

Gezin en ziekte

DOOR DR F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT*

De betekenis van het gezin voor de vorming, instandhouding en ontplooiing van de mens in zijn totaliteit is zo groot, dat te verwachten valt dat de kwaliteiten van het gezinsmilieu invloed zullen hebben op de gezondheid en het ontstaan en beloop van ziekten van de individuele leden (*Brenkman*). Omgekeerd kan men ook stellen dat de betekenis van gezondheid, ziekte en dood in de menselijke samenleving zo groot is, dat te verwachten valt dat ziekte van een van de individuele leden van het gezin de andere leden van deze primaire groep zal beïnvloeden. Het ligt dus voor de hand te vooronderstellen dat er een wisselwerking bestaat tussen gezin en ziekte.

De mens is een socio-psycho-somatisch wezen. Wij zullen, mede gezien het voorafgaande, achter-eenvolgens het somatische, het psychische en het sociale vlak aan de orde stellen. Men dient hierbij wel te beseffen dat men deze terreinen theoretisch kan onderscheiden, maar in het individuele geval niet van elkander kan scheiden. De praktische ervaring leert dat een stoornis op één vlak zich op een der andere vlakken kan uiteten (*Querido*). Wij hebben hier dus te maken met een bijzonder complex geheel, waarbinnen ingewikkelde relaties bestaan.

Hoewel er vrij veel facet-onderzoekingen zijn verricht, is systematisch wetenschappelijk onderzoek naar interacties tussen gezinsleden in verband met ziekte nog maar nauwelijks begonnen. Het is dan ook niet te verwonderen dat er nog slechts weinig wetmatigheden zijn vastgesteld.

I *Het somatische vlak.* Binnen het gezin bestaat een genetische verwantschap tussen ouders en kinderen. Het is bekend dat tal van ziekten overgeerd kunnen worden. Er zijn typisch erfelijke ziekten zoals hereditaire sferocytose, mucoviscidosis en hemofilie, waarvan de wijze van overdracht vaststaat (respectievelijk dominant, recessief en geslachtsgebonden). Van andere aandoeningen is de wijze van overdracht minder duidelijk. Vele ziekten komen familiair voor, zoals diabetes mellitus, bepaalde vormen van adipositas, hypertensie, coronair-ziekten, refractieafwijkingen van het oog, eczeem, astma, rhinitis vasomotoria en epilepsie. *Kuenssberg* en *Sklaroff* konden in hun praktijk als huisartsen

aantonen dat *ulcus duodeni* bij de kinderen van lijdens aan deze aandoening veel vaker voorkwam dan op grond van het toeval mocht worden verwacht. Hetzelfde gold voor chronische bronchitis. Men heeft wel eens gezegd dat het spectrum van ziekte reikt van volledig erfelijk gedetermineerde ziekten aan de ene kant tot geheel door het milieu bepaalde aan de andere kant. Het lijkt er echter eerder op dat geen enkele ziekte kan voorkomen zonder enige genetische basis — Editorial (1961) *Lancet* II, 1023.

In beginsel vervult de aanleg van het individu bij elke ziekte een rol, zelfs bij exogene aandoeningen als infectieziekten. In het tweelingen onderzoek van *Marschall*, *Hutchinson* en *Honissett*, die grote aantallen één- en twee-eiige tweelingen vergeleken, werden bijvoorbeeld statistisch significante aanwijzingen gevonden voor erfelijke invloeden bij appendicitis, longinfecties, otitis, sinusitis, hepatitis infectiosa en alle vormen van reuma.

Bij onderzoek blijkt herhaaldelijk dat genetische en milieufactoren niet van elkander kunnen worden gescheiden (*Apley*). Wat deze milieufactoren betreft denke men aan de invloed van voeding (eetgewoonten) en verzorging, woning en hygiëne ten aanzien waarvan grote verschillen bestaan tussen de diverse gezinnen.

Een groot gedeelte van de ziekten, die in het gezin voorkomen, zijn van infectieuze aard. Zij nemen dikwijls de vorm aan van gezinsepidemietjes (*morbilli*, *varicellen*, *hepatitis infectiosa*). Er komen virusinfecties voor die soms een geheel gezin tegelijk kunnen treffen en die bij alle leden gastro-enteritis, verkoudheid of een dergelijke aandoening te weegbrengen. Deze epidemietjes zijn over het algemeen van beperkte duur. Daarnaast kan men ook vormen van gezinsinfecties onderscheiden, waarbij bepaalde pathogene bacteriën (*streptokokken*, *stafylokokken*, *pneumokokken*, *haemophilus influenzae*) aanleiding geven tot herhaalde gezinsinfecties. Het gezin fungeert in deze gevallen als een reservoir voor deze bacteriën, meestal doordat bacteriedragende gezinsleden keer op keer hun omgeving (vooral de kinderen) besmetten. Toediening van antibiotica tegelijkertijd aan het gehele gezin is soms de enige afdoende behandeling van deze vaak hardnekkige bacteriële infecties. *Kempe* kon in één jaar 48 gevallen waarnemen waarbij in één gezin verscheidene leden door eenzelfde type pneumokok werden besmet. De vormen waarin deze infectie zich bij de verschillende leden manifesteerde, bleken uiterst gevarieerd te zijn. In één gezin bijvoorbeeld verwekte een pneumococcus type 3 bij de moeder een sinusitis, bij een in huis wonende vrouw pharyn-

* De schrijver betuigt hier gaarne zijn dank aan de leden van de staf van het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Katholieke Universiteit te Nijmegen, die hem met raad en daad terzijde stonden bij de samenstelling van dit artikel. Het is oorspronkelijk geschreven als onderdeel van een boek over de patiënt als gezinslid dat op het ogenblik door deze staf gezamenlijk wordt voorbereid.

gitis en bij twee van de vijf kinderen respectievelijk otitis en vaginitis met peritonitis. Bij alle leden van dit gezin werd pneumococcus type 3 uit neus en keel gekweekt, bij de ouders bovendien pneumococcus type 5. Na behandeling van alle leden, uitgezonderd de vader, besmette deze opnieuw alle huisgenoten, ditmaal met type 5. Een van de kinderen moest acht weken later met septichemie in een ziekenhuis worden opgenomen.

