

# VU Research Portal

## Stress en kanker (2)

Bouter, L.M.; Keppel Hesselink, J.M.; Winnubst, J.A.M.

### ***published in***

Maatschappelijke gezondheidszorg  
1984

### ***document version***

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### ***citation for published version (APA)***

Bouter, L. M., Keppel Hesselink, J. M., & Winnubst, J. A. M. (1984). Stress en kanker (2). *Maatschappelijke gezondheidszorg*, 12, 26-31.

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

# Stress en kanker (2)

*Wat weten wij ervan? Een artikel in twee afleveringen over in hoeverre psychosociale stress als een oorzaak van kanker kan worden aangemerkt. Tweede aflevering.*

L.M. Bouter, J.M. Keppel Hesselink, J.A.M. Winnubst\*

In hoeverre kan psychosociale stress als een oorzaak van kanker worden aangemerkt? De literatuur op dit gebied is ruwweg in een drietal stromingen op te splitsen. In de eerste plaats is er de benaming waarbij gekeken wordt in hoeverre emotioneel schokkende gebeurtenissen ('life-events') kanker (mede)veroorzaken. De tweede benadering richt de aandacht op persoonlijke stijlverschillen in de hantering van psychosociale stress ('coping') en probeert de karakteristieken van de verhoogd vatbare, de premorbide, persoonlijkheid te achterhalen. De derde onderzoekstroming is die waarin men met behulp van dier-experimenten de pathogenese van kanker in relatie met stress probeert te brengen.

In het eerste artikel in het vorige nummer van MGZ is een overzicht gegeven van de belangrijkste onderzoekresultaten. Vervolgens werd ingegaan op de betekenis van de termen stress en kanker. Dit artikel begint met enkele algemene methodische problemen en de mogelijke wijze waarop stress het ontstaan of verloop van kanker zou kunnen beïnvloeden (de pathogenese). Het artikel wordt afgesloten met de bespreking van een aantal vormen van psychotherapie die op kankerpatiënten worden toegepast, alsmede met enkele opmerkingen inzake de preventie.

## Methodologie

De vraag naar wat oorzaken van kanker kunnen zijn is niet eenvoudig te beantwoorden. Om te beginnen moet er natuurlijk sprake zijn van een statistische associatie tussen de 'kandidaat-oorzaak' en de desbetreffende ziekte. Idealiter kan men dan met

een experiment, waarin slechts die ene factor wordt gevarieerd, vaststellen of de geconstateerde statistische afhankelijkheid een causale relatie inhoudt. Bij gebrek aan dergelijke experimentele gegevens, en dat is het geval inzake de relatie tussen stress en kanker, berust de conclusie omtrent het al dan niet aanwezig zijn van een oorzaak-gevolg-relatie op het oordeel van de onderzoeker. Deze dient daarom het voorhanden zijnde bewijsmateriaal zorgvuldig te wegen. Hierbij kunnen ondermeer de volgende criteria behulpzaam zijn (Sturmans, 1982):

- De tijdsvolgorde: de als oorzaak beschouwde gebeurtenis moet vooraf gaan aan gevolg (ziekte).
- Indien er sprake is van een sterke associatie kan er een causaal verband verwacht worden.
- Is de relatie consistent onder verschillende omstandigheden?
- Is de associatie specifiek?

Het bestaande onderzoek naar de relatie tussen stress en kanker levert een bonte collectie resultaten waarbij uiteenlopende vormen en stadia van kanker met velerlei vormen van stress en persoonlijkheidsaspecten in verband worden gebracht. De preciese definiëring van de gemeten psychologische variabelen laat, vooral in de minder recente onderzoekingen, nogal eens te wensen over. Er is de laatste jaren van verschillende zijden fundamentele kritiek geformuleerd op de methodologie van deze groeiende stroom van onderzoeksresultaten (Cox (1982), Sklar (1981), Fox (1978 & 1982) en Swaen (1982)). Globaal kan het bestaande onderzoek worden onderverdeeld in retrospectieve, prospectieve en experimentele benaderingen. Van elk van deze benaderingen zal hieronder een korte karakterisering worden gegeven waarbij de aandacht vooral is gericht op de methodologische problemen.

### I. De retrospectieve benadering

Hierbij wordt onderzocht in hoeverre kankerpatiënten verschillen van controlegroepen wat betreft persoonlijkheidsstructuur, hantering van stress ('coping') of traumatische ervaringen ('life-events'). Het merendeel van het onderzoek waarin naar een relatie tussen psychosociale stress- en kankerincidentie wordt gezocht valt in deze categorie. Bij de interpretatie van de resultaten spelen een drietal bezwaren een cruciale rol: allereerst is het mogelijk dat de gerapporteerde 'stressful life-events' hebben plaats gevonden nadat het kankerproces ontstond (Sklar, 1981). Deze mogelijkheid is zeker niet denkbeeldig gezien het feit dat de klinische manifestatie van kanker veelal pas geruime tijd,

\* Lex Bouter is medisch bioloog en werkt als docent gezondheidskunde bij de Stichting Op-leiding Leraren.  
Jacques Winnubst is wetenschappelijk hoofdmedewerker van de vakgroep psychologie voor arbeid en organisatie, Katholieke Universiteit Nijmegen. Tevens is hij secretaris van de Nederlandse Stress Stichting en lid van de Wetenschappelijke Raad van het Koninkin Wilhelmina Fonds.  
Jan Keppel-Hesselink is medisch bioloog en momenteel bezig met de afronding van zijn medische studie.

