

NEGATIEVE OEFENING

In zijn bijdrage „Behandeling van astma door imitatie van de astmatische ademhaling” vraagt Dr. VAN DER HAL zich af, of deze vorm van behandeling reeds eerder is beschreven of toegepast. Voor astma zou ik het antwoord op deze vraag niet weten. Ze is echter aanleiding voor mij, op te merken dat ook in de behandeling van stotteren wel gewerkt wordt met opzettelijk stotteren (VAN RIPER 1963). Mits op het goede moment en op de juiste wijze toegepast, kan dit een meer blijvend resultaat geven dan verscheidene van suggestie gebruik makende middelen. Voor de algemene verklaring van de werking van „negatieve oefening” (die o.a. ook bij tics wordt gebruikt) kan men terecht bij SANTER-WESTRATE (1964).

Overigens zij hier reeds opgemerkt dat een tegenstelling tussen somatisch en psychisch wegvalt in een prikkel-antwoordtheorie. Van een ruimtelijk bestaand, tastbaar allergeen is niet het stoffelijk aspect het meest op de voorgrond tredende, maar de *betekenis* die het heeft voor het organisme, wanneer de aanraking tot stand komt. Een logeer-situatie, een kleur, een geur of welke andere subjectieve beleving ook, kan, wanneer ze enige keren tezamen is voorgekomen met de allergische reactie, op zichzelf ook de (geconditioneerde) antwoordreactie uitlokken. Er is geen subjectieve beleving die niet ook een stoffelijk aspect heeft. Aan de behoefte naar een neurofysiologische of biochemische verklaring kan nog niet altijd worden voldaan wegens het ontbreken van enige schakels in onze kennis.

Literatuur: HAL, I. VAN DER (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 767. — RIPER, C. VAN (1963) *Speech correction, principles and methods.* — SANTER-WESTRATE, H. C. (1964) *Gedragstherapie.* New York, Assen.

Utrecht, 23 april 1966

P. H. DAMSTÉ

BEHANDELING VAN ASTMA DOOR IMITATIE VAN DE ASTMATISCHE ADEMHALING

Op het eerste gezicht lijkt de nieuwe methode van collega VAN DER HAL (1966) een therapeutische aanwinst, en het zou ons niet verwonderen, als weldra vele astmatische kinderen in Nederland aan het piepen en hijgen worden gezet.

Wij kennen de door VAN DER HAL genoemde angstige kinderen en hun angstige ouders zeer goed. Angst ontstaat vooral, wanneer er geen distantie tot de ziekte is (VOORHORST-SMEENK 1963, 1966). Vele ouders zijn, evenals het kind, angstig tijdens een aanval, doch zij trachten in goede periodes het bestaan van de ziekte te vergeten. Zodoende wordt men door een nieuwe aanval telkens weer overvallen.

Het dagelijks imiteren van het astmatisch piepen lijkt daarom een vrij onschuldige methode om ook in de klachten-vrije tijd met de realiteit van het astma geconfronteerd te blijven. Het is denkbaar, dat ouders en kind zo enigszins aan het piepen gewend raken, zodat zij bij een nieuwe aanval niet meer zo geëmotioneerd worden als vroeger. Op deze wijze zou men een gunstig effect van de behandeling verwachten. Dat dit inderdaad ook het geval is, wordt echter niet door de tabel in het stuk van VAN DER HAL bewezen. Het is bekend, dat de meeste atopische kinderen bij het ouder worden ook spontaan minder klachten krijgen.

Wanneer men echter het kind en zijn ouders op astma gelijkende geluiden laat maken (door vernauwing van de bovenste luchtwegen) en men zegt tegen het kind, dat „de aanvallen, die jij zo nu en dan hebt zijn niets anders dan een verkeerd soort ademen”, misleidt men het dan niet door te verzwijgen, dat een echte astma-aanval toch anders is (vernauwing van de diepere luchtwegen)? Zo krijgt het

kind, dat tijdens een echte aanval werkelijk het piepen niet kan laten, min of meer de schuld van het „foute” ademen; het heeft toch geleerd, hoe het met het willekeurige piepen kon ophouden.

VAN DER HAL schijnt inderdaad te menen, dat het kind in zekere zin schuldig is aan de astma-aanval; hij zegt toch dat „een kleuter — de reactie van de omgeving op zijn astma-aanval bemerkend — om zijn zin te kunnen doordrijven, met astmatische verschijnselen reageert”. Men zou zich nu kunnen afvragen, waarom dergelijke kinderen dan niet gaan simuleren als de arts hun hiervoor de middelen verstrekt. Dat dit niet gebeurt, zoals VAN DER HAL heeft waargenomen, pleit toch wel voor de goede trouw van de meeste kinderen, doch ook tegen het uitgangspunt van VAN DER HAL.

Of het imiteren van astma ook bij een hyperreactieve bronchusboom altijd even onschuldig is, moeten wij overigens betwijfelen. Een tijdje geleden hoorden wij een bekentenis van een volwassen „genezen” astmapatiënt, die, als hij vroeger een moeilijk proefwerk niet wilde maken, op bovenbeschreven manier gemakkelijk een echte aanval kon opwekken. De angst voor het proefwerk was bij hem dus groter dan die voor het astma.

