

huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

Enkele gedachten over medische sociologie

DOOR DR J. C. VAN ES, HUISARTS TE APELDOORN

De belangstelling van vele artsen voor hun patiënten wordt de laatste jaren breder. Voor vele huisartsen is het duidelijk geworden, dat hun taak niet eindigt met het diagnostiseren en behandelen van somatische ziekten en afwijkingen, doch dat de wisselwerking tussen psyche, soma en milieu zo groot is, dat aan deze trias veel aandacht dient te worden besteed. De psychosomatische geneeskunde is uitdrukking van belangstelling voor de wisselwerking van de psyche en het soma in het bijzonder. Aan de betekenis van het milieu wordt ook steeds meer aandacht geschonken, hetgeen de reden is, dat men zich tot de sociologie heeft gewend en dat een medische sociologie in ontwikkeling is. Aan dit laatste willen wij in dit artikel onze aandacht wijden.

Als we eens trachten na te gaan wat zich in andere landen op het gebied van de medische sociologie afspeelt, dan wenden we allereerst onze blik naar Amerika. In 1957 verscheen een artikel van *Straus*, dat een goed overzicht geeft van de activiteiten, die tot dat jaar waren ontwikkeld. Het bleek, dat 144 werkers bekend waren, die zich grotendeels of geheel bezig hielden met de medische sociologie. De overgrote meerderheid, namelijk 110, bleek socioloog van professie te zijn. In 1958 was dit aantal zelfs tot 217 gegroeid. De meeste sociologen waren verbonden aan een „medical school” of aan een grote kliniek, waar zij naast een „research”- ook vaak een onderwijsfunctie hadden in het kader van de preventieve geneeskunde of van de psychiatrie, dan wel in een soort studium generale. Het doel van de medewerking van deze sociologen aan de opleiding van de studenten is: „... trying to provide the medical student with a broader perspective for understanding some of the social and cultural factors that may influence the etiology, or incidence, or prevalence, or course of a health problem; the response of the patient, his family, and his other

social groups; or the total management of the situation”.

Ziet men de lijst van gebieden, waarop „research” wordt verricht, dan blijkt, dat van 135 onderwerpen 42 betrekking hebben op psychiatrische problemen, terwijl 42 onderzoeken worden verricht met betrekking tot bepaalde interne en andere ziekten. Het beroep van de arts met al zijn relaties en wat daarmee verder samenhangt, is het onderzoek van 26 sociologen en 25 anderen bestuderen de organisatie van de geneeskundige voorzieningen. Het is duidelijk — dit blijkt onder meer uit de oprichting van een Committee on Medical Sociology — dat in de Ver. Staten de medische sociologie zich een eigen plaats in de geneeskunde aan het verwerven is.

Ook elders kreeg men steeds meer belangstelling voor deze nieuwe loot van de sociologische — of medische? — stam. In Duitsland verscheen in 1958 van het Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie een bijzonder nummer, dat in zijn geheel gewijd was aan „Probleme der Medizin-Soziologie”. Het bevatte veertien artikelen, waarvan er slechts vier door artsen waren geschreven. Uit literatuuroverzichten in hetzelfde tijdschrift bleek, dat er reeds vele publikaties op het gebied van de medische sociologie waren verschenen. Tenslotte kunnen we een Nederlandse bijdrage signaleren, namelijk het belangrijke werk, dat in de Leidse Kinderkliniek wordt verricht in de driehoeksbesprekingen tussen een kinderarts, een socioloog en een psychiater (*Veeneklaas e.a.*).

In al deze activiteiten zijn er enkele punten die ons opvallen. In de eerste plaats blijkt, dat alle medische sociologie wordt bestudeerd in het verband van grote ziekenhuizen en universiteiten. Het is onvermijdelijk, dat dit op de methoden en resultaten een bepaald stempel drukt. In de tweede plaats

komt naar voren, dat de beroepssociologen sterk in de meerderheid zijn onder de werkers aan de medische sociologie. Dit is ook nog duidelijk te illustreren aan de sterkteverhouding tussen de medewerkers aan het onlangs verschenen boek: *Patients, Physicians and Illness*, waarvan E. G. Jaco de „editor” is. Slechts 15 procent van de auteurs blijkt medicus, en, voor zover is na te gaan, specialist te zijn. De bijdrage van huisartsen is tot nu toe vrijwel nihil. Alleen daar, waar een aantal gegevens van de sociologie in de praktijk worden gehanteerd, met name in het maatschappelijk werk, kunnen in enkele gevallen de huisartsen ook tot een zekere activiteit komen. Vooral in Engeland zijn er experimenten op dit gebied gaande, onder ander van Scott en van Madge Dongray. Elders ben ik daar al eerder op ingegaan (*van Es*).

