

huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

Een methode ter behandeling van enuresis nocturna in de algemene praktijk

DOOR F. HOLTZER, ARTS-ASSISTENT*

Wie de stelling poneert, dat enuresis nocturna vanouds heeft gegolden en nog geldt als een *waar crux medicorum*, zal niet licht tegenspraak ondervinden. Niettegenstaande aan dit probleem reeds een eindeloos aantal publikaties is gewijd en hoewel in een groot aantal gevallen de psychologische achtergronden diepgaand zijn geëxploreerd, blijft de vraag alleszins actueel, wat men in concreto in de praktijk eraan moet doen.

De klacht is wel zeer veelvuldig. Voor het percentage kinderen, dat op de lagere schoolleeftijd nog min of meer regelmatig zijn bed nat maakt, worden gewoonlijk getallen aangegeven, die liggen tussen de 4 en 8 procent! Van de in militaire dienst komende jongemannen blijkt dit nog boven één procent te liggen. De kwaal betekent voor patiënts omgeving, maar vooral ook voor hemzelf, veelal een ernstige geestelijke en ook materiële belasting. Dikwijls wendt men zich om hulp tot de huisarts, soms ook rechtstreeks tot de psychiater. Bij de patiëntjes, die in de loop van de laatste tien jaren onze kinderopklinik bezochten, bleek dan ook, dat in meer dan twintig procent van de gevallen enuresis de reden voor de verwijzing was. De laatste tijd lijkt dit percentage nog toe te nemen, waarschijnlijk gevolg van een zekere reputatie, welke onze huidige behandelingsmethode heeft verworven.

Deze methode, waarvan dit artikel een uiteenzetting wil geven, is in de praktijk bruikbaar gebleken bij kinderen van ongeveer zes jaar en ouder, dus ongeveer vanaf de schoolleeftijd. Terwijl vóór deze leeftijd de gedachtenwereld van het kind sterk magisch-eidetisch is getint, komt het nu ongeveer tot een concreet-realistisch denken. Juist hieraan

doet de behandeling een appèl. Bovendien is er eerst op deze leeftijd in het algemeen een voldoende taakbesef en doorzettingsvermogen aanwezig om de behandeling tot een succes te maken.

Zo men jongere patiëntjes wil behandelen zal men zich met zijn methode aan hun geestelijk niveau moeten aanpassen. Hierbij komt al spoedig de vraag naar voren vanaf welke leeftijd men enuresis als een abnormaal verschijnsel moet beschouwen. Hoewel er stellig kinderen zijn, die al van voor hun eerste jaar haast nimmer meer hun bedje hebben nat gemaakt, zal er wel niemand zijn, die een gezonde tweejarige, die dat nog wel doet, abnormaal wil noemen. Een leeftijdsgrens aan te geven, waaronder sprake is van een binnen de natuurlijke spreiding liggend, wat laat aanslaan van de zindelijkheidsdresseduur, en waarboven de toestand abnormaal wordt, is niet mogelijk. Een veel bruikbaarere definitie verkrijgt men wanneer men stelt, dat een abnormale toestand is ingetreden . . . wanneer de moeder van het kind vindt, dat dit het geval is!

Men kan en mag een kind, en zeker een jong kind, immers nimmer los zien van zijn omgeving. Het kind wordt bij de geboorte weliswaar afgenaveld, maar het blijft toch voorlopig nog geheel afhankelijk van de moeder. Zonder moederzorg en -liefde gaat het kind ten gronde. Het gehele proces der geestelijke en lichamelijke volwassenwording is ervoor nodig om deze afhankelijkheidsrelatie tot een oplossing te brengen en in een aanhangelijkheidsverbondenheid om te zetten. Zodra nu de moeder meent, te recht of ten onrechte, dat haar kind te laat zindelijk wordt, beleeft zij haar kind als tekortschietend. Dit betekent dat er een stoornis is opgetreden in de moeder-kind relatie. Gezien het enorme belang van deze relatie voor de ontwikkeling van het kind is, zodra hier een stoornis optreedt, behan-

* Uit de psychiatrische kliniek der Universiteit Leiden „Jelgersmakliniek” te Oegstgeest. Hoofd: Prof. Dr E. A. D. E. Carp.

