

De Medische Psychologie te Rotterdam: twintig jaar later

Rede

uitgesproken ter gelegenheid
van zijn afscheid als
Hoogleraar in de Medische Psychologie
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

op
23 oktober 1992

door
Prof. Dr. F. Verhage

*Mijnheer de Rector Magnificus,
Geachte toehoorders,*

Op 1 oktober 1972 werd ik benoemd tot hoogleraar in de Medische Psychologie¹ aan deze Universiteit. Nu, twintig jaar later, wil ik met deze rede afscheid van die functie nemen. Afscheid nemen roept droeve gevoelens op. Die zijn er ook wel, maar droefheid is bij mij toch allerm minst het overheersende gevoel. In tegendeel, ik kijk met heel veel plezier terug op de arbeid die ik de afgelopen twintig jaar aan de Erasmus Universiteit van Rotterdam heb mogen verrichten.

Over die arbeid en de achtergronden ervan wil ik U iets vertellen. Vanwege de tijd beperk ik me tot het wetenschappelijke werk² en ook daarvan kan slechts een deel in vogelvlucht passeren.

De positie van de psychologie binnen de verscheidenheid van de medische disciplines is heel bescheiden. Men kan dat onterecht vinden, want geen weldenkend mens zal de invloed van de psyche op medisch basale verschijnselen als pijn en angst geringschatten. Maar die beperkte rol is wèl een werkelijkheid. Of, zoals een bestuurder bij de voorbespreking voor mijn aanstelling opmerkte: "Psychologie, dat lijkt me heel interessant..., maar kun je er eigenlijk ook iets mee?..."

Die opmerking kon ook slaan op mijn geestesgesteldheid toen ik met de psychologiestudie begon. Het leek mij heel interessant, maar of ik er ooit iets mee zou kunnen, wist ik niet. Bij de start van die studie, trof ik een opleiding, die gedurende de laatste wereldoorlog pas op de plaats had gemaakt en net als vóór de oorlog nog zeer Duits en zeer theoretisch georiënteerd was. Pas halverwege mijn opleiding kwam daarin een ingrijpende verandering. Steeds meer drong de ontwikkeling door die de psychologie in Amerika had doorgemaakt en werd een nieuw opleidingskader gevormd. Dat heeft betekend, dat er halverwege mijn universitaire vorming een nieuw elan in de opleiding ontstond.

Met de man, die voor dat nieuwe elan zorgde - Jan Sniijders - heb ik vele jaren mogen samenwerken onder anderen aan de constructie van de GIT, de Groninger Intelligentie Test. Collega's die hem ook hebben meegemaakt en mij nu in mijn dagelijkse werk zien, wijzen mij er dikwijls op hoeveel ik van hem heb overgenomen. Gezien mijn bewondering voor hem mag dat geen wonder heten.

In mijn herinnering hang ik dat nieuwe elan in de opleiding aan een aantal ervaringen op. Over twee ervan wil ik vertellen, omdat ze zo'n grote invloed hebben gehad op mijn verdere ontwikkeling³. De eerste ligt op het terrein van de onderzoekstechnologie, de tweede betreft de psychoanalyse.

De eerste ervaring trad op tijdens een college over de

factoranalyse. Ik wist wat een correlatiecoëfficiënt was, hoe je verschillende soorten kon berekenen en waar ze voor dienden. Maar dat alles viel in het niet bij wat je met een factoranalyse kon. Niet alleen was het nu mogelijk een groot aantal, op het eerste gezicht niet duidelijke onderzoeksuitkomsten te ordenen, maar vooral ook kon je consequent doorredeneren ook al ging het jouw voorstellingsvermogen te boven. Een veel-dimensionele structuur bijvoorbeeld, zoals toepasbaar in een intelligentietest, laat zich niet voorstellen, maar wel construeren. Het verder kunnen denken dan het eigen voorstellingsvermogen vond ik iets fantastisch. Ik was er zo enthousiast over, dat ik een factoranalyse ben gaan uitvoeren met behulp van een eenvoudige tafelrekenmachine. (Computers waren toen in Nederland nog in een experimentele fase.) Ben Kouwer had een soort rekenkookboek ontworpen en aan de hand daarvan rekende ik enkele weken en maakte ik tientallen grafieken om via rotaties naar een betere oplossing voor de data te zoeken. De strategieën om onderzoeksmateriaal te bewerken zijn in de loop van de jaren revolutionair verbeterd en hebben het psychologisch onderzoek met een grote sprong vooruit geholpen. Het onderzoek op de afdeling is daarzonder niet meer denkbaar.

De andere verrassende ervaring, die op het terrein van de psychoanalyse ligt, is veel moeilijker te vertellen. Wie, zoals ik, meent dat hij zowel voor zijn persoonlijke leven als voor zijn wetenschappelijk vorming veel aan de psychoanalyse te danken heeft en daarvan blijk geeft in een gesprek met beoefenaren van de

wetenschap, ontmoet dikwijls een reactie van ongeloof. De naam Freud heeft bij veel beoefenaren van wetenschap een weinig deugdelijke klank.

Ik moet nu proberen om die barrière te overwinnen, want de invloed van Freud is onmiskenbaar in de manier waarop ik leiding heb gegeven aan het wetenschappelijke werk van de afdeling.

Mijn eerste intensieve contact met de psychoanalyse⁴ vond plaats in de tweede helft van mijn universitaire opleiding tijdens een stage klinische psychologie op de afdeling van Pieter Boeke. Tot het vele dat ik daar leerde behoort in ieder geval het toepassen van dieptepsychologische gezichtspunten in het klinische werk. Die bodem was gelegd, toen de tweede bijzondere ervaring, waarover ik sprak, optrad. Dat was tijdens het college over het psychologische afweerbegrip. Door dat concept werd voor mij onbegrijpelijk gedrag plotseling begrijpelijk. Ik laat dat onderwerp op dit moment rusten, omdat ik straks op het afweerbegrip uitvoerig terugkom.

