

De rol van agressie bij de vorming van een lichamelijk symptoom

door Dr. Herman Musaph*

I Op zoek naar een operationele definitie van agressie

Er bestaat een omvangrijke literatuur over het concept agressie, bij het bestuderen waarvan duidelijk wordt, dat lang niet iedereen onder 'agressie' hetzelfde verstaat. Hierdoor bestaat er een onvoldoende omschreven begrips-validiteit. Zo kan men zonder veel moeite minstens 5 begrippen onderscheiden, die voor een belangrijk deel onafhankelijk van elkaar beschouwd kunnen worden (Musaph, 1969).

1 — Agressie als een *drift*, die evenals de libido aangeboren zou zijn en die ingepast dient te worden in de hypothesen van de levens- en doodsdrijf (Freud, 1920, 1925, 1926).

2 — Agressie als *gedrag patroon*. Het zijn vooral de behavioristen Berkowitz (1962, 1969), Dick (1969), Daly (1969), Hamburg (1970), Philip (1968), en in ons land Fris (1972), om enkelen te noemen, die hun concept beperken tot gedrag. Hierbij dient men onderscheid te maken tussen openlijk en gemaskeerd gedrag (Cawley, 1969), normaal en pathologisch agressief gedrag, richting en effect van gedrag.

De psychoanalytici hebben er herhaaldelijk op gewezen dat agressief gedrag een afweer van emoties kan zijn, b.v. van angsten of passieve verlangens.

3 — Agressie als *emotie*. Zelfs als we ons beperken tot de mens, zal het moeilijk blijven het begrip 'emotie' scherp af te bakenen. Ook hier is differentiatie mogelijk (Bindra, 1969, 1971; Hinde, 1972; Sandler, 1972; Mulder, 1972). Het beschrijven van de emotie is afhankelijk van het denkmodel (psychoanalytisch, leertheoretisch, ethologisch), van de Weltanschauung ('das sogenannte Böse', Calvinisme, idealisme). Men zou eigenlijk bij elk onderzoek zijn eigen sociale achtergrond, persoonlijkheidsstructuur, micro- en macrocultuurpatroon en denkmodel dienen te vermelden.

Onder agressie als emotie vallen gevoelens als haat, grimmigheid, woede, wrok en vijandschap. Tevens dient men onderscheid te maken tussen intrapsychische mechanismen en interpsychische mechanismen, m.a.w. of de agressie als emotie hoofdzakelijk tegen

* Psychiater te Amsterdam, F.R.C. Psych. Uit de Kliniek voor huidziekten van de Universiteit van Amsterdam (hoofd: Prof. Dr. R. H. Cormane), afdeling psychodermatologie (hoofd: Dr. H. Musaph)

de ander of tegen zichzelf wordt gekeerd.

In vele gevallen zijn 2 en 3 elkaars tegenhangers. De beste soldaat tegenover de vijand is niet degene die het sterkst over agressieve gevoelens beschikt, maar degene die de beste libidineuze banden met zijn kameraden en superieuren bezit. Een hoog groepsmoreel is vaak oorzaak van uiterst agressief gedrag. Men denke aan de vele godsdienstoorlogen.

4 — Agressie als *karaktertrek*. Wij kennen karakters, die niet per se pathologisch behoeven te zijn, die zich kenmerken door een niet-agressief gedrag zonder agressieve emoties, die door hun optreden agressieve emoties en gedragingen oproepen bij de omstanders. Wij kunnen zeggen dat hier de agressie geïntegreerd is in het IK. Mensen, die een heel bedrijf kapot kunnen maken door hun agressief karakter, kunnen in de gewone omgang bijzonder beminnelijk zijn.

5 — Agressie verhuuld in *afweervormen*. Elke binnen het kader van het psychoanalytisch denkmodel beschreven vorm van afweermechanisme kan toegepast worden op agressie als emotie, waardoor een speciaal gedrag kan ontstaan, waarvan de woede, de wrok of de haat wortels kunnen zijn. Zo kan men elke constructieve denkbaarheid zien als uiting van geneutraliseerde en gesublimeerde agressie, al te overdreven vriendelijkheid als omkering in het tegendeel, woede op een toevallige voorbijganger als objectverschuiving, enz.

Tevens kan agressie als emotie en als gedrag op zichzelf als afweer van onderliggende emotionele conflicten gebruikt worden, b.v. om onbewuste incestueuze verlangens af te weren. Afweer van agressie als gevoel en gedrag is een culturele verworvenheid. Wij leren in onze sociale contacten zoveel mogelijk agressie in gedrag en als emotie te camoufleren.

In het dagelijks leven ontstaan bij de normale mens verschillende ook negatieve gevoelens die noodzakelijk een object moeten hebben. Elke duurzame partnerkeuze houdt tevens in dat men zichzelf van negatieve gevoelens, t.o.v. de partner, dient te ontdoen, om het samen-leven mogelijk te maken. Dit gebeurt niet zelden door de negatieve gevoelens op een gefantaseerde vijand te projecteren (anti-partnerkeuze, Musaph 1970).

Persoonlijke verschillen — Binnen een bepaald cultuurpatroon kunnen er grote persoonlijke verschillen optreden bij het beleven en uiten van agressieve gevoels- en gedragspatronen (Groen 1971). Elke emotie en elk gedrag heeft een specifieke kleur, heeft een ontwikkeling doorgemaakt, een sociaal leerproces, bepaald door die mens en zijn milieu. De levensgeschiedenis zal hierin doorklanken. Hoe heb je het thuis voor je gezien? (Hamburg 1970).

Emotie op zichzelf bestaat niet. Als men uitgescholden wordt, wordt men kwaad, ontstaat er een emotie, die men agressie kan noemen. Men kan beweren dat er een unilaterale relatie bestaat tussen het uitschelden en de emotie, b.v. de woede. Maar deze woede vertoont bij nadere analyse een persoonlijke kleur met een

complex karakter, is bepaald door milieu, situatie, karakter en levensgeschiedenis. Hieruit volgt dat het gevaar bestaat van *overgeneralisatie* bij het hanteren van het begrip agressie.