deling geboden. In het geval van zeer jonge kinderen kan men hierbij gevoeglijk volstaan met een rustig gesprek met de moeder, waarin men haar geruststelt. Men dient haar hierbij erop te wijzen, dat, evenals in het moment van het doorbreken van de eerste tand, in het beginnen te staan, lopen, spreken, enzovoort, ook in het aanslaan van de zindelijkheidsdressuur variaties optreden. Het is wel gewenst er hierbij de nadruk op te leggen, dat dit niets hoeft te zeggen over de toekomstige capaciteiten van het kind. Vooral bij jonge moeders, vol zorg voor hun eerstgeborene, kunnen de vele min of meer goed bedoelde adviezen van oma's, buurvrouwen en bekenden veel kwaad aanrichten. Het terzijde schuiven van deze sombere autoriteiten is een niet altijd even eenvoudige, maar uiterst dankbare taak. Men rade de moeder rustig door te gaan met de normale zindelijkheidsdressuur en vooral de moed niet op te geven, en wijze haar erop, dat het voor het kind welhaast onmogelijk wordt gemaakt onder haar leiding de baas over zijn sfincteren te worden, als zijzelf de moed laat zakken. Het is merkwaardig te zien, hoe vaak, na een dergelijk gesprek met de moeder, het kind binnen enkele dagen „droog” blijkt te worden!

Is het patiëntje reeds op de kleuterleeftijd gekomen, dan kunnen suggestieve maatregelen, van welke aard dan ook (een indrukwekkend drankje, „elektriseren”, hoogtezonbestraling, het laten maken bijvoorbeeld van een kalendertje, waarop op droge dagen een plaatje mag worden geplakt of getekend) hun nut hebben. Ook hier verdient het echter de voorkeur de nadruk te leggen op het gesprek met de moeder. Zij is het kind gaan zien als „plasser”, en hier tegenin is het kwaad therapie bedrijven. Voor alles moet de moeder tot de overtuiging worden gebracht, dat zij met het kind samen dit verschijnsel moeten overwinnen en dat ze dit ook kunnen. Als algemene richtlijn kan men hierbij voor de moeder aanhouden de grote lijn van het gesprek, zoals die in het onderstaande wordt beschreven. Bij dit alles wordt aangenomen, dat door zorgvuldige inspectie van de uitwendige geslachtsorganen en door onderzoek van de urine grove lichamelijke misvormingen en ontstekingen en dergelijke zijn uitgesloten. Ook zware oligofrenieën, die oorzaak kunnen zijn van een sterk vertraagd rijp worden voor zindelijkheidsdressuur, zullen de enigszins oplettende onderzoeker niet ontgaan.

Om nu echter terug te komen op de te bespreken behandelingsmethode zelf: de grondvorm hiervan werd door schrijver ontworpen tijdens een periode van een aantal jaren in de functie van districtspsychiater in militaire dienst. Er stond hierbij vanzelfsprekend een enorm groot patiënten-materiaal ter beschikking. In het julinummer 1960 van het Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift werd hieraan een kort referaat gewijd. Het is stellig niet geheel oorspronkelijk. De meeste onderdelen van de tien punten, waarvan gebruik wordt gemaakt, zijn — overigens los van elkaar — al veel eerder door

anderen toegepast en beschreven. De essenties zijn echter de combinatie en de houding, welke de therapeut inneemt.

Bij het opstellen van deze behandelingsmethode is het van meet af aan de bedoeling geweest, dat zij in de eerste plaats bruikbaar zou zijn voor huisartsen. Bij de overwegingen, die eraan ten grondslag liggen, stond dan ook voorop, dat de methode, om in de algemene praktijk werkelijk bruikbaar te zijn, niet te veel tijd van de therapeut mocht vergen. Trouwens ook uit economische overwegingen van de zijde van de patiënt en zijn ouders zal tegen een tientallen — en maar al te vaak honderden — uren vergende behandeling volgens een inzichtgevende methode voor deze vaak niet als zó ernstig gevoelde kwaal bezwaar bestaan. Verder mag, gezien de beperkte intelligentie van vele der enuresispatiënten, een behandelingsmethode, wil zij algemeen bruikbaar zijn, slechts bescheiden eisen stellen aan de intellectuele capaciteiten. Het zij hier onmiddellijk met de meeste nadruk erkend, dat enuresis veelvuldig voorkomt in alle lagen van de bevolking. Een extra predispositie van kinderen uit sociaal zwakke, dus per definitie ordeloze en vaak weinig intelligente milieus is niettemin duidelijk aanwijsbaar. Volkomen los hiervan staat dan nog de overweging, dat een dieptepsychologische benadering bij zich in of rond de puberteitsfase bevindende patiënten veelal minder gewenst moet worden geacht.

