

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-

tig is geworden, daar de situatie zo gecompliceerd en genuanceerd is, zullen we ons bij de beoordeling daarvan moeten gaan bedienen van elementen uit het sociologische begrippenapparaat. Slechts met behulp hiervan zullen wij de moderne maatschappelijke problemen kunnen benaderen. Bovendien zal ook pas dan een goed contact met de sociologie en haar beoefenaren mogelijk zijn.

Uitgaande van deze opvatting hebben wij getracht in onze praktijk een onderzoek in te stellen naar enkele samenhangen. Door bemiddeling van Prof. Hornstra kregen wij de hulp van een sociologe, die gedurende vier maanden in onze praktijk werkzaam was. Over dit onderzoek zou ik thans iets willen vertellen. Ik moet daarbij echter vooropstellen, dat de bewerking van het onderzoekmateriaal nog maar net begonnen is, zodat ik niet een volledig beeld kan geven van alle onderzoekresultaten. Enkele hiervan zal ik echter in het kort weergeven.

Beschrijving van het onderzoek. Aangezien de problematiek een zeer complexe is, is het zonder meer al duidelijk, dat in dit onderzoek nooit het verband tussen sociale fenomenen en het ziek zijn zou kunnen worden bewezen. Het zou geen onderzoek kunnen worden, waarin hypothesen moesten worden getoetst. Trouwens, welke hypothesen zouden dit moeten zijn? Onze doelstelling zou vooral moeten zijn hypothesen op te stellen, waarvan dan in eventuele latere onderzoekingen zou kunnen blijken of deze valide waren.

Prof. Vercruyse deelt onderzoeken in in explorerende, beschrijvende, verklarende en toetsende. Het explorerende onderzoek is ervoor bestemd een aanwezige indruk van een mogelijke samenhang een wat bredere basis te verschaffen. In een beschrijvend onderzoek is de toelag aanwezig om door zo willekeurig mogelijke selectie van een voldoende aantal gevallen een beschrijving te geven van een grote representatieve steekproef uit een grotere collectiviteit. Ook in het beschrijvende onderzoek maakt men gebruik van open classificaties, zodat men open kan staan voor inspiratie tijdens het onderzoek.

Ons onderzoek is ten dele explorerend en ten dele beschrijvend te noemen. De vraag is, of het materiaal voldoende representatief is, maar hier werd ook niet volledig naar gestreefd. Er werd een steekproef samengesteld ter grootte van 34 personen, die allen afwijkend waren in hun wijze van ziek zijn, zoals boven werd omschreven. De steekproef omvatte alle personen, die van een bepaald tijdstip af onder behandeling kwamen en die aan de gestelde norm voldeden. Men kan deze steekproef dus een „time-sample” noemen. Hiernaast werd een groep samengesteld met een omvang van 17 personen. Deze groep werd zodanig samengesteld, dat de steekproef en de controlegroep wat betreft leeftijd, geslacht en sociale status zo veel mogelijk te vergelijken waren. De tweede groep was dus een „stratified sample”. De leden van deze groep waren opgevallen doordat zij juist zeer weinig onder behandeling kwamen.*

De werkhypothese, die als uitgangspunt werd gebruikt, luidde als volgt: „De mens is door zijn sociale situatie gevoelig voor daarbij passende sociologisch te omschrijven stresses, welke tot ziekte kunnen leiden.” Deze hypothese was gefundeerd op de waarneming, dat niet iedereen reacties vertoont op eenzelfde stress. Gemeend werd, dat dit mede kon worden toegeschreven aan de sociale voorgeschiedenis. Zo kan men bijvoorbeeld veronderstellen, dat een vader, die afkomstig is uit een patriarchaal gezin, een ernstiger reactie zal kunnen vertonen op een gezagscrisis dan een vader, die stamt uit een niet patriarchaal gezin.