Is agressie te meten? — Van twee kanten is in de laatste decennia een sterke positieve impuls gekomen om agressie kwantificeerbaar te maken, nl. van de kant van de behavioristen en van de kant van de psychofysiologen. De behavioristen hebben de agressie vooral gedefinieerd met devaluatie van de andere aspecten die wij noemden. Het enorme voordeel van deze reducerende benadering is dat gedrag toegankelijk gemaakt kan worden voor kwantificatie, waarbij de kwaliteit en de intentionaliteit van de emotie worden verwaarloosd. De grote bijdrage van de psychofysiologen bestaat uit het beschrijven van het autonome respons patroon (A.R.P.) bij bepaalde emoties en de persoonlijke expressie in voorkeuren van fysiologische parameters. Probeert men de agressie als emotie te meten, dan komen er vele moeilijkheden en onvolkomenheden als men in zijn interpretatie overgeneraliseert. Meerloo (1968, 1971, 1973) is op grond hiervan van mening dat het onmogelijk is emoties te meten. Zoals bekend zijn er vele pogingen gedaan om via questionnaires en in experimentele situaties vijandige gevoelens te meten (Dick, 1969; Daly, 1969; Philip, 1968). De beoordeling van metingsresultaten in een experimentele situatie waarbij agressie uitsluitend als gedrag wordt gedefinieerd (Fris, 1972) lijkt mij die van een dwarsdoorsnee. Zonder individualisering van de resultaten, beschrijving van de achtergronden van de agressieve mens en door uitsluitend situatief te werk te gaan zal men de fout maken van overgeneralisatie. Het is te vergelijken met de eerstejaars psychologische student, die een Fehlleistung als het laten vallen van een sigaret uit zijn mond direct volgens een cliché uit de Traumdeutung van 1900 duidt als uiting van het castratiecomplex. Hij kent nog niet de grote verscheidenheid van motivaties bij de mens.

Is het begrip agressie te operationaliseren? — Het begrip agressie heeft een surplus-betekenis (Reichenbach, geciteerd naar De Groot, 1961), d.w.z. het houdt veel meer in dan via de empirische benadering kan worden gevonden. Men zou tot de conclusie kunnen komen dat het beter is het begrip agressie in het geheel niet te definiëren. Dat zal wel de reden zijn waarom zoveel auteurs over agressie schrijven zonder zich over een definitie te bekommeren. Men kan dan naar believen invullen wat men onder agressie heeft verstaan. Dit is ook in de psychotherapeutische situatie zeer vaak het geval, zeker in de patient-dokter relatie. Men kan zich verdedigen door er op te wijzen dat hetzelfde gezegd kan worden van begrippen als: gezondheid, ziekte, sociale aanpassing, neurose, normaal zijn. Het zijn deze argumenten die de behavioristen doen geloven, dat zij de enige wetenschappelijk verantwoorde benadering van het probleem bezitten, door alle agressie te reduceren tot gedrag. Zij kunnen dan agressie wel operationaliseren. Of de arts in zijn spreekkamer hiermee veel verder komt, is discutabel.

II De betekenis van agressie voor psychosomatische aandoeningen

In de literatuur vindt men regelmatig de betekenis van agressie bij het ontstaan van psychosomatische symptomen terug. Luborsky, Docherty en Penick (1973) publiceerden een uitgebreid overzicht van methodologisch verantwoorde onderzoeken, waaruit blijkt dat de agressie in de vorm van verdrongen wrok en vijandigheid een hoofdrol speelt in het uitbreken van psychosomatische symptomen. Dit komt geheel overeen met wat in ons eigen materiaal bij lijders aan psychogene jeuk (Musaph, 1969) en aan allergische contact dermatitis (Musaph, Mettrop en Van Ketel, 1967) werd gevonden. In een overzicht heeft Stokvis (1953) reeds gesteld dat bij alle psychosomatische aandoeningen het verdringen van agressieve emoties overheerst. Wittkower en Lipowski (1966) beschreven dit bij hun thyrotoxische patienten. In deze studie wordt Parhard uit Kuwait aangehaald (1965) waarbij de hoge frequentie van musculoskeletale symptomen, die hij vond bij Arabische vrouwen, toegeschreven wordt aan de hoge frequentie van verdrongen agressiviteit. Hetzelfde beweert Kaplan (1961) van zijn hypertensie patienten, evenals Miller (1939), Saul (1939), Binger et al (1945), Saslow et al (1949), Alexander (1950), Harris et al (1953), Moses et al (1956) en Thomas (1964).

Het psychoanalytische concept van agressie — Het zijn vooral de psychoanalytici geweest, die in de laatste jaren getracht hebben de somatisatie van de agressie als emotie te bestuderen. Hier moge verwezen worden naar de overzichtartikelen van Bastiaans (1965), Stone (1971), Brenner (1971), Gillespie (1971), Mitscherlich (1971), Paula Heimann en Valenstein (1972), Lebovici en Diatkine (1972), Engel en Schmale (1972), E. C. M. Frijling-Schreuder (1972), Lussier (1972) en Parin (1972). Deze artikelen zijn verslagen van voorstudies en voordrachten gehouden op het symposium over agressie op het 27ste Internationale Psychoanalytisch Congres te Wenen in 1971. Men kan constateren dat er een duidelijke tendens is om de agressie te plaatsen in een breder kader dan in het begin van de psychoanalyse is gebeurd. Zo stelt Brenner (1971) terecht de vraag of 'psychoanalytic evidence alone is a valid basis for a theory of instinctual drives' (p. 137), waarbij 'an instinctual drive' beschreven wordt als een 'theoretical construct' (p. 138). En Mitscherlich (1971) vraagt zich terecht af of men met één bepaalde theorie recht kan doen wedervaren aan het gehele verschijnsel van agressieve gevoelens, fantasieën en bovenal, agressief gedrag. Verder maakt Gaddini (1972) de opmerking, dat wij de interne relatie tussen libido en agressie niet weten. Waaraan toegevoegd kan worden dat in de oorspronkelijke conceptie van Freud (1926, 1927) misschien te weinig aandacht is besteed aan de grote positieve psychisch-hygiënische betekenis van de agressie als emotie en als gedragspatroon (Musaph, 1973, 1974). De vraag rijst of, na bijna 70 jaar research, men wel achter de interne relatie tussen libido en agressie kán komen en of er misschien iets mis is aan de conceptie.