In zeer vele gevallen van enuresis blijkt de diepste kern van het onverwerkte psychische conflict, dat aan dit neurotisch symptoom ten grondslag ligt, wel te zijn de wens zich passief te laten koesteren en verzorgen door de moederfiguur. Het kind, dat zich omstreeks het einde van de babytijd in deze wens gefrustreerd voelt, zal er spoedig toe neigen zich terug te laten zakken in de babyfase, of zal door gebrek aan innerlijke zekerheid het niet op kunnen brengen de drempel te overschrijden. Het resultaat is dan een terugval tot of een niet overwinnen van de enuresis. Het leren beheersen van zijn sfincterfuncties wordt als een prestatie, als een geschenk aan de ouders beleefd. Het gefrustreerde kind komt er minder vlot toe dit offer te brengen. Daarbij komt dan nog, dat de mictie als zodanig als lustbeladen kan worden ervaren, evenals de warmtegevoelens, welke de urine op de huid van buik en bovenbenen geeft. En daar komt dan vooral nog bij, dat het kind juist door het natte bed en de natte kleren de zo begeerde aandacht en manipulatie van moederszijde krijgt. Het ervaringsfeit, dat een terugval tot enuresis vaak optreedt in aansluiting aan de geboorte van een jonger broertje of zusje, is dan ook alleszins verklaarbaar. Hetzelfde geldt voor de waarneming, dat het verschijnsel vaker wordt waargenomen bij het middelste kind uit een gezin dan bij oudste en jongste. Deze beiden verkeren immers, voor wat betreft de aandacht die ze krijgen, gewoonlijk in een begunstigde uitzonderingspositie, de eerste omdat de ouders door hem voor het eerst

het wonder hebben beleefd een kind te hebben voortgebracht, de laatste door zijn rol van Benjamin, waaruit geen opvolger hem is komen verdringen.

Het beschreven kernconflict ligt gewoonlijk zeer diep in de verdringing, nog in de pre-oedipale sfeer. Zeer vaak is het volkomen ingekapseld geraakt en is de persoonlijkheid het overigens goed te boven gekomen, maar is het symptoom van de enuresis op eigen kracht blijven voortleven. Behalve wat dit betreft, is de patiënt vaak goed aangepast en, zo ergens, kan men hier van een „monosymptomatische neurose” spreken. Vaak ook ziet men dat verdere aanpassingsstoornissen secundair aan de enuresis zijn ontstaan en met het verdwijnen daarvan tot oplossing komen. Tijdens de periode, waarin het conflict actueel was, is de zindelijkheidsdressuur opgegeven. Later zijn de patiënt en zijn omgeving geheel passief tegenover het verschijnsel komen te staan en het resultaat is, dat het eigenlijk volkomen fatalistisch wordt beleefd. Zodra de patiënt slaapt schiet de censuur te kort en door het ontbreken van de ingeslepen remmende reflexen (hoe sterk deze zijn kan iedereen ervaren, die voor het eerst moet trachten in liggende houding, in bed, in een urinaal zijn mictie te verrichten), alsmede door het juist omgekeerd werken van de ingeslopen banen, het zuivere element van gewoontevorming dus, gaat het nacht op nacht mis. Elke natte nacht zet weer een nieuwe domper op patiënt's zelfvertrouwen en werkt de gewoontevorming verder in de hand.

Bij elk therapeutisch pogen nu, loopt men sterk het gevaar verzeild te raken in de conflicten, die zijn ontstaan rondom de eerste — mislukte — zindelijkheidsdressuur. In de belevingswereld van de patiënt treedt de therapeut in de plaats van de ouderfiguur, wiens eisen werden afgewezen en door wien de patiënt zich passief wilde laten verzorgen. Dat juist de figuur van „de dokter” gemakkelijk deze geneigdheid wekt om zich passief aan de wijze autoriteit over te geven, behoeft geen betoog. De meeste artsen neigen er, al dan niet bewust, sterk toe, dit zelfs stelselmatig te verlangen. De patiënt kruipt dus in zijn passiviteit weg. Hoewel hij althans bewust graag van zijn kwaal af wil komen, verwacht hij beter te worden gemaakt, met het gevolg, dat hij alle gegeven raad en suggestie langs zich laat afglijden. De enige uitweg, die nog mogelijk is uit de impasse, welke op deze manier ontstaat, wordt dan een systematische analyse van deze weerstanden, met alle technische problemen en tijdrovendheid van dien.