De onderzoeksmethodiek werd uiteraard aangepast aan het explorerende en beschrijvende karakter van het onderzoek. Het moest dus zo breed mogelijk worden opgezet. Het voeren van een vrij gesprek verdiende dus de voorkeur boven andere methoden. Wel werd een uitvoerige vragenlijst opgesteld, waarin vele sociologische aspecten uit het verleden en het heden van de patiënt aan de orde kwamen. Deze werd echter tijdens het gesprek niet gehanteerd en diende alleen als hulpmiddel voor de onderzoeker en als richtlijn bij het opstellen van de gespreksverslagen.

Wij meenden, dat de nadruk moest worden gelegd op het verzamelen van een aantal „case-histories”. Kinsley Davis wijst erop, dat een eerste voorwaarde voor het leveren van bewijzen en het verkrijgen van meer kennis omtrent determinerende sociale processen voor de geestelijke volksgezondheid is, dat er goede „case-histories” worden geleverd, waarin het significante sociale verleden van de patiënt goed naar voren komt. Hetzelfde geldt ook voor het beeld van de gezondheid in zijn totaal, waaruit de geestelijke gezondheid dus niet is losgeweekt en waarmee de huisarts steeds te maken heeft.

Men vraagt zich natuurlijk af, hoe de patiënten het instellen van een dergelijk onderzoek opvatten en wat dit betekent voor de bestaande arts-patiëntrelatie. Het is zonder meer duidelijk, dat zeer veel afhangt van de persoon van de sociologisch onderzoeker. Valt deze in zijn of haar wijze van doen in sterke mate buiten de karakteristieken van de eigen praktijk, dan zullen zich moeilijkheden kunnen voordoen. Gelukkig heb ik deze ervaring niet gehad; eerder was het tegendeel het geval.

De introductie van de sociologe verliep in de onderzoeksgroep steeds zonder moeilijkheden. Kwam iemand onder behandeling, die aan de gestelde norm voldeed, dan werd een voorstel tot het voeren van een gesprek gedaan. Al naar de capaciteiten van de patiënt werd de sociologe ten tonele gevoerd

* Van sociologische zijde is bezwaar gemaakt tegen het gebruik van het woord „groep”, omdat het, zoals het door ons werd gehanteerd, niet voldeed aan de sociologische criteria van het begrip groep. Dit is inderdaad het geval. Het is duidelijk hoe men in een interfacultaire discussie of onderzoek een exacte begripsomschrijving meer dan ooit nodig heeft. En dit is te meer het geval wanneer het woorden betreft, welke ieder dagelijks gebruikt, omdat misverstanden en fouten dan nog eerder kunnen insluipen dan wanneer het exclusieve vaktaal betreft.

als iemand, die veel kennis van en belangstelling voor maatschappelijke problemen had of als sociologe, die aan een onderzoek meewerkte. Steeds werd echter duidelijk gemaakt, dat al hetgeen aan de sociologe zou worden verteld, bestemd was voor de huisarts en dat daarbuiten de anonimiteit strikt zou worden gehandhaafd. Een en ander werd vrijwel steeds goed begrepen en het resultaat was dan ook, dat men vaak zeer openhartig tegenover mijn medewerkster was. Interessant was, dat soms feiten aan den dag kwamen, die de huisarts niet bekend waren en die toch direct op medisch terrein lagen. Zo bleek in een geval, dat er een grote angst bestond voor het bestaan van een afwijking in het hoofd na een otitis media, welke angst door het laten maken van een röntgenfoto vlot tot verdwijnen kon worden gebracht. In een ander geval kwam een probleem betreffende geboorteregeling ter sprake, dat naderhand door mijzelf verder kon worden besproken. Slechts in één geval ontstond er een misverstand, omdat men de sociologe met een maatschappelijk werkster identificeerde, van wie men vond, dat deze in achterbuurten moest werken maar met nette gezinnen niets te maken had! De introductie was in dit geval tekortgeschoten; deze was te vluchtig geweest tijdens een druk maandagochtendspreekuur. In de controlegroep, die dus patiënten omvatte met wie men als huisarts weinig contact had, was de introductie moeilijker. De eerste keren ging ik naar de patiënten toe om tijdens een praatje de plannen uiteen te zetten. Het bleek al spoedig, dat men dan vaak schrok en meende, dat ik een onheilsboodschap kwam brengen. Ook bleef men tijdens het gesprek wat achterdochtig wachten tot de verwachte aap uit de mouw zou komen. Dit alles bevorderde de introductie niet. Daarom werd spoedig op een andere methodiek overgegaan, waarbij de patiënt eerst een brief kreeg, waarin in algemene bewoordingen iets over het plan werd verteld, waarna patiënt werd bezocht om een verdere afspraak te maken. Dit leverde dan geen enkele moeilijkheid meer op.