III Jeuk en krabben als bewijs voor het bestaan van de relatie tussen agressie als emotie en het optreden van een somatisch symptoom

Menselijk gedrag bij verkeerslichten — In de loop der jaren heb ik honderden malen kunnen waarnemen dat chauffeurs die door het verspringen van het verkeerslicht van geel naar rood gedwongen werden te stoppen, soms in aansluiting aan het stoppen zich begonnen te krabben. Dit geschiedde meestal op het hoofd. Ik duidde dit krabgedrag als een oversprong van emotie naar motorische ontlading (Musaph, 1964) en noemde het 'the red light phenomenon'. Sindsdien heb ik het vaak bevestigd gezien als ik mijzelf en de ander hierop onderzocht. Het lijkt mij verantwoord aan te nemen dat in vele gevallen de emotie, die omgezet wordt in een motorische ontlading in de vorm van krabben, ingehouden woede is. Eveneens in aanmerking komen onlustgevoelens, verlegenheid, onmachtgevoel. Deze emoties kunnen in vele soorten situaties optreden, die aanleiding geven tot woede, enz., waarbij de emoties niet verbaal geuit kunnen worden. Ik denk aan het volgen van vervelende voordrachten, aan het langer moeten wachten dan men wil, aan het tegen zijn wil wakker gemaakt worden, enz. Vraagt men zich af hoe de verhouding is in deze situaties tussen het waarneembare krabben en het ervaren van jeuk, dan zal men door introspectie en door indringend vragen bij anderen tot de conclusie komen, dat in vele gevallen inderdaad jeuk wordt ervaren. Het is alsof er jeuk ontstaat op de plek waarheen de krabbeweging gaat. De jeukprikkel komt als het ware aan het krabben tegemoet. Als door een jeukende dermatose de prikkeldrempel voor jeuk verlaagd is, b.v. bij atopische dermatitis, dan zal men vaak de klacht kunnen vernemen, dat in emotionele situaties de zo gevreesde jeukaanval ontstaat. In de dermatologische kliniek heb ik vele voorbeelden hiervan kunnen waarnemen.

In het algemeen zou men kunnen zeggen dat onderdrukte en verdrongen emoties zich kunnen uiten in jeuk en krabben. Het is duidelijk dat een neurotische karakterstructuur dit mechanisme kan vergemakkelijken of bemoeilijken.

In mijn klinisch materiaal dat zich over 10 jaar uitstrekt, zijn de emoties die het meest in aanmerking komen zich te uiten als derived activity in de vorm van jeuk en krabben, woede en angst (Musaph, 1964, 1967, 1969, 1974). Daarnaast dient opgemerkt te worden dat secundair deze 'derived activities' gesexualiseerd kunnen worden. Jeuk en krabben kunnen opgenomen worden in het emotionele complex van masturbatieproblematiek, d.w.z. zowel in de vorm van lustbeleven als in de vorm van afweer van de seksuele lustgevoelens. Men denke aan het kinderspel: wie kan het langst gekieteld worden.

Het ligt voor de hand om te stellen dat door het beleven van jeuk en door de motorische ontlading in het krabben de onderliggende emotie tot verdwijnen wordt gebracht. Hieruit kan men de therapeutische maatregel afleiden dat onverwerkte onderdrukte of verdrongen, dus afgeweerde, emoties kunnen worden behandeld door

de patient te helpen deze om te zetten in een 'derived activity'. Moderne groepstherapeutische technieken berusten op deze veronderstelling.

IV Werkhypothesen over de verhouding tussen afgeweerde emoties en lichamelijke symptoomvorming

1 *Freud* — In 1895 heeft Breuer gevonden dat het symptoom in de psychopathologie ontstaat door *stuwung van het affect*. Freud heeft deze ontdekking als juist beschouwd en verder uitgewerkt in zijn 'Selbstdarstellung' (1925). Freud sprak van 'eingeklemmte Affekte'. Deze ontdekking heeft, als ik het goed zie, de gehele psychosomatische theorie tot op de huidige dag beheerst (Freud, 1925; Alexander, 1939; Wolff, 1973): 'Das Symptom entsteht aus der durch die Verdrängung beeinträchtigten Triebregung' (p. 122). Hieruit volgt logischerwijs dat het symptoom zou moeten verdwijnen indien de verdringing teniet gedaan wordt. De methode, die Freud in het begin van zijn wetenschappelijk oeuvre vooral heeft bepleit is, die van de *abreaction*. In de narco-analyse (pentothal, briëtal) wordt deze *abreaction* op moderne wijze vergemakkelijkt.

2 *Marty en De M'Uzan* — In 1963 beschreven Marty en De M'Uzan de werkhypothese van de *pensée opératoire*. Zij vonden in hun materiaal van psychosomatische patienten, die in een psychoanalytische situatie zijn geplaatst, dat zij opmerkelijk arm waren in het produceren van fantasieën. Het door De M'Uzan (1974) beschreven syndroom bestaat uit:

- 1 — *pensée opératoire*, d.w.z. een denkmodel dat bijna uitsluitend gericht is op het doen, met een armoede aan fantasielevens;
- 2 — *inhibition représentative de base*, d.w.z. een 'overcathexis of the factual', een overwaardering voor het feitelijke;
- 3 — *réduplication*, d.w.z. een steeds weer herhalen en uitkauwen van bepaalde gebeurtenissen, grote moeite hebben zich te kunnen distantiëren van frustraties.