Dezelfde auteur beschreef een ander gezin waarin de vader een pharyngitis had, drie van de vier kinderen respectievelijk tonsillitis, otitis en lymphadenitis cervicalis vertoonden, terwijl zich bij het dienstmeisje een paronychium van de duim ontwikkelde. Uit de neus- en keeluitstrijken van de leden van dit gezin werd een beta-hemolytische streptokok type 12 van groep A gekweekt. Door omstandigheden werd de behandeling uitgesteld. Bij het oudste meisje was inmiddels een reuma-recidief opgetreden, terwijl zich bij het jongste meisje eveneens symptomen van een polyarthritis acuta rheumatica ontwikkelden. Dergelijke langdurige streptokokkeninfecties in gezinnen zijn herhaaldelijk beschreven (*Miller c.s.*). Iedere huisarts kent gezinnen waarin impetigo blijft recidiveren. De enige wijze om hieraan een einde te maken is behandeling van het gehele gezin als een eenheid.

Stafylokokken gezinsinfecties kunnen nog veel hardnekkiger zijn. Dit werd zowel in het 1000-gezinsproject te New Castle upon Tyne (*Spence c.s.*, *Miller c.s.*) als in het Woodberry Down-project (*Roodijn*) aangetoond. In Woodberry Down werden zeventien gezinnen bestudeerd waarin multiële stafylokokkeninfecties voorkwamen. In elf van deze gezinnen toonde typering van het faagpatroon dat dezelfde stafylokokkus zich van lid tot lid over het gezin verspreidde. In twee gezinnen handhaafde een bepaalde stam zich meer dan zes jaar. In beide gevallen was er een gezinslid dat de stafylokokken in de neus bleef herbergen, maar de andere leden slechts besmette wanneer hijzelf huidinfecties had.

In New Castle upon Tyne vond men dat 2 procent van de gezinnen zich kenmerkte door hardnekkig recidiverende stafylokokkeninfecties, in een geval zich zelfs uitstrekkend over een periode van 23 jaar. Dergelijke stafylokokkeninfecties komen vooral voor in de vorm van furunkels, hordeola, infecties van vingers, handen en tenen, hidradenitis, otitis externa en secundaire infectie van dagelijks voorkomende ontvellingen en kleine verwondingen. Een enkele maal kan daaruit een sepsis of een osteomyelitis ontstaan. Stafylokokkeninfecties neigen ertoe zich in het gezin te nestelen en sommige gezinnen zijn hiervoor bijzonder vatbaar. Gebrek aan hygiëne kan dit slechts in een deel van de gevallen verklaren. Het is van belang op de hoogte te zijn met het voorkomen van deze smeulende gezinsinfecties, omdat zij vrij frequent blijken te zijn wanneer men er eenmaal oog voor heeft gekregen. Men dient te beseffen dat zij slechts goed kunnen worden

behandeld door het gehele gezin onder de loep te nemen en in de behandeling te betrekken.

Tot deze endemische gezinsinfecties zijn, behalve strepto- en stafylokokkenziekten, nog verschillende andere aandoeningen te rekenen: zeer frequent voorkomende zoals oxyuriasis en herpesvirusinfecties en minder frequent voorkomende zoals tuberculose, syfilis, scabies en infestatie met luizen of vlooiën.

Het is duidelijk dat wij vooral bij deze laatste categorie reeds aan het terrein van het derde punt van ons schema, het sociale vlak, raken. Om te illustreren hoe kunstmatig deze indeling is en hoe er in werkelijkheid interacties tussen de verschillende vlakken zijn, zij hier nog gewezen op de fraaie studie van *Meijer en Haggerty*. Deze onderzoekers trachtten na te gaan welke factoren invloed hebben op de vatbaarheid voor infectie en op het al of niet ziek worden als gevolg van infectie. Gedurende een jaar bestudeerden zij honderd leden van zestien gezinnen, waarbij zij nauwkeurig de ziekten bijhielden, geregeld keeluitstrijken maakten en de anti-streptolysinetiters bepaalden. De mening van de ouders, dat het begin van ziekte verband hield met acute gezinscrises, werd daarbij bevestigd. Dergelijke acute crises (ongevallen, ziekte of dood in het gezin, echtscheiding, werkloosheid van de vader) waren viermaal zo frequent in de twee weken die voorafgingen aan het optreden van ziekte ten gevolge van streptokokkeninfecties dan in de twee weken die daarop volgden. Een dergelijk verband werd gevonden tussen streptokokkeninfecties en chronische emotionele stress. Deze belangwekkende observatie brengt ons op het terrein van het tweede punt van ons schema.