Waar dit mogelijk was, werd het gesprek zoveel mogelijk met de patiënt alleen gevoerd. In een enkel geval leek dit aanleiding tot spanningen bij een echtpaar te gaan veroorzaken, waarbij een gesprek onder vier ogen dan maar niet werd gevoerd, maar in tegenwoordigheid van de partner, onder het motto, dat men beter een ontspannen gesprek met een echtpaar kan hebben dan een krampachtig gesprek met een van beiden.

Aanvankelijk werd wel eens gevreesd, dat de arts-patiënt-relatie door het werken van de sociologe in gevaar zou kunnen worden gebracht. Het bleek echter, dat deze vrees ongegrond was geweest. Kwam men, nadat de sociologe haar gesprek met een patiënt had gevoerd, weer met de laatste in aanraking, dan bleek vaak, dat men de gegevens uit het gesprek met de sociologe zonder forceren in het eigen gesprek kon hanteren. Ik neem aan, dat in teamverband werkenden soortgelijke ervaringen hebben. Het was boeiend over patiënten, die men vaak al

vele jaren onder behandeling had, eens een goed gefundeerde opvatting te horen van iemand, die de patiënt en zijn situatie eens uit een andere hoek bezag. Vaak leidde dit tot een verfrissing en een verdieping van eigen inzichten.

Enkele sociologische begrippen. Hoewel de bewerking van het materiaal nog in gang is en het geven van een totaalbeeld dus niet mogelijk is, wil ik thans toch een enkel facet bespreken, dat de indruk maakt in het kader van ons onderzoek van belang te zijn. Voor een goed begrip hiervan zal het echter nodig zijn enkele sociologische begrippen in het kort te omschrijven. Wij zullen deze en nog vele andere sociologische begrippen nodig hebben, omdat het herkennen en interpreteren van verschillende sociale fenomenen alleen goed mogelijk is met behulp van het sociologische begrippenapparaat, dat immers juist voor dit doel is gevormd. Pas hiermee kunnen wij komen tot een beter begrip van vele verschijnselen in onze uiterst gecompliceerde maatschappij. En daarmee kunnen wij eerst tot een beter inzicht geraken omtrent de invloed van die maatschappij op de mens en zijn ziekte.

Uitgegaan werd van de gedachte, dat een gezin of individu, dat aan grote of snelle maatschappelijke veranderingen blootstaat, in een kwetsbaarder situatie leeft dan een gezin of individu, dat zich in een vrij statische maatschappij bevindt. In de praktijk hadden wij reeds geruime tijd de indruk, dat een snelle stijging op de maatschappelijke ladder de betrokkene kwetsbaarder maakte, onder andere voor het krijgen van ziekten. Hetzelfde gold voor migratie, grote veranderingen in de arbeidssituatie en voor het botsen van verschillende cultuurpatronen binnen het gezin. Het bleek, dat de begrippen integratie, rol en sociale norm ons bij een onderzoek van deze fenomenen konden helpen.