Wat ik meemaakte tijdens die stage klinische psychologie heb ik ook nog op een andere manier benut. Samen met mijn latere ervaring op een scheepswerf gaf het mij een idee voor een afdeling, zoals ik die graag zou willen hebben: dat moest een werkplaats voor wetenschap worden. Een werkplaats waar meer en minder ervarenen zich met wetenschappelijk onderzoek zouden bezighouden, onderzoekproblemen konden bespreken, ervaringen

uitwisselen en overleggen. Een werkplaats waar als maatstaf voor het werk niet de geconsumeerde tijd zou gelden, maar de kwaliteit van de geleverde arbeid. Het heeft mij veel voldoening gegeven dat dat idee in verschillende opzichten kon worden gerealiseerd.

Om de betekenis die de psychoanalyse voor mij heeft te verduidelijken, maak ik een onderscheid tussen wetenschappelijk speurwerk en het wereldkundig maken van de resultaten van dat speurwerk. Speurwerk, voor mij: het eigenlijke wetenschappelijke werk, is gericht op het willen weten, op het scheppen van kennis. Het verkondigen van inzicht vraagt een geheel andere instelling. Dat vereist helderheid en eenvoud van denkbeelden en vooral: een juist gevoel voor wat er bij de toehoorders leeft. Wil men een breder publiek bereiken, dan dient men zich in te stellen op dat wat er onder dat brede publiek leeft⁵. Een dergelijke aanpassing kan heel gauw ten koste gaan van een correcte weergave van dat inzicht. Voor de medische psychologie levert dat verkondigen voor een breed publiek een extra probleem op. Mensen zijn namelijk in het algemeen niet alleen geïnteresseerd in een psychologisch inzicht - het gaat immers veelal om zelfinzicht -, maar zij zijn daarin ook kwetsbaar. Ik bedoel daarmee dat mensen zich heel snel iets aantrekken en dan door die betrokkenheid het inzicht vertekenen⁶.

Deze opmerking over het wereldkundig maken van wetenschappelijk inzicht heeft vooral tot doel een eerste aanval op de barrière tegenover de psychoanalyse te openen. Ik denk namelijk

dat in verreweg de meeste gevallen de denkbeelden die aan Freud worden toegeschreven - ook door u - ontleend zijn aan verkondigingen voor een breed publiek. Zelden zijn die echter correct.

Naast het feit dat Freuds denkbeelden een speelbal werden in de publieke opinie, soms pro soms contra een bepaalde opvatting, moet gesteld worden, dat het ook niet eenvoudig is om een correct beeld van die inzichten te verwerven. Freud corrigeerde zijn interpretaties namelijk steeds, wanneer hij nieuwe observaties deed. Wil men de denkbeelden dus goed begrijpen, dan dient men de ontwikkeling ervan te bestuderen. Als illustratie neem ik het begrip onbewust. Straks, wanneer ik over het werk van de afdeling kom te spreken, zal ik dat begrip gebruiken.

Eén van Freuds ontdekkingen was de dynamiek van onbewuste processen. Gaat men nu af op wat hij daarover schreef ten tijde van de ontdekking ervan, o.a. in zijn Traumdeutung, dan treft men een relatief eenvoudig concept aan met een begrippenkader dat ontleend is aan de fysiologie. De onbewuste dynamiek bestaat uit wensen, die op basis van driftmatige behoeften zijn gevormd door de ervaring met bevredigingen en frustraties. Dit streven volgt het lustprincipe en vermijdt dus de onlusten die door de werkelijkheid worden aangebracht.

Volgt men nu de ontwikkeling van Freuds denkbeelden, dan komen daar verschillende correcties en aanvullingen bij. Bijvoorbeeld in Jenseits des Lustprinzips komt er de onbewuste herhalingsdwang

bij: het verschijnsel dat mensen in hun doen en laten steeds weer terugkomen op een pijnlijke ervaring ten behoeve van de verwerking ervan. (Een verschijnsel dat in onze tijd met zijn vele oorlogstrauma's niet onbekend is.) Zo gaat het verder tot de laatste aanvulling, in Abriss der Psychoanalyse, waarin Freud stelt dat er hogere mentale functies zijn die bij onbewuste processen een regulerende functie uitoefenen.

Vrijwel alle denkbeelden ondergaan dergelijke ontwikkelingen, wat het verkondigen van die denkbeelden aan een breed publiek niet eenvoudig maakt en, zoals gezegd, dit gebeurt dan ook zelden correct.

Ik kom nu toe aan het antwoord op de vraag wat de psychoanalyse voor mijn wetenschappelijke instelling betekent. Welnu, voor mij heeft Freud een psychologische theorie ontwikkeld, waarmee het menselijk gedrag kan worden verklaard. Een theorie die ik van essentieel belang acht voor het werk van de medische psycholoog. Een theorie, die niet berust op persoonlijke opvattingen, overtuigingen of op een traditie, maar waarvan de waarde bepaald wordt door de bijdrage die wordt geleverd aan de voortgang van onze kennis⁷.

Weten vat ik op als het hebben van veronderstellingen, die overeenstemmen met de werkelijkheid. In het bepalen van die overeenstemming, het toetsen van de veronderstelling aan de werkelijkheid, ligt de dagelijkse arbeid van de wetenschappelijke

onderzoeker.

De kunst in de psychologie is niet een nieuw idee te opperen of zelfs een nieuwe theorie op te stellen. Eigenlijk is dat maar een kleine moeite. Moeilijker is het om een vorm te vinden, waarin veronderstellingen kunnen worden getoetst om daarmee de waarde van een theorie vast te stellen.

Hoe bepaalt men de waarde van een theorie? Dat doet men op dezelfde manier als men de smaak van pudding vast stelt, namelijk: door ervan te eten. Welnu, ik wil vier manieren bespreken waarop de psychoanalytische theorie in ons werk gebruikt wordt. Daarmee denk ik ook de beloofde indruk van ons werk te geven.

De eerste manier ligt voor de hand. Men kan veronderstellingen uit de theorie in een experimentele opzet toetsen. Ook voor de hand liggend is de keuze voor het object van onderzoek. De kern van Freuds theorie is immers de dynamiek van het onbewuste. Ik zal U dus iets vertellen over de experimentele benadering daarvan.