II *Het psychische vlak*. Aan de relaties tussen de gezinsleden onderling en de stoornissen in deze relaties is tot nu toe de meeste aandacht geschonken door psychologen en psychiaters. De laatste tijd zijn enige boeken op dit gebied verschenen, zoals van *Ackerman*. Ook van sociologische zijde wordt steeds meer aandacht aan het gezin geschonken (zie bijvoorbeeld *Anderson, Anshen, Queen, Habenstein en Adams, Simpson*). Er is veel geschreven over de invloeden die de houding, het gedrag en de verwachtingen van de ouders hebben op de kinderen. Dit betreft zowel hun psychomotore als hun affectieve en rationele ontwikkeling. Op het gebied van de geestelijke gezondheid zijn talloze artikelen en boeken verschenen over de verhoudingen tussen de ouders onderling en tussen de ouders en hun kinderen (*Trimbos*). Een groot gedeelte van de voorlichting op dit gebied is echter van beschouwende of betogende aard. Een kritisch onderzoek als van *Kuyer*, waarbij een groot aantal voor de hand liggende hypothesen niet kon worden bevestigd, doet echter twijfel rijzen aan de juistheid van gevestigde meningen op dit gebied. Hier zal zeker nog veel kritisch onderzoek dienen te geschieden. Het staat echter wel vast dat het affectieve klimaat in het gezin van grote betekenis is voor de psychische ontwikkeling van de kinderen. Voor jonge kinderen

kan gescheiden zijn van het gezin ernstige gevolgen hebben. Het is duidelijk dat de invloed welke het gezin heeft op de geestelijke gezondheid van de leden, met name op die van de opgroeiende kinderen, bijzonder groot is.

Sommige psychische ziekten, zoals bijvoorbeeld neurosen, zou men met recht gezinsziekten kunnen noemen. Een gezinspsychiatrische aanpak verdient dan de voorkeur boven de individuele behandeling (*Howells*).

Ook op dit gebied kan men de invloed van erfelijke en omgevingsfactoren niet scheiden. Angstverschijnselen bijvoorbeeld kunnen een genetische basis hebben, maar angst is ook besmettelijk en wanneer men hiermede langdurig in nauwe aanraking komt, loopt men de kans voorgoed te worden geïnfecteerd. Ook andere stoornissen, zoals enuresis nocturna, ziet men gezinsgewijze optreden, vooral in die gezinnen waar de affectieve relaties te wensen overlaten.

Hoe verstrekkend de invloed van stoornissen in de gezinsrelaties kan zijn moge blijken uit het onderzoek van *Goshen*, die een duidelijke samenhang vaststelde tussen geestelijke achterstand bij (niet organisch gestoorde) kinderen en (neurotische) depressies bij de moeder, waardoor deze tekort schoot in het stimuleren van haar kind. Anderzijds vonden *Beck* c.s. dat de dood van een der ouders een belangrijke factor kan zijn bij het ontstaan van depressies op latere leeftijd.

Ziekte van gezinsleden kan een symptoom zijn van overbelasting van het gezin in psychisch opzicht. Zo vond *Van Wermeskerken* dat de waarschijnlijkheid van het optreden van gezinsproblematiek groter wordt naarmate voor een kind opneming in een ziekenhuis frequenter wordt aangevraagd. Anderzijds kan ziekte of een defect van een der gezinsleden overbelasting bij de anderen teweeg brengen, hetgeen zijn gevolgen kan hebben voor de gezondheidstoestand en voor de wijze van functioneren van het gezin als leefgemeenschap. Men zie ten deze de studie van *Van Es* over de invloed van het zwakzinnige kind op het gezin. Het is bekend dat niet alleen zwakzinnige kinderen maar ook de geboorte van kinderen met allerlei congenitale afwijkingen herhaaldelijk schuldgevoelens veroorzaken bij de ouders. Ook na overlijden van een der gezinsleden, bij ernstige ziekte of ongevallen, ziet men soms symptomen van bewuste of onbewuste schuldgevoelens bij de andere gezinsleden. Dit kan aanleiding geven tot ziekelijke stoornissen zowel bij ouders als bij kinderen.

Stoornissen in het gezin op psychisch terrein kunnen ook repercussies geven op het lichamelijke vlak. Brenkman vond duidelijke correlaties tussen de frequentie van ziekte in het algemeen (gemeten aan het invoeren van medische hulp) en minder bevredigende gezinsverhoudingen. Met name bleek hierbij de gevoelstoon tussen man en vrouw van betekenis te zijn, evenals de verhouding tussen moeder en kinderen. Men zou verwachten dat dergelijke invloeden zich vooral op psychisch gebied uitten. Er

bleek echter geen sprake te zijn van een duidelijke specificiteit der aandoeningen. Ook uit verschillende andere onderzoeken, waarbij niet werd uitgegaan van het invoeren van medische hulp (*Hinkle*), is gebleken dat bij toeneming van de subjectieve stress de frequentie van alle ziekten toeneemt.

Deze observaties bij bevolkingsgroepen kunnen geen steun verlenen aan de theorie van het ontstaan van specifieke „psycho-somatische” ziekten onder invloed van stress. *Hinkle Jr.* c.s. vonden bij hun uitvoerige onderzoeken bij grote aantallen personen, dat ziekte niet gelijkmatig over de bevolking verdeeld is, maar in belangrijke mate geconcentreerd in een kleine sectie daarvan voorkomt. Meer dan de helft van alle aandoeningen gedurende een periode van twintig jaar deed zich voor bij slechts een kwart van de onderzochte individuen, terwijl een ander kwart minder dan 10 procent van alle aandoeningen had. Overeenkomstige cijfers zijn gevonden door Brenkman (25 procent van alle verichtingen en alle behandelde aandoeningen gedurende een bepaald jaar kwamen voor bij slechts 6,5 procent der praktijkbevolking). Bij nader onderzoek (*Hinkle Jr.* c.s.) blijkt dat de belangrijkste factor die voor dit verschil aansprakelijk is, niet in de uitwendige omstandigheden maar in de subjectieve beleving van „stress” moet worden gezocht. Ook *Van Deen* vond dat de geestelijke stabiliteit duidelijk van invloed is op de door de patiënt gevraagde hoeveelheid medische hulp.