„Het leven is een schouwtoneel; elk speelt zijn rol en krijgt zijn deel”, dichtte Vondel eens. Als men de maatschappij door een sociologische bril beziet kan men waarnemen, dat ieder individu een bepaalde positie inneemt. Men kan iemand sociaal gezien echter niet kenmerken door het weergeven van een enkele positie. Men neemt verschillende posities in, namelijk in verschillende structuren. Om maar een voorbeeld te noemen: iemand kan in de maatschappij bakker zijn, maar in zijn gezin vader, in de kerk ouderling en in zijn vriendenkring een getapte vent. Een positie, welke men inneemt, noemt men wel status. Een status houdt in een geheel van rechten en plichten. Maar status geeft ook een zekere waarde aan. Men kan zeggen, dat in onze maatschappij de status van minister een hogere is dan die van een ambachtsman. Volgens Linton is nu de rol het dynamische aspect van de status. Dit betekent dus, dat de rol aangeeft op welke wijze een persoon de rechten en plichten van zijn status uitoefent.

Het rolbegrip wordt pas sedert enkele tientallen jaren in de sociologie gehanteerd. Helaas geven verschillende schrijvers het begrip een verschillende inhoud, hetgeen de toepassing van dit begrip niet

ten goede komt. Bovendien zijn vele definities verre van exact. Men kan echter wel enkele facetten van de rol noemen, zonder tot een exacte definitie te komen. Een rol is tot op zekere hoogte gestandaardiseerd. Zo zal het gedrag van artsen, vergeleken met niet-artsen, in vele opzichten op elkaar gelijk zijn. Natuurlijk zijn er individuele verschillen, er is een verschil in rolvervulling. Maar wel wordt tot op zekere hoogte een bepaalde verwachting gekoesterd omtrent de rolvervulling. Men verwacht van de directeur van een bedrijf, dat hij leiding geeft, men verwacht van de arts, dat hij hulp biedt. Zo wordt de rol gekenmerkt door een zekere rolverwachting. Een en ander maakt het mogelijk tot een zeker maatschappelijk verkeer te komen, waarvan het verloop tot op zekere hoogte is te voorspellen.

Aangezien iemand vrijwel altijd meer dan één rol moet vervullen is het verre van denkbeeldig, dat deze rollen met elkaar in strijd komen. Zo kan het voor de man, die in het verenigingsleven een belangrijke rol speelt, moeilijk worden in een bedrijf zijn rol van ondergeschikte te blijven vervullen. Er ontstaat dan een rolconflict. Een rol kan zeer vluchtig zijn, zoals dit van een klant in een winkel, maar ook zeer blijvend, bijvoorbeeld die van moeder. Het is duidelijk, dat juist in verband met status en rol de functie, welke men vervult, een zeer belangrijk element is, maar de situatie waarin men verkeert en bijkomende factoren zoals sexe en leeftijd dragen er ook het hunne toe bij.

Men kan zijn rol goed, maar ook minder goed spelen. Sommigen is zij als het ware op het lijf geschreven; anderen hebben met de vervulling ervan veel moeite. Speelt ieder zijn rol goed, is de relatie tussen de verschillende rollen goed, dan kan men met Freedman zeggen, dat er een goede functionele integratie bestaat. Integratie bestaat echter niet alleen bij de gratie van een goede rolverdeling en rolvervulling. Binnen een groep bestaan ook opvattingen over de wijze, waarop men zich al of niet dient te gedragen. Zo verwacht men, dat een Nederlander bij het spelen van het Wilhelmus zal opstaan en dat een arts zijn beroepsgeheim zal bewaren. Men noemt deze gedragsregels sociale normen. Het zijn gedragsregels, die dus niet alleen uiterlijk waarneembare handelingen, maar ook neigingen of gedachten kunnen vastleggen.