Deze manier van wetenschappelijk werk is de meest strikte, maar kent tegelijkertijd ook een aantal beperkingen. Gelukkig is het niet de enige weg. Een toepassing is er ook, wanneer men zich van een theorie bedient, omdat er geen betere⁸ is. Ik wil dat demonstreren door Freuds uitwerking van de dynamiek van het onbewuste toe te passen op onderzoeksuitkomsten die we in eerste instantie niet in een begrijpelijk kader konden plaatsen. De derde mogelijkheid is de oorspronkelijke theorie te corrigeren op grond van de door de empirie geleverde uitkomsten. Dan kom ik op het reeds

aangekondigde onderzoek naar de afweer. Tot slot als vierde mogelijkheid kan men een ontbrekend deel van de theorie aanvatten in de hoop op dat terrein voortgang te maken. Ik wil die mogelijkheid bespreken door iets te vertellen over het psychofysiologisch onderzoek. Maar nu eerst het experimentele onderzoek.

Freud ontdekte dat er psychologische processen zijn, waarvan we ons niet bewust zijn. Hij noemde deze: onbewuste processen. Deze processen beïnvloeden de bewuste processen.

De veronderstellingen zijn tweërlei: in de eerste plaats is er de vraag: bestaan er processen, waarvan de mens zich niet bewust is? En in de tweede plaats, zo die er zijn, gaat daarvan dan een invloed uit op het bewuste leven?

Ongeveer zestien jaar geleden waren op de afdeling deze vragen aanleiding tot de opzet van een reeks experimenten. Ik wil één experiment beschrijven. Daaruit kunt U gemakkelijk begrijpen, hoe de reeks in het verleden verliep en hoe deze wordt voortgezet. Eigenlijk moet ik zeggen dat ik U over die experimenten mag vertellen, want het werk is van anderen. Een aantal onderzoekers o.a. Benno Bonke, Saskia Boeke, Marko Jelcic en Annet Bonebakker werkten in de loop van de jaren aan dit onderwerp. Het onderzoek is indertijd opgezet in de Leidse Heelkundige kliniek waar het toenmalig hoofd, Professor Zwaveling, de gelegenheid schiep om het uit te voeren.

De aanname bij de experimentenreeks is, dat een mens tijdens een operatie onder algehele verdoving buiten bewustzijn is. Bij de huidige technieken waarover de anesthesist beschikt is dat een acceptabele aanname. Tijdens de operaties - vanzelfsprekend met toestemming van de patiënt en de Medisch Ethische Commissies - voltrekt zich het volgende onderzoeksprotocol: de patiënt krijgt een oortelefoon die verbonden is met een cassetterecorder. Via die oortelefoon wordt geluid aan de patiënt toegediend, waarbij gekozen wordt tussen twee bandjes volgens een gecodeerde random procedure. Eén bandje bevat een zogenaamd neutraal geluid (bijvoorbeeld het ruisen van de zee) en één bandje de experimentele conditie. Ik zal nu allerlei details achterwege laten - die zijn elders na te lezen⁹ - en beperk me tot de voor ons doel noodzakelijke gegevens. Na de eerste huidinsnijding door de chirurg, wordt aan de patiënt gedurende vijf minuten neutraal geluid toegediend, daarna wordt voor de controlegroep dit geluid voortgezet, terwijl er voor de experimentele groep vijftien minuten een geluidsband gekozen wordt met de experimentele conditie. In het onderhavige experiment is dat een band waarop dertig keer een 4-tal woorden wordt gesproken. Die woorden zijn bepaald na zorgvuldig vooronderzoek betreffende frequentie onder normale omstandigheden. Het betreft de woorden: geel, banaan, groen en peer. Voorafgaande aan de reeks met woorden wordt de instructie gegeven: "let U goed op ..." en daarna volgen dus de 4 woorden dertig maal herhaald.

Na de operatie, wanneer de patiënt goed aanspreekbaar is, worden

enkele vragen aan hem of haar gesteld. Eerst wordt gevraagd of de patiënt zich iets herinnerd van de afgelopen operatie. Dat is zonder uitzondering niet het geval. Dan wordt gevraagd: wilt U eens de eerste drie groentes noemen die u te binnen schieten? Deze vraag dient als een soort controle vraag. Vervolgens worden de experimentele vragen gesteld: wilt U mij de eerste drie kleuren noemen die u te binnen schieten en de eerste drie vruchten? Volgens een bepaalde berekening kan nu worden nagegaan of de experimentele groep vaker de tijdens de operatie ingeprinte kleuren en vruchten noemt dan de controlegroep. In het onderhavige experiment bleek dat inderdaad het geval en wel zodanig dat de uitkomst niet aan een toeval kon worden toegeschreven.

Wat betekent nu dit resultaat? In ieder geval is het een bevestiging van de veronderstelling dat mensen buiten bewustzijn informatie tot zich laten doordringen. Anders gezegd er vinden psychische processen plaats, waarvan we ons niet bewust zijn en waarbij iets in het zogenaamde impliciete geheugen wordt opgenomen en dat later wordt gereproduceerd zonder dat we daarvan een besef hebben. Er kan dus een invloed uitgeoefend worden op het bewuste gedrag door niet bewuste processen.

Het is duidelijk dat we met deze proeven nog maar aan het begin staan van een inzicht. We moeten echter ook weer niet te bescheiden zijn, want als het mogelijk is mensen buiten hun bewustzijn om een geheugen te laten vormen, dan is een logische volgende stap ze buiten het bewustzijn om iets te leren.

Als tweede toepassing noemde ik die waarbij een theorie wordt gebruikt bij gebrek aan een betere.

In de zeventiger jaren trof men in de medische literatuur steeds vaker het begrip "kwaliteit van leven" aan. Jaarlijks stijgt daarover het aantal publikaties. Dat toenemende gebruik van het begrip wordt in verband gebracht met de toename van de technische mogelijkheden om het leven te verlengen en de pijn te bestrijden. Deze beide doelstellingen geraken daardoor steeds meer op de achtergrond ten gunste van het doel met de medische ingreep de kwaliteit van het leven te verhogen.