Deze geestelijke stabiliteit, deze „stress tolerantie”, blijkt weer in sterke mate te worden beïnvloed door het gezin waarin men is opgegroeid. Brenkman vond dat de ouders van gezinnen, waarin hij weinig voor ziekten werd geroepen, zelf vaker uit harmonische gezinnen stamden dan gezinshoofden door wie hij frequent werd geraadpleegd. *Hinkle Jr.* c.s. stelden vast dat 80 procent van degenen die in hun leven veel ziekten doormaakten, de relatie met hun ouders in hun jeugd kenschetsten als te wensen overlatend, terwijl eenzelfde percentage van degenen, die weinig ziekten doormaakten, deze relaties juist bevredigend noemden.

Hetzelfde wat in de bovengenoemde bevolkingsonderzoeken werd gevonden ten aanzien van individuen, namelijk dat ziekte niet gelijkmatig over de bevolking blijkt te zijn verspreid, kan men als huisarts ten opzichte van gezinnen vaststellen. Sommige gezinnen blijken constant veel vaker medische hulp nodig te hebben dan andere. Tussen gezin en ziekte is dus een duidelijk verband te leggen. *Richardson* publiceerde een boek over een uitvoerig medisch gezinsonderzoek in New York, waarin herhaalde malen op deze relaties wordt gewezen. Ook in ons land zijn enkele onderzoeken op dit terrein verricht. Zo bestudeerde *Van Nieuwenhuijzen* de relatie tussen de persoonlijkheid en de gezinsstructuur bij lijdende aan ulcus duodeni. Hij vond daarbij bepaalde verbanden. Na overlijden van een der gezinsleden — met name van een der ouders — kan men dikwijls repercussies in de gezondheidstoestand van de overigen waarnemen. Dit kan zich in

allerlei ziekten uiten. Hoever de invloed hiervan kan gaan moge blijken uit een statistisch onderzoek in Engeland (*Young c.s.*), waarbij werd gevonden dat in de eerste zes maanden na het overlijden van de huwelijkspartner de sterfte van weduwen en weduwnaars ongeveer 40 procent hoger is dan van vergelijkbare gehuwden. De onderzoekers maken aannemelijk dat het verdriet over de dood van de huwelijkspartner hierbij waarschijnlijk de belangrijkste factor is. De voornaamste oorzaken van deze hogere sterfte bleken tuberculose, syfilis, carcinoom, diabetes, anemie, cerebrovasculaire accidenten, hart-ziekten, levercirrose, pancreasziekten en suicide te zijn.

III *Het sociale vlak.* Bij de bespreking van invloeden op psychisch terrein ten aanzien van ziekte in het gezin bleek het niet te vermijden herhaaldelijk het sociale vlak te betreden. Deze beide vlakken zijn nauw bij elkander betrokken, aangezien sociale invloeden zich dikwijls doen gelden door middel van de psychische beleving. Ten aanzien van sociale factoren in engere zin kan worden opgemerkt, dat reeds lang bekend is dat er een verband bestaat tussen ziekte- en sterftecijfers, en de sociale laag waartoe het gezin behoort. Bij het grote gezinsonderzoek in New Castle upon Tyne (*Miller c.s.*) werd vastgesteld dat er correlaties bestaan tussen belangrijke sterfteoorzaken zoals luchtweginfecties, ongevallen en gastro-intestinale infecties bij kinderen enerzijds en anderzijds ongunstige sociale omstandigheden van het gezin, waartoe deze kinderen behoren. In Nederland vond *Ruhe* dat het beroep van het gezinshoofd van grote betekenis was voor de mate van de behoefte aan medische hulp. In 1938 was deze behoefte het grootst in de hoogste sociale laag en het kleinst bij de boerenbevolking. Vijftien jaar later bleek het aantal aandoeningen, waarvoor in dezelfde populatie medische hulp werd ingeroepen vrijwel te zijn verdubbeld. De „medische consumptie” van arbeiders, middenstanders en ambtenaren was gestegen tot het peil van de hoogste sociale laag.

Ook de gezinsgrootte is een factor die invloed heeft. *Huygen* toonde aan dat er een positieve correlatie bestaat tussen de gezinsgrootte enerzijds en de frequentie van pneumokokken in de neuskeelholte, en de kans op het krijgen van pneumonie anderzijds. Wat betreft de behoefte aan medische hulp voor alle ziekten vonden *Buma* en *Bak* en *Brenkman* een negatieve correlatie met de gezinsgrootte. De behoefte aan medische hulp was het grootst bij alleenstaanden en kleine gezinnen. Uit Amerikaanse onderzoeken is gebleken dat emotionele problemen, zowel bij de ouders als bij de kinderen, zich het minst voordoen in grote gezinnen (*Silver*).

Van de woning, waarin het gezin is gehuisvest, blijkt eveneens een invloed op de gezondheid aantoonbaar te zijn. In de stad Manchester vond men een negatieve correlatie tussen de kans op pneumonie en het aantal kamers dat per persoon ter beschikking stond (*Stallijbras*). In het uitvoerige longitudinale Amerikaanse onderzoek van *Wilner c.s.* over

de invloed van de woning op het gezinsleven, werd vastgesteld dat verbetering van de behuizing inderdaad een gunstige invloed had op de morbiditeit van de gezinsleden, echter voornamelijk bij de jongere leeftijdsgroepen. Bij kinderen was deze invloed vooral duidelijk ten aanzien van infectieziekten, gastro-intestinale stoornissen en ongevallen.

Uit tal van onderzoeken is bekend, dat het al of niet verzekerd zijn invloed heeft op het inroepen van medische hulp en op het ziekteverzuim. Zelfstandigen zijn over het algemeen geneigd bij ziekte langer te blijven doorwerken en het werk eerder te hervatten dan degenen die in dienstverband werken. Dit zal een andere instelling tegenover ziekte in deze gezinnen met zich medebrengen. De grote verschillen in geregistreerde ziektefrequentie, die bij gezinnen blijken te bestaan, zullen gedeeltelijk aan deze instelling tegenover ziekte en het inroepen van medische hulp kunnen worden toegeschreven. Binnen het gezin wordt deze instelling van ouders op kinderen overgedragen. Het is de algemene ervaring van huisartsen dat hun hulp in het ene gezin veel spoediger wordt ingeroepen dan in het andere. Zo laten zich misschien gedeeltelijk ook de verschillen verklaren welke men kan waarnemen tussen de ene familie en de andere. Dit geldt ook voor de soms opvallend familiale ziektepatronen.

