

Gedragstherapie bij asthma bronchiale

Naar aanleiding van het artikel van Drs. MOOK en Drs. VAN DER PLOEG zou ik, als clinicus, enkele vragen willen stellen.

1. Gedurende welk seizoen werden de respectieve patiënten aan gedragstherapie onderworpen en hoe lang?

2. Gebeurde de hyposensibilisatie met vaccin synchroon met de gedragstherapie?

3. Werden deze patiënten medicamenteus niet behandeld? Volgens de auteurs is de periode van verslechtering van patiënt B naar alle waarschijnlijkheid toe te schrijven aan een luchtweginfectie. Werd deze patiënt lege artis behandeld?

4. Wat betreft de „PEF-rate”: welke zijn de berekende normale waarden voor de respectieve patiënten? Werd de „PEF-rate” telkens op hetzelfde uur van een dag gemeten? Betreft het hier dagelijkse metingen en zo ja, wat waren de dagvariaties met betrekking tot bijvoorbeeld veranderingen van de weersomstandigheden in het algemeen en van de barometerstand in het bijzonder? Hoe was de correlatie van deze variaties met de subjectieve ervaringen van patiënt?

5. Werd nagegaan of de patiënten leden aan een hyper-ventilatiesyndroom?

6. Op welke gronden besluiten de auteurs op deze eerder summiere, onvolledige en ongecontroleerde resultaten van slechts drie patiënten, dat „mag gesteld worden dat ontspanningsoefeningen al dan niet samen met biofeedback-training een werkzaam hulpmiddel zijn voor een bepaalde subgroep astmapatiënten”? Welke is deze bepaalde subgroep?

7. Zijn de auteurs met ons van mening dat in afwachting van een degene, wetenschappelijk gefundeerd onderzoek bij een voldoende grote groep patiënten SLUITER en DE VRIES (1974) in hun artikel over behandeling van CARA-patiënten terecht nauwelijks aandacht schenken aan psychologische therapievormen?

8. Waarom is degene die de medische verantwoordelijkheid voor deze zieke mensen gedragen heeft niet als auteur vermeld?

Literatuur: MOOK, J. en H. M. VAN DER PLOEG (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1065 en 1083. — SLUITER, H. J. en K. DE VRIES (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1084.

Heerlen, juni 1976

F. MAESEN,
longarts

Ad 1. De gedragstherapeutische behandeling van patiënt A vond plaats gedurende het voorjaar (maart en april); patiënt B werd gedurende de zomermaanden (juli, augustus en september) behandeld, terwijl patiënt C de behandeling in de herfst (oktober en november) onderging. Wat de duur der behandelingen betreft kan uit ons artikel worden opgemaakt dat deze bij de patiënten A en C elk ongeveer 1½ maand (2 zittingen per week, respectievelijk 12 en 13 zittingen in totaal) en bij patiënt B ongeveer 3 maanden (1 zitting per week, 14 zittingen in totaal) in beslag nam.

Ad 2. De hyposensibilisatie gebeurde niet synchroon met de gedragstherapie. Patiënt A onderging de kuur na afloop ervan, patiënt C voorafgaande aan de gedragstherapie. Patiënt C werd overigens kort na afloop van de kuur (tijdens

welke hij uit het ziekenhuis werd ontslagen) opnieuw voor zijn benauwdheidsaanvallen opgenomen, het tijdstip waarop met de gedragstherapie gestart werd.

Ad 3. Alle patiënten kregen medicijnen. Zij waren voor hun benauwdheidsaanvallen opgenomen op de longafdeling van het Rotterdams Zeehospitium te Katwijk aan Zee. Overigens werden zij vrijwel vanaf het begin van hun astma medicamenteus behandeld. Dat de periode van verslechtering van patiënt B naar alle waarschijnlijkheid toe te schrijven was aan een luchtweginfectie, hebben wij niet beweerd, laat staan dat wij (als psychologen) zouden kunnen beoordelen of patiënt „lege artis” behandeld werd.

Ad 4. Normale waarden werden door ons niet berekend omdat wij bij de gedragstherapie uiteraard geïnteresseerd waren in verbeteringen der luchtwegtoestand onder invloed van de behandeling. Wat betreft het tijdstip der PEFR-metingen: deze werden doorgaans op ongeveer dezelfde uren en dagen in de middag bepaald. Uit ons artikel blijkt verder dat het hier geen dagelijkse metingen betrof, aangezien de patiënten 1 of 2 × per week ter behandeling kwamen.

Ad 5. Nee.

Ad 6. Indien de heer MAESEN onze artikelen goed gelezen had, zou hij gezien hebben en ongetwijfeld correct geciteerd hebben wat wij schreven, nl. het volgende: „In samenhang met de beschrijvingen van overige auteurs en het op dit gebied verrichtte onderzoek mag gesteld worden dat ontspanningsoefeningen, al dan niet samen met biofeedback-training, een werkzaam hulpmiddel voor een bepaalde subgroep astmapatiënten zijn”. Wat betreft de aard der subgroep astmapatiënten schreven wij onder meer: „Dat niet alle astmatici baat zullen vinden bij deze methoden is waarschijnlijk, doch het lijkt op grond van de resultaten aanneemelijk dat er een bepaalde subgroep patiënten bestaat, bij wie psychosociale factoren een dermate grote rol spelen dat hun astmatische ademhaling met succes gewijzigd kan worden met behulp van vormen van gedragstherapie”.

Ad 7. We delen de hier verkondigde mening van de heer MAESEN niet. We betreuren het dat SLUITER en DE VRIES nauwelijks aandacht schenken aan psychologische therapievormen. Het is onze mening dat bij de behandeling en preventie van een ziekte als CARA, die in ons land nog steeds zoveel slachtoffers maakt (blijkens sterfte-statistieken, ziekenhuisopname-statistieken, statistieken van bezoek aan polikliniek en spreekuren van longartsen, werkverzuim), het niet geoorloofd is aan enigerlei therapievorm die (blijkens de daarover bestaande wetenschappelijke literatuur) mogelijkheden biedt, nauwelijks aandacht te schenken. Integendeel, gezien het nog steeds onbevredigende resultaat van de zuiver medische therapievormen (zie bovengenoemde statistieken) verdient het aanbeveling dat longartsen in samenwerking met beoefenaren van andere disciplines hun resultaten trachten te verbeteren.

Ad 8. Het is de gewoonte in de geneeskunde en de psychologie dat bij de beschrijving van wetenschappelijk onderzoek degenen die dit onderzoek hebben verricht als auteur optreden en niet degene die de medische behandeling volgens geldende principes onder zijn verantwoordelijkheid had.

Amsterdam, juli 1976

J. MOOK
H. M. VAN DER PLOEG