Waardoor krijgt men thans meer belangstelling voor medische sociologie? Zoals vele andere instituten trok ook het ziekenhuis de aandacht van een aantal sociologen. Onbegrijpelijk is dit niet, als men zich realiseert welk een wondere wereld een ziekenhuis eigenlijk vormt, met zijn unieke hiërarchie, met zijn eigen wetten, met een rolverdeling die elders niet denkbaar is. Er is echter meer dat aandacht van de socioloog in de geneeskunde vraagt (*Parsons*). De verhouding arts-patiënt, de wijze van werken in de geneeskunde, de sociale betekenis van het ziek zijn, zowel voor de patiënt, voor zijn omgeving als voor de maatschappij, de betekenis van het ziekteverzuim, dit alles biedt de socioloog uitgebreide onderzoekgebieden. Bovendien werken alle factoren in de moderne maatschappij, die de sociologie als geheel tot bloei brengen, ook door in de medische sociologie. Dit alles heeft er toe geleid, dat in Amerika de medische sociologie thans de zesde plaats inneemt in het geheel der sociologische onderzoekingen.

Dat een aantal artsen zich meer voor een medische sociologie gaat interesseren heeft mijns inziens onder andere de volgende oorzaken. Het palet van ziekten, dat de arts onder ogen krijgt, is geheel anders dan dat van enige tientallen jaren geleden. Infectieziekten en deficiëntieziekten maakten plaats voor ouderdomsziekten en psychosomatosen. Hoewel het therapeutische arsenaal enorm werd uitgebreid, waardoor vele zieken van de dood konden worden gered, bleken de wachtkamers van de artsen zeker niet minder vol te worden. Ofschoon meer ziekten konden worden genezen werden minder zieken genezen. Duidelijk aantoonbare oorzaken kon men hiervoor vaak niet aanwijzen, maar men ging toch wel vermoeden, dat in de structuur van de moderne maatschappij met al zijn invloeden, waarop wij thans niet zullen ingaan, mogelijk ziektebevorderende elementen aanwezig konden zijn. Men kreeg meer belangstelling voor de betekenis van verschillen tussen diverse beroepsgroepen, de invloed van de maatschappelijke klasse op het ziektepatroon, de betekenis van ras en sexe voor het optreden van verschillende ziekten. Onderzoekingen

hierover werden pas mogelijk in een maatschappij, waarin statistische gegevens over de bevolking en over bevolkingsgroepen gemakkelijk toegankelijk werden. Bovendien sloeg de balans van erfelijkheid en milieu de laatste jaren weer door ten gunste van het milieu, waardoor de belangstelling hiervoor ook werd gestimuleerd.

Misschien is het geen toeval, dat juist in Amerika en in Duitsland de medische sociologie het meest opbloeit. In de eerste plaats is de ontwikkeling in deze landen op algemeen sociologisch gebied het meest voortgeschreden. In de tweede plaats hebben beide landen met grote sociologische problemen te maken; Amerika met zijn vele maatschappelijke groeperingen, zijn verschillende rassen en zijn snelle maatschappelijke veranderingen; Duitsland met zijn na-oorlogse problemen, waarvan die rondom de Oostduitse vluchtelingen en die van het „Wirtschaftswunder” niet de kleinste zijn.

* * *

Wat is medische sociologie? We hebben nu reeds geruime tijd het begrip medische sociologie gehanteerd zonder te omschrijven wat daar onder precies dient te worden verstaan. *Buma* omschreef in 1950 de medische sociologie aldus: „Dit is de wetenschap, welke streeft naar inzicht in de dubbele relatiewereld tussen individu en gemeenschap op het terrein van ziekte en gezondheid, of anders geformuleerd: de studie van de wijzen waarop de arts in zijn patiënten de samenleving ontmoet”. *Querido* onderschrijft deze zienswijze, dat in elk ziektegeval, in ieder ziek mens, de sociale verhoudingen, die mede de oorzaak en de vorm van het ziek zijn bepalen, zijn verdisconteerd. De dubbele relatiewereld betekent dan, dat enerzijds de samenleving een factor kan zijn bij het ontstaan van ziekte, anderzijds de samenleving kan worden beïnvloed door de ziekte van een individu. Inderdaad is het deze wisselwerking die vooral de arts interesseert. En dan zal de eerstgenoemde relatie vooral de huisarts belang inboezemen, terwijl de sociaal-geneeskundige meer belangstelling zal hebben voor de tweede, waarbij het echter duidelijk is, dat deze twee factoren niet streng van elkaar zijn te scheiden.