soms zelfs vele jaren, na het ontstaan ervan optreedt. In de tweede plaats mag worden verondersteld dat de wetenschap kanker te hebben van invloed kan zijn op de perceptie en beleving van de ingrijpende emotionele gebeurtenissen van de voorgaande jaren. Met andere woorden: onder invloed van het weten dat men kanker heeft, wordt al terugkijkend in de eigen biografie mogelijk een sterkere betekenis gehecht aan bepaalde gebeurtenissen. Ten derde kunnen verschillen in gezondheidstoestand en de daarmee samenhangende tekening in de beantwoording van vragen bij de kankerpatiënt ook door fysiologische consequenties van het kankerproces worden veroorzaakt. Zo zijn er zowel mentale als gedragsmatige effecten als gevolg van de hormonale, metabole of hematologische veranderingen bij bepaalde kankervormen, terwijl metastasen in de hersenen de persoonlijkheid diepgaand kunnen veranderen. (Sklar, 1982).

**II. De prospectieve benadering**

Dit is longitudinaal onderzoek waarbij men eerst de relevant geachte psychologische variabelen meet, vervolgens wacht tot er zich in de onderzochte populatie voldoende gevallen van kanker hebben voorgedaan en tenslotte poogt na te gaan in hoeverre de vooraf gemeten psychologische variabelen een voorspellende waarde hebben. Praktische bezwaren zijn de lange wachttijd en de noodzaak een grote groep te onderzoeken om aan voldoende kankergevallen te komen (Swaen, 1982).

Hoewel in prospectief onderzoek doorgaans aan de methodologische bezwaren tegen retrospectief onderzoek tegemoet wordt gekomen schuilen hier andere adders onder het gras. Zo is het veelal niet duidelijk of er geen onderliggende variabelen zijn die zowel de ontwikkeling van kanker als de gemeten psychologische factoren beïnvloeden.

Door dit alles kunnen geconstateerde correlaties tussen kanker en psychologische variabelen niet zonder meer causaal worden geïnterpreteerd.

Een ander belangrijk probleem is de geringe vergelijkbaarheid van prospectieve onderzoeken onderling. Niet alleen wordt er naar vele verschillende vormen en stadia van kanker gekeken en in uiteenlopende mate rekening gehouden met de storende variabelen, zoals bijvoorbeeld verschillen in dieet, rook- en drinkgewoonten. Vooral ook de meetmethoden van de psychologische variabelen lopen sterk uiteen.

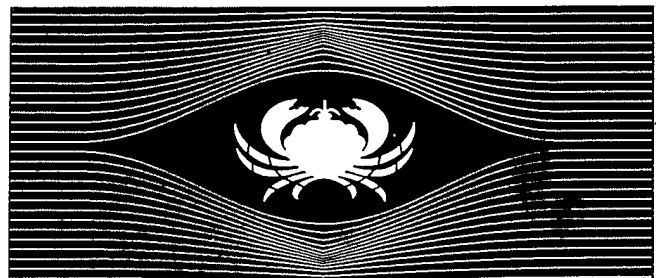
**III. De experimentele benadering met behulp van proefdieren**

Het grote voordeel van dier-experimenteel onderzoek is dat men daarin wel de onafhankelijke variabelen naar believen kan manipuleren en de anderen constant houden. Vanzelfsprekend vindt het psychofysiologische onderzoek naar de relatie tussen stress en kanker alleen bij proefdieren plaats. In de meeste experimenten manipuleert men de stress waaraan de dieren worden blootgesteld, terwijl de kankerincidentie kunstmatig door bijvoorbeeld het gebruik van bepaalde carcinogenen wordt vergroot (Swaen, 1982). De resultaten van experimenteel onderzoek leveren een complex beeld op en deze blijken te variëren met de keuze van het proefdier, tumorsoort, gebruikte carcinogenen, aard, intensiteit en duur van de stressmanipulatie, het tijdsverschil tussen toediening van carcinogenen en stress, en de gekozen maatstaf voor de afhankelijke variabele kanker (tumorincidentie, tumorgroei of overlevingstijd) (Cox, 1982). Hierdoor is het erg moeilijk om te komen tot algemene conclusies ten aanzien van de relatie tussen stress en kanker bij dieren (Fox, 1982). Bovendien is het

de vraag in hoeverre de resultaten van dier-experimenteel onderzoek naar de mens generaliseerbaar zijn. De strikte laboratorium-omstandigheden, het gelijktijdige gebruik van carcinogenen en de gebruikte vormen van stress maken projectie van de experimentele resultaten op de relatie tussen stress en kanker in de menselijke situatie, met de daaraan inherente variabiliteit en complexiteit van psychosociale stressoren, een hachelijke zaak.

Terwijl epidemiologische onderzoeken het mogelijk maken uitspraken te doen over de samenhang tussen de eerste schakel (stress) en het ziekteproces (kanker), maken experimentele onderzoeken het mogelijk de pathogenese in kaart te brengen. Net zoals op epidemiologisch gebied vele methodologische problemen heersen, zijn binnen het experimentele werk soortgelijke moeilijkheden te vinden.

