂	41	1'		G-D	2:3	13:2	0.49	32	55	78	81	17	49	7	7	10								27	10+	50	5	85	
47	39	♀	21	0.5'		G-D-Dzw	1:2	9:1	0.38	43	67	71	87	5	57	5	5	9								38	24±	80	14	80	
48	40	♀	34	1'		G-D-Dzw	5:1	9:5	0.38	26	67	70	75	23	50	3	9	6								20	26±	67	3	91	
49	46	♂	58	0.5'		G-D	4:6.5	41:4	0.34	71	49	66	63	10	36	5	17	3								19	17+	50	8	84	
50	58	♀	19	1.2'		G-D-Dd	2:3	8:2	0.42	42	62	63	75	26	37	16	5									47	16±	67	10	79	

Tabel V
Rorschachultkomsten bij 50 normale proefpersonen.

Proef- pers.no.	DG	dD	Dzw	Dd	Do	F	B	K	l	b	Ff	Fb	F	Fb	F(F)	FHd	HdF	Hd	EQ	Perspec- tief	Kleur- shock	Donker- shock	
1											1	2		1	1					x	IX		
2	1-						1	1															
3							1				2			1	1						x		
4											2	2					1						
5			1								1	1		2							x		VI
6				1	2						2	1		1	1	1			x				
7		1+					1				1	1				1							
8			1	1	1						1	2				1	2						
9				1							1												
10	1-	1					1	1	1		4			2							x		
11											2					1				x			
12			4	6	1	1					2	2		1	2					x			
13			1	24	1						1	1	1	5	1	3					x		
14				1							1					2							
15											1	1											VI
16							1				4	2				1	1						
17			4				1				4	2				1	3			x	x		
18								1	1	5				2	1						x		
19				1							3			1	1					x	x		
20				6							4	2		4	1	1							IX
21			1		2						7			1	2					x			
22	1-						1				1			1	1								
23	1+										6	2		5	1	1				x	x		
24				2							3			1							x		VI
25	1-										5	5				1							
26							1				1	1		1									II
27	1-	1+		1							2	3		1		1							
28											2	3		1							x		
29																2	2			x			
30	2±		2		1						2												
31											1	3											II
32							1				2	1											
33											1					1					x		
34											1	1	1	1	1								
35							1				1					3	3				x		
36	1+	1-	1		1						4				3	2					x		
37							1				1	1		1	1						x		
38			2		2						3	2		1	2	3							
39			2	1							2	2				3	2				x		
40	1-		1								1				1						x		
41			4	2							5	2	1	2	4	1					x		
42							1				3	3			1	4					x		
43			2				1														x		
44							1	1				4											
45											1												IX
46											2	2		1	2								
47											2	1				1					x		
48	2+	1-	3								1			2	2						x	x	
49							1				3	5				3	4				x		
50				1							4	1											

STELLINGEN

I

Historisch gezien is de klinische psychologie een bepaalde methode van individuele mensbenadering. Persoonlijk lijkt het ons gewenst — en ook haar ontwikkeling in Nederland pleit hiervoor — het arbeidsveld van de klinische psychologie te beperken en wel in die zin, dat zij in dienst gesteld wordt van de klinische geneeskunde, in het bijzonder van de klinische psychiatrie en de klinische psychosomatiek.

II

Op grond van de voorafgaande stelling lijkt het aangewezen, dat de klinische psychologie principieel op basis van samenwerking met de *medicus* worde uitgeoefend. Als haar object zien wij namelijk de in zijn psychisch of meer in het bijzonder psychosomatisch evenwicht gestoorde mens, die naast medisch onderzoek in de meest ruime zin des woords tevens specieel-psychologische analyse behoeft.

III

Medische psychologie is een biologisch, karakterologisch en diepte-psychologisch georiënteerde persoonlijkheidspsychologie, ontstaan in en door de geneeskunde.

IV

De gespannen levenshouding van lijdens aan essentiële hypertensie is te kenschetsen met de conflictformule: protestvolle onderschikking.

V

Op grond van psychologische en karakterologische gegevens met betrekking tot lijdens aan essentiële hypertensie is het aannemelijk, dat bij haar ontstaan een specifieke betekenis is toe te kennen aan het *samen-treffen* van het sanguinisch-expansieve temperament met een vroegtijdig ontstane, chronische, niet diep verdrongen aggressiedrang.

VI

Voor het begrijpen van de intrapsychische verhoudingen bij lijdens aan essentiële hypertensie opent de Individual-psychologie van Adler belangrijke perspectieven.

VII

Een meer gedetailleerde afstemming van de endocrinologie op de psychologie houdt de mogelijkheid in om een fijner inzicht te krijgen in de stoffelijke conditionaliteit en de stoffelijke karakteristiek van het psychische.

VIII

De non-directieve psychotherapie houdt te weinig rekening met het directieve moment, dat in het zwijgend luisteren van de counselor gelegen is. De werking, die het zwijgen van de psychotherapeut op de patiënt in de analytische situatie uitoeft, werd reeds in 1927 door Reik ontleed (Th. Reik : Die psychologische Bedeutung des Schweigens, in : *Wie man Psychologie wird*. Leipzig-Wien-Zürich, 1927).

IX

Positioneel en reflexief bewustzijn zijn nader te typeren als respectievelijk deelnemend en stellingnemend bewustzijn.

X

Het gapen impliceert een wijziging in de normale verhouding van de mens tot zijn lichaam en een momentane breuk in zijn intentioneel verweekeld-zijn.

XI

De opvatting van Zutt, dat het „gapen uit verveling” een echte uitdrukingsbeweging is, is aanvechtbaar. Voorts heeft hij te weinig oog voor de verschillen, die er bestaan tussen het gapen enerzijds en het lachen en huilen anderzijds (J. Zutt : Über das Lachen, das Weinen und das Gähnen. *Allgem. Ztsch. f. Psychiatr. u. ihre Grenzgebiete*, 110, 1939, 224—231).

XII

Voor de beoordeling van de prognose van de psychasthenie zijn de uitkomsten van de Warteggtest en de Sander-Bergertest van betekenis.

XIII

De mogelijkheid om het participeren van de vegetatieve lichamelijkeheid aan de zin van het psychisch-geestelijke leven van de mens-in-situatie langs empirische weg te benaderen, werpt licht op de fundamentele eenheid van zijn vegetatief, sensitief en rationeel-volitief leven (cfr S. Strasser : Le point de départ en psychologie métaphysique. *Rev. Philos. de Louvain*, 48, 1950, 220—238).