Het opvoedkundige principe, waarvan collega VAN DER HAL uitgaat, vinden wij niet juist. Zowel ouders als arts moeten de vertrouwensrelatie met het kind niet schenden door dergelijke zogenaamde leugentjes om bestwil. Vooral bij het oudere kind dreigt het gevaar, dat het ontdekt, dat de echte aanval verschilt van de imitatie. Wij zagen pas een kind van vier jaar, dat al wist aan te geven, dat het piepen niet bij de keel, doch in de buurt van de bovenbuik zat. Als de kinderen wel onvoorwaardelijk blijven geloven in de voorstelling, die de arts hun presenteert, geeft dit aanleiding tot foute observaties van de eigen lichaamsgewaarwordingen. Wij streven er juist naar, dat het kind leert de „meldingsgevoelens” vanuit zijn lichaam goed waar te nemen en te taxeren. Zo kan een opkomende aanval goed, dat wil zeggen, tijdig (medicamenteus) gecoupeerd worden, en kan het kind leren, zijn gedrag aan te passen bij de dreigende situatie.

Dit laatste moet het uitgangspunt zijn om opvoeders en kind er toe te brengen de situatie zakelijk te houden en te desemotionaliseren. Te zamen met een adequate therapie gelukt het ons in de meeste gevallen ook op deze wijze de angst het hoofd te bieden.

Ons inziens zou de „imitatie-therapie” alleen gebruikt mogen worden in een (therapeutische) spelsituatie, waarbij het kind weet, dat er een spelletje gespeeld wordt en dat dit piepen niet hetzelfde is als astma. Een nadere psychologische doordenking van wat men doet bij deze „imitatie-therapie” lijkt ons echter een eerste vereiste, vóórdat men deze zogenaamd onschuldige methode gaat toepassen.

Literatuur: HAL, I. VAN DER (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 767. — VOORHORST-SMEENK, F. (1963) *Pedagogische problemen bij kinderen met astma. Maandschr. Kindergeneesk.* **31**, 261; (1966) *Het astmatische kind en zijn opvoeders. Ned. T. Geneesk.* (in druk).

Leiden, 21 april 1966

F. VOORHORST-SMEENK
R. VOORHORST

Het is niet mijn bedoeling dat alle kinderen met astmatische verschijnselen moeten leren een astmatische ademhaling te imiteren.

Reeds het geringe aantal patiëntjes dat ik met deze therapie in 3 jaar behandelde, wijst daarop.

Alleen ingeval angsten van ouders of kind een belangrijke betekenis hebben, komt het kind, indien andere middelen

falen, voor de therapie in aanmerking. Dat angst bij astmatische kinderen vaak voorkomt blijkt wel uit het ingezonden stuk van collega VOORHORST.

Ik ben het met de inzenders eens dat het zeer moeilijk is de resultaten van een therapie bij astma goed te beoordelen, maar dat geldt voor elke therapie.

In mijn artikel spreek ik uitdrukkelijk van imitatie van de astmatische ademhaling. Dat dit iets anders is dan een echte astmatische ademhaling, is voor ieder zonder meer duidelijk.

Het achterwege laten van een college aan kinderen van 6-7 jaar over het verschil tussen beide ademhalingen kan naar mijn mening niet worden beschouwd als een misleiding van het kind. Ook het geven van een placebo kan toch moeilijk als een misleiding worden opgevat.

In mijn artikel schreef ik: „Wanneer een kleuter — de reactie van de omgeving op zijn astma-aanval bemerkend — om zijn zin te kunnen doordrijven, met astmatische verschijnselen reageert, ontstaan secundaire, somatische en pedagogische problemen.” Het is mij niet duidelijk hoe de inzenders uit deze zin kunnen concluderen dat ik meen dat het kind in zekere zin schuldig is aan de astma-aanval.

Met de inzenders ben ik het eens, dat een nadere psychologische doordenking van wat men met de imitatie-therapie doet een eerste vereiste is. Ik heb slechts verondersteld dat conditionering of reconditionering daarbij een invloed kan hebben.

Apeldoorn, 25 april 1966

I. VAN DER HAL

PASTEURELLA PSEUDOTUBERCULOSIS

In het caput selectum over „Buikpijn bij kinderen” spreekt DRUKKER (1966) op bl. 580 over gevallen van lymphadenitis mesenterialis veroorzaakt door *Pasteurella pseudotuberculosis*. Hierbij wordt vermeld, dat in Nederland twee gevallen zijn waargenomen (DANIELS en DANIELS-BOSMAN 1960). Hieruit zou men de indruk kunnen krijgen, dat deze ziekte in Nederland uitermate zelden voorkomt, te meer daar ook een uitspraak van de redactie van dit *Tijdschrift* wordt aangehaald, waarbij in 1962 gezegd wordt „dat het een zeldzame aandoening is”. Ter aanvulling diene het volgende.