In de gedachtengang van Marty en De M'Uzan komt het psychosomatisch symptoom in plaats van het fantaseren, dat bij de minder tot somatisatie geneigde mens optreedt.

Sifneos (1967) beschreef als typische eigenschap van zijn psychosomatische patienten hun duidelijke moeilijkheid om de juiste woorden te vinden die moeten uitdrukken hoe zij zich voelen. In 1970 publiceerden Nemiah en Sifneos hun ervaringen met psychosomatische patienten, die de werkhypothese van Marty en De M'Uzan omtrent de *pensée opératoire* bevestigen. Van belang lijkt mij hun mededeling omtrent de introspectieve ervaringen (p. 159). 'Furthermore, our own introspections revealed a sense of frustration when interviewing the patients, and a feeling that they were dull, lifeless, colorless and boring, and did not respond to our interventions like those with the common psychoneuroses. The general effect was a lack of communication between doctor and patient that frequently gave to their relationship the quality of being sterile and unproductive.'

Nemiah en Sifneos stellen de hypothese dat lijder aan psychosomatische ziekten onvoldoende capaciteit bezit om zijn eigen gevoelens en fantasieën te beleven en te uiten.

V Kritiek op de beide werkhypothesen

De beide werkhypothesen geven m.i. aanleiding tot de volgende opmerkingen:

1 — Zoals reeds eerder is getracht uiteen te zetten, is het begrip agressie eigenlijk te vaag om mee te werken. Zelfs als men zich zoals wij, beperkt tot agressie als emotie, dan nog is er een onvoldoende begrips-validiteit. Men heeft steeds te maken met het subjectieve oordeel van de onderzoeker, met invloeden vanuit de patiënt-dokter relatie, met invloeden van het macro- en micro-cultuurpatroon (Lipowski 1969; Engel 1973; Destounis 1974), met de zeer uiteenlopende functies van agressie in tijd en plaats bij dezelfde patient, met de niet altijd even duidelijke social learning (Hamburg 1970).

Op grond van de surplus-betekenis van agressie is de empirische benadering, hoe waardevol ook, eo ipso partieel. Dezelfde redenering kan men toepassen op het begrip emotie of affect (Hinde 1972). Daarnaast moet opgemerkt worden dat deze kritiek wel fundamenteel, maar niet dodelijk is. Men kan blijkbaar over de genoemde begrippen spreken, schrijven en denken, de onvolkomenheden voor een wetenschappelijke, d.w.z. empirische benadering aantonen en nochtans de begrippen hanteren. Ik pleit niet voor de afschaffing van deze begrippen, wel voor het inzicht hoe relatief onze kennis is. Zelfs al zouden wij in staat zijn beter dan tot nu toe agressie en emotie te meten, dan nog blijft er een x over, die van fundamenteel belang is voor het begrijpen van menselijke belevingen. Ik meen dat vooral de relatie tussen onderzoeker en onderzochte de factor is, die verschillen kan verdoezelen.

2 — De werkhypothese van *het ingeklemde affect* houdt in dat men in de therapeutische situatie de taak heeft via abreaction dat affect bewust te maken, d.w.z. omzetten in een emotie. 'Das Es soll Ich werden.'

Het merkwaardige verschijnsel doet zich echter voor dat goed opgeleide psychoanalytici, werkend vanuit een grote ervaring eventueel gesteund door zeer ervaren supervisors, de ervaring hebben dat deze hypothese in zeer vele gevallen niet opgaat. Zij weten dat in vele gevallen het doorwerken van de emotionele conflict-situatie met het steeds weer laten beleven van het ingeklemde affect door abreaction, een ander resultaat heeft dan gepland is. Hoe vaak gebeurt het niet dat de patient een sterke verbetering van zijn sociale aanpassing, van zijn capaciteit tot liefhebben, van zijn potentie tot creatieve arbeid vertoont, maar dat *het symptoom*, op grond waarvan hij hulp zocht, *blijft bestaan* (Moody 1946; Hokanson et al 1961, 1962, 1963; Cochrane 1969, 1972; Lowy 1970; Lee et al 1971; Musaph 1972). Ik zoek de verklaring van dit verschijnsel in de structuur van de dokter-patient relatie, geheel in overeenstemming met de opvatting van Reiser (1970) dat de over-

drachtsneurose hier bepalend is.

3 — In de werkhypothese van het ingeklemde affect is te weinig rekening gehouden met de *periodiciteit* van de doorbraak van het affect. De ervaring leert dat er bepaalde steeds terugkerende situaties zijn, die als trigger werken voor het ontstaan van een psychoneurotisch of psychosomatisch symptoom. In de tussenliggende tijd vertoont de mens geen enkel symptoom, dat wijst op de aanwezigheid van een ingeklemd affect. Ik bedoel de *anniversary reactions* (Chambers en Reiser 1951; Fisher 1961; Weiner 1970; Musaph 1973). Hierbij treden abreactions van verdrongen agressie op in de vorm van een psychosomatisch niet-specifiek symptoom met de functie van b.v. het jaarlijks herdenken.