Het is dan ook van het grootste belang dat de therapeut stelselmatig deze autoriteitssituatie vermijdt. Hij dient zeer uitdrukkelijk te vermijden in deze rol te treden of zich erin te laten drukken. Van meet af aan worde de gehele verantwoordelijkheid voor het overwinnen van de enuresis op de patiënt geschoven. De arts stelt zich geen partij, hij stelt uitdrukkelijk dat niet hij, maar alleen de patiënt zelf hiertoe in staat is, zichzelf en op eigen verantwoordelijkheid. Het enige, waartoe de arts zich

bereid en in staat stelt, is het geven van adviezen aan de patiënt voor een aantal oefeningen en leefregels, die, naar de ervaring heeft geleerd, in meer dan 90 procent van de gevallen hun nut hebben bewezen. Als ondersteuning geeft hij dan nog medicamenten, maar deze worden welbewust enigszins gebagatelliseerd. Om kort te gaan, de dokter gaat als niet belanghebbende gids naast zijn patiënt staan. Of en in hoeverre de patiënt de gegeven regels opvolgt, wordt geheel aan hemzelf overgelaten. In feite is het resultaat dat hij hiermede uit zijn infantiele houding van passief verzet wordt gejaagd, omdat de autoriteit, tegen wie hij zich daarin afzette, verdwijnt. Er wordt dus eigenlijk op onbewust niveau een oplossing van het grondconflict geboden.

De aanpak met regels, suggesties en rationalisaties, die de patiënt wordt geboden, is vooreerst erop gericht zijn zelfvertrouwen te versterken. Hij krijgt steeds weer de gelegenheid zijn macht over zichzelf te bewijzen en daarin te slagen. Hij krijgt bovendien kracht en gezondheid gesuggereerd. Hiernaast worden een aantal inzichten toegepast die zijn ontleend aan de school van Pawlow. Het belang, dat bij het bestrijden van een reeds jarenlang bestaande enuresis moet worden gehecht aan het opheffen van foutieve en het inslijpen van juiste voorwaardelijke reflexen, werd in het bovenstaande reeds aangestipt. Het zal geen verder betoog behoeven.

Voor wat betreft de uitvoering van de behandelings-techniek in de praktijk: zoals elke therapie, en zeker elke psychotherapie, begint ook deze essentieel met het opnemen van de anamnese. Met name informere men naar de duur van het bestaan van de klachten en of het bekend is, in aansluiting waaraan de klachten zijn ontstaan. Een mogelijk nog acute psychogenese of een organische oorzaak komt men zodoende eventueel op het spoor. Vervolgens informere men of de klacht ook veelvuldig in de familie voorkomt. Een positieve familie-anamnese geeft al dadelijk een aanknopingspunt om te vertellen, dat de kwaal toch heus geen organische basis heeft en erop te wijzen, hoe belangrijk de door het vóórkomen gewekte suggestie van „nu eenmaal tot een familie van plassers te behoren” dus ook hier weer blijkt te werken. Vervolgens informere men — desnoods enigszins suggestief — of patiënt zeer vast pleegt te slapen; dat alle gezonde kinderen dit doen behoeft men hierbij niet te vermelden. Een volgend punt uit de anamnese, dat steeds positief blijkt te zijn, is, dat patiënt overdag zeer druk, beweeglijk en nerveus pleegt te zijn.

Gezien de stelling, dat patiënt uit zijn passiviteit moet worden gehaald, is het zeer ongewenst over het hoofd van patiënt heen met de moeder te praten. Veel beter is het eerst met haar alleen te spreken, haar in te lichten over de methode en haar medewerking in te roepen, en daarna, desnoods een volgende maal, onder vier ogen met de patiënt te spreken. Hierbij wordt het opnemen van de anamnese herhaald. Van meet af aan dient ook het jongste patiëntje aldus te worden benaderd.