De medische sociologie is een wetenschap, welke met wetenschappelijke middelen dient te worden beoefend. De eventuele resultaten kunnen dan door de behandelende arts, de sociaal-geneeskundige en de medische maatschappelijke werker in de praktijk worden gehanteerd.

De bovenbeschreven definitie van *Buma* is niet volledig genoeg, de medische sociologie omvat meer. *Straus* maakt onderscheid tussen twee vormen van medische sociologie, namelijk de „sociology in medicine” en de „sociology of medicine”. De eerste vorm komt overeen met hetgeen *Buma* onder medische sociologie verstaat. De tweede houdt zich bezig met het ziekenhuis, het ziekenfonds als sociaal instituut, met de relaties tussen arts en patiënt, tussen arts en verpleegster enzovoort. Bij de „sociology of medi-

cine" wordt de geneeskunde in haar uitoefening en met al haar betrekkingen tot object van onderzoek, terwijl bij de „sociology in medicine" de zieke mens centraal wordt gesteld en wordt bestudeerd in zijn relaties met zijn verschillende milieus.

Hawkins omschrijft de medische sociologie dan ook als: „... a professionalized endeavor devoted to social epidemiology, the study of cultural factors and social relations in connection with illness, and the social principles in medical organization and treatment". De definitie van Buma is fundamenteeler, die van Hawkins meer pragmatisch. De laatste vormt meteen een werkprogramma, is minder mooi maar vollediger dan de eerstgenoemde.

We kunnen dus de medische sociologie omschrijven als de wetenschap, die de wisselwerking tussen individu en gemeenschap met betrekking tot gezondheid en ziekte bestudeert, terwijl de medische handelingen, interacties en organisaties tevens object van onderzoek kunnen zijn.

Moet de arts of moet de socioloog beoefenaar zijn van de medische sociologie? Het onderscheid dat Straus maakt tussen de „sociology of medicine" en „sociology in medicine" helpt ons bij de beantwoording van de moeilijke vraag naar de competentie. Mag de socioloog alleen maar medische sociologie uitoefenen of mag de arts dit slechts doen?

Met König kunnen we het er wel over eens zijn dat de „sociology of medicine" vrijwel uitsluitend tot het terrein van de socioloog behoort. Hij is het beste uitgerust om deze te bestuderen; er is maar betrekkelijk weinig specifiek medische kennis voor nodig en deze is door informatie vrijwel steeds voldoende te verkrijgen.

Met de „sociology in medicine" ligt het echter geheel anders. Momenteel is noch de arts, noch de socioloog in staat zelfstandig op dit gebied te werken zonder in dilettantisme te vervallen. Voor de ontwikkeling van een „sociology in medicine" zullen artsen en sociologen zeer intensief moeten samenwerken. Ik zou het echter zo willen stellen, dat de artsen de hulp en de adviezen van de sociologen nodig hebben, omdat deze de benodigde sociologische kennis bezitten, maar dat het uiteindelijk de artsen zijn, die de „sociology in medicine" zullen moeten uitoefenen. Het is immers de arts, die in de gezinnen komt en daar zijn patiënten te behandelen krijgt. Hij moet leren daar in een concreet geval sociogenetische of socioplastische momenten (Trimbos) te leren herkennen om mede op grond hiervan zijn diagnose en prognose te stellen en een behandeling in te stellen. Om te herkennen moet men kennen; dit kennen moet men van de socioloog leren. Men kan de relatie van socioloog en arts tot op zekere hoogte vergelijken met die van biochemicus en arts. De biochemicus levert de arts een aantal voortreffelijke diagnostische en therapeutische middelen, welke de laatste met veel nut voor zijn patiënten kan hanteren. Uiteindelijk zal de biochemicus de arts echter geen gedragslijn kunnen voorschrijven, omdat zijn biochemie slechts een enkel

facet is in diagnostiek en therapie. Alleen de arts is in staat — en dan vaak maar zeer gebrekkig — de verschillende componenten in het ziek zijn tegen elkaar af te wegen, zowel de somatische, biochemische en bacteriologische als de psychiatrische, maatschappelijke en andere factoren.