Uit tal van onderzoeken is gebleken dat ongunstige gezins- en opvoedingssituaties een belangrijke invloed hebben bij het later optreden van sociaal-pathologische verschijnselen als criminaliteit, prostitutie en thuisloosheid. In de paragraaf over het psychische vlak werd er reeds op gewezen dat vele andere pathologische verschijnselen hun oorsprong kunnen hebben in ongunstige gezinsomstandigheden. Men denke in dit verband aan neurotische stoornissen en seksuele aberraties.

Niet alleen de interne gezinsverhoudingen zijn van belang voor het optreden van ziekelijke stoornissen, maar ook de relaties van het gezin met de buitenwereld. Zo vond *Brenkman* in de door hem bestudeerde gezinnen duidelijk verschil tussen degenen die weinig en die veel medische hulp inriepen. Van buitenaf werken ook sociaal-culturele factoren op het gezin. Hierbij moet de invloed van de medicus zelf, vooral van de huisarts die in het algemeen het eerste contact met de patiënten maakt, niet worden onderschat. Terecht is er door *Balint* en ten onzent door *Weijel* op gewezen dat de dokter en de patiënt samen het ziektebeeld opbouwen. De dokter heeft hierin een werkzamer aandeel dan hij meestal vermoedt. Zo wordt het ook begrijpelijker, dat men in het verleden herhaaldelijk heeft kunnen waarnemen dat bepaalde ziekten tijdelijk „mode-ziekten” werden.

* * *

Het bovenstaande is een fragmentarisch en onvolledig overzicht dat slechts is bedoeld als illustratie van de wisselwerking die er wat ziekte betreft bestaat tussen gezin en individu. Het zal de lezer

duidelijk zijn geworden dat de indeling in somatische, psychische en sociale vlakken, die achtereenvolgens aan de orde zijn gesteld, kunstmatig is en dat er in feite geen scheidingslijnen zijn te trekken. Het is evenmin mogelijk de grens te bepalen tussen inwendige en uitwendige invloeden.

Concluderend kan men stellen dat ten aanzien van gezin en ziekte een integrale beschouwings- en benaderingswijze op de voorgrond dient te staan. Voor de medicus die met ziekte in het gezin te maken krijgt zal de hulp, welke socioloog, psycholoog en psychiater hem ter verdieping van zijn inzicht kunnen bieden, dikwijls waardevol zijn. In de praktijk is de hulp van wijkverpleegster en maatschappelijk werkster vaak onmisbaar. De medewerking van de geestelijke kan bovendien bijzonder belangrijk zijn.

Voor de huisarts, die de relatie tussen gezin en ziekte wil bestuderen, geven wij onderstaand schema als leidraad. Daarin zijn de verschillende factoren, die aandacht vragen als volgt gerangschikt:

A Het gezin. Het gezin is een sociaal systeem en maakt als subsysteem deel uit van de maatschappij waarin het leeft. Het is dus van belang rekening te houden met de grotere (land, streek, stad of dorp) en de kleinere (wijk, buurt, straat) subsystemen waarin het gezin is ingebed. Binnen het gezin zijn echter ook weer subsystemen mogelijk: normale, zoals ouders tegenover kinderen, vader en zoons tegenover moeder en dochters, maar ook afwijkende subsystemen zoals bijvoorbeeld de moeder met de kinderen tegenover de (geïsoleerde) vader, de ouders met de gezonde kinderen tegenover een afwijkend kind, de grootvader of grootmoeder met (naar hen genoemde) kinderen tegenover de ouders.

De structuur van het gezin is dus van belang: behalve de samenstelling wat het aantal personen betreft, is vooral de aard van de interne relaties tussen de leden belangrijk.

De aard van de externe relaties, het gezinstype, de gezinsfuncties en het niveau van het gezin zijn eveneens van invloed. Verder zijn van belang de sociale laag waartoe het gezin behoort, de woning en andere uitwendige levensomstandigheden.

Tenslotte is de fase waarin het gezin verkeert van betekenis. Het blijkt verschil uit te maken of het gezin door ernstige ziekte of dood wordt getroffen in de opbouwfase, in de stabiliseringsfase of in de involutiefase. De kans op verschillende ziekten is in de verschillende fasen niet even groot.

B De ziekte. Het zal van belang zijn zich af te vragen in hoeverre de aanleg bij het ontstaan een rol heeft gespeeld en in hoeverre deze in verband met het gezin kan worden gebracht (eczeem, astma, psychasthenie). Verder maakt het verschil wie van de gezinsleden ziek is. Bij ziekte van de vader zal sprake kunnen zijn van inkomstenderving, vooral bij zelfstandigen. Bij ziekte van de moeder zal haar verzorgende functie kunnen uitvallen. Bij een chronische ziekte van een kind kan de grote aandacht

die het vraagt, invloed hebben op de andere kinderen, enzovoort. Het geboortenummer van het kind kan ook van betekenis zijn. *Habets* vond dat bij de Medisch Opvoedkundige Bureaus de oudste kinderen veel vaker wegens nerveuze klachten worden aangemeld dan de jongere kinderen. Het geslacht en de leeftijd zijn uiteraard van belang. Het is bekend dat vrouwen op alle leeftijden meer klachten hebben en vaker geneeskundige hulp inroepen.