De volgende stap is een uitvoerig lichamelijk onderzoek, waarbij ook de urine wordt nagekeken en het negatief resultaat van de onderzoeken nadrukkelijk aan de patiënt wordt medegedeeld. Onmiddellijk in aansluiting hieraan wordt hem verteld, dat menselijkerwijs gesproken ook niet anders te verwachten was en dat het onderzoek vooral voor zijn overtuiging is geschied. Hij slaagt er immers ook in overdag, net als ieder ander, zijn mictie te bedwingen. De voor dit bedwingen nodige organen moeten dus per definitie aanwezig zijn. Evengoed als ieder ander is hij dus ook in staat de nachtelijke controle hierover te verwerven, maar hij moet het zichzelf leren, moet zichzelf trainen, zogoed als voor elke prestatie welke men van zijn lichaam verlangt. Evenmin als patiënt kan verwachten dat hij, in een stoel zittend, door het innemen van een pil een succesvol atleet kan worden, mag hij verwachten, dat iemand anders dan hijzelf hem droog kan maken. Zoals er trainingsschema's bestaan voor atleten, bestaan die ook hiervoor. En een uitgebreide ervaring heeft geleerd, dat de „zindelijkheidstraining” een zekere kans van slagen heeft, als patiënt zich houdt aan de aanwijzingen van het hem uitgereikte briefje met „tien geboden”. Het kan best zijn, dat hij sommige der erop voorkomende voorschriften al eerder heeft gehoord; het kan zijn, dat er nog andere voorschriften zijn, die ook voortreffelijk werken — dit soort oppositie, waarmede de patiënt herhaaldelijk probeert de therapeut toch weer in een autoritaire houding te dwingen, wordt hierdoor te voren de pas afgesneden! — maar, zoals gezegd, naar de ervaring van de schrijver werkt deze combinatie van voorschriften voortreffelijk. Het lijstje met genoemde tien punten ziet er als volgt uit:

- 1 Poeders en pillen gebruiken volgens voorschrift.
- 2 Hygiëne; met name de genitaal-streek goed schoon houden.
- 3 's Morgens zo vaak en zoveel mogelijk drinken; het liefst elk uur een glas water. 's Middags het vochtgebruik matigen. 's Avonds het vochtgebruik tot het uiterste beperken en dan alleen drinken bij echte dorst en niet meer dan nodig om de ergste dorst te bestrijden; geen bier of andere alcoholica en ook geen koffie of coladranken gebruiken.
- 4 De blaas oefenen, waarbij de urine zo lang mogelijk moet worden opgehouden. Bij het urineren moet de blaas niet ineens worden geledigd, maar moet de urine halverwege even worden opgehouden.
- 5 Voor het slapen gaan moet de blaas goed worden geledigd. In het begin kan patiënt desnoods circa anderhalf uur na het naar bed gaan door de ouders worden gewekt. Hij moet dan goed wakker worden gemaakt en zelf naar de W.C. gaan; vooral niet half slapend plassen!
- 6 Regelmatige sportbeoefening; elke avond een half uur wandelen; veel frisse lucht.

7 Dagelijks wisselbaden, afwisselend twee minuten heet, een halve minuut lauw, enige malen te herhalen. Eventueel te vervangen door een warm zitbad met koude overgietingen.

8 Een harde matras, licht dek, frisse, niet tochtige slaapkamer.

9 Regelmatig leven; vaste tijden van opstaan en naar bed gaan aanhouden.

10 Zelfvertrouwen hebben: „Iedereen die echt doorzet, komt hiervan af; ook jij!”

In een hierbij aansluitend gesprek worden deze punten dan nog eens toegelicht. De bedoeling is de patiënt een sterk mechanistische voorstelling te geven van wat er gebeurt en van de oorzaken van zijn enuresis. Enerzijds sluit dit bijzonder gemakkelijk aan bij het concreet-realistische wereldbeeld van het schoolkind en de jonge volwassene, anderzijds wordt door deze voorstelling van zaken het probleem uit de emotionele en affectieve sfeer gehaald. De hierdoor mogelijk geworden distantie van de enuresis, die van kwaal tot verschijnsel wordt gereduceerd, betekent reeds een zeer grote stap in de richting van genezing. De kracht, gezondheid en sportiviteit, die door de laatste punten worden gesuggereerd, zijn, naast hun reële waarden, bedoeld om de insufficiëntiegevoelens, waar iedere enuresislijder onder gebukt gaat, een tegenwicht te bieden. Bij dit toelichtend gesprek houde men wel in het oog, dat men voor de meeste leken niet licht te zeer simplificeert. Men kan bijvoorbeeld de volgende uiteenzetting geven aan de hand van de tien punten.