De medicus heeft dus de hulp van de socioloog evenzeer nodig als die van de biochemicus; het verschil tussen deze twee is alleen, dat de biochemicus zijn plaats binnen de geneeskunde ruimschoots heeft verworven, de socioloog nog niet.

Reeds eerder is opgemerkt, dat de tot nu toe beoefende medische sociologie uitsluitend gebonden is aan klinieken en universiteiten en dat de medici, die er zich mee bezig houden, voor zover is na te gaan, alle specialisten zijn. Hetzelfde doet zich voor met het medisch maatschappelijk werk, dat tot nu toe praktisch alleen ziekenhuis-maatschappelijk of psychiatrisch-maatschappelijk werk is. Dit moge verklaarbaar zijn, het is de vraag of het wel juist is dat de huisarts zowel op het gebied van de medische sociologie als op dat van het medisch maatschappelijk werk geheel terzijde staat. Hij komt immers dagelijks met de mens in zijn milieu in aanraking. Daar leert hij zijn patiënten het beste kennen. Vaak vermoedt hij een zekere samenhang tussen het ziek zijn van een patiënt en het vóórkomen van bepaalde maatschappelijke „stresses". Hij ziet zijn patiënten steeds weer binnen de wisselwerking van die kleine groep van het gezin, dat ook aan zijn zorgen is toevertrouwd. Naast persoonsarts is hij ook gezinsarts. De gezinssociologie mag voor de huisarts geen gesloten boek zijn, wil de huisarts het gezin als groep goed kunnen waarderen en beoordelen. De huisarts komt met onderscheidene maatschappelijke invloeden in aanraking, komende uit het arbeidsmilieu, uit het gebied van de vrijetijdsbesteding, uit de woonsituatie en stammende uit het verleden van de patiënt. Daarom kan hij bij zijn werk de algemene sociologie niet geheel missen. Werd de „sociology in medicine" in de klinieken geboren, min of meer uit nood, uit een zekere verlegenheid met de wanverhouding tussen „genezen" en „beter worden", voor de huisarts is het bestuderen van en werken met de sociologie als het ware een natuurlijke, in elk geval een zeer voor de hand liggende ontwikkelingsgang.

Het is zeer waarschijnlijk dat de medische sociologie met een verhoogde belangstelling van een aantal huisartsen voor dit deel van hun werk ten eerste gebaat zou zijn. Juist door zijn speciale positie en door zijn continue en intieme relatie met een groot deel van zijn patiënten kan de huisarts feiten en gegevens te weten komen, die voor anderen slechts na moeizame exploratie bekend zouden worden. Deze bijzondere positie maakt, dat de huisarts de beoefenaar van de „sociology in medicine" bij uitstek kan zijn.

Anderzijds is het niet ondenkbaar, dat de medische sociologie een belangrijke bijdrage zal kunnen leveren tot de ontwikkeling van een echte huisartsen-

geneeskunde, juist omdat deze vorm van sociologie pas mogelijk wordt in de huisartsenpraktijk. Hierin kan de huisarts specialist zijn. Er liggen hier grote kansen. Worden deze echter niet gebruikt, dan kan dit tot schade van het werk van de huisarts zijn. *Thure von Uexküll*, zelf klinisch specialist, schrijft: „Würde sich die Medizin (dagegen) nur an den modernen Entwicklungstendenzen zum Spezialistentum, zum Krankenhaus, zur „Gesundheitsfabrik“ orientieren, so müsste früher oder später die Institution des praktischen Arztes verkümmern. Damit würde sich die Medizin aber einer ihrer wichtigsten Möglichkeiten berauben, mit der Realität ihrer Aufgabe in unmittelbarem, noch nicht durch verschiedene Medien gebrochenem Kontakt zu bleiben. Wenn soziologisch-medizinische Untersuchungen auf diesem für die Medizin entscheidend wichtigen Feld ins Auge gefasst werden, so müssen sie daher nach meiner festen Überzeugung nicht vom Krankenhaus ausgehen, sondern von der Praxis des niedergelassenen Arztes“.