Bij de groei van tumorcellen veranderen deze van structuur. Hoewel het niet in alle gevallen opgaat, kan als algemeen geldend gesteld worden, dat deze cellen minder gespecialiseerd zijn dan de cellen van het weefsel waaruit ze ontstaan zijn. Het zijn een soort anarchistische cellen geworden. De structuurveranderingen vinden ook plaats in de eiwitten van de celmembranen, waarop bepaalde nieuwe eiwitgroepen, receptoren, ontstaan, terwijl andere verdwijnen. Bij deling van een dergelijke



***Bestaande onderzoeken naar de relatie tussen stress en kanker leveren een bonte collectie resultaten op***

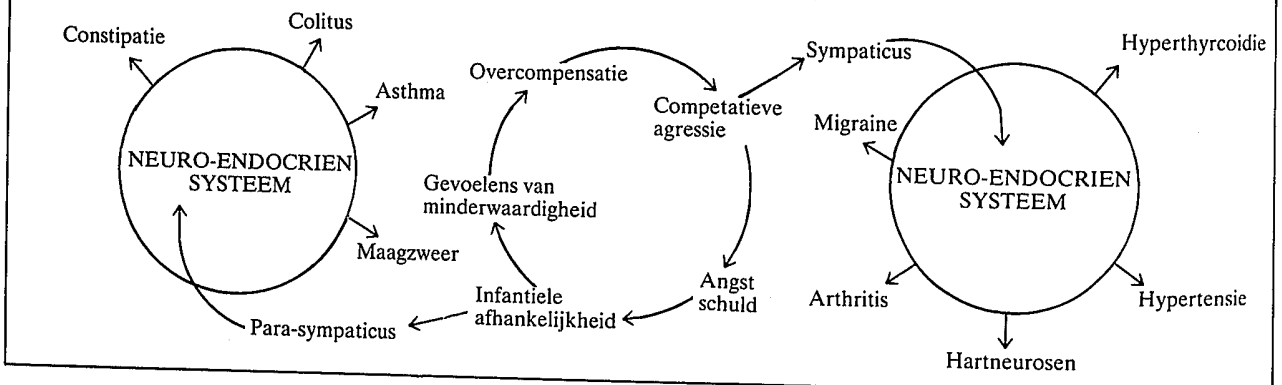
‘ontspoorde’ cel ontstaan op den duur ongewenste celgroepen, de ‘forbiden clones’, die uiteindelijk de dood van het organisme tot gevolg kunnen hebben. Experimenteel is aannemelijk gemaakt dat elke dag een hoeveelheid van dergelijke ontspoorde cellen ontstaan, waarbij het echter relatief zelden voorkomt dat de hier en daar ontstane cellen uiteindelijk tot een ‘forbiden clone’ leiden. Men heeft dit onder andere trachten te verklaren door middel van het aannemen van een ‘bewakingsdienst’, die de ‘niet gewenste’ cellen aan hun veranderende oppervlakte structuur herkent en ongedaan maakt. Dit idee heeft bekendheid gekregen onder de naam ‘immuun-surveillance-hypothese’ (Burnet, 1970; 1972).

Terwijl dit immuunsysteem, waarbij vele uiteenlopende cellen een rol spelen, werkend via verschillende mechanismen, tumorcellen kan opsporen, herkennen en vernietigen, is het op zijn beurt in functioneren afhankelijk van neurogene en hormonale invloeden. Zo is bijvoorbeeld het meest bekende hormoon dat het immuunsysteem remt cortisol. Dit bijnierschors hormoon, behorende tot de corticosteroiden, vindt toepassing bij organtransplantaties. Hiermee wordt de normale afsto-

tingsreactie van het vreemde weefsel, het implantaat, bijvoorbeeld een nier, geremd. Behalve dat het neurogene en hormonale stelsel via het immuunsysteem de groei van tumoren kan beïnvloeden, zijn er ook nog directe wijzen van beïnvloeden. Zo zijn er bijvoorbeeld borsttumoren die voor hun groei afhankelijk van geslachtshormonen zijn. Al met al lijkt het steeds duidelijker te worden dat de drie orgaansystemen, het afweersysteem, het zenuwstelsel en het hormoonstelsel, onderling samenhangend en elkaar beïnvloedend, bij de pathogenese van kanker een rol spelen (zie o.a. ook Sklar, Anisman, 1981). In figuur 1 is één en ander sterk vereenvoudigd weergegeven.