De vraag waar de zieke wordt verpleegd (thuis, in het ziekenhuis, in een psychiatrische inrichting) is eveneens van betekenis. Tenslotte is de subjectieve beleving van de zieke zelf van bijzonder groot belang. Hoe beleeft de patiënt zijn ziekte? Waar aan schrijft hij deze toe? Hoe staat hij tegenover zijn behandeling door de medicus en tegenover de andere gezinsleden. Tyranniseert hij zijn gezin door zijn ziek zijn of is hij juist zeer onderworpen en passief-afhankelijk? Hoe is zijn verhouding ten opzichte van het gezin en de buitenwereld in het algemeen? Hoe was zijn actuele situatie bij het uitbreken van de ziekte? Welke indruk krijgt men van zijn persoonlijkheid?

C De ziekte. De aard van de ziekte: voornamelijk exogeen of endogeen, in hoofdzaak somatisch of psychisch, besmettelijkheid en dergelijke. Sommige ziekten geven een bepaald stempel, zoals scabies en geslachtsziekten; ook andere ziekten als epilepsie worden door sommigen als minderwaardig beleefd.

De ernst van de ziekte: levenbedreigende of tot invaliditeit leidende ziekten zullen uiteraard een grotere invloed op het gezin uitoefenen dan onschuldige aandoeningen.

De duur van de ziekte: kortdurend, periodiek recidiverend, chronisch.

Tenslotte is het tijdstip van de ziekte van betekenis, zowel ten aanzien van het individuele leven van de patiënt als ten opzichte van de fase en de omstandigheden waarin het gezin verkeert. Na het overlijden van een der ouders ziet men soms pas na een interval van enkele jaren medische repercussies in het gezin (*Huygen*). *Cose* en *Ford* vonden dat de sterfte van weduwen en weduwnaars vooral in het tweede jaar na het overlijden van de huwelijkspartner steeg. Zo kan een vroegere ernstige ziekte van een der gezinsleden tot gevolg hebben dat men nog vele jaren later met ernstige bezorgdheid reageert op geringe ziektesymptomen.

Enkele gangbare patronen van ziekte in het gezin. Er is zoals gezegd nog slechts weinig systematisch onderzoek verricht naar de interacties tussen de gezinsleden wat ziekte betreft. Het wordt echter wel steeds duidelijker dat het van groot belang is ziekte in gezinsverband te beschouwen. Het is nog niet mogelijk een goede opsomming te geven van de meest gangbare gezins-ziektepatronen. *Ruth Peachy* noemt, op grond van een onderzoek bij 25 gezinnen gedurende drie jaar, als zodanig: constante ziekte, regelmatige periodiciteit, „clustering”, simultaneïteit en bijzondere interacties.

Tot besluit zullen, bij wijze van illustratie, enkele typen worden beschreven, die wij zelf in een twintigjarige ervaring als huisarts met een duizendtal gezinnen menen te hebben herkend.

Het gezin waar nooit iemand ziek is. Iedere huisarts kent gezinnen waar hij zelden of nooit wordt geroepen. Men zou verwachten dat deze gezinnen hun ziekten zelfstandig verwerken en alleen bij zeer ernstige stoornissen medische hulp inroepen. In sommige gevallen is dit inderdaad het geval. Zo kan men bij een boodschap uit een dergelijk gezin een man aantreffen, die met een geperforeerde appendix zijn werk nog zo lang mogelijk heeft voortgezet. In andere gevallen kan men echter bemerken dat reeds een lichte ongesteldheid als onrustbarend en zeer ongewoon wordt beleefd. De anamnese leert dan dat ziekten in deze gezinnen praktisch niet voorkomen. Men krijgt sterk de indruk dat sommige gezinnen inderdaad uitmunten door het ontbreken van ziekten van enige betekenis.

Het gezin waar telkens zieken zijn. Iedere huisarts kent ook gezinnen, waarin hij elk ogenblik wordt ontboden en waarvan bijna elke week een of meer der leden het spreekuur bezoekt. Dikwijls worden deze gezinnen gekenmerkt door een overbezorgde moeder en hebben de klachten niet veel om het lijf. Er zijn echter ook gezinnen waarin frequent allerlei ziekten voorkomen.

De ervaring leert dat het zeer gewenst is bij een dergelijk gezin een nader onderzoek in te stellen, waarbij men bijzondere aandacht aan de gezinsverhoudingen dient te besteden. Herhaaldelijk zal men daarbij op het spoor komen van factoren, die bijdragen tot het frequente inroepen van medische hulp en die soms kunnen worden gecorrigeerd, al zal daarbij dikwijls de hulp van andere deskundigen moeten worden ingeroepen. Een dergelijk onderzoek is in het bijzonder gewenst wanneer dit gezin betreft die vroeger niet zo vaak medische hulp inriepen.

Het gezin met chronisch een zieke. Er zijn gezinnen waarin altijd wel iemand ziek is. Soms is hier sprake van een chronisch organische ziekte van een of meer der gezinsleden. Het ziet er echter naar uit dat er gezinnen zijn waarin men er behoefte aan heeft dat tenminste een lid voortdurend „patiënt” is. Wanneer dit lid komt te overlijden kan men soms waarnemen dat een ander lid, dat tevoren geen patiënt was, deze rol gaat overnemen, daarbij kennelijk aan een wens van het gezin tegemoet komend.