Hoewel het wat voorbarig lijkt, omdat de medische sociologie nog maar nauwelijks in opkomst is, om over haar plaats binnen het geheel van de medische wetenschappen te spreken, is het wellicht nuttig zich hierop eens te bezinnen. Deze bezinning is nuttig, omdat men dan ook de vraag dient te beantwoorden of men nu eigenlijk wel behoefte heeft aan een nieuw begrip „medische sociologie“. Met name moet men zich afvragen of men niet een doublure krijgt met de psychosomatische geneeskunde, of het begrip integrale geneeskunde niet voldoende dekt wat bedoeld wordt met medische sociologie, of de sociale geneeskunde de medische sociologie omvat en of medisch maatschappelijk werk en medische sociologie geen synoniemen zijn.

De psychosomatiek heeft ongetwijfeld vele raakvlakken met de medische sociologie, vooral met de „sociology in medicine“. In de psychosomatische benaderingswijze heeft men zeer veel aandacht voor de wijze waarop de mens op zijn omgeving reageert, hoe zijn relatie met zijn milieu is. Het gaat dan vooral om de aard, om de belevingskwaliteit van zijn ervaringen in heden en verleden. In de „sociology in medicine“ is er echter een dubbele belangstelling, zowel voor de wijze waarop men op zijn omgeving reageert als voor die omgeving zelf. Het zijn bijvoorbeeld begrippen als sociale ruimte, rolverdeling, maatschappelijke labiliteit enzovoort, die object van studie in de medische sociologie zijn. Er is een belangstelling zowel voor objectieve als subjectieve gegevens, die overigens vaak moeilijk zijn te scheiden. Psychosomatiek en medische sociologie raken elkaar dus wel, maar zij zijn zeker niet identiek. Zij hebben hun verschillende belangstellingsfeer en bovendien hebben zij eigen technieken. Vooral dit laatste rechtvaardigt het maken van een zeker onderscheid tussen de beide gebieden van de geneeskunde.

Het medisch maatschappelijk werk is er in de eerste plaats op gericht een zekere informatie over de

maatschappelijke omstandigheden van een patiënt te verkrijgen; voorts heeft het medisch maatschappelijk werk tot taak direct hulp te verlenen. Het kan wel bijdragen tot een beter inzicht in de situatie van een patiënt, het kan ook belangrijke bouwstenen leveren, die sociologisch van belang zijn. Het medisch maatschappelijk werk is echter niet alleen op de sociologie gefundeerd, maar ook op andere wetenschappen, zoals de psychologie, psychiatrie enzovoort. Een medische sociologie zal zeker de onderbouw van het medisch maatschappelijk werk kunnen verstevigen. Er is dus een duidelijke relatie tussen deze twee; zij zijn echter niet identiek, de doelstelling en de methodiek zijn verschillend.

Integrale geneeskunde is een belangrijke conceptie van Buma en Querido. Hierin wordt gepoogd gelijktijdig een beeld te verkrijgen van de lichamelijke, de geestelijke en sociale situaties waarin een patiënt leeft. Dit is zeer belangrijk; te lang was men vergeten dat deze drie terreinen elkaar treffen in de zieke mens. Het komt mij echter voor, dat de integrale geneeskunde als methodiek nog onvruchtbaar moet zijn, zolang wij nog zo weinig zeker weten van de relatie tussen soma en psyche enerzijds en societas anderzijds. Eerst moeten de genoemde relaties nader worden geëxploreerd in afzonderlijke onderzoeken, voordat men aan een integrale geneeskunde toe is. Het is goed naar het ideaal van een integrale geneeskunde te streven; men kan haar echter niet uitoefenen. In dit verband kan men de opmerking van *Jaspers* indachtig zijn: „Zwar gibt es kein Ganzheitsmedizin, das Ganze ist kein Gegenstand, sondern eine Idee“.

