

GEZINSGENEESKUNDE (1)

Wat gebeurt in een gezin wanneer een van de leden ziek wordt? Welke effecten heeft de ziekte van de een op de gezondheid van de anderen? Welke invloed heeft dit ziek worden van de vader of de moeder op de kinderen?

Ziedaar een aantal voor de huisarts belangrijke vragen, voor de beantwoording waarvan slechts zeer weinig op wetenschappelijk verantwoorde wijze bekend is. De huisarts *Kellner* heeft getracht antwoord op sommige van deze vragen te geven door middel van een overzicht van zijn contacten met een groot aantal gezinnen uit zijn praktijk aan de rand van een industriestad in Noord-Engeland. De resultaten van deze studie zijn neergelegd in een boekje, „Family Ill Health”, dat uitkwam in de reeks van de onder redactie van Balint uitgegeven *Mind and Medicine Monografieën*.

Kellner's onderzoek strekte zich uit over 356 gezinnen over een periode van twee jaar. De schrijver gebruikte de volgende werkwijze: hij zocht alle gezinnen uit waarvan minstens een der leden een duidelijke emotionele stoornis of functionele klachten had. De medische contacten met de verschillende gezinsleden zette hij gezinsgewijze chronologisch uit op kaarten, die daarna werden bestudeerd. Het bleek hem dat deze verichtingen niet gelijkmatig over de tijd verdeeld waren; lichamelijke ziekten en lichte emotionele stoornissen van verschillende gezinsleden bleken soms tegelijk of kort na elkaar op te treden. Op deze wijze vond hij 60 gezinnen waarbij, naar zijn mening, mogelijk sprake kon zijn geweest van interactie tussen leden van hetzelfde gezin.

In het eerste gedeelte van dit boekje wordt een illustratief overzicht gegeven van de medische gebeurtenissen in een veertigtal van deze gezinnen. Het valt op dat dit grotendeels zeer kleine gezinnen zijn en dat in een niet onaanzienlijk gedeelte van de gevallen de gegevens onvolledig zijn, doordat sommige gezinsleden bij een andere huisarts zijn ingeschreven. Bovendien rekent de schrijver soms ook getrouwde en elders wonende kinderen tot het oorspronkelijk gezin, wat een vreemde indruk maakt.

Na dit overzicht tracht de schrijver te komen tot een analyse en een classificatie van de oorzaken van het paars- of groepsgewijze inroepen van medische hulp. Hij somt de volgende categorieën op:

- 1 Gezins infectie } beiden komen frequent voor.
- 2 Coïncidentie }
- 3 Het begeleiden van de ander naar het spreekuur, welke gelegenheid dan wordt gebruikt om zelf klachten te uiten.
- 4 De bevordering van de rijping van het besluit, de hulp van de medicus in te roepen, doordat een van de andere gezinsleden dit reeds heeft gedaan.
- 5 Twijfelachtige interactie: er was reden te vermoeden dat er geen sprake was van coïncidentie, maar onvoldoende reden om het geval in een der andere categorieën onder te brengen.
- 6 Verbreiding van ziekte: de aandoening van de een was waarschijnlijk het gevolg van de aandoening van de ander. Dit is de categorie waar het de schrijver **eigenlijk om was begonnen**. Hij meent dat in 31 gevallen van een oorzakelijke relatie mocht worden gesproken.

Het bleek dat ziekte in een gezin verschillende effecten kan hebben. Soms kreeg een gezond gezinslid slechts klachten na grote emotionele druk, zoals een man die depressief werd, nadat zijn echtgenote in het ziekenhuis werd opgenomen voor een ablatio mammae. In andere gevallen gaf reeds een lichte ziekte van de een aanleiding tot het optreden van functionele klachten bij een ander gezinslid, terwijl dit soms bij een ernstige ziekte niet gebeurde. De auteur concludeert daaruit dat er bijkomstige factoren moeten zijn die bepalen of en hoe de ander zal reageren. Hij acht het waarschijnlijk dat de graad van geestelijke gezondheid en andere spanningen invloed hebben. In zijn samenvatting stelt hij — overigens zonder hiervoor bewijzen te hebben geleverd — dat het effect van ziekte binnen het gezin schijnt af te hangen van de ernst, de duur en de aard van de ziekte, de emotionele band tussen de patiënt en zijn gezinsleden en de ontvankelijkheid van de laatsten. Genetische, sociale en economische factoren hebben waar-