Linton maakt onderscheid tussen drie soorten normen. In de eerste plaats zijn er universele normen, die voor iedereen in een bepaalde maatschappij gelden. In de tweede plaats zijn er speciale normen, die slechts gelden voor bepaalde maatschappelijke groeperingen, bijvoorbeeld voor bepaalde beroepsgroepen en tenslotte zijn er de alternatieve, waar een keuze kan worden gedaan uit verschillende mogelijkheden. De normen vormen met elkaar gewoonlijk een stelsel van sociale normen. De aanwezigheid van een dergelijk stelsel is er uiteraard nog geen waarborg voor dat steeds aan de normen zal worden voldaan. Geschiedt dit echter wel, komt het reële gedrag in sterke mate overeen met de sociale normen, dan is er een goede normatieve integratie.

Functionele en normatieve integratie zijn complementaire aspecten van dezelfde sociale eenheid. Functionele integratie is mogelijk bij de gratie van het feit, dat men akkoord gaat met een stelsel van sociale normen. Men moet zich deze beide vormen van integratie niet statisch denken, vooral niet in een maatschappij als de onze, waarin snelle veranderingen plaatsvinden. Het functionele stelsel verandert echter vaak vlugger dan het normatieve. Dit kan conflicten meebrengen, hetgeen men bijvoorbeeld kan waarnemen in een gezin dat zich bevindt in de overgang van het traditionele naar het moderne gezinstype. Men denke alleen maar aan de gezagscrisis, welke de vader daarbij kan doormaken.

Enkele voorlopige onderzoekresultaten. Hoewel de bewerking van het onderzoek nog lang niet is beëindigd, zijn enkele gegevens uitgewerkt waarin de bovenomschreven begrippen konden worden gehanteerd. Eerst werd verondersteld, dat de mate van integratie van het gezin van de patiënt een zekere samenhang zou kunnen vertonen met het optreden van ziekten, of, juister gezegd, met de frequentie waarmee de huisarts werd geraadpleegd. Daarbij bleek, dat slechts 11 (32 procent) patiënten uit de „zieke” groep tot een goed geïntegreerd gezin behoorden; voor de „gezonde” groep bleek dit aantal 13 (77 procent) te zijn. Een slecht geïntegreerd gezin vonden wij in 16 (47 procent) gevallen in de eerstgenoemde groep, terwijl in de tweede groep geen slecht geïntegreerde gezinnen voorkwamen. Op grond hiervan zouden wij — men bedenke dat ons onderzoek een explorerend onderzoek is — de hypothese kunnen opstellen, dat leden van goed geïntegreerde gezinnen minder de hulp van hun huisarts inroepen dan die van slecht geïntegreerde. Of hier dan van een causaal verband sprake is, is zeer de vraag. Wij zullen ons, naar ik meen, voorlopig tevreden moeten stellen met het aantonen van een zekere interdependentie, waarbij vragen naar causaliteit of conditie (voorlopig) niet aan de orde zijn.

Verder werd getracht na te gaan, hoe de integratie in het ouderlijk gezin van de patiënt was geweest. Het verzamelen van gegevens hierover was natuurlijk moeilijk, terwijl de mate van onbetrouwbaarheid daarvan misschien niet gering is, maar omdat wij met een explorerend onderzoek te maken hadden, meenden wij dat deze handelwijze toch was geoorloofd. Het lag voor de hand dat er een verband zou bestaan. Zo schrijven Krech en Crutchfield in hun „Theory and problems of social psychology” dat het basispatroon van het menselijk handelen wordt vastgelegd in de primaire groep, in casu het gezin, en dat dit patroon steeds van grote invloed blijft op de attitudes in het verdere leven.

Wij vonden soortgelijke uitkomsten als bij het onderzoek naar de integratie van het eigen gezin. Van de „zieke” groep kwamen 10 (29 procent) patiënten uit een goed geïntegreerd en 18 (53 procent) uit een slecht geïntegreerd gezin. In de gezonde groep vonden wij daarentegen 11 (66 procent) patiënten, die uit een goed geïntegreerd gezin afkomstig wa-

ren tegen 3 (17 procent) uit een slecht. Op grond hiervan zou men weer een hypothese in de geest van de eerstgenoemde kunnen opstellen.