De sociale geneeskunde tenslotte, heeft een zeer omvangrijk arbeidsterrein, dat zich moeilijk kort laat omschrijven. Met *Doeleman* kunnen we echter wel stellen, dat binnen de sociale geneeskunde de medische sociologie een belangrijke, zo niet de belangrijkste plaats moet innemen. Juist omdat de sociale geneeskunde zoveel werkteerijnen heeft, zoveel technieken hanteert, zoveel belangstellingen heeft, die in de loop der jaren in de praktijk zijn gegroeid en die het geheel soms zo onoverzichtelijk maken, zal het brengen van een medische sociologie in de sociale geneeskunde integrerend kunnen werken. De medische sociologie kan het „hart“ van de sociale geneeskunde gaan worden; de sociale geneeskunde zal erdoor tot een wetenschap kunnen worden. De groeiende belangstelling van vele huisartsen voor de sociale geneeskunde is evident. Ik geloof, dat, bewust of onbewust, de steeds meer toegepaste medische sociologie hier de trekpleister vormt. Als zich in de toekomst binnen een eventuele huisartsengeneeskunde de medische sociologie een plaats gaat verwerven, dan zal hierin een belangrijk raakpunt met de sociale geneeskunde kunnen liggen. Beide delen van de medische wetenschap zullen elkaar dan ongetwijfeld kunnen steunen, inspireren en aanvullen.

* * *

Men kan de vraag stellen of te bewijzen is dat sociologische factoren „oorzaak” zijn van het ontstaan van ziekten of invloed hebben op het genezingsproces. Is het laatste nog wel aannemelijk, het eerste is dat in veel minder mate.

Men kan wel bewijzen dat een difteriebacil noodzakelijk aanwezig moet zijn om van iemand een difteriepatiënt te maken. Is aan de postulaten van Koch voldaan, dan kan men het bewijs geleverd achten dat een bepaalde bacterie een bepaalde ziekte veroorzaakt. Deze bacterie wordt dan beschouwd als de „causa” van de ziekte. De postulaten van Koch leren ons echter niet waarom de ene mens een gezonde bacillendragers of gastheer, de ander een lijder aan een ziekte is. De belangstelling is begrijpelijkerwijs vele jaren vooral op „le grain” gericht geweest, terwijl „le terrain” minder aandacht vermocht te trekken. De laatste jaren is echter veel meer aandacht ontstaan voor het multiconditionele karakter van vele ziekten. Voor het ontstaan van ziekten wordt nu ook in het denken van velen plaats ingeruimd zowel voor constitutionele en erfelijke, als voor biologische en milieu-factoren.

Willen we vruchtbaar kunnen werken op het gebied van de medische sociologie, dan dienen we een zuiver aetiologisch denken te laten varen. Kuiper schrijft onder meer het volgende: „Wat verstaat men nu onder ziekte? Dit begrip wijst op een veranderde activiteit van het organisme dat ziekte niet substantieel gedacht mag worden, maar als een verhouding tussen organisme en omgeving, een niet-adequate verhouding Waarom iemand op een moment door een besmetting wordt getroffen is geen biologisch probleem, maar de wijze van reageren op een dergelijk gebeuren wordt ten allen tijde gericht door het organisme zelf Het aetiologisch ziektebegrip moet dus plaats maken voor een ziektebegrip, dat rekening houdt met het wezen van het organische en dat is volgens onze opvatting het functionele”. Deze citaten getuigen van een geheel ander ziektebegrip als dat, wat twintig jaar geleden nog als enig juist werd beschouwd. In een ziektebegrip als dat van Kuiper past een medische sociologie heel goed.

De reeds eerder geciteerde Thure von Uexküll maakt onderscheid tussen „dispositionsschaffende Faktoren” („conditioning factors”) en „krankheitsauslösende Faktoren” („precipitating factors”). Tot de laatste kunnen vaak de sociologische factoren behoren. Niemand zal kunnen ontkennen, dat de „precipitating factors” voor de arts dikwijls van evenveel belang zijn als de „predisposing factors”. Interessant is ook het onderscheid, dat Trimbos maakt tussen sociogenese en socioplastiek. De eerste is aanwezig wanneer er een causaal verband bestaat tussen sociale factoren of complexen van sociale factoren en het psychische gestoord raken van het individu. Onder socioplastiek verstaat hij de uitlokking, de kleuring, de vorming, de beïnvloeding of de

manifestmaking van latente psychische stoornissen door sociale invloeden.

Om praktische redenen is het misschien zinvol voorlopig de strijd tussen causaliteit en conditie te laten rusten en tevreden te zijn wanneer men een zekere interdependentie tussen ziek zijn en sociologische factoren kan aantonen.

Het zou ons te ver voeren op dit alles dieper in te gaan. Het is toch wel zo, dat de beoordeling van de waarde van de medische sociologie in de eerste of laatste plaats afhangt van de vraag hoe men het ziek zijn en het hebben van een ziekte beschouwt. Dit is uiteindelijk een filosofische en misschien ook een religieuze vraag.