1 Overdag zijn we wakker, zijn we echt bij bewustzijn en 's nachts slapen we. Ons bewustzijn is dan sterk gedaald. Het verloop van ons bewustzijn kunnen we dan ook voorstellen als een golvende lijn. Overdag hoog en 's nachts dalende beneden de „slaapgrens”. Een en ander toe te lichten met een tekeningetje van een golflijn, die het bewustzijn uitbeeldt om een rechte, de grens tussen waken en slapen voorstellende. De ervaring heeft geleerd, dat de mensen die aan bedwateren lijden, 's nachts extra vast slapen. Overdag maken ze er zich zorgen over, ze zijn dan extra gespannen, extra nerveus en als het ware extra wakker. 's Avonds liggen ze vaak nog te piekeren, al dan niet bewust, dat ze nu vannacht toch droog moeten blijven en het resultaat is, dat als ze in slaap vallen, van de weeromstuit weer extra vast slapen, en zo gaat een en ander steeds door. Nu begint de blaas bij een bepaalde mate van vulling signalen te geven. We krijgen dan het gevoel te moeten urineren. Aanvankelijk kunnen we dit nog rustig uitstellen, maar tenslotte wordt de aandrang dwingend. Niemand kan zijn urine zolang ophouden, dat zijn blaas barst. Er is dus een bepaalde maximale sterkte van het signaal, waarboven men onherroepelijk begint te urineren. Bij enuresis-patiënten is de slaapdiepte nu zo groot, dat dit maximale signaal niet sterk genoeg is om ze te wekken

(weer met het gemaakte grafiekje toe te lichten). Met de toegediende medicamenten wordt de bewustzijnslijn afgevlakt. Door de pillen, 's morgens en tussen de middag, word je rustiger, door de poeders slaap je minder vast. Daarnaast zitten er medicamenten in, die de blaas ontspannen, zodat deze meer urine kan bevatten en het moment van „overlopen” pas veel later komt. Je zult wellicht kunnen merken, dat de urine hierdoor met een minder krachtige straal komt. Je moet je daarover dus niet ongerust maken.

2 Urineresten werken prikkelend op de huid, ze kunnen bijvoorbeeld roodheid en jeuk veroorzaken. Zoals een steenpuist op een bil een heel been stijf maakt, straalt ook deze prikkeling uit op de omgeving, met name op de blaas en de urineafvoerwegen (zo nodig geve men bij het bespreken van dit punt tevens duidelijke instructies voor regelmatige reiniging van het preputium).

3 Gezonde mensen, die niet aan bedwateren lijden, hoeven toch gewoonlijk nooit 's nachts hun bed uit om te urineren. Toch is hun blaas 's morgens niet overmatig gevuld. Dit komt, omdat de nieren een eigen dag- en nachtritme hebben. Overdag wordt veel, 's nachts weinig urine uitgescheiden. Door nu vroeg in de dag veel te drinken, geef je je nieren dan een extra groot aanbod. De afvalstoffen, die met de urine moeten worden verwijderd, worden dan uitgespoeld. Door 's avonds te zorgen dat er minder vocht in het lichaam aanwezig is, wordt de urineproductie veel minder. Alcohol, vooral bier, maar ook coffeine hebben de eigenschap de urineproductie aan te zetten. Daarom is het beter deze stoffen vooral 's avonds voorlopig te vermijden.

4 Elke spier en elk lichaamsdeel, dat men krachtig wil maken, moet men oefenen. Dit geldt voor de benen van een wielrenner, voor de armen van een gewichtheffer, maar ook voor de sluitspieren van de blaas. Het zo lang mogelijk ophouden is van belang om er aan te wennen, niet aan een te lichte aandrang toe te geven. Door deze oefening kan de drempel, waarboven de blaas zich spontaan gaat ontledigen, en die door de gewoontevorming, die natuurlijk bij iedere enuresis-lijder een zeer belangrijke rol speelt, sterk afgesleten is geraakt, weer worden verhoogd.