Uit bio- en histochemisch onderzoek van gedeelten van het centrale zenuwstelsel bleek, dat het neurotransmitter dopamine in versterkte mate verbruikt werd. Het dopamine-gehalte in de nucleus arcuatus hypothalami, een hersenkern die een functie vervult bij de afgifte van bepaalde hormonen die bij de stress-reactie van het organisme van belang kunnen zijn, zoals het groeihormoon, was ter plekke afgenomen. In de literatuur worden onder acute stress diverse vormen beschreven; bijvoorbeeld koude, elektrische schok, vormen van sociale stress, zoals overbevolking en isolatie. Een belangrijke bijkomende factor bij het blootstellen van het organisme is de mogelijkheid van

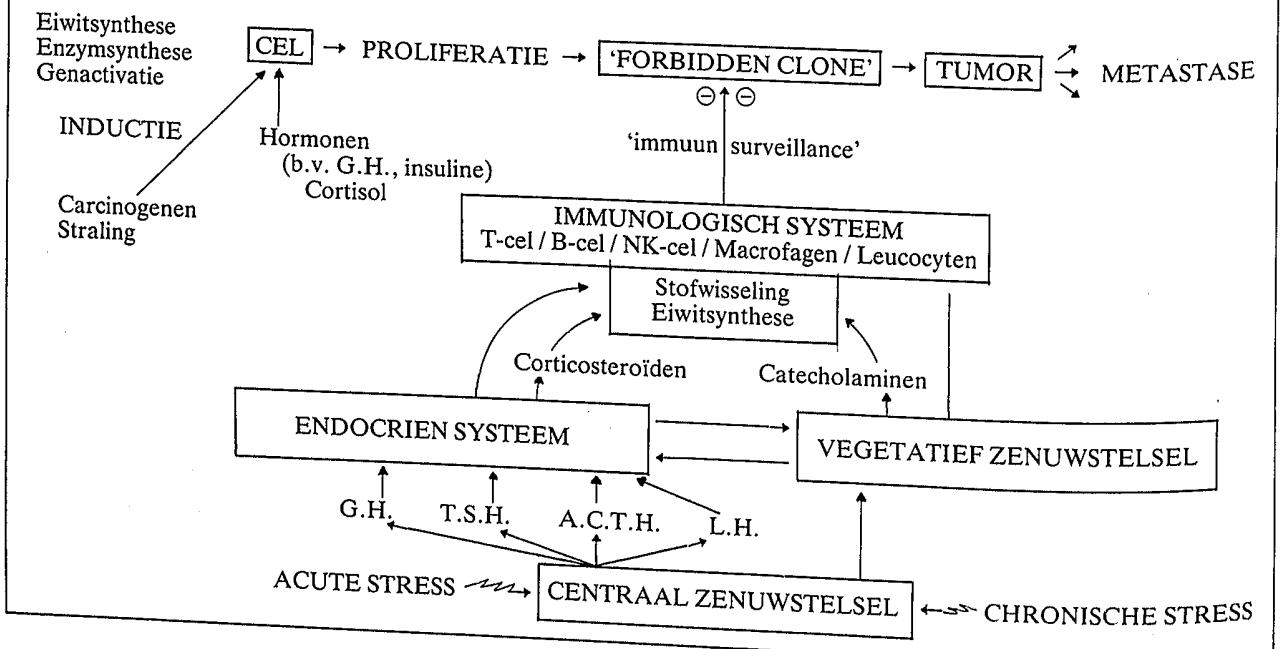
**Figuur 1:**  
etio-pathogenese van enkele 'psychosomaten' (naar Alexander, 1952)



Uit figuur 2 mag blijken hoe moeilijk het is om tot goed gefundeerde uitspraken inzake de pathogenese van kanker, waarin stress een oorzakelijke factor vormt, te komen. Er is een overvloed van onderzoekgegevens, waarbij steeds één of enkele schakels in het gehele pathogenetische patroon bestudeerd zijn. Als voorbeeld van onderzoek naar enkele, nauw omschreven schakels, kan het onderzoek van Kobayashi c.s. (1976) gelden. Hierbij werd een relatie beschreven tussen een vorm van stress en de veranderingen van een neurotransmitter in bepaalde hersengedeelten. Als stressor diende een acute vorm van onderkoeling, toegediend aan enkele diersoorten, onder andere aan duiven en ratten.

het adequaat reageren op stress ('coping'), of de afwezigheid daarvan. Het is gebleken dat bepaalde soorten stress een geheel ander effect hebben indien het organisme een gedragspatroon kan ontwikkelen, waarbij de mogelijkheid opgenomen is, aan de stressor te ontkomen. Vormen van 'coping-behavior' kunnen zijn vechten, het vertonen van bepaalde geconditioneerde gedragingen (binnen een operante conditioneringsopzet) of vluchten. Voor ogen dient hierbij gehouden te worden, dat 'coping'patronen die optreden soort-afhankelijk zijn, bijvoorbeeld bij een rat als vecht-bereidheid, samenhangend met een uiteenlopende fysiologische veranderingen, bij

**Figuur 2:**  
Schema van mogelijke pathogenetische mechanismen.



een duif de vlucht-bereidheid, die met andere soorten fysiologische veranderingen gepaard gaat. Zo heeft acute stress, bijvoorbeeld een elektrische schok bij muizen, op de groei van geïmplanteerde tumorcellen een stimulerend effect.

Indien de muizen de mogelijkheid hebben, om controle op de stressor uit te oefenen, wordt de tumorgroei niet positief beïnvloed. Ook maakt het verschil, of de toediening van de stressor acuut, frequent acuut of chronisch geschiedt. In tegenstelling tot de bevindingen bij de acute stressor, lijkt het erop of chronische stress nu juist de tumorontwikkeling remt. Dat hierbij adaptatie van het neuro-endocriene systeem aan de chronische stress een rol speelt, wordt algemeen aangenomen.