Men kan vrezen dat door de ontwikkeling van een medische sociologie wéér een nieuwe zienswijze van het ziek zijn aan de vele reeds bestaande wordt toegevoegd. Men kan een ziekte, en misschien een zieke, trachten intern te beoordelen, maar ook neurologisch of psychiatrisch. Ook kan men de ziekte vooral als een biochemisch proces zien. Als we de patiënt nu ook nog weer in het geheel van zijn betrekkingen in zijn milieu moeten zien, dan maakt dit alles nog weer meer gecompliceerd. Om een en ander in zijn juiste proporties te zien, waardoor een zekere „Rechthaberei” kan worden vermeden, doen we goed te luisteren naar wat *van Peursen* ons te zeggen heeft. Hij stelt voor de verschillende beschouwingswijzen van de patiënt en de ziekte als wetenschappelijke modellen te hanteren, die geen afbeelding zijn van de zaak, maar deze voorstelbaar maken. „Zij zijn wetenschappelijk en praktisch effectief, geven een voorstelling van zaken waarmee goed te werken valt, maar dan doordat zij niet de werkelijkheid afbeelden doch via schema's hanteerbaar maken.”

Als wij bereid zijn het modelkarakter van de door ons bestudeerde tak van wetenschap te erkennen, dan zijn we wel op weg om „das Ganze” van Jaspers uit te beelden. Op deze wijze kunnen we wel een echte integrale geneeskunde benaderen.

Wat te doen? Reeds eerder hebben we gesteld dat de huisarts de beoefenaar van de „sociology in medicine” bij uitstek kan zijn. Het ligt op zijn weg medische sociologie te gaan bestuderen en de resultaten ervan in de praktijk toe te passen. Hiervoor is echter nog wel een en ander nodig. Er zal een medische sociologie dienen te worden ontwikkeld. Hiervoor zullen feiten moeten worden verzameld, relaties worden onderkend, problemen worden geanalyseerd. Er zal literatuur moeten worden bestudeerd. Een aantal huisartsen zal moeten worden geschoold in de grondslagen van de sociologie; hulp van sociologen is hierbij onontbeerlijk. Niet alle huisartsen zullen deze scholing moeten ondergaan. Dit zou een te zware eis zijn, die buiten alle proporties valt. Wel zouden alle huisartsen de vruchten van medisch sociologische onderzoekingen kunnen plukken. Er dient een medisch sociologische methodiek tot ontwikkeling te worden gebracht. Aanvan-

kelijk zal dan vooral de nadruk moeten vallen op intensieve onderzoekingen, op het verzamelen van „case studies”. Deze kunnen misschien hypothesevormend zijn. Op grond van eventueel te vormen hypothesen kunnen dan grotere, extensievere onderzoekingen worden opgezet. Gaat men direct op grote schaal, zomaar, in het wildeweg, wat onderzoeken, dan heeft men de kans juist langs de belangrijke fenomenen heen te lopen. Men krijgt wel eens de indruk dat een aantal Amerikaanse onderzoekingen aan dit euvel lijden.

Men kan zich nog afvragen in welk verband dit alles dient te geschieden. Op de vraag of dit binnen of buiten universitair verband zou moeten gebeuren wil ik thans niet ingaan; dit zou ons te ver voeren. Het is ieder echter wel duidelijk, dat er momenteel voor het Nederlands Huisartsen Genootschap een taak op dit gebied is weggelegd. Of men individuele onderzoekingen moet stimuleren dan wel studiegroepen moet oprichten, kan een punt van discussie worden. Waarschijnlijk zal men op vele wijzen tegelijk kunnen werken. Misschien kunnen deze activiteiten een bijdrage leveren tot de ontwikkeling van een wetenschappelijk verantwoorde huisartsgeneeskunde. De nadruk zal dan echter moeten liggen op het verrichten van onderzoekingen, experimenten en waarnemingen, die thans nog maar

schaars zijn. Het overwegen van dit alles, zoals we thans deden, kan voor een zekere bezinning wel eens nodig zijn; het dient echter geen leidende maar slechts een dienende functie te hebben.