schijnlijk invloed, evenals de partnerkeuze, maar deze zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. De auteur toont wel aan dat de plaats in het gezin van belang is: rechtstreekse interactie tussen moeder en kinderen werd vijftienvintig maal, tussen vader en moeder zestien maal, tussen de kinderen onderling viermaal en tussen vader en kinderen slechts eenmaal gevonden. Ziekte van de vrouw volgde tweemaal zo vaak na ziekte van de man als andersom. De auteur concludeert uit een zeer suggestief diagram dat de gezondheidstoestand van de moeder de spil is, waarop de gezinsgezondheid draait.

Het tweede gedeelte van dit boekje is gewijd aan een vergelijking van twee groepen van honderd gezinnen: een groep zogenaamde „neurotische gezinnen”, waarvoor als criterium gold dat een der leden gedurende de twee jaar van het onderzoek minstens eenmaal medische hulp inriep voor functionele klachten of emotionele stoornissen, en een andere groep, „niet-neurotische gezinnen”, waarvan het kenmerk was dat geen der leden deze symptomen vertoonde. Het komt mij voor dat het gekozen criterium bijzonder ongelukkig is en de gehanteerde term voor de beide groepen niet rechtvaardigt. De gezinnen van de eerste groep bleken wat kleiner en vaker onvolledig te zijn, terwijl de gemiddelde leeftijd van de gezinsleden hoger was dan in de tweede groep. Opnieuw werd gezocht naar het — binnen een zekere tijdslimiet — gelijktijdig inroepen van medische hulp door verscheidene gezinsleden. Gevallen waar dit te wijten viel aan gezinsinfectie (in beide groepen even frequent) of begeleiding naar het spreekuur, werden verder buiten beschouwing gelaten. Het gelijktijdig inroepen van medische hulp bleek in de „neurotische gezinnen” veel frequenter voor te komen, maar dit was vrijwel geheel toe te schrijven aan het feit dat deze gezinnen vaker medische hulp inriepen dan de andere. Slechts wat betreft „gezinnen”, bestaande uit niet meer dan twee leden, kon worden gesproken van een statistische aanwijzing dat in de „neurotische” gezinnen vaker gelijktijdige medische hulp werd ingeroepen dan in de „niet-neurotische gezinnen”. In de eerste groep bleken niet alleen de patiënten maar ook de andere gezinsleden vaker medische hulp te vragen dan in de tweede. In de „neurotische” gezinnen kwam het premenstrueel syndroom significant vaker voor. In deze groep kwamen echter ook meer lichamelijke ziekten voor dan in de „niet-neurotische” gezinnen.

Eenendertig gezinnen, die de hoogste cijfers haalden voor het aantal verrichtingen van de huisarts, werden nader onderzocht. In deze gezinnen bleken ernstige psychiatrische stoornissen vaker voor te komen.

In zijn beschouwing geeft de auteur zelf reeds punten aan voor kritiek op zijn onderzoek. De ernstigste kritiek acht hij mogelijk op grond van het feit dat zijn materiaal niet aselekt is, daar het bestaat uit de patiënten van één praktijk, terwijl het bekend is dat de instelling van de huisarts invloed op de samenstelling daarvan kan uitoefenen. Verder spreekt hij over de mogelijkheid van diagnostische fouten ten aanzien van „functionele” klachten. Hij is zelf ook niet erg gelukkig met zijn criterium voor „neurotische” en „niet-neurotische gezinnen” en wijst erop dat, als het onderzoek langer zou hebben geduurd, waarschijnlijk het merendeel van de gezinnen op den duur in de „neurotische” groep terecht zou zijn gekomen. Een andere huisarts, die een dergelijk onderzoek zou willen doen, zou vermoedelijk beter andere criteria kunnen kiezen. Zijn onderzoek duurde waarschijnlijk te kort om de belangrijkste interacties op het spoor te komen.