Vraagstellingen daaromtrent lagen ten grondslag aan de aanstelling van Ruud Erdman op het Thoraxcentrum. In 1979 leverde dat een instrument¹⁰ op waarmee het welbevinden van hartpatiënten kon worden gemeten. Vrijwel van het begin af aan is de afdeling dus bij deze problematiek betrokken geweest en ook nu worden in verschillende projecten vraagstellingen op dat terrein onderzocht.

Een grote moeilijkheid met het begrip kwaliteit van leven¹¹ is, dat uit onderzoek steeds blijkt dat de medische indicaties, zoals haaruitval, misselijkheid, braakneigingen, bedlegerigheid en dergelijke veel minder gewicht lijken te hebben dan door de deskundigen wordt verondersteld. Steeds weer blijkt dat psychologische factoren zoals angsten en depressiviteit veel meer gewicht in de schaal leggen. Daarmee is een probleem ontstaan, dat omgezet in een vraag luidt: hoe kan het dat mensen in een beoordeling van hun eigen toestand bepaalde zaken - die de

objectieve beoordelaar van grote betekenis acht - feitelijk daarin niet of nauwelijks laten meewegen?

Ik wil twee voorbeelden geven. De eerste is uit een onderzoek van Petra Frets¹² bij 164 echtparen, die 2 à 3 jaar voor de onderzoeksdatum voor erfelijkheidsadvies op het genetisch centrum waren geweest om de kans te laten bepalen op een kind met een erfelijke aandoening. Zij onderzocht de beslissing over het al dan niet krijgen van kinderen die daarna was genomen. U en ik zouden verwachten dat bij deze mensen de hoogte van het genetisch risico een grote rol zou spelen. Geheel in tegenstelling tot die verwachting bleek dit bij de feitelijke beslissing niet zo'n belangrijke factor te zijn.

Een ander voorbeeld komt uit het onderzoek van Aad Tibben¹³. Hij onderzocht personen die op basis van genetisch onderzoek geïnformeerd waren over het al dan niet erfelijk aangedaan zijn door de op latere leeftijd optredende Chorea van Huntington. Opvallend in zijn onderzoek was, dat de gen-dragers - zij dus die vernamen dat zij de ernstige ziekte in de toekomst zullen krijgen - veel gunstiger reageerden dan verwacht, terwijl de personen die te horen kregen dat zij geen gen-drager waren daarentegen ongunstiger reageerden. Ik had, en u vermoedelijk ook, een precies omgekeerd effect verwacht. Hoe valt dat te begrijpen?

In dit geval kunnen we Freuds theorie over de onbewuste dynamiek te hulp roepen. Ook daarbij komen we verschijnselen tegen die tegen het alledaagse begrip ingaan. Zoals bij de student, die alles

mee lijkt te hebben om een goede student te zijn, maar die feitelijk zijn studie laat mislukken. Of aan de jonge moeder die alles heeft wat nodig is om een blijde, jonge moeder te zijn, maar er toch niet in slaagt plezier in de welgeschapen baby te hebben of aan het kind dat er alles voor zou willen doen, maar aan wie het maar niet lukt om 's nachts droog te blijven. Of om ook een nijpend medisch probleem te introduceren: de hartpatiënt die zich niet aan de voorschriften kan houden.

Freud heeft deze problematiek verduidelijkt door aan te nemen dat er naast de bewuste wil een onbewuste motivatie is, die sterker is dan de bewuste wil. Maar die, doordat hij onbewust is, niet wordt gekend, met als gevolg, dat de student ook niet snapt waarom hij zo lamelijk doet, de jonge moeder diep ongelukkig is omdat ze haar depressieve stemmingen niet begrijpt en het kind zich minderwaardig voelt omdat het niet kan waarvan anderen menen dat het het wel kan en de hartpatiënt zijn toevlucht moet nemen tot het roken op de wc.

Freud heeft er op gewezen, dat een oplossing mogelijk is als de onbewuste motivatie bewust gemaakt kan worden. Maar meestal gaat het om motieven, die we bewust niet willen weten. Bij de kindervens is dat niet zo moeilijk. Het komt wel vaker voor dat die wens alle andere argumenten doet vergeten. Bij de Chorea van Huntington, waar het vermoedelijk gaat om het bij de familie horen danwel uitgestoten worden, is dat moeilijker. Van belang is dat hier niet, want het gaat er nu slechts om te demonstreren, hoe we de theorie van de onbewuste motivatie gebruiken om onbegrijpelijk

gedrag te verklaren. Die theorie kan worden gehandhaafd, zolang er geen betere is. Ik denk zélf dat die er ook niet komt, maar nu spreek ik misschien een beetje voor mijn beurt. U moet maar denken: "laat hem maar..." Het is immers mijn laatste beurt!

De derde manier om met een theorie om te gaan is die waarbij men de theorie niet handhaaft, maar corrigeert om het waardevolle ervan toch te behouden. Dit is het geval bij de theorie van de afweer: de tweede bijzondere 'Aha-Erlebnis' uit mijn universitaire opleiding. Freud kwam bij de behandeling van zijn patiënten tegen dat deze zich bepaalde ervaringen niet konden herinneren of eigenlijk: alles in het werk stelden om die herinnering niet te laten opkomen. Hij nam een afweermechanisme¹⁴ aan om dat te verklaren: de verdringing.

Hoe dat precies zou moeten gaan is tot op heden niet duidelijk geworden. Voor de psychoanalyse is de vraag ook van minder betekenis geworden dan deze voor Freud was, omdat de meer functioneel psychologische problematiek (hoe kan het nu dat mensen zich soms dingen wèl en soms niet kunnen herinneren?) is verschoven naar de meer klinische gedragsbeschrijvingen. Afweer treft men namelijk niet alleen aan als een tegenwerking tegen de herinnering (verdringing dus), maar ook als een tegenwerking tegen allerlei andere functies. Niet alleen het niet herinneren, maar ook het niet waarnemen, het niet weten, het niet denken etcetera. Daarmee is het concept niet alleen breder geworden maar ook voor het praktische werk van meer belang. Een klinische illustratie

ontleen ik aan Erdmans artikel¹⁵ over harttransplantaties. De casus die hij beschrijft betreft een twaalfjarige jongen die tijdens een wintersportvakantie een ernstige aandoening van de hartspier krijgt. Zodanig, dat het hart niet goed meer functioneert. De afweer bij de moeder is, dat zij de alarmerende signalen die bij de ziekte horen niet waarneemt. De vader zag de verschijnselen wel en was gelukkig zo doortastend om met de jongen naar de huisarts en vervolgens naar de cardioloog te gaan. Het is inmiddels driekwart jaar later, wanneer de jongen op een lijst geplaatst wordt voor een harttransplantatie, als de moeder de afweer niet langer kan handhaven en met een schok ontdekt hoe ziek haar zoon is en hoe hevig ze heeft geloochend.