„Clustering” - trosvorming. Herhaaldelijk kan men waarnemen dat verschillende leden van een gezin min of meer tegelijkertijd ziek zijn, dat wil zeggen dat ziekte niet gelijkmatig verdeeld over de jaren bij de verschillende gezinsleden voorkomt, maar in tijdelijke opeenhopingen. Hierbij kunnen zowel het toeval als voor de hand liggende redenen als gezinsinfecties een rol spelen. Dikwijls echter

geeft het feit, dat een der gezinsleden zich onder behandeling van de medicus heeft gesteld, andere leden van dit gezin aanleiding dit voorbeeld te volgen. Soms kan men hiervoor bepaalde oorzaken opsporen, zoals spanningen in het gezin of stress onder invloed van druk uit de buitenwereld. In andere gevallen ziet men soms een zekere periodiciteit in het optreden van klachten. Ook hierbij vindt men vaak een zekere samenhang met emotionele spanningen. Bekend is ook hoe men dikwijls een overdracht van symptomen ziet van ouders op kinderen of tussen de ouders onderling. De moeder kan haar eigen klachten presenteren in de vorm van klachten van haar kinderen of zij kan de hulp van de medicus inroepen, terwijl zij eigenlijk meent dat haar man moet worden behandeld. Deze en dergelijke interacties zullen uitvoerig nader onderzocht moeten worden.

De rol van de moeder. Tenslotte willen wij erop wijzen, dat ten aanzien van ziekte in het gezin de rol van de moeder van bijzonder grote betekenis is. Haar verzorgende functie brengt dit met zich mede. Kellner merkt op, dat het welzijn van de moeder het scharnier is waarom de gezinsgezondheid draait. Interacties tussen gezinsleden lopen ook op het gebied van gezondheid en ziekte meestal via haar. Het is dus bij de zorg voor de gezondheid in het gezin van belang bijzondere aandacht aan de moeder te schenken. De relaties tussen haar en de huisarts zijn van zo grote betekenis, dat deze eigenlijk een aparte studie verdienen.

Samenvatting. Uitgaande van het gezichtspunt van de huisarts als gezinsarts wordt in dit artikel de relatie tussen gezin en ziekte besproken. Daarbij worden achtereenvolgens het somatische, het psychische en het sociale vlak aan de orde gesteld. Er wordt een overzicht gegeven van de literatuur op deze gebieden, waarbij in het bijzonder aandacht wordt besteed aan exacte onderzoeken. Er wordt een schema gegeven dat als leidraad kan dienen bij de studie van de relatie tussen gezin en ziekte, terwijl tenslotte enkele gangbare patronen van ziekten in het gezin worden besproken.

Summary. Family and disease. From the point of view of the general practitioner as a family doctor, the relation between family and disease is discussed in this paper, which successively deals with the somatic, mental and social aspects. The literature in these fields is reviewed, with special reference to exact investigations. A scheme is presented which can be used as a guide in studying the relation between family and disease. Some common disease patterns in the family are finally discussed.

- Ackerman, N.W. (1958) The psychodynamics of family life. Basic Book Incorp, New York.
- Anderson, N. (1956) Studies of the family. J. C. B. Mohr, Tübingen.
- Anshen, R. N. (1959) The family, its function and destiny. Harper Bros, New York.
- Apley, J. (1963) Lancet, I, 67.
- Balint, M. (1957) The doctor, his patient and the illness. Pitman Medical Publishing Co. Ltd., Londen.
- Beck, A., B. B. Sethi en R. W. Tuthill (1963) Arch. gen. Psychiat. 9, 295.
- Brenkman, F. C. (1963) De huisarts en het gezin van zijn patiënt. Van Gorcum & Comp., Assen.
- Buma, J. T. en L. Bak (1952) T. Soc. Geneesk. 15, 327.
- Cose, P. R. en J. R. Ford (1964) Lancet I, 163.

- Deen, K. J. van (1952) Arbeidsanalyse in een plattelandspraktijk. Academisch proefschrift, Groningen.
- Es, J. C. van (1959) Gezinnen met zwakzinnige kinderen. Van Gorcum & Comp., Assen.
- Goshen, Ch. E. (1963) Arch. gen. Psychiat. 9, 168.
- Habets, J. J. G. M. (1961) Katholiek Artsenblad 40, 1.
- Hinkle, L. E. (1961) Psychosom. Med. 23, 289.
- Hinkle, L. E. (1961) Psychosom. Med. 23, 289.
- Hinkle, L. E. e.a. (1958) Psychosom. Med. 20, 278.
- Howells, J. G. (1962) Practitioner 188, 370.
(1963) Publ. Hlth. 77, 368.
- Huygen, F. J. A. (1948) Lobaire pneumonie als besmettelijke ziekte. Academisch proefschrift, Utrecht.
(1962) huisarts en wetenschap 5, 258.
- Kellner, R. (1963) Family ill health. Mind and medicine monographs. Tavistock Publications, Londen.
- Kempe, C. H. (1953) J. Amer. med. Ass. 151, 1472.
- Kuenssberg, E. V. en G. A. Sklaroff (1962) Practitioner 188, 253.
- Kuyer, H. J. M. (1961) Het kind en zijn ouders. Het Spectrum, Utrecht.
- Marschall, A. G., E. O. Hutchinson en J. Honisett (1962) Brit. med. J. I, 1.
- Meyer, R. J. en R. J. Haggerty (1962) Pediatrics 29, 539.
- Miller, F. J. W., S. D. M. Court, W. S. Walton en E. G. Knox (1960) Growing up in New Castle upon Tyne. Oxford University Press, Londen - New York - Toronto.
- Nieuwenhuijzen, M. G. van (1961) Persoon en milieu van de ulcus duodeni-lijder. Academisch proefschrift, Utrecht.
- Peachy, R. (1963) G. P. (Kansas) 27, 82.
- Queen, S. A., R. W. Habenstein en J. B. Adams (1961) The family in various cultures. Lippencoth, New York.
- Querido, A. (1955) Inleiding tot de integrale geneeskunde. Stenfert Kroese, Leiden.
- Richardson, H. B. (1948) Patients have families. Commonwealth Fund, New York.
- Roodijn, L. (1960) J. Hyg. (Lond.) 58, 1 en 11.
- Ruhe, H. A. M. (1957) Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954. Van Gorcum & Comp., Assen.
- Silver, G. A. (1963) Family medical care. Harvard University Press, Cambridge-Massachusetts.
- Simpson, G. (1960) People in families. Thomas Y. Crowell Comp., New York.
- Spence, J., W. S. Walton, F. J. W. Miller en S. D. M. Court (1954) A thousand families in New Castle upon Tyne. Oxford University Press, Londen - New York - Toronto.
- Stallijbrass, C. O. (1931) The Principles of epidemiology and the process of infection. George Routledge & Son, Londen.
- Trimbos, C. J. B. J. (1961) Gehuwd en ongehuwd. Paul Brand, Hilversum.
(1962) Samenleven in huwelijk en gezin. Paul Brand, Hilversum.
- Wermeskerken, W. van (1961) T. soc. Geneesk. 39, 349.
- Weyel, J. A. (1961) Medische psychologie. Erven J. Bijleveld, Utrecht.
- Wilner, D. M., R. P. Walkley, Th. C. Pinkerton en M. Tack (1962) The housing environment and family life. Johns Hopkins Press, Baltimore.
- Young, M., B. Benjamin en C. Wallis (1963) Lancet II, 454.