Hoewel de nadruk in ons onderzoek, zoals wij reeds mededeelden, ligt op het verzamelen van een aantal „case-histories” — een verkorte weergave van een „case-history” zal hier straks volgen — wil ik toch nog iets mededelen over de frequentie, waarmee een conflict tussen de rolvulling en de sociale norm aanwezig was. Deze zijn nog niet nader geanalyseerd en gedifferentieerd, zodat ik slechts enkele globale getallen kan geven.

Het bleek nu, dat een dergelijk conflict in de groep patiënten, die de huisarts veelvuldig consulteerde of die een niet verklaarbare vertraagde genezing vertoonde, bij 27 (80 procent) gevallen voorkwam, terwijl bij de patiënten, die zeer weinig de huisarts consulteerden dit slechts bij 2 (11 procent) voorkwam. Op grond van deze uitkomst zou wederom een hypothese kunnen worden opgesteld.

Tot slot vermeld ik nu nog in het kort een ziektegeschiedenis, die niet uitblinkt door zeldzaamheid, integendeel, maar die een illustratie van het bovenvermelde kan zijn.

De heer X, thans 37 jaar oud, is een sombere, ietwat plechtstatige man, die ik nu ruim tien jaar ken. In de loop der jaren is hij voor een aantal klachten onder behandeling geweest. In 1950 had hij een lichte ischias, in 1952 een chronische appendicitis, waaraan hij werd geopereerd. In 1954 klaagde hij over hoofdpijn, die door een septumdeviatie kon worden verklaard en in 1956 had hij een klein maagzweertje, dat met een Sippykuur vlot genas. Medio 1959 begon hij echter een groot aantal klachten te vertonen. Hij kreeg aanvankelijk was pseudo-angineuze klachten, daarna hoofdpijn en vervolgens in wisselende mate pijn onder in de rug. Deze pijn was van een hernia-achtig karakter en is tot nu toe blijven bestaan. De röntgenfoto toonde een geringe versmalling van de discus tussen L V en S I aan. De patiënt kreeg een hard bed, werd behandeld met antineuralgica, sedativa, vitamine B per os en per injectie, ultrakortegolf, diathermie en Mensendieckgymnastiek. Desondanks bleven de klachten bestaan en patiënt werd, mede op eigen verzoek, naar een universiteitspolikliniek verwezen. Hier werd hij grondig onderzocht, waarna hem antineuralgische en sederende middelen in stijgende dosering werden voorgeschreven. Dit bracht ook niet veel baat. Eens gaf een eenmaal gegeven Irgapyrine-injectie tijdelijk verlichting, maar uiteindelijk zocht de patiënt zijn heil bij een kwakzalver en een Duitse arts. Wat betreft de gezondheidstoestand van het gezin wil ik alleen vermelden, dat zijn vrouw onlangs wegens een toxisch struma werd geopereerd.

De sociale anamnese levert de volgende gegevens op. De vader van patiënt was vertegenwoordiger; hij stierf in 1950 aan een trombose. De relatie van patiënt tot zijn beide ouders was goed, het ouderlijk gezin was goed geïntegreerd. Er werd veel aandacht aan diverse gezinsfuncties besteed, met name kwamen zowel de socialiserende en stabiliserende als de opvoedende, de religieuze en de gezelligheidsfuncties aan bod. Met zijn broers en zuster bestond en bestaat nog een goede relatie. Zijn broers zijn allen vertegenwoordiger geworden, zij hebben het in economisch opzicht zeer goed. Aanvankelijk was het deze man goed gegaan, hij had behoorlijk promotie gemaakt, totdat een jongere man boven hem werd gesteld. Patiënt doorliep na de lagere school de ambachtsschool, waarna hij de avond M.T.S. volgde, wat hij na twee jaren echter moest opgeven, omdat dit teveel energie vroeg naast het verrichten van zijn dagelijkse werk. Wel haalde hij nog een diploma Nederlands en handelscorrespondentie. Na enkele betrekkingen te hebben gehad kwam hij in een bedrijf, dat hem veel perspectief leek te bieden, mede omdat het bedrijf in opkomst was. Patiënt kwam in de buitendienst, waar hij bij het plaatsen