Wanneer we nu van doen zouden hebben met een liefdeloze moeder zou dit verhaal geen commentaar behoeven. Maar het betreft een heel gewone moeder uit een heel gewoon gezin, die zich achteraf heel erg veel zelfverwijten maakt. In de hulp die zij zoekt was het niet moeilijk om de afweer duidelijk te maken. Zij kon heel helder vertellen hoe vreselijk angstig ze altijd al geweest was dat haar enige zoon iets ernstigs zou overkomen. De gedachte daaraan kon ze niet verdragen en toen dat toch gebeurde is ze, zoals ze dat zelf noemde: "in een roes gaan leven, waarin geen plaats was voor nare gevoelens".

Van veel betekenis in de geneeskunde is afweer, wanneer men bedenkt dat de emotie daar vrijwel altijd angst is. Voor

practizerende artsen is dus het waarnemen van afweer van angst van wezenlijk belang. Ik wil dat verduidelijken o.a. met behulp van een onderzoeksresultaat dat Saskia Boeke¹⁶ verkreeg in een onderzoek naar angst voor de operaties. De angst werd door haar gemeten vlak voor de operatie en drie dagen erna. En wat bleek?... Dat in een onderzoeksgroep van 118 patiënten er 39 zijn, dus 30%, die na de operatie even angstig of zelfs angstiger zijn dan vóór de operatie, terwijl daarvoor medisch gesproken geen enkele aanleiding was. Momenteel onderzoekt zij of deze groep patiënten op grond van preoperatieve kenmerken is te identificeren. Op basis van de gegevens waarover ik beschik, veronderstel ik, dat het gaat om patiënten die hun angst voor de operatie afweren met behulp van een bagatelliserende flinkheid. Eén van hen zei: "Die operatie ? ... och wat ... dat is immers niet meer dan een fluitje van een cent". Na de operatie blijkt één en ander natuurlijk heel wat ingrijpender te zijn geweest dan was verwacht en kon de flinkheidsafweer niet worden volgehouden, met als gevolg daarvan - en daar gaat het hier om - een significant langere opnameduur vanwege een moeilijkere behandelbaarheid.

Nog schadelijker is de afweer, wanneer het de patiënt verhindert eigen ziektesignalen waar te nemen zoals door Wim Trijsburg is beschreven in een studie, waarin hij de mate onderzocht, waarin patiënten in de drie maanden voorafgaande aan een acuut hartinfarct negatieve gevoelens, zoals angsten, afweerden. Hij kon dat doen door de partners van de patiënten bij het onderzoek te betrekken.

De uitkomsten toonden aan hoe de patiënten door afweer signalen van de eigen ziekte niet registreerden (met als gevolg een schadelijk uitstel bij het inroepen van hulp), een uitkomst die bevestigd kon worden in een onderzoek¹⁷ bij gezonde proefpersonen, waarin een relatie tussen de mate van afweer van de emotionele conditie en de op de lange duur optredende lichamelijke klachten kon worden vastgesteld.

In het vignet, het onderzoek van Saskia Boeke en in dat van Wim Trijsburg is de uitwerking van de afweer schadelijk. Daarover moet ik twee opmerkingen maken. De eerste is dat Freud en veel psychoanalytici na hem afweer hebben opgevat als schadelijk. Tegenwoordig is die opvatting verlaten, door de grotere kennis van de ontwikkeling. Daaruit is duidelijk geworden, dat dezelfde vorm van afweer zowel ten voordele als ten nadele van een adequate aanpassing kan worden aangewend. Een tweede opmerking sluit hierbij aan: dezelfde afweer kan op de ene persoon een geheel andere uitwerking hebben dan op de andere. Ter verduidelijking hiervan het volgende: wanneer een vrouw bevallen is van een vóór de geboorte overleden kind, was vroeger de algemeen aanvaarde afweer: niet naar kijken; niet aan denken, zo gauw mogelijk vergeten. Uit onderzoek bleek echter, dat veel vrouwen het verlies beter konden verwerken als ze het overleden kind wel gezien en gevoeld hadden. Nu wordt dikwijls de fout gemaakt automatisch aan te nemen dat dit voor alle vrouwen onder alle omstandigheden zou gelden. Dat is niet zo. Voor sommigen is de "ouderwetse"

vorm adequater dan de nieuwerwetse, zoals Joke Hunfeld in haar onderzoek registreerde.

Voor een beleid is dat natuurlijk vervelend, want daardoor zijn standaardprocedures dikwijls niet goed door te voeren. Iets dat bevestigd werd in een aantal onderzoeken¹⁸. Zo vond Lisbeth Utens, bij de voorlichting aan patiënten voor een hartoperatie, dat een niet onaanzienlijk deel van de patiënten angstiger werd door een voorlichting, die er juist op gericht was hen minder angstig te maken. Monica Uniken Venema vond bij hartrevalidatieprogramma's dat een niet onaanzienlijk deel van de patiënten bij het standaard revalidatieprogramma er lichamelijk op achteruit ging. Hannie Schut constateerde bij een bepaald trainingsprogramma voor suikerpatiënten dat er weliswaar een positief effect werd bereikt bij oudere patiënten, maar dat dezelfde training op jongeren een negatief effect had. Jan Out verkreeg bij de vraag naar het al dan niet electief inleiden van de baring bij zwangere vrouwen een uitkomst die een op de persoon gerichte benadering aanbeveelt, terwijl Moniek Zoetewij bij de thuisbehandeling van kinderen met suikerziekte vond, dat de behandelvorm er minder toe doet dan degen die de behandeling uitvoert.