Medical education

Het medisch onderwijs was onderwerp van de van 16 tot 19 september jl. in Leiden gehouden Boerhaave-cursus. Dit uitermate moeilijke thema, dat overal in de wereld in de afgelopen jaren herhaaldelijk in discussies en publikaties aan de orde werd gesteld, werd hier van verschillende zijden uiterst deskundig ingeleid en daarna in panel besproken. Het was duidelijk dat uit deze conferentie geen universeel patroon voor het medisch onderwijs, dat in alle landen zou kunnen worden nagevolgd, kon resulteren. De opzet was, zoals Mulder (Leiden) het in zijn inleiding formuleerde, elkaars standpunt te leren kennen, waarbij werd verwacht dat uit de discussies nieuwe denkbeelden zouden opkomen.

De inleider bracht in herinnering dat nog vrijwel overal ter wereld de ongeveer 250 jaar geleden door Boerhaave geformuleerde vier stappen voor de medische opleiding worden nagevolgd, te weten: (1) natuurwetenschappen; (2) menselijke anatomie en fysiologie; (3) farmacologie, algemene ziektekunde en theoretische klinische geneeskunde en (4) praktische klinische geneeskunde. Sinds 1900 blijkt in toenemende mate, door de voortschrijdende specialisatie, dat deze medische opleiding niet meer is dan een studium generale. Wij zijn nu zo ver, dat men zelfs moet erkennen dat dit studium generale alleen, onvoldoende beantwoordt aan de behoeften van de toekomstige huisarts.

Snapper (New York) opende als panel-voorzitter de eerste dag de discussie met de opmerking dat in elk land, overal ter wereld, ten aanzien van twee zaken het chauvinisme zeer sterk is ontwikkeld, namelijk het onderwijs en de geneeskunde. Mogelijk, zo zei hij, is dat de reden waarom het geneeskundig onderwijs zo'n moeilijk gespreksonderwerp is en veranderingen daarin zo moeizaam op gang komen!

Na inleidingen over selectie van aanstaande studenten door Fleming (Glasgow) en de grondslagen voor het geneeskundig onderwijs door Querido (Leiden) gaven op de tweede dag Waldenström (Zweden), Lundbaeck (Denemarken), Fleming (Schotland), Rosenheim (Engeland), Stahl (Frankrijk) en London (Verenigde Staten) ieder een overzicht van de algemene medische opleiding in hun land.

Numerus clausus, respectievelijk selectie voor de medische studie blijkt voornamelijk een rol te spelen in die landen, waar een uitgesproken wanverhouding bestaat tussen aanbod van aanstaande studenten en beschikbare plaatsen aan de medische faculteit. In de op de voordracht van Fleming volgende discussie bleek duidelijk dat men deze normen afwees wanneer in het desbetreffende land de verhouding aangepast was, terwijl de grondslagen waarop men meende te moeten selecteren, uiterst aanvechtbaar werden gevonden. De vraag van King (New York) „Could one select a man who could be a good doctor?“, bleef dan ook onbeantwoord evenals de vraag wat een goede dokter is, hoewel ter illustratie van de laatste vraag diep in de collegezaal-anecdotes werd gedoken en leerling Querido en leermeester Snapper samen de zieke Turkse atleet van de Amsterdamse Olympiade 1928 in de herinnering riepen, die een uit Bremerhaven opgetrommelde Turkse scheepsarts boven de Amsterdamse hoogleraar in de interne geneeskunde bleek te prefereren.

Querido (Leiden) brak een lans voor het behoud van de basis-wetenschappen (niet klinische vakken), zoals morfologie, biochemie, fysiologie, bacteriologie, genetica, medische statistiek, psychologie, farmacologie en pathologie. Het onderwijs in deze vakken diende door alle fasen van de medische opleiding te worden voortgezet!

Wat de opleidingen in de verschillende landen betreft, slechts een enkele notitie over de Amerikaanse. Verlaat de aanstaande student met zeventien jaar „high school“ dan bezoekt hij vier jaar een „college“, waar onder meer biologie, chemie en fysica worden gedoceerd. Na het „college“ volgt dan de „medical school“ gedurende vier jaar, waarna een jaar „internship“ (verplicht om te mogen praktiseren) en ten slotte een of meer (meestal drie) jaar „residency training“ volgen, welke „residency training“ vereist is wil men als praktiserend arts (en dat geldt ook voor de „general practitioner“) in de staf van een ziekenhuis worden opgenomen. Als men niet tot de staf van een ziekenhuis behoort houdt dat in, dat men er geen patiënten kan behandelen, hetgeen ook voor de „general practitioner“ een grote handicap betekent.