5 Herhaaldelijk wekken in de loop van de nacht is bepaald ongewenst, daar dit het ontstaan van een normaal dag- en nachtritme verhindert. Wekken ongeveer anderhalf uur na het naar bed gaan kan nuttig zijn, omdat dan het vocht, dat zich overdag in de benen ophoopt, grotendeels is uitgescheiden (dat dit aanwezig is, kan men de patiënt verduidelijken door het bekende feit, dat de schoenen 's avonds nauwer lijken dan 's morgens; wat oudere patiënten kan men adviseren 's avonds enige tijd te gaan liggen, of enige tijd met de benen op een stoel te gaan zitten). Het is van het grootste belang, dat niet, zoals zo vaak gebeurt, de patiëntjes half slapend door moeder uit bed getild en op of voor de pot worden

gehouden, waardoor de gewoonte slapend te plassen juist wordt aangeleerd, terwijl men die gewoonte juist wil bestrijden!

6 Als je van je lichaam een prestatie wilt eisen, op welk gebied dan ook, moet je beginnen te zorgen het in een zo goed mogelijke algemene conditie te brengen. Dit geldt ook voor de prestatie van het overwinnen van de enuresis. Door dagelijks, ongeacht de weersomstandigheden, een flinke wandeling te maken, wordt verder de gevoeligheid voor temperatuurwisselingen verkleind (evenals door wisselbaden). En juist de temperatuurwisseling door de koude luchtstroom, welke men langs zich kan krijgen door omdraaien in bed, geeft vaak aanleiding tot urineren op precies dezelfde wijze als de iedereen bekende mictiedrang, die door koude voeten kan ontstaan. De avondlijke wandeling, die men voor jongere kinderen onder leiding van een van de ouders moet laten geschieden, geeft bovendien op voor beide partijen ongemerkte wijze aan patiëntje een flink stuk onverdeelde ouderlijke aandacht.

7 Wisselbaden geven een goede harding tegen temperatuurschommelingen en hebben bovendien een rustgevend en roborerend effect. Waar meestal wel een douche aanwezig is, geeft het verstrekken ervan gewoonlijk geen moeilijkheden. Protesten van de moeder over de extra moeite kunnen gevoeglijk terzijde worden geschoven. Deze valt immers bijzonder mee, daar de kinderen toch, althans voor zover zij aan enuresis lijden dagelijks moeten worden gebaad. De dagelijkse was, die het alternatief is, geeft overigens meer werk. En tenslotte is het iedere arts uit ervaring bekend, dat een behandeling, die geen enkel offer kost, maar weinig pleegt te worden gewaardeerd.

8 De slaaphouding moet ontspannen kunnen zijn. Broeierige bedtemperaturen en bezweet raken moeten worden vermeden, de temperatuur moet gelijkmatig zijn, een en ander in verband met het bij de voorgaande punten gestelde.

9 Ook dit sluit geheel bij het voorafgaande aan.

10 Dit kan voor zichzelf sprekend worden geacht.

Bij het bespreken van een en ander blijft men telkens de patiënt erop wijzen, dat hij niet „ziek” maar „fout getraind” is, dat hij dan ook zichzelf moet helpen door een juiste training en dat de dokter hem hierbij slechts met adviezen en met enige hulpmiddelen terzijde staat.

Tenslotte draagt men de patiënt dan nog op een kalendertje te maken, waarop hij zijn droge en natte dagen aantekent. Er wordt afgesproken, dat hij dit bij het volgende bezoek mee zal brengen en dat het gezamenlijk zal worden bekeken om eventuele oorzaken op te sporen. Men wijst de patiënt er nogmaals op, dat de behandeling een training en geen tovermiddel is, dat hij dus niet moet verwachten plotseling van zijn sinds vele jaren bestaande fout af te zijn, maar dat hij ook na natte nachten moet

blijven volhouden. Hij krijgt dan de volgende recepten mee, en wordt na veertien dagen terugbesteld.

R/ Phenobarbital	0,8
Mephobarbital	0,8
Aprobarbital	0,8
Extractum Valerianae	3
Extractum Belladonnae	0,5
Ergotamini Tartras	0,020
Ad pil No LX	
S. Na ontbijt en lunch één pil.	
R/ Ephedrini HCl	50 mg
Amphetamini Sulfas	10 mg
Scopolamini	20 mg
Butylbromidum (Buscopan)	20 mg
Papaverini HCl	40 mg
Ergotamini Tartras	0,5 mg
F. pulv. dtd. No. XXX	
S. Ante noct. pulv. I.	