4 — Wij hebben het verschijnsel van het syndroom van de *pensée opératoire* niet kunnen bevestigen in klassieke psychoanalyses, waarvan één voorbeeld van een vrouw, lijdende aan atopische dermatitis en urticaria chronica, uitvoerig werd gepubliceerd (Musaph 1974). Hierbij werd een weelde aan creatieve fantasieën gevonden en een vermogen om zich in te leven in niet-factische situaties. En van de bij dit syndroom beschreven gevoelens van verval bij de therapeut heb ik weinig kunnen bemerken. De vraag rijst of we bij het syndroom van de *pensée opératoire* niet te maken hebben met een bepaalde dokter-patient relatiestoornis, zoals wij die allemaal wel eens bij bepaalde patienten introspectief kunnen waarnemen, b.v. een initiële inhibitie. Het syndroom zal dan niet typisch voor de psychosomatische patienten zijn, maar typisch voor een bepaalde relatie van bepaalde therapeuten met bepaalde patienten. De enorme betekenis van de patient-dokter relatie in het benaderen van psychosomatische patienten is reeds door een groot aantal onderzoekers geaccentueerd (Reiser et al 1951; Thaler et al 1957; Weiner et al 1962; Leigh 1967; Lipowski 1969; Meerloo 1969; Pierloot 1970; Weiner 1970). Alhoewel dit mechanisme vooral bestudeerd is bij hypertensiepatienten, geloof ik niet dat men de betekenis hiervan dient te beperken tot deze afwijking. We hebben hier te maken met een *algemeen menselijk gedrags- en gevoelspatroon*, van interpsychische aard dat kennelijk cruciaal is voor de intrapsychische verwerking van emoties en voor de opbouw van het ego-defensiesysteem. De beschrijving van het syndroom van de *pensée opératoire* is dus wel een aanwinst. Niet voor het verklaren van het ontstaan van een psychosomatose, maar voor het beschrijven van bepaalde reacties bij patient en dokter in een bepaalde patient-dokter relatie.

Het spreekt vanzelf, dat de psychische mechanismen, die bij de patient-dokter relatie pathogeen kunnen werken, bij elke emotionele relatie van de patient met een ander aanwezig en werkzaam kunnen zijn.

VI De rol van agressie in de patient-dokter relatie

Wij kennen in de dermatologische kliniek het syndroom van de dermatitis factitia of artifacta, meestal in de slaap door de patient zelf veroorzaakt via krabeffecten of door het onderhouden van

wondjes en stukmaken van puistjes. De dermatoloog is in de meeste gevallen zonder veel moeite in staat op grond van het klinische beeld de diagnose te stellen. De huid kan door verschillende technieken beschadigd worden. De patient rationaliseert deze technieken, b.v. het regelmatig behandelen van puistjes met terpentijn als middel om de huid te reinigen. Psychiatrisch-psychologisch onderzoek kan, althans naar onze ervaring, in de meeste gevallen aantonen dat we hier te maken hebben met patienten die in grote emotionele stress-situaties verkeren, waarbij vooral agressieve gevoelens, oorspronkelijk gericht tegen een sleutelfiguur, nu tegen zichzelf worden gericht. Het is vaak duidelijk dat hierbij masochistische en exhibitionistische factoren een rol spelen (Wittkower en Russell 1953). Wij vonden een stoornis in het identificatie-mechanisme bij ambivalentieconflicten met geliefde figuren (Musaph 1969).

Voor onze beschouwing is interessant dat vele artsen grote moeite hebben om niet zelf de rol te gaan spelen van de moralist of de politieagent, die niet eerder rust dan dat de patient heeft bekend. Hetzelfde mechanisme kunnen wij bij de arts waarnemen t.o.v. patienten die aan trichotillomanie lijden.

De agressieve houding van de arts versterkt de spanning bij de patient, die hij dan dwangmatig moet uiten door het versterken van zijn symptoom.

Ieder van ons kent gevallen die met behulp van systematische psychotherapie genezen of bijna genezen zijn en die plotseling weer verergeren na een consult bij een agressief optredende arts (iatrogene dermatose): de agressieve gevoelens t.o.v. de arts worden tegen zichzelf gekeerd. Dit beperkt zich niet tot de dermatologie.

In dit verband moeten de onderzoekingen van Hokanson et al genoemd worden (1961, 1962, 1963) die als parameter de polsslag en de bloeddruk in een frustrerende situatie namen. De reacties bleken sterk afhankelijk van de relatie met de agressor. 'Overt aggression towards a frustrator of equal or lower status or withdrawal (or some other nonaggressive behavior) with a high status frustrator' (p. 448, 1961).

Gambaro en Rabin (1969) vonden in hun materiaal dat in een frustrerende situatie de diastolische bloeddrukveranderingen afhankelijk waren van de sterkte van de schuldgevoelens in de post-agressieve fase. Een aantal obstakels in de dokter-patient relatie bij patienten met hypertensie zijn beschreven door Reiser et al (1951), Crisp (1970), Nemiah (1970), Meyer en Otte (1970).

Is agressie in de patient-dokter relatie te meten? — De moeilijkheid bij het meten van agressie in de patient-dokter relatie is dat de dokter niet alleen observator, maar ook instrument is. Men zou kunnen beweren dat de introspectie of het inschakelen van een derde, hier de oplossing van het probleem zou kunnen brengen. Iedere onderzoeker weet hoe beperkt de introspectie als betrouwbaar instrument is. Crisp (1964, 1970) heeft een techniek ontwikkeld om de relatie te meten, maar wijst terecht op de beperktheden hiervan.

Meyer en Otte (1970) gebruiken de Osgood-Hofstätter semantic differential; Houben en Pierloot (1970) gebruiken de Kelly's Grid techniek; Watson gebruikt een repertory grid. Men kan uit al deze onderzoeken leren hoe moeilijk het is om de agressie in al zijn verschijningsvormen te extraheren uit het geheel van emoties en gedrag.

VII Conclusie

De vraag naar de rol van verdrongen agressie in de vorming van een lichamelijke symptoom, is niet eenduidig te beantwoorden. Agressie heeft te veel gezichten om herkend en geïdentificeerd te worden. Klinische waarnemingen maken het wel zeer waarschijnlijk dat agressie als opgekropte emotie een niet geringe rol speelt in het ontstaan van een somatisch symptoom. Maar het mechanisme blijkt veel ingewikkelder dan wij 30 jaar geleden dachten.

De vraag of verdrongen agressie als een emotie pathogeen kan werken is niet alleen te beantwoorden vanuit de patient, maar dient gezien te worden in zijn relationele betekenis, waarbij de persoonlijkheidsstructuur van de sleutelfiguur en diens relatie tot die van de patient van niet geringe betekenis blijkt te zijn.

