

arts Kellner is een Amerikaanse publikatie verschenen over een analogoos 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 familyphysician. 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).