- Buma, J. T. (1950) De huisarts en zijn patiënt. Allert de Lange. Amsterdam.
- Doeleman, F. (1955) Sociol. Gids 2, 165.
- Es, J. C. van (1959) Gezinnen met zwakzinnige kinderen. Van Gorcum & Comp. n.v., Assen.
- Es, J. C. van (1960) T. Maatsch. Werk 14, 179.
- Freeman, H. en L. G. Reeder (1957) Amer. sociol. rev. 22, 73.
- Hawkins, N. G. (1958) Medical sociology. Ch. C. Thomas. Illinois.
- Jaspers, H. C. K. (1960) Ned. T. med. stud. 6, 16.
- König, R. (1958) Kölner Zschr. soziol. sozialpsychol. Sonderheft.
- Kuiper, P. C. (1948) De betekenis van de functionele pathologie voor de neurologie. Erven J. Bijleveld. Utrecht.
- Parsons, T. (1951) Amer. J. Orthopsychiat. 21, 542.
- Peursen, C. A. van (1960) Ned. T. med. stud. 6, 3.
- Querido, A. (1952) Geneeskunde in transcendentie. H. E. Stenfert Kroese n.v., Leiden.
- Querido, A. (1959) Inleiding tot een integrale geneeskunde. H. E. Stenfert Kroese n.v., Leiden.
- Straus, R. (1957) Amer. sociol. rev. 22, 200.
- Trimbos, C. J. B. J. (1959) De geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Het Spectrum. Utrecht.
- Uexküll, Th. von (1958) Kölner Zsch. soziol. sozialpsychol. Sonderheft.
- Veeneklaas, G. H. M. e.a. (1960) Driehoeksbesprekingen in de Leidse kinderkliniek. W. de Haan, Zeist.

SPOEDEISENDE GEVALLEN IN DE ALGEMENE PRAKTIJK (22)

De behandeling van de acute intoxicatie met barbituurzuurverbindingen

DOOR PROF. DR J. BOOY, TE AMSTERDAM

Het gebruik van barbituurzuurverbindingen in de geneeskunde heeft een enorme vlucht genomen. Om hiervan een indruk te geven vermelden we, dat in de Ver. Staten van Amerika jaarlijks 400 ton van deze geneesmiddelen wordt gebruikt. Dit is voldoende om negen miljoen mensen elke avond van een slaapmiddel te voorzien! In Denemarken wordt jaarlijks 9 ton slaapmiddelen gebruikt; in Engeland steeg het slaapmiddelengebruik sinds 1938 tot het viervoudige. In ons land nam het gebruik van barbituurzuurderivaten van 3 ton in 1938 toe tot 9,5 ton in 1954.

Met het gebruik is ook het misbruik toegenomen. Dit misbruik kan onder meer hierin bestaan, dat er chronisch een te veel van deze middelen wordt ingenomen, waardoor een chronische intoxicatietoestand ontstaat. Deze chronische intoxicatie, die identiek is met de verslaving, zal hier niet nader worden besproken. Daarnaast kennen we echter de acute vergiftiging. Deze ontstaat, wanneer een hoeveelheid van het preparaat wordt gebruikt, die uitgaat boven de therapeutische dosis. Een hoeveelheid, die vijf- tot tienmaal de therapeutische dosis

overschrijdt, kan ernstige intoxicatieverschijnselen geven.

We kunnen ons nu afvragen, onder welke omstandigheden zulke grote hoeveelheden van deze medicamenten worden genomen, dat intoxicatieverschijnselen ontstaan. De volgende mogelijkheden willen we onder het oog zien. Eerst denken we aan patiënten, die gewend zijn regelmatig slaapmiddelen te gebruiken. Sommige van hen slapen niet steeds in op de therapeutische dosis. Ze worden wel suf, „dromerig” en „omneveld”, een toestand waarin ze niet meer precies weten wat ze doen of gedaan hebben. Ze vergeten ook, dat ze hun „poeder” al hebben genomen en oudergewoonte grijpen ze naar hun „slaapmedicijn”. Of ze nu nog één of meer poeders nemen, dringt niet voldoende meer tot hen door; onwetend overdoseren ze zich. Dit soort acute intoxicatietoestanden zijn wel als „automatismen” beschreven (Richards). Wij zelf zagen enkele van zulke gevallen. Mochten deze intoxicaties fataal verlopen, dan zou de diagnose suicide — voor zover het geoorloofd is suicide als diagnose te hanteren — zeker onjuist zijn.