Samenvattend is het bij het experimentele onderzoek naar het effect op kanker van belang welke organismen als proefdieren gebruikt worden, welke stressor gekozen wordt, het tijdsaspect en de situatie waarbinnen de stressor een rol speelt, en de aan- of afwezigheid van de mogelijkheid tot 'coping'. Als parameters van belang zijn behalve de effecten van uiteenlopende stressoren op de tumorgroei (invloed op grootte van metastasen, invloed op door virussen geïnduceerde tumoren, op geïmplanteerde tumorcelgroepen e.d.) ook de veranderingen van neurotransmitters binnen het centrale zenuwstelsel, de veranderingen van hormoonspiegels en de veranderingen in activiteit van cellen, behorend tot het immunologisch apparaat studieonderwerpen geweest. Terwijl men enkele jaren geleden dacht met de graad van activiteit van de T-cel een betrouwbare parameter voor het geactiveerde immuunsysteem in handen te hebben, bleek later dat de z.g. NK-cel en de macrofaag hierbij een belangrijker rol speelden. Ook op dit terrein, dat een onderdeel vormt van de steun voor de 'immuunsurveillance' theorie, blijken dus problemen te liggen in verband met de interpretatie van het uiteindelijke pathogenetische mechanisme.

Er moet immers onderzoek gedaan worden naar diverse schakels: invloed van stressoren op immunologisch actieve cellen; het belang van de diverse geactiveerde immunologische cellen bij de herkenning en vernietiging van de tumorcellen; de invloed van het immunologische proces, op bijvoorbeeld metastasen, implantaties, oncogene cellen in de bloedbaan maar ook naar de indirecte invloed via bijvoorbeeld de corticosteroiden op de cellen van het immuunsysteem, en via deze op de tumorgroei.

## Psychotherapie en kanker

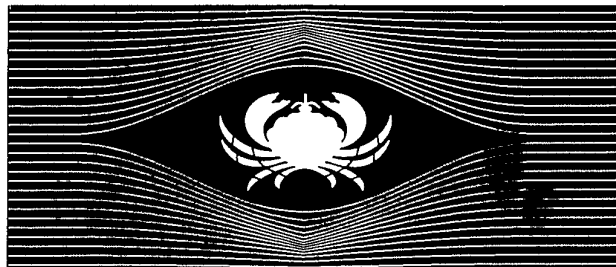
*'Death was feared, but the dark bridegroom was the only possible surcease they could perceive' (Leshan, 1966).*

Algemeen geaccepteerd is de rol die de psychologische begeleiding kan spelen bij het stervensproces ten gevolge van kanker. Naast deze zorg voor de terminale patiënt is het vaak ook noodzakelijk steun te verlenen bij het langdurige proces van de behandeling met straling en/of chemotherapeutica.

De onzekerheid van en hoop op genezing, het verlies van levensperspectief kunnen angsten, depressies en agressieve gevoelens bij de patiënt oproepen, waarbij psychologische of pastorale interventie zinvol kan zijn. Een vorm van psychotherapie, die veel minder geaccepteerd en bekend is, is de hulpverlening die zich richt op gedeeltelijke of gehele genezing. Naar aanleiding van psychosomatisch en stress-onderzoek hebben enkele

onderzoekers getracht therapieën te ontwikkelen, waarbij invloed op het ziekteproces uitgeoefend kan worden. Ondanks de moeilijk bewijsbare relatie tussen persoonlijkheidsstructuur, biografische gebeurtenissen, 'stress' en de ontwikkeling van een maligne proces, alsmede de mogelijkheden van evaluatief onderzoek naar dergelijke therapieën, kan het toch zinvol zijn de ideevorming hieromtrent niet bij voorbaat al te veroordelen. Zelfs al zou blijken dat het effect, gemeten aan parameters als de vijfjarige overleving van de behandelde ten opzichte van een niet-behandelde groep niet significant verschilt, dan nog dient niet uit het oog verloren te worden, dat er een kwalitatieve werking tijdens het ziekteproces kan optreden, waarbij de patiënt zich minder hulpeloos en depressief voelt.

Leshan (1977) heeft zich als psycholoog enkele decennia intensief verbonden met patiënten met kanker. Terwijl zijn therapie aanvankelijk sterk psychoanalytisch



### **Rol van psychologische begeleiding bij het stervensproces ten aanzien van kanker is algemeen geaccepteerd**

georiënteerd was, richtte Leshan zich meer en meer op ideeën vanuit de humanistische en gestalt-psychologie. Het eigenlijke doel bij zijn therapie is niet zozeer het verlengen van het leven, dan wel het verandering brengen in de wijze waarop er geleefd wordt. Eventuele genezing of levensverlenging worden niet gegarandeerd, maar evenmin uitgesloten. Het voornaamste doel zou onder woorden gebracht kunnen worden in termen van Maslow (1970, 1972): er wordt gestreefd naar het zoveel mogelijk stimuleren van de zelfactualisatie van de patiënt. Hierbij dient in plaats van de gevoelens van hulpeloosheid, het verlies van de beleving van zinvolheid van het leven en de verdringing van angsten e.d. een positieve houding van de patiënt ten opzichte van het leven verworven te worden. De wil te leven dient niet gevoed te worden door negatieve emoties, zoals de angst voor de dood, maar door positieve, namelijk het leren inzien van de betekenis van het eigen leven. Twee factoren zijn bij deze therapie van groot belang, de persoonlijkheid van de therapeut en de wijze van interventie. Bij het uitvoeren van de 'Crisistherapie', zoals Leshan deze benoemd, gaat hij uit van het principe van de uniciteit: de ontmoeting met de patiënt, waarbij spontaniteit een grote rol speelt, is elke keer weer een eenmalige gebeurtenis in het hier en nu, waar vanuit een sterk appèl tot echtheid en zelfacceptatie gaat.