Naar mijn ervaring is hierbij inderdaad herhaaldelijk sprake van een vrij interval van verscheidene jaren. Het komt mij echter voor dat, zeker wat het tweede gedeelte van het onderzoek betreft, de ernstigste kritiek kan worden geoefend tegen de werkwijze van de auteur. Zijn criteria voor onderscheiding van de twee groepen gezinnen en voor het opsporen van interactie tussen gezinsleden zijn zo gekozen dat zij samenvallen. Het stond dus al tevoren vast dat dit verschil tussen de beide groepen gezinnen zou worden gevonden. Zijn methode komt neer op het willen bewijzen van een vooronderstelling, waarvan men al heeft aangenomen dat deze juist is. Dit is een schoolvoorbeeld van „onzindelijk denken”.

Ongeveer tegelijkertijd met het boek van de Engelse huis-

arts Kellner is een Amerikaanse publikatie verschenen over een analoog onderwerp, namelijk een artikel over „gezinspatronen van ziekte” in GP, het blad van de American Academy of General Practice, geschreven door *Ruth Peachy*, vroeger huisarts, thans verbonden aan de staf van het psychiatrisch instituut van de Philadelphia universiteit in Pennsylvania. De vraag, welke zij zich stelde, was: is het mogelijk dat ziekteperiodes in gezinnen, die ogenschijnlijk geen verband met elkaar houden, toch in de loop van de jaren bepaalde patronen vormen die kenmerkend zijn voor een bepaald gezin? Omdat zij in de literatuur geen antwoord op deze vraag kon vinden greep zij terug naar haar notities uit de tijd, dat zij drie jaar huisarts was ten plattelande. Deze publikatie heeft betrekking op slechts 25 gezinnen en draagt een voorlopig karakter. De schrijfster is bezig met een groter onderzoek over 154 gezinnen. Haar werkwijze is te vergelijken met die van Kellner: ook zij zette haar contacten chronologisch uit op tabellen per gezin, gespecificeerd naar de verschillende leden. Zij beperkte haar studie echter niet tot nerveuze of functionele verschijnselen, maar nam alle ziekten en stoornissen in beschouwing. Zij trachtte daarbij bepaalde patronen in het consulteren van de medicus op het spoor te komen. Onder patronen verstaat zij in dit verband de herhaling van een bepaalde volgorde van gebeurtenissen in een zeker tijdsbestek. Bij de 25 eerste gezinnen, die zij in alfabetische volgorde bestudeerde, meent zij 21 maal patronen te hebben gevonden. Zij somt hiervan vier categorieën op: constante ziekte (in zeven gezinnen), regelmatige periodiciteit (in zes gezinnen), trosvorming (in vijf gezinnen), gelijktijdigheid (in acht gezinnen), en bijzondere vormen van interactie (in twee gezinnen). Van de laatste vorm beschrijft zij enkele voorbeelden die zij „substitutie”, „lusvorming”, en „overdracht”

noemt. Een en ander wordt grafisch aanschouwelijk voorgesteld. Het maakt de indruk dat de auteur wel wat erg gemakkelijk interpreteert. Wetenschappelijk gesproken valt er ook op haar werk wel het een en ander aan te merken.

Ook bij de voorbeelden die deze Amerikaanse schrijfster geeft valt het op hoe vaak sommige leden van het gezin de hulp van een andere huisarts inroepen. Men realiseert zich dan als Nederlands huisarts, waar zoiets tot de grote uitzonderingen behoort, in welk een buitengewoon bevoorrechte positie wij in Nederland verkeren voor het verrichten van veel vollediger gezinswaarnemingen.

Hoewel op beide boven besproken publikaties dus kritiek valt te leveren, leek het mij toch de moeite waard deze vrij uitvoerig te bespreken. De behandelde onderwerpen — interactie in medisch opzicht binnen het gezin en gezinspatronen van ziekte — zijn namelijk van groot belang voor de huisarts, terwijl er bijzonder weinig over gepubliceerd is vanuit de huispraktijk. Het lijkt dringend gewenst dat hierover meer en beter onderzoek wordt verricht, met name door de huisarts zelf. Alle begin is echter moeilijk. De huisarts zal het verrichten van dergelijke onderzoeken — evenals zijn praktijkuitoefening — met vallen en opstaan moeten leren. Uit het pionierswerk van Kellner en Peachy kunnen lessen worden getrokken. Moge het andere huisartsen inspireren hun ervaringen te systematiseren en wetenschappelijk verantwoord te gaan bewerken.