Sinds 1962 heeft het Laboratorium voor Zoönosen van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid interesse getoond voor deze ziekte en haar verwekker, hetgeen in een toegenomen aantal inzendingen van verdachte monsters resulteerde. Zo werden tussen 1 januari 1962 en 31 december 1965 143 monsters, voornamelijk lymfeklieren, organen en faeces ter onderzoek op *P. pseudotuberculosis* ontvangen. Tweemaal gelukte het resp. uit een faeces- en een lymfekliermonster de kiem te isoleren. In dezelfde tijdsperiode werden 392 sera ter onderzoek op antistoffen ontvangen. Hierbij werden 55 maal titers van 1:160 en hoger gevonden. Ofschoon dus het bewijs, te weten het isoleren van de kiem, slechts zelden werd geleverd, hebben wij de indruk, dat de ziekte niet zo zelden voorkomt, gezien het aantal positieve sera. Indien op grond van de serologische uitslag om materiaal voor bacteriologisch onderzoek wordt gevraagd, blijkt meestal dat de geëxtripeerde lymfeklieren zich reeds in de formaline bevinden. Bovendien is het isoleren zelf niet eenvoudig, aangezien het aantal kiemen in een ontstoken lymfeklier uitermate klein schijnt te zijn.

In bijna 100 pct van de positieve gevallen betreft het kinderen tussen 5 en 15 jaar, waarbij jongens veruit in de meerderheid zijn. Bij navraag blijkt zeer vaak contact met „pets” (goudhamsters, caviae, konijnen) te hebben bestaan.

De dieren zijn meestal gestorven of weggedaan, hetgeen verder epidemiologisch onderzoek onmogelijk maakt. Dat *P. pseudotuberculosis* bij knaagdieren voorkomt, is bekend en kon ook door ons meermalen worden bevestigd.

Literatuur: DRUKKER, J. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 577.

Utrecht, 27 april 1966

E. H. KAMPELMACHER

NUTTIGER NOTITIE 40

Wanneer men onder het hoofdstuk „nuttige notitie” een discussie tussen twee specialisten publiceert, zoals die in dit *Tijdschrift* (1966) bl. 769 te lezen is, zal men ook bereid zijn hierop een kritische reactie te ontvangen, die wel des te sterker bij de lezer wordt opgewekt, omdat hier zulke dagelijks voorkomende en dus voor ieder zo invoelbare problemen van onze medische communicatie worden aangevoerd.

Niet het probleem „of het been er al dan niet af moet” komt hier primair aan de orde, nee, het gaat er om, welk contact tussen de behandelende medici in dit geval minimaal noodzakelijk was om tot een optimaal resultaat te komen voor de patiënt en derhalve vanzelfsprekend ook voor de familie.

Wij zien dat patiënt behandeld werd door: 1. de neuroloog, die hem al lang kende en ook met de familie reeds vroeger contact had gehad; 2. de internist; 3. de chirurg; 4. de huisarts.

Het overleg tussen 1 en 2 was goed. Tussen 2 en 3 begon het te haperen, daar de internist de medebehandeling door de neuroloog onbesproken liet, terwijl kennelijk geen van beiden eraan dacht, de wenselijkheid van een eventueel overleg met de familie samen te bespreken. Tussen 1 en 3 derailleerde de communicatie geheel, waarbij „de telefoon” m.i. een zeer ondergeschikte rol vervulde.

De neuroloog had reeds op eigen houtje zijn uitgesproken mening als representatief voor alle behandelende geneesheren aan de familie bekend gemaakt.

De hiermee onbekende chirurg nam goedbedoeld, maar óók op eigen houtje contact op met de familie en legde de basis voor de onzekerheid, die de verwanten bevroop, door te verklaren, dat zij het zelf moesten weten, maar dat hij niet zo zeker was van enig succes van de operatie. Zij vervoegden zich weer bij de hun bekende neuroloog, die duidelijk hierdoor geprikkeld werd en zijn eigen mening nog eens onderstreepte. (Ware het niet verstandiger geweest direct de telefoon te pakken voor overleg, terwijl hij de familie even in de wachtkamer had laten wachten?)

Dat na deze gebrekkige contacten de chirurg, toen de neuroloog hem belde, dat het been dan tóch maar moest sneuvelen, zich op zijn beurt geprikkeld voelde, laat zich begrijpen.

De huisarts komt in dit verhaal niet voor, mijns inziens zeer ten onrechte. Aangenomen mag worden, dat deze de patiënt had verwezen, en tussen de periodes van ziekenhuisverblijf thuis onder behandeling had, terwijl hij de patiënt ook zo nu en dan in het ziekenhuis bezocht. Was het nu voor géén der specialisten een vanzelfsprekendheid, in zo'n geval eerst contact op te nemen met de collega die hen volledig zou kunnen inlichten over de anamnese van de patiënt, diens levens- en familieomstandigheden, zodat bijvoorbeeld de chirurg dan al meteen gehoord had, dat de neuroloog de patiënt behandelde? De mening van de huisarts zou in het overleg over al dan niet opereren voor de patiënt en dus voor de specialisten van groot belang zijn geweest, terwijl tevens door de eensgezinde houding ten aanzien van