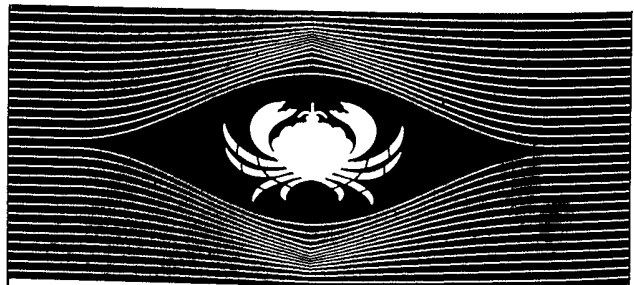
De patiënt heeft door de tijd heen een bepaald ge drags patroon aangeleerd, waarin hij zichzelf verworpen heeft en veel gevoelens afwijst. Het herkennen van dit gedeelte van zichzelf wordt door Leshan gestimuleerd via allerlei methoden. Zo vraagt de therapeut of de patiënt

zich wil voorstellen terug te reizen naar eigen jeugd en zo bepaalde belangrijke perioden opnieuw te beleven (met behulp van een gefingeerde tijdmachine). Ook via het lezen van korte verhalen of het tonen van films, met bepaalde symbolische inhoud, tracht Leshan de patiënten weer in contact te brengen met delen in hemzelf die afgewezen worden. Vervolgens wordt de patiënt door de therapeut direct geconfronteerd met de belangrijkste vraag wat de patiënt nu in zijn leven zou willen doen; er dient een (concreet) doel gesteld te worden. Meestal hangt de onmogelijkheid om op deze vraag te antwoorden samen met het feit dat de patiënt in zijn persoonlijk leven gewend is geraakt aan een bepaalde rol, waarbij vooral meningen en ideeën van anderen over hem centraal staan. Leshan geeft dan enkele mogelijkheden aan, waardoor de patiënt het benauwende van het steeds leven via de anderen onder ogen leert zien, waardoor de vaak pathologische wijze van omgaan met anderen doorbroken wordt. De problemen die dan ontstaan noemt Leshan de existentiële crisis. Terwijl de patiënt in deze fase meestal een extra appèl op de persoon van de therapeut doet; waaraan meestal gehoor gegeven wordt, leert de patiënt langzaam in te zien, dat het leven ook voor zich zelf is, en niet alleen om te leven naar wat gedacht wordt dat anderen van de patiënt wensen. Alleen op deze wijze kan de patiënt steeds meer in contact komen met de doelgerichtheid en zinvolheid in het leven en het 'Although they feared death, they did not want to live' doorbreken (Leshan, 1966, pag. 182). Simonton c.s. (1978, 1980) grijpt in de fundering van zijn therapie terug op de hypothese dat door eigen activiteit, via een activatie van het immuunsysteem, daadwerkelijk het kankerproces in de kern bestreden kan worden. Centraal staat daarbij de actieve rol van de patiënt, die door middel van het activeren van eigen voorstellingsvermogen de strijd van het zelf tegen het niet-zelf (het kankerproces) visualiseert. Ook hierbij wordt het gevoel van hulpeloosheid door een actieve daad door de patiënt overwonnen. Het therapieprogramma van Simonton is eveneens opgebouwd uit verschillende onderdelen en bestaat uit een ruime week intensief werkzaam zijn in een apart centrum. Na het afleggen van een intentieverklaring, waarin de patiënt zijn bereidheid uitdrukt om met behulp van introspectieve methoden inzicht in zichzelf en in het eigen ziekteproces te verkrijgen, worden enkele psychologische testen doorlopen, gedeeltelijk met als doel inventarisatie en evaluatiemogelijkheden, gedeeltelijk om als opstap te dienen in de eerste gesprekken met de patiënten. Het therapieprogramma zelf is opgebouwd uit afwisselend individuele en groepstherapie. Deze korte trainingsperiode heeft als doel de deelnemer enkele belangrijke technieken bij te brengen, die vervolgens in de normale leefomstandigheden voortgezet dienen te worden. Deze langere periode wordt afgewisseld met frequente individuele contacten met de therapeut en vier maal per jaar een 'terugkomperiode' van vijf dagen. Tijdens de trainingscursus leren de patiënten inzicht te krijgen in de belangrijke, 'stress-volle' perioden van hun leven, in de voordelen die het hebben van ziekte opleveren in de omgang met anderen (secondaire ziekte-winst) en de beeldvormende methode, waarbij de patiënt de strijd tegen het maligne proces zich voorstelt in bij hem passende symbolen. De witte bloedcellen zijn daarbij in principe de sterkste en overwinnen (als torpedo's, haaien, vlammenwerpers etc.) de zwakkere kankercellen (logge boten, scholen grote, vette vissen, vreemde machines etc.). Met de therapeut bespreken de patiënten de door hen gekozen beelden, daar er ook het gevaar dreigt, dat de patiënt de eigen angst voor het

ziekteproces visualiseert in de kankercellen, die dan eigenlijk onoverwinnelijk worden en zo de gevoelens van hulpeloosheid juist in de hand werken. Behalve deze beeldvormende methode laat Simonton de patiënten eveneens werken aan de ontwikkeling van eigen levensdoelen, waardoor het gevoel van de zinvolheid van het bestaan beleefd wordt.