Mensen hebben nu eenmaal in hun leven verschillend geleerd om moeilijkheden, dus ook ziektes, het hoofd te bieden en zich tegen dat gevaar te beschermen.

Ik kom nu toe aan de laatst te bespreken manier om met een theorie om te gaan, die waarbij tegen de strekking ervan wordt ingegaan. Freud heeft een psychologische theorie ontwikkeld, maar hij heeft aanvankelijk gedacht aan een biologische verklaring van gedrag. Van die benadering heeft hij zich steeds verder verwijderd, en zich meer toegelegd op een psychologische verklaring. Wat ik in deze vierde toepassing wil doen, is terugkeren naar de biologische verklaring van het gedrag.

Terzijde wil ik opmerken, dat Freud¹⁹ zijn ideeën over de biologische verklaring van gedrag wèl op schrift heeft gesteld, maar het boek nooit heeft willen uitgeven. Enkele leerlingen meenden er goed aan te doen om dat wel te doen, wellicht bij wijze van curiositeit. Nu, dat hebben ze dan ondertussen wel geweten, want een groot deel van de wetenschappelijke kritiek is gericht tegen dit postuum uitgegeven boek.

Terug naar de biologische verklaring van gedrag. Voor de Medische Psychologie is het reëel er vanuit te gaan, dat het gedrag soms het beste psychologisch kan worden verklaard, soms biologisch. Nu is het een menselijk trekje om, daar waar dat maar mogelijk is, een strijd aan te gaan. Die vinden we dus ook tussen de beoefenaren van de psychologie en die van de biologie. Onverhuld spreekt een prominent lid²⁰ van onze universitaire gemeenschap zich in het begin van dit jaar uit in een kranteninterview. Hij zegt: "Mij lijkt het fantastisch om neurologische en psychiatrische aandoeningen eindelijk eens te

kunnen begrijpen vanuit een moleculaire basis en op te houden met Freud en de gevolgen van duimzuigen en masturbatie. Ik hoop dat we daar nog eens van verlost mogen worden".

U zult begrijpen dat ik dat niet hoop, maar belangrijker dan dat is het realiseren van waar we het over hebben: Het gaat niet om een biologische verklaring van gedrag tegenover psychologische, maar om de werkelijkheid dat soma en psyche op elkaar inwerken en dat raadsel is nog steeds niet opgelost.

Op onze afdeling wordt dan ook zowel gezocht naar psychologische als naar biologische verklaringen van het menselijk gedrag.

Globaal vallen de verschijnselen van angst en angstafweer de psychologie toe, terwijl pijn benaderd wordt vanuit een biologisch gezichtspunt. Maar er zijn vele dwarsverbanden. Zo vond Passchier²¹ een duidelijke relatie tussen psychologische afweer en biologisch verklaarde pijn.

Wat betreft pijn heeft in het verleden het onderzoek naar migraine nogal in de schijnwerpers gestaan, doordat - met een zekere trots mag ik dat vermelden - aan onze research (in samenwerking met de afdeling psychofysiologie van de VU en de afdeling epidemiologie en biostatistiek van de Erasmus Universiteit) tweemaal de jaarlijkse Sheila Morrison Award²² van de International Headache Society is toegekend.

Belangrijker voor het wetenschappelijk onderzoek dan deze lof is het probleem waarop we bij onze onderzoeken zijn gestoten.

Door ons wordt steeds meer getwijfeld aan de gebruikelijke

opvatting betreffende de parallelliteit tussen soma en psyche. Rechtgeaarde verkondigers van wetenschappelijk inzicht - zoals ik nu ben - vertellen nogal eens dat helaas op dit moment de resultaten van een omvangrijk onderzoek nog niet bekend zijn, maar dat uit dat onderzoek²³ zal blijken hoezeer zij het bij het rechte eind hebben. Ik zou in de verleiding komen dat nu ook te doen, want er loopt op de afdeling een groot onderzoek waarbij bij angstige patiënten de angst op verschillende manieren wordt gemeten, vanuit de veronderstelling dat er in ieder geval geen simpele parallele registratie is. Anders gezegd: fysiologisch gemeten angst valt niet samen met subjectief beleefde angst en deze beide registraties weer niet met observaties van de gezichtsexpressie. Maar de resultaten zijn nog niet beschikbaar. Van beperkter onderzoek is dat wel het geval. Zo registreerde Passchier²⁴ bij paniekpatiënten dat de subjectief gemeten angst wèl, maar de psychofysiologisch gemeten angst niet met de angst voor een bloedprik was geassocieerd. Dit betekent natuurlijk niet dat we verwachten terug te moeten gaan naar een scheiding tussen lichaam en psyche, maar wel dat het object bij verschillende metingen zich verschillend gedraagt.

Dames en heren, ik hoop hiermee een indruk gegeven te hebben van het werk dat werd verricht om bij te dragen aan een wetenschappelijke medische psychologie en ook van het vele werk dat nog moet worden gedaan. Als ik zou weten dat me dat gelukt is, zou ik me een gelukkig mens voelen.

Nu heb ik over geluk toch niet te klagen gehad. In de eerste plaats

ben ik in een gezin opgegroeid waarin mij door mijn ouders en mijn broers naast zorg veel ruimte werd gegeven om mijn eigen weg te vinden.... Ik heb voor mijn wetenschappelijke vorming geboft met een omschakeling halverwege mijn universitaire opleiding.... Ik trof het met mijn levenspartner, die een uitgesproken belangstelling voor wetenschappelijk werk heeft en gemakkelijk heeft kunnen meeleven en meegenieten met mijn werk. Ik heb een groot geluk gehad een benoeming te krijgen aan de Medische Faculteit te Rotterdam. Ik heb daar vrienden en collega's gevonden die mij de afgelopen jaren buitengewoon hebben gesteund. Elders werden kleine instituten in de grootscheepse bezuinigingsronden ernstig aangetast. In Rotterdam heeft men mijn afdeling ontzien. Ik ben daarvoor zeer erkentelijk.