De doseringen van deze recepten zijn berekend op een gezonde volwassene; voor kinderen dient men natuurlijk de doseringen, vooral van de sterk werkzame medicamenten, naar verhouding te verlagen. Bij de eerste controle zal de patiënt veelal aange-

ven, nog een aantal malen nat te zijn geweest. Men bagatelliseert dit en houdt een optimistische toon. Men blijft zeggen dat succes stellig zeer snel zal optreden, maar dat het een kwestie van volhouden is, desnoods langdurig en ook een zaak van vertrouwen in het vermogen zichzelf te genezen. Een beginnend atleet mag zich ook niet laten ontmoedigen, als hij na twee weken training de honderd meter nog niet in dertien seconden loopt; en toch kan iedere gezonde jonge man het hiertoe brengen. De therapeut van zijn kant dient er steeds zorgvuldig op toe te blijven zien zich niet in de rol van autoriteit te laten dwingen; hij moet vrijblijvend raadgever blijven.

Zoals gezegd is naar onze ervaring bij juiste toepassing met deze methode in vier tot zes weken tijd een gunstig resultaat te bereiken in ongeveer 90 procent der gevallen. Bij mislukking blijkt deze nagenoeg altijd terug te voeren te zijn op het feit dat de patiënt zich in het geheel niet of nauwelijks aan de voorschriften heeft gehouden. Doet hij dit wel, dan is het resultaat bij patiënten vanaf de schoolleeftijd zelfs nog gunstiger. Dit is zelfs herhaaldelijk bereikt door therapeuten, die beslist niet in het nut van de methode geloofden!

*Ervaringen van een huisarts over de samenwerking met een socioloog**

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

Inleiding. De huisarts krijgt naast een groep patiënten, die hij wegens een ziekte of afwijking moet behandelen of onder controle moet houden, een aantal patiënten te zien, dat opvalt door de wijze van ziek zijn. In de eerste plaats komen patiënten voor, bij wie over een korte of lange periode herhaaldelijk ziekten optreden, zonder dat dit frequente voorkomen kan worden verklaard uit het bestaan van een chronische ziekte of afwijking of door een onderling verband tussen deze ziekten. In de tweede plaats ontmoet men niet zelden zieken, bij wie in het herstel van de ziekte een niet zonder meer te begrijpen vertraging optreedt. Kort gezegd betreft het dus patiënten, die of vaker ziek zijn dan men zou kunnen verwachten of bij wie een wanverhouding bestaat tussen het feitelijke verloop van een ziekte en de verwachting, welke men hierover koesterde.

Uit verschillende praktijkanalyses is gebleken, dat deze „zorgenpatiënten” vrij frequent voorkomen. Vooral voor deze patiënten geldt vaak, dat hun ziek zijn een sociale dimensie heeft, zoals prof. Hornstra dit heeft genoemd. Deze sociale dimensie heeft natuurlijk vroeger ook wel aandacht gehad. Zo is bijvoorbeeld aangetoond, dat slechte woontoestanden,

* Inleiding, gehouden op de huisartsencursus „Maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte” te Nijmegen, april 1961.

armoede, ondervoeding enzovoort, een samenhang vertoonden met zuigelingensterfte, tuberculose en andere ziekten. Dit vond plaats in een tijd, waarin sociale euvelen gemakkelijk te herkennen, doch daarentegen moeilijk te verhelpen waren. Thans leven wij onder totaal andere omstandigheden. Dank zij een economische vooruitgang en technische verbeteringen, tezamen met politieke veranderingen, is zeer veel materiële nood tot oplossing gebracht, al blijft er nog voldoende te wensen. Sociale spanningen zijn er echter gebleven. Hiervan getuigen de M.O.B.'s, de L.O.M.-scholen, de jeugdgevangenis, de echtscheidingsstatistiek en de werkzaamheden van de Raden voor Kinderbescherming. Thans echter zijn de oorzaken niet meer zo duidelijk als vroeger. De maatschappij, waarin wij leven, is te gecompliceerd en te ondoorzichtig geworden. Om bestaande sociale spanningen te leren herkennen zullen wij de hulp nodig hebben van deskundigen, met name van sociologen. Als er iemand is die ons zal kunnen helpen bij het verkrijgen van inzicht in het verband tussen sociale spanningen en de wijze van ziek zijn, dan is dat wel de socioloog. Heeft hij dit eenmaal gedaan, dan zal naar mijn mening de maatschappelijk werker ons kunnen helpen bij een verdere exploratie en een verbetering van de situatie in de dagelijkse praktijk. Juist omdat de sociale problematiek zo ondoorzicht-