Samenvatting

Het begrip agressie heeft vele inhouden, waardoor een operationele definitie bij verschillende onderzoekers sterk wisselt. Wij hebben ons beperkt tot agressie als emotie. De mogelijkheden tot kwantificering van emotie zijn nog onvoldoende en het gevaar van overgeneralisatie is niet geheel te voorkomen. Het begrip agressie heeft een surplus betekenis en is niet los te maken van het denkmodel van de onderzoeker. Aan de hand van de 'derived activities' jeuk en krabben wordt de motorische ontlading van agressieve emoties bij de normale mens besproken. De twee werkhypothesen, namelijk de 'abreaction' van ingeklemde affecten en de 'pensée opératoire' worden kritisch besproken.

Wij menen dat binnen de interactie van patient-dokter relatie en van analoge relaties verdrongen agressieve gevoelens kunnen werken in de richting van het ontstaan van een psychosomatisch symptoom.

Summary

The role of aggression in psychosomatic symptom formation — The concept of aggression has many contents. As a result the operational definition of different research workers varies considerably. We have confined ourselves to aggression as an emotion.

The possibilities of quantifying emotions are still insufficient and the danger of over-generalization is still present. The concept of aggression has a surplus-meaning and can not be detached from the thinking model of the investigator. Derived activities such as itching and scratching in their relation to motor discharge of aggressive emotions in normal human beings are discussed.

The two working hypotheses within the psychoanalytical thinking model, namely abreaction of strangulated affects and the pensée opératoire, are

critically reviewed.

In our opinion repressed aggressive feelings in the patient-doctor relationship and analogous repressed relationships can lead to the onset of psychosomatic symptoms.

Literatuur

- Alexander, F., Psychological aspects of medicine. *Psychosomatic Medicine*. George Allen and Unwin, London 1939.
- Bastiaans, J., The place of personality traits in specific syndromes: cause or effect? In: *The Role of Psychosomatic Disorder in Adult Life*. Wisdom, J. O. and Wolff, H. (Eds.), Pergamon Press, Oxford 1965.
- Bastiaans, J., General comments on the role of aggression in human psychopathology. In: *The role of aggression in human pathology*. Musaph, H and Mettrop, P. J. G. (Eds.). *Psychotherapy and Psychosom.* 20: 300-311 (1972).
- Bastiaans, J. and Groen, J., Psychotherapy of Internal Disease. In: *The Affective Contact*. A. J. G. Strengholt's Uitgeversmaatschappij, Amsterdam, Holland. 368-379, 1952.
- Berkowitz, L., *Aggression, A social psychological analysis*. New York, Mc Graw-Hill, 1962.
- Berkowitz, L., *Roots of aggression*. New York, Atherton Press, 1969.
- Brenner, C., The Psychoanalytic Concept of Aggression. *Int. J. Psychoanal.* 52: 137 (1971).
- Cawley, R. H., Summing up. Conference on Aggression XII Annual Conference of the Society for Psychosomatic Research, London 1968. *J. Psychosom. Res.* 13: 321-324 (1969).
- Chambers, W. N. and Reiser, M. F., Emotional stress in the precipitation of congestive heart failure. *Psychosom. Med.* 15: 38-60 (1953).
- Cochrane, R., Neuroticism and the discovery of high blood pressure. *J. Psychosom. Res.* 13: 21-25 (1969).
- Cochrane, R., Personality and Essential Hypertension. *Comments on Contemporary Psychiatry* 1: 113-121 (1972).
- Crisp, A. H., An attempt to measure an aspect of 'transference'. *Brit. J. med. Psychol.* 37: 17-30 (1964).
- Crisp, A. H., Therapeutic aspects of the doctor/patient relationship. Recent Research in Psychosomatics. Pierloot, R. A. (Ed.). *Psychother. Psychosom.* 18: 12-33 (1970).
- Daly, R. J., Hostility and chronic intermittent haemodialysis. *J. Psychosom. Res.* 13: 265-273 (1969).
- Destounis, N., Aggression: Culture and Psychosomatic Medicine. *Proc. IInd Congress Int. College of Psychosom. Med. Amsterdam 1973*. S. Karger Basel, 1974.
- Dick, D. H., The measurement of aggression and other attitudes in psychosomatic disorders by means of the semantic differential. *J. Psychosom. Res.* 13: 299-305 (1969).
- Engel, G. L., The concept of psychosomatic disorder. *J. Psychosom. Res.* 11: 3-9 (1967).
- Engel, G. L., Personal theories of disease as determinants of patient-physician relationships. *Psychosom. Med.* 35: 184-186 (1973).
- Engel, G. L. and Schmale, A. H., Psychoanalytic Theory of Somatic Disorder. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 15: 344-365 (1967).
- Freud, A., Comments on aggression. *Int. J. Psychoanal.* 53: 163-171 (1972).
- Freud, S., Jenseits des Lustprinzips. *Ges. Schr. XIII*: 3-69 (1920).
- Freud, S., Selbstdarstellung. *Ges. Schr. XIV*: 31-96 (1925). St. Ed. Vol. 20: 94.
- Freud, S., Hemmung, Symptom und Angst. *Ges. Schr. XIV*: 111-205 (1926).