Tot slot, U zult het gemerkt hebben, heb ik zeer veel geluk gehad met de medewerkers van de afdeling. In de eerste jaren trof ik het in de samenwerking met de grote ervaring en de vriendschap die mijn collega Jan Thiel inbracht, maar ook na diens vertrek is de afdeling doorgestaan met het leveren van voortreffelijke werk door alle medewerkers. Ik beschouw het als een groot voorrecht daar de werkplaats te hebben gevonden, waarvan ik inderdaad met grote tegenzin afscheid neem.

Daarmee heb ik gezegd wat ik graag gezegd wilde hebben.

Verwijzingen

1. Vermoedelijk was mijn benoeming de eerste in de Medische Psychologie in een Medische Faculteit in Nederland. Voorheen hebben er wel psychologen een hoogleraarsfunctie in de Medische Faculteit gehad, maar voor dat werkterrein werd de aanduiding Klinische Psychologie gebruikt. Bij Boeke in Groningen, die een benoeming zowel in de Medische als in de Sociale Faculteit had, werd het deel van de afdeling dat aan de Medische Faculteit was verbonden de afdeling Medische Psychologie genoemd.
De term komt vermoedelijk van Kretschmer die in 1922 de naam Medizijnische Psychologie aan één van zijn boeken had meegegeven. De naam is rondom mijn benoeming in Nederland weer opgedoken toen kort na elkaar tussen 1972 en 1978 een zestal benoelingen in de Medische Psychologie werd gerealiseerd.
2. De twee andere werkgebieden zijn onderwijs en patiëntenzorg. Het eerste ligt voor de hand, het tweede beschouw ik als de aantrekkelijke kant aan de benoeming in de Medische Faculteit. De toepassing van de inzichten in de praktijk staat daarin veel dichterbij het wetenschappelijk onderzoek dan bijvoorbeeld in de Sociale Faculteit. Met name het "wetenschappelijk droogzwemmen", wat ik aan iedere studie een bezwaar vind, is voor de psychologie extra bezwaarlijk. Overigens was het niet eenvoudig om het praktische werk via de gebruikelijke kanalen gehonoreerd te krijgen. Jarenlang is het dan ook zonder honorering verricht. De laatste jaren is het echter, door de medewerkers een subafdeling van de afdeling Psychiatrie te laten zijn, wel mogelijk het geleverde werk gewoon betaald te krijgen.
3. Voor de werkzaamheden ten behoeve van de afdeling heb ik natuurlijk veel kunnen ontleen aan het pionierswerk. Van belang is in dit verband de internist Groen, die reeds in de veertiger jaren geweest heeft op de betekenis van emotionele ervaringen op ziektes. De benadering zoals hij die voorstond werd aangeduid met de naam Psychosomatiek en de ziektes, waarbij de psychologische componenten een voorname rol speelden, werden wel psychosomatische ziektes genoemd (astma, maagzweer, eczeem, e.d.). De psychosomatiek had in vele Europese landen soms een grote aanhang. In Nederland is van een aparte groep psychosomatici op dit moment voor zover ik weet geen sprake meer. Dat betekent niet, dat hun gezichtspunten zijn verdwenen. Ik meen, dat ze tegenwoordig aangetroffen worden in iedere meer

geïntegreerde benadering van de patiënt. Daarnaast is de invloed van de eerste generatie klinische psychologen van veel betekenis geweest. Zij hebben ervoor gezorgd dat de psychologie in de geneeskunde geaccepteerd werd. Aanvankelijk vond dat alleen plaats binnen de psychiatrie, maar later ook daarbuiten. Omstreeks 1950 was er in Nederland een groep klinische psychologen, die zich duidelijk wilde profileren als praktiserende klinische psychologen. Voor zover ik weet bestond die groep toen uit: Boeke, Bonset, (J.J.) Dijkhuis, Grewel (die geen psycholoog maar arts was), (Jkvr.) van Lennep, van der Loo, van Ratingen en Vlek. Barendregt behoorde niet tot deze groep, maar moet toch ook wel genoemd worden als een van de eerste klinische psychologen.

4. Mijn feitelijke psychoanalytische vorming heeft in Amsterdam plaats gevonden bij de opleiding van de Nederlandse Vereniging Voor Psychoanalyse. Mijn opleidingsanalytica was Jeanne Lampl-de Groot. In een latere fase heb ik veel met haar samengewerkt o.a. in de bijeenkomsten, die wij organiseerden in haar buitenhuis in Wapenveld. Het waren reeksen bijeenkomsten waarin een casus met een specifieke problematiek (criminaliteit, somatische aandoening e.d.) werden bestudeerd door een zes- tot acht-tal collega's aan de hand van een bepaald werkschema.
5. In "Publieksmedia en Gezondheidszorg", Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde 1992 blz. 1309-1313 valt de (voor mij onheils-) boodschap te lezen: "Hoe groot die invloed (van de publieksmedia, F.V.) is, blijkt ook uit een recent Amerikaans onderzoek dat aantoonde, dat zelfs artikelen in een wetenschappelijk tijdschrift veel vaker worden geciteerd indien er ook in publieksmedia aandacht aan is besteed dan wanneer dat niet het geval is".
6. Een voorbeeld van deze vertekeningen treft men aan in de discussies die regelmatig oplaaen over de invloed van psychische factoren op het kankerproces. Daar ziet men dan de reeds verharde standpunten als "het is allemaal onzin" versus "het is allemaal eigen schuld, dikke bult", terwijl voor die standpunten geen enkele basis te vinden is in het wetenschappelijke onderzoek. Wat betreft het effect van psychologische interventies bij kankerprocessen heeft Wim Trijsburg, tezamen met Ferd van Knippenberg en Sjoukje Rijpma een overzicht gemaakt van het onderzoek dat op dit terrein is gepubliceerd. In dit overzicht onderwerpt hij die onderzoeken aan de gebruikelijke criteria voor deugdelijk onderzoek: controlegroep, aantallen proefpersonen, validiteit testmateriaal etc. Naast de constatering dat veel onderzoek ondeugdelijk is, is zijn conclusie dat er wellicht een invloed kan uitgaan van de

mentale instelling, maar dat het voorbarig is om nu al conclusies te trekken die niet gemakkelijk weerlegbaar zijn. Trijsburg R.W., van Knippenberg F.C.E. en Rijpma S.E., Effects of Psychological Treatment on Cancerpatients: a Critical Review. *Psychosomatic Medicine*, 54:489-517 (1992).