Via de voorstelling van een eigen innerlijke gids, die kan variëren van een wijze man tot een grappig, niet bedreigend klein diertje, kan de patiënt steeds weer in dialoog komen met waar het hem nu uiteindelijk om gaat. Ook het omgaan met de chronische pijn wordt in deze therapie via een beeldvormende methode mogelijk gemaakt, waarbij ook de innerlijke gids een rol kan spelen.

De patiënten worden gemotiveerd thuis verscheidene malen per week gedurende minstens één uur lichamelijke oefeningen te doen. Tenslotte leren de patiënten ook omgaan met het idee van de eigen dood. Tijdens de gehele therapie zoeken therapeut en patiënt ook naar mogelijkheden om de directe familie zo veel mogelijk bij het proces te betrekken.



**Niét met zekerheid kan worden gesteld dat stress (mede)oorzaak is van kanker**

Als derde voorbeeld van een psychologische therapie bij kanker kan het werk van de Heidelbergse arts Grossarth-Maticsek gelden, kortgeleden door Bastiaans (1983) besproken.

Grossarth-Maticsek (1979) geeft in zijn boek 'Krankheit als Biografie' een gedragstherapeutische, neobehavioristische analyse van de relatie tussen biografie, levenscrisis en het ontstaan van kanker. De auteur noemt zichzelf een 'Vertreter der kognitiven Verhaltenstherapie' (pag. 43) en heeft langs de weg van gestandaardiseerde vragenlijsten, ontworpen aan de hand van psychodynamische en leertheoretische inzichten, enkele karakteristieke trachten te leveren van kankerpatiënten, die mogelijk van belang zijn om inzicht te krijgen in de genese van deze ziekte. Kankerpatiënten hebben een vorm van gedrag aangeleerd, waarbij een chronische overactiviteit gevonden wordt, geen acht geslagen wordt op zich ontwikkelende symptomen en waarbij er een bereidheid is tot overmedicatie. De overactiviteit komt tot uiting in een constante ijver in het helpen van anderen en in het zich conformeren aan geldende normen, zodat een sociale acceptatie verzekerd is. Deze vorm van streefgedrag om tot 'harmonische' verhoudingen met de leefwereld te komen, voert Grossarth terug op het gedrag wat vroeger in het ouderlijk huis ook geëist en relevant was. De ouders hebben meestal koude relaties, waarbij één van beide zich extreem op het kind richt en hoge verwachtingen koestert, zodat het kind zich zeer vlijtig leert opstellen, waarbij meestal een spiraal van meer eisen, meer vlijt optreedt. Wordt in de la-



tere jaren een verhouding plotseling afgebroken, waarmee de potentiële kankerpatiënt een soort symbolische relatie had, dan is de wereld ineens zinloos geworden en de levenscrisis openbaart zich. Meestal krijgt de patiënt korte tijd na een dergelijke schokkende gebeurtenis, een scheiding of een sterfgeval, kanker. Het hoofddoel van de therapie nu, is de cognitieve factoren, die het verwachte schadelijke gedrag in stand houden, volgens de operante conditionering te veranderen. Het vermoede risicodragende gedrag wordt in de therapeutische interactie 'bestraft', het gewenste gedrag 'beloond'. De hypnose speelt als techniek bij Grossarth een belangrijke rol.

De patiënt dient van een 'vreemd-gestuurd' mens, d.w.z. iemand die via de verwachtingen van anderen zich gedraagt, te worden tot iemand die zelf zijn gedrag stuurt. Ook deze therapie is weer gefaseerd.

Samenvattend valt op dat de drie therapieën in verschillende onderdelen wel overeenkomst vertonen, waarbij echter de individuele accenten verschillen. Aspecten die in elke therapie terug keren zijn zelfacceptatie en zelfinzicht, inzicht in belangrijke biografische momenten en perioden met 'stress', het leren stellen van eigen doelen en inzicht in de betekenis en zinvolheid van eigen leven, verminderen van gevoelens van hulpeloosheid en depressiviteit, gedragsveranderingen, waarbij in het omgaan met de ander de patiënt leert dichter bij zichzelf te blijven, steun bij het komen tot nieuwe gedragsvormen en het leren omgaan met de ziekte. De therapeutische benadering van Simonton c.s. lijkt daarbij gebruik te maken van een aantal hoogst oorspronkelijke methodieken op het gebied van beeldvorming, waarbij vermoedelijk de patiënt een zeer sterk appél om te komen tot nieuwe gedragspatronen zal ervaren, daar deze therapie het meest aansluit bij enkele menselijke existentialia. Hierin ligt de overeenkomst met Leshan. Het is opvallend dat laatstgenoemde auteur aansluiting zoekt bij existentiële filosofen, als hij tracht uit te drukken, op welke wijze een kankerpatiënt in zijn leven staat en waar zijn problemen liggen (Kierkegaard, Binswanger).