Kellner, R. (1963) *Family Ill Health*. Tavistock Publication, London.

Peachy, R. (1963) *G.P. (Kansas)* 27, 82.

F. J. A. Huygen

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

63-03. **Psychotherapy of depression; a rational approach by the family physician.** Daniels, R. S. (1962) *Postgrad. med.* 32,436.

Iedere huisarts heeft te maken met de behandeling van depressies. Voor een juiste psychotherapie van de depressie is begrip van de eraan ten grondslag liggende dynamiek vereist.

Depressie is een beschrijvende term voor een speciaal symptomcomplex. De depressieve patiënt ziet er treurig en vermoeid uit. Zijn bewegingen zijn traag, de flexoren en adductoren zijn lichtelijk gespannen. De spraak drukt onbehagen, pessimisme, ontmoedigheid en hopeloosheid uit. Hij is veel met zichzelf bezig en klaagt over gebrek aan eetlust, vermagering, obstipatie en verminderde libido. Deze vegetatieve klachten kunnen het psychische beeld geheel overschaduwen. Slaapstoornissen komen veel voor, speciaal het vroeg wakker worden en het daarna niet meer kunnen slapen. Vaak kan hij 's morgens niet op gang komen en is 's avonds meer op streek. Hoe vollediger de patiënt het beeld vertoont, hoe ernstiger de depressie.

Depressies ontstaan door smart, schuld of schaamte of door een combinatie hiervan. Smart is de reactie op het verlies van een geliefde persoon of van een deel van het eigen lichaam. Tot op zekere hoogte is dit normaal. Treuren is een grondig „uitpraten” over het verlies, waarbij vooral ook de onaangename kanten van de verlorene ter sprake moeten komen. Hierbij is een partner nodig die met belangstelling en sympathie luistert en alles kan accepteren wat de klager zegt. In dit opzicht is de plaats van de geestelijke en de huisarts enig, want zij kennen in de regel de klagende en de verlorene en bekleden een vertrouwenspositie, zonder al te nauw met de verlorene partner betrokken te zijn geweest.

Schuld ontstaat wanneer de patiënt — in werkelijkheid of in fantasie — de verboden van z'n geweten heeft overtreden, en voelt dat hij daarvoor moet worden gestraft. Hij kan dan

in de arts de autoriteit zien die hem kan oordelen. Van deze situatie kan de arts gebruik maken door een milde, autoritaire houding. Hij neemt tijdelijk een deel over van het geweten van de patiënt, maar is niet zo streng als de patiënt zelf zou zijn. De patiënt voelt dat er iemand is, die hem begrijpt en beschermt en die hij kan vertrouwen. Van lieverlede wordt de houding van de arts warmer en toegeeflijker en laat hij merken, dat de patiënt zich niet langer schuldig hoeft te voelen.

Schaamte ontstaat door een werkelijk of vermeend onvermogen om aan de eisen die de patiënt zichzelf stelt, of door anderen aan hem worden gesteld, te voldoen. Vaak zoekt hij dan in de arts een ouder-substituut. Dit geeft de arts een goede gelegenheid om het zelfrespect van de patiënt te herstellen. Hij laat zich de levensloop van de patiënt vertellen en wijst erop, dat de patiënt toch niet zo waardeloos is als hij zelf meent. Tenslotte zal de patiënt deze houding zelf ook aannemen, waarbij zijn depressie vermindert.

Wanneer er een combinatie van deze factoren is, zal in de loop van een aantal gesprekken meestal wel duidelijk worden dat één ervan overheerst en kan de arts hiernaar zijn houding bepalen.

J. G. Antvelink.

Het lezen waard

Omdat wetenschappelijk verantwoord geneesmiddelen voorschrijven tegenwoordig geen eenvoudige zaak meer is, voorziet deskundige medisch-farmaceutische voorlichting aan artsen in een grote behoefte. In meer dan tien pagina's verschijnt maandelijks een aflevering van de „Medisch-farmaceutische mededelingen”. De abonnementsprijs bedraagt vijftien gulden per jaar; het secretariaat is gevestigd Joost Banckertplaats 270 te Rotterdam-2; (zie ook (1963) huisarts en wetenschap 6, 64).