van in de fabriek vervaardigde constructies als chef-monteur de leiding en verantwoording kreeg. Dit ging allemaal goed, tot er een assistent van de directeur werd aangesteld, die de bestaande hiërarchie omverwierp, waardoor patiënt bij promoties herhaaldelijk werd gepasseerd. Het uiteindelijke resultaat is, dat hij thans weer de gehele dag in de fabriek aan de werkbank staat. Mede dank zij veel overwerk verdient hij zeer behoorlijk, maar in zijn huidige positie voelt patiënt zich helemaal niet gelukkig. Het zal niemand verbazen dat de assistent van de directeur medio 1959 werd aangesteld!

Deze ziektegeschiedenis kunnen wij op allerlei manieren belichten of beschouwen. Er bevinden zich vele somatische en psychologische aspecten in, die tot belangrijke opmerkingen aanleiding kunnen geven. Omdat deze ziektegeschiedenis echter alleen als illustratie bedoeld is van hetgeen wij hierboven bespraken, is het uitlichten van een enkel sociologisch aspect toelaatbaar.

Wij zien hier een man tot wiens sociale normen het behoort, mede dank zij geboorte en de verwachting, welke men van hem koestert, een plaats op de maatschappelijke ladder in te nemen, die aanzienlijk hoger is dan de plaats, welke hij thans inneemt. De rol, welke hij thans vervult, is daarmee niet in overeenstemming, zodat wij van een conflict tussen rol en norm kunnen spreken. Dit houdt tevens in, dat de integratie van deze man niet is geslaagd. Oppervlakkig gezien neemt hij wel genoegen met de rol, welke hij thans vervult, maar in werkelijkheid is dit helemaal niet het geval. Hoewel het eigen gezin goed is te noemen, is het duidelijk, dat dit conflict in de arbeidssfeer moet doorwerken in het gezin. Het kan geen toeval zijn dat het struma, dat zijn vrouw van jongs af in lichte mate steeds heeft gehad, juist nu toxisch wordt.

De therapie zal hier moeten bestaan uit een bijdrage leveren tot de oplossing van het rol-norm-conflict. Deze oplossing zal kunnen bestaan uit een zich innerlijk aanpassen aan de bestaande toestand, een normverandering dus, of uit het zoeken van passender werk, een rolverandering dus, of uit een combinatie van beide. Patiënt is zelf geneigd de oplossing te zoeken in een rolverandering. Mijns inziens is dit een goede keuze, omdat de „afstand” tussen rol en norm zeer groot is en omdat de norm diep verankerd ligt, waardoor een overbrugging door normverandering, mede juist gezien de aarde van de patiënt, teveel van hem zou vragen.

Besluit. Wellicht zal een hantering van elementaire sociologische begrippen, zoals rol en norm, ons inzicht in de sociale diagnostiek en de vorm van de aangewezen therapie kunnen verbeteren. Voor de toepassing hiervan zullen wij als huisarts de samenwerking met de maatschappelijk werker niet kunnen ontberen. Door een samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker zal het verrichten van onderzoekingen in combinatie met sociologen wellicht nog meer waarde en aantrekkingskracht krijgen, omdat speurwerk, door hen op dit gebied verricht, in de samenwerking tussen maatschappelijk werker en huisarts directe en praktische gevolgen kan hebben.