## Preventie

Het oude adagium 'voorkomen is beter dan genezen' lijkt bij uitstek van toepassing met betrekking tot de zogenaamde welvaartsziekten (kanker en cardiovasculaire aandoeningen) die in de geïndustrialiseerde landen de grootste bedreiging van de gezondheid vormen.

De preventie richt zich op eliminatie van de oorzaken van deze ziekten die in de omgeving maar vooral ook in de gedragingen van individuen, de 'life-style', zijn gelegen. Onder de vlag van Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding (GVO) worden talrijke gedragsvoorschriften op veelal tamelijk indringende wijze onder de aandacht van de bevolking gebracht. Een voorbeeld hiervan is de grootschalige campagne 'Nederland Oké' die zich, middels aanbevelingen omtrent het rook-, drink- en eetgedrag, hanteringsstrategieën van psychosociale stress en bewegingsactiviteiten, richt op een vermindering van de hart- en vaatziekten.

Afgezien van ethische (in welke mate is gedragsbeïnvloeding toelaatbaar?) en methodologische (langs welke weg kan de beoogde gedragsmodificatie het effectiefst worden bewerkstelligd?) problemen berust de aanpak van gedrag en persoonlijkheidsstructuur van het individu op een belangrijke vooronderstelling.

Deze bestaat uit de verwachting dat de beoogde veranderingen ook tot een verminderde kans op het voorkomen van de ziekte waarop men zich richt met zich mee-

brengt. Dat is een redelijke aanname wanneer de statistische associatie tussen het optreden van de te voorkomen ziekte en de gedragingen of persoonlijkheidsaspecten van oorzakelijke aard lijkt. Zoals bijvoorbeeld bij de relatie tussen roken en longkanker. Veel onzekerder wordt het effect van gedragsvoorschriften en psychotherapie gericht op wijziging in de persoonlijke stijl van het hanteren van psychosociale stress, wanneer de correlatie tussen psychologische variabelen en het optreden van ziekte wellicht is terug te voeren op een gemeenschappelijke onderliggende oorzaak.

Verscheidene auteurs (Bastiaan, 1983, Grossarth-Maticek, 1982) pleiten voor preventieve psychotherapie bij individuen die op grond van hun persoonlijkheidsstructuur (C-type) een verhoogde kans op kanker zouden lopen. Met o.a. cognitieve gedragstherapie gericht op het uiten van onderliggende emoties en conflicten, gerelateerd aan traumatische ervaringen in de levensgang, het aanleren van betere hanteringsstrategieën voor psychosociale stress en training in zelfexpressie probeert men het risico op kanker te verkleinen. Het zal duidelijk zijn dat deze strategie op grond van wat (on)bekend is over de relatie tussen stress en kanker op zijn minst als prematuur moet worden beschouwd. Daarbij komt nog eens het feit dat confrontatie met het gegeven tot een risicogroep te behoren op zich reeds traumatiserend kan werken. Grote terughoudendheid lijkt in deze geboden.

## Conclusie

Op grond van de in de inleiding geformuleerde criteria die behulpzaam kunnen zijn om tot het bestaan van een causale relatie te besluiten kan niet met zekerheid worden gesteld dat stress een (mede)oorzaak is van kanker. In het hier gerapporteerde onderzoek blijkt namelijk de gepostuleerde relatie tussen traumatische ervaringen en persoonlijkheid enerzijds en het ontstaan van kanker anderzijds niet altijd sterk te correleren en even consistent te zijn onder verschillende omstandigheden. Bovendien blijkt de relatie tussen stress en kanker in omstrede mate specifiek te zijn. Daarnaast is in het retrospectieve onderzoek onzeker in welke fase van het kankerproces de psychosociale stress werkzaam is. Bovenstaande wil niet zeggen dat er definitief geen causale relatie tussen stress en kanker zou bestaan. Ook daarover is bij de huidige stand van zaken geen uitspraak te doen. Veel dichterbij ligt de mogelijkheid tot een uitspraak te komen over de samenhang tussen een specifiek nader te karakteriseren vorm van stress en een pathologisch eenduidig te omschrijven vorm van kanker. Het is mogelijk dat het falen een causale relatie te onderkennen moet worden toegeschreven aan de problemen die met de heterogeniteit van de begrippen stress en kanker of aan methodologische onvolkomenheden in het huidige onderzoek moeten worden geweten.

**Psychotherapie bij kankerpatiënt lijkt waar het gaat om een kwalitatieve verbetering van het leven van de patiënt, niet te moeten worden afgewezen, hoewel het verre van zeker is dat hiermee het verloop van de tumorgroei wezenlijk wordt beïnvloed. Wel lijken de geclaimde resultaten uit het epidemiologische onderzoek een eenheid te vormen met de psychotherapeutische benaderingen. Ten aanzien van preventieve psychotherapie bij op grond van persoonlijkheidsaspecten onderscheiden risicogroepen lijkt een veel terughoudender opstelling gerechtvaardigd.**

## LITERATUUR

De uitgebreide literatuurlijst bij dit artikel wordt op aanvraag bij de redactie van MGZ gratis toegestuurd.