- Fris, T., *Gelegenheidsagressie*. Diss. by prof. dr. J. Koekebakker. Occasional aggression (summary in English). Boom, Meppel, Holland, 1972.
- Frijling-Schreuder, E. C. M., The vicissitudes of aggression in normal development, in childhood neurosis and in childhood psychosis. *Int. Journ. Psycho-Anal.* 53: 185-190 (1972).
- Gaddini, E., Aggression and the Pleasure Principle: towards a psychoanalytic theory of aggression. *Int. J. Psycho-Anal.* 53: 191 (1972).
- Gambaro, S. and Rabin, A. I., Diastolic blood pressure responses following direct and displaced aggression after anger arousal in high- and low-guilt subjects. *J. Person. and Soc. Psychol.* 12: 87-94 (1969).
- Gillespie, W. H., Aggression and Instinct Theory. *Int. J. Psycho-Anal.* 52: 155-166 (1971).
- Groen, J., Psychosomatic disturbances as a form of substituted behaviour. *J. Psychosom. Res.* 2: 85-96 (1957).
- Groen, J., Social change and psychosomatic disease. In: *Society Stress and Disease*. L. Levi (Ed.). 1: 91-109, 1971.
- Groot, A. D. de, *Methodologie* (translated into English). Mouton & Co. Den Haag 1961.
- Hamburg, D. A., *Psychiatry as a behavioral science*. A spectrum book. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, N. J. 1970.
- Heimann, P. and Valenstein, A. F., The Psychoanalytic Concept of Aggression: an integrated summary. *Int. J. Psycho-Anal.* 53: 31-35 (1972).
- Hinde, R. A., Concepts of emotion. Physiology, Emotion and Psychosomatic Illness. Ciba Foundation Symposium 8. *Excerpta Medica*, Amsterdam, 3-14, 1972.
- Hokanson, J. E. and Shetler, S., The effect of overt aggression on physiological arousal level. *J. of Abnorm. and Soc. Psychol.* 63: 446-448 (1961).
- Hokanson, J. E. and Burgess, M., The effects of status, type of frustration and aggression on vascular processes. *J. of Abnorm. and Soc. Psychol.* 65: 232-237 (1962).
- Hokanson, J. E., Burgess, M. and Cohen, M. F., Effects of displaced aggression on systolic blood pressure. *J. of Abnorm. and Soc. Psychol.* 67: 214-218 (1963).
- Houben, M. E. and Pierloot, R. A., Possibilities and limitations of Kelly's Grid technique in the differentiation of transference toward therapeutic figures. Recent Research in Psychosomatics. *Psychother. Psychosom.* 18: 61-66 (1970).
- Kaplan, S. M., Gottschalk, L. A., Magliocco, E. B., Rohovit, D. D. and Ross, W. D., Hostility in verbal productions and hypnotic dreams of hypertensive patients. *Psychosom. Med.* 23: 311-322 (1961).
- Lebovici, S. and Diatkine, R., Discussion on aggression: is it a question of a metapsychological concept? *Int. J. Psycho-Anal.* 53: 231-236 (1972).
- Lee, S. G., Carstairs, G. M. and Pickersgill, M. J., Essential hypertension and the recall of motives. *J. of Psychosom. Res.* 15: 95-105 (1971).
- Leigh, D., The Forum Complete. The present state of Psychosomatic Medicine. President's Address Meeting Oct. 10, 1967. *Proc. Royal Soc. Med.* 61: 375-384 (1968).
- Lipowski, Z. J., Review of Consultation Psychiatry and Psychosom. Med. III Theoretical Issues. *Psychosom. Med.* 30: 395-422 (1968).
- Lipowski, Z. J., Psychological Aspects of Disease. *Annals of Internal Med.* 71: 1197-1206 (1969).
- Loch, W., Zur Entstehung aggressiv-destruktiver Reaktionsbereitschaft. *Psyche* Bd. 24: 241-259 (1970).
- Lowy, F. H., The abuse of abreaction: an unhappy legacy of Freud's cathartic method. *Canad. Psychiat. Ass. J.* 15: 557-565 (1970).

- Luborsky, L., Docherty, J. P. and Penick, S., Onset Conditions for Psychosomatic Symptoms: A comparative review of immediate observation with retrospective research. *Psychosom. Med.* 35: 187-204 (1973).
- Lussier, A., Panel on 'Aggression'. *Int. J. Psycho-Anal.* 53: 13-19 (1972).
- Magliocco, E. B., Hostility in verbal productions and hypnotic dreams of hypertensive patients. *Psychosom. Med.* 23: 311-322 (1961).
- Marty, P. et M'Uzan, M. de: La 'Pensée Opératoire'. *Rev. franç. de Psychoanal.* 27: 345-356 (1963).
- Meerlo, J. A. M., La violence humaine opposée à l'agressivité animale. *Médecine et Hygiène* 26: 457-462 (1968).
- Meerlo, J. A. M., Persecution trauma and the reconditioning of emotional life: a brief survey. *Am. J. Psychiat.* 125: 1187-1191 (1969).
- Meerlo, J. A. M., L'agressivité: approche multidisciplinaire. *Médecine et Hygiène* 29: 644-646 (1971).
- Meerlo, J. A. M., On ne peut pas mesurer les émotions. *Médecine et Hygiène* 1072: 1444-1445 (1973).
- Meyer, A. E. and Otte, H., The sematic differential as a measure of the patients' image of their therapist. Recent Research in Psychomatics (R. A. Pierloot, ed.) *Psychother. Psychosom.* 18: 56-60 (1970).
- Mitscherlich, A., Psychoanalysis and the aggression of large groups. *Int. J. Psycho-Anal.* 52: 161-167 (1971).
- Moody, R. L., Bodily changes during abreaction. *The Lancet* 2: 934-935 (1946).
- Mulder, G., Discussion Introduction. The Role of Aggression in Human Pathology. *Psychother. Psychosom.* 20: 257-259 (1972).
- Musaph, H., *Itching and Scratching. Psychodynamics in Dermatology.* S. Karger, Basel 1964.
- Musaph, H., Aggression and Symptom Formation in Dermatology. *J. Psychosom. Res.* 13: 257-264 (1969).
- Musaph, H., *Sexualiteit en Partnerkeuze.* Erven Bohn, Haarlem, 1970.
- Musaph, H., Comment on the paper by M. F. Reiser: Theoretical considerations of the role of psychological factors in pathogenesis and etiology of essential hypertension. Psychosomatic in Essential Hypertension. (M. Koster, H. Musaph and P. Visser eds.), *Bibl. Psychiat.* 144: 124, Karger, Basel 1970).
- Musaph, H., Discussion. *The Role of Aggression in Human Pathology.* (H. Musaph and P. J. G. Mettrop eds.) S. Karger, Basel 1972.
- Musaph, H., Anniversary Disease. *Psychotherapy and Psychosom.* 22: 325-333 (1973).
- Musaph, H., Aggression and Illness as normal aspects of human behavior. Proc. World Congress Psychiatry, Mexico City 1971. *Excerpta Medica*, Amsterdam 1974.
- Musaph, H., Mettrop, P. J. G. and Ketel, W. G. van, Allergic contact dermatitis. *Acta Medica Psychosom.* (Antonelli F. and L. Ancona eds.) Roma 1967.
- Nemiah, J. C., Introduction to the discussion on doctor-patient relationship. Recent Research in Psychosomatics (R. A. Pierloot ed.) *Psychother. Psychosom.* 18: 100-102 (1970).
- Nemiah, J. C., Emotions and Physiology: an introduction. In: Physiology, Emotion and Psychosomatic Illness. *Ciba Foundation Symposium 8* (new series). Elsevier, Amsterdam 1972.
- Nemiah, J. C. and Sifneos, P. E., Psychosomatic Illness: A Problem in Communication. Recent Research in Psychosomatics. 8th European Congr. Psychosom. Res. Knokke 1970. *Psychother. Psychosom.* 18: 154-160 (1970).