7. Freud leefde in een tijd waarin wetenschapsbeoefening nog het volste vertrouwen had in de menselijke mogelijkheden van waarnemen en denken. Research zoals wij dat tegenwoordig doen werd toen overbodig geacht. Dat blijkt uit een brief aan Rosenzweig. Wij zouden over het doen van betrouwbare observaties door mensen heel wat sceptischer zijn. In Shakow, D. en Rapaport, D.: *The influence of Freud on American Psychology*, International University Press, 1964, is de brief te vinden op blz. 129. Deze luidt: "My dear Sir, I have examined your experimental studies for the verification of the psychoanalytic assertions with interest. I cannot put much value on these confirmations because the wealth of reliable observations on which these assertions rest make them independent of experimental verifications. Still, it can do no harm. Sincerely yours, Freud".
8. Beter betekent hier: het verklaren van meer verschijnselen met evenveel aannames of evenveel verschijnselen met minder aannames.
9. Onder andere in M. Jelicic: *Unconscious auditory information-processing during general anaesthesia*. Academisch proefschrift 1992, EUR.
10. Erdman, R.A.M. en Duivenvoorden, H.J.: *Constructie van een welzijnsvragenlijst voor hartpatiënten*, *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 1979 blz. 271-285.
11. Onder andere in: Van Knippenberg, F.C.E., *De Kwaliteit van Leven bij Patiënten die Chirurgisch behandeld werden voor Slokdarmkanker*, Academisch Proefschrift, 1990, EUR.
12. Frets, P.G., Duivenvoorden, H.J., Niermeijer, M.F., van den Berghe, S.M.M., Verhage, F., Galjaard, H., *Factors influencing the reproductive decision after genetic counseling*. *American Journal of Medical Genetics*, 1990, blz. 496-502.
13. Tibben, A., Vegter-van der Vliet, M., Roos, R.A.C., van de Kamp, J.J.P., Frets, P.G. en Verhage, F. *Presymptomatische DNA-diagnostiek bij de Chorea van Huntington: reacties op de zekerheid niet-drager te zijn*. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 1990 blz. 701-704.

14. In ons onderzoek definiëren we afweer operationeel bijvoorbeeld door gebruik te maken van de DMI, een test die Passchier en ikzelf voor Nederland bewerkten en die het in verschillend onderzoek goed doet. Maar de operationalisatie lost het meer fundamentele probleem van de werking niet op.
Wat betreft Freuds concept is in Jerome L. Singers boek "Repression and Dissociation" University of Chicago Press, 1990, een hoofdstuk te vinden van Erdelyi die het afweerbegrip laat aansluiten bij het geheugenonderzoek van Ebbinghaus uit 1885 en dat van Ballard uit 1913. Het boek geeft daarnaast een aantal goede illustraties van de theoretische problematiek, maar het zou te ver voeren die ontwikkeling hier te volgen. Freud heeft overigens aan het afweerbegrip niet verschrikkelijk veel aandacht gegeven. Hij heeft veel o.a. aan zijn dochter Anna overgelaten om zijn "Anfänge weiter zu machen"
15. De casus is uitvoerig beschreven in "Psychologisch Inzicht en Psychologische Interventie in de Medische Situatie" een uitgave van het Bulletin voor de Klinische Praktijk van de Medische Psychologie, 28 januari 1988. Redactie: R.W. Trijsburg en F. Verhage.
16. Boeke, S., Duivenvoorden, H.J., Verhage, F. en Zwaveling, A., Verband tussen peri-operatieve angst en post-operatief herstel, Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde, 1990, Blz 483-486.
17. Trijsburg, R.W., Erdman, R.A.M., Duivenvoorden, H.J. en Verhage F., Denial and overcompensation in male patients with myocardial infarction.
Psychotherapie en psychosomatics, 1987. blz. 22-28 en Trijsburg, R.W., Bal, J.A., Parsowa, W.P., Erdman, R.A.M., Duivenvoorden, H.J., Prediction of physical indisposition with the help of a questionnaire for measuring denial and overcompensation. Psychotherapy and Psychosomatics, 1989, Blz. 193-202.
18. De hier genoemde onderzoeken betreffen de promoties van E.M.W.J. Utens: Voorlichting aan hartchirurgische patiënten (1989), M.M.A.T. Uniken Venema-van Uden: Hartrevalidatie (1990), Hannie Schut: Gezondheidsvoorlichting bij Diabetes Mellites (1990), J.J. Out en M.E. Vierhout (dubbelpromotie): De electieve inleiding van de baring (1983), M.W. Zoetewij: Home care in childhood diabetes (1992), allen proefschriften aan de Erasmus Universiteit van Rotterdam.
19. Project for scientific psychology, Standard Edition vol. 1 (1966).
20. H. Galjaard in de NRC/Handelsblad-bijlage: Wat de wetenschap niet weet van 30 januari 1992 blz.3.

21. Passchier, J., Goudswaard, P., Orlebeke, J.F. en Verhage, F.,
Migraine and defense mechanisms. Soc. Sci. Med. 1988, blz. 342-350.
22. In 1988 werd de prijs toegekend voor het artikel vernoemd in noot 21.
In 1991 werd de prijs verkregen voor: Passchier, J., Schouten, J., van
der Donk, J., Romunde, L.K.J. van, The association of frequent
headaches with personality and life-events. Headache, 1991, blz. 116-
121.
23. Het betreft hier een onderzoek onder de titel: Ontwikkeling van een
multi-methodisch meetinstrument voor het bepalen van angst in
bedreigende medische situaties.
24. Passchier, J., Verheij, R., Tulen, J.H.M., Timmerman, L.,
Peplinkhuizen, L. en Verhage, F., Positive associations between
anticipatory anxiety and needle-pain for subjective but not for
physiological measures of anxiety. Psychological Reports. 1992. Blz.
1059-1062.