- Nemiah, J. C. and Sifneos, P. E., Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. (Hill, O. W. ed.) Butterworths, London 1970.
- Parin, P., A contribution of ethno-psychoanalytic investigation to the theory of aggression. *Int. J. Psycho-Anal.* 53: 251-257 (1972).
- Philip, A. E., The constancy of structure of a hostility questionnaire. *Brit. J. soc. clin. Psychol.* 7: 16-18 (1968).
- Pierloot, R. A., Introduction. Recent Research in Psychosomatics (R. A. Pierloot ed.) *Psychother. Psychosom.* 18: 1-11 (1970).
- Pilowsky, I.; Spalding, E.; Shaw, J. and Korner, P. I., Hypertension and Personality. *Psychosom. Med.* 35: 50-56 (1973).
- Pulver, S. E., Can affects be unconscious? *Int. J. Psycho-Anal.* 52: 347-354 (1971).
- Reiser, M. F., Emotional Stress in the precipitation of congestive heart failure. *Psychosom. Med.* 15: 38-60 (1953).
- Reiser, M. F., Theoretical considerations of the role of psychological factors in pathogenesis and etiology of essential hypertension. Psychosomatics in Essential Hypertension (M. Koster, H. Musaph and P. Visser eds.) *Bibl. Psychiatr.* 144: 117-124. Karger, Basel 1970.
- Reiser, M. F., Burst, A. A. and Ferris, E. B. (with the collaboration of: Shapiro, A. P.; Baker, H. M. and Ransohoff, W.) Life situations, emotions and the course of patients with arterial hypertension. *Psychosom. Med.* 13: 133-139 (1951).
- Sandler, J., The role of affects in psychoanalytic theory. In: *Physiology, Emotions and Psychosomatic Illness. Ciba Foundation Symposium 8.* Elsevier, Amsterdam 1972.
- Sifneos, P. E., Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. *Acta Medica Psychosomatica.* Roma 1967.
- Stokvis, B., Het probleem van de 'specificiteit' in de psychosomatische geneeskunde, structuur-analytisch benaderd. *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.* 97: 3043-3050 (1953).
- Stone, L., Reflexions on the psychoanalytic concept of aggression. *The Psychoanal. Quarterly*, 40: 195-244 (1971).
- Thaler, M., Weiner, H. and Reiser, M. F., Exploration of the doctor-patient relationship through projective techniques. Their use in psychosomatic illness. *Psychosom. Med.* 19: 228-239 (1957).
- Tinling, D. C. and Klein R. F., Psychogenic Pain and Aggression: The syndrome of the solitary hunter. *Psychosom. Med.* 28: 738-748 (1966).
- M'Uzan, M. de, Psychogenic Mechanisms in Psychosomatic Symptom Formation. In: *Mechanisms in Symptom Formation. Proc. 2nd Congr. Int. Coll. Psychosom. Med. Amsterdam 1973* (H. Musaph ed.) *Psychother. Psychosom.* 23: 103-110 (1974).
- Visser, P., Some remarks about psychophysiological aspects of aggressive behavior. In: *The role of aggression in human pathology. Psychother. Psychosom.* 20: 249-256 (1972).
- Watson, J. P., The relationship between a self-mutilating patient and her doctor. Recent Research in Psychosomatics (R. A. Pierloot ed.) *Psychother. Psychosom.* 18: 67-73 (1970).
- Weiner, H., Psychosomatic Research in Essential Hypertension: Retrospect and Prospect. Psychosomatics in Essential Hypertension (M. Koster, H. Musaph and P. Visser eds.) *Bibl. psychiatr.* 144: 58-116. Karger, Basel 1970.
- Weiner, H., Singer, M. T. and Reiser, M. F., Cardiovascular responses and their psychological correlates. I. A study in healthy young adults and patients with peptic ulcer and hypertension. *Psychosom. Med.* 24: 477-

498 (1962).

Wittkower, E. D., Cleghorn, J. M., Lipowski, Z. J., Peterfy, G. and Solyan, L., A global survey of psychosomatic Medicine. *Int. J. Psychiatry* 7: 499-516 (1969).

Wittkower, E. D. and Lipowski, Z. J., Recent developments in Psychosomatic Medicine. *Psychosom. Med.* 28: 722-737 (1966).

Wittkower, E. D. and Russell, B., Emotional Factors in Skin Diseases. Hoeber, New York 1953.

Wolff, H. H., Aggression in relation to health and illness. *Br. J. med. Psychol.* 46: 23-27 (1973).