

- Kopera, H. en G. L. IJzerman (1964) *Ther. d. Gegenw.* 103, 657.
- Lauwerijns, J. en J. Ferin (1964) *Int. J. Fertil* 9, 35.
- Linthorst, G. (1964) *Brit. med. J.* II, 920.
- Lorraine, J. A., E. T. Bell, R. A. Harkness, E. Mears en M. C. N. Jackson (1963) *Lancet* II, 902.
- Maqueo Topete, M., S. J. Gorodovsky, S. Correu Azcona en E. Rice-Wray (1965) *Sixth Panamerican Congress of Endocrinology; Excerpta Medica Congress Series No. 99*, E 171.
- Mears, E. (1964) *Int. J. Fertil* 9, 1.
- Morris, N. (1965) *Practitioner* 194, 478.
- Pincus, G. (1956) *Acta endocr. Suppl.* 28, 18.
- Pincus, G. en C. R. Garcia (1965) *Metab.* 14, 344.
- Plate, W. P. (1966) *Effect of progestational compounds on ovarian endometriosis. Ned. T. Verlosk. (in druk)*.
- Rice-Wray, E., M. Schulz-Contreras, I. Guerrero en A. Aranda-Rosell (1962) *J. Amer. med. Ass.* 180, 355.
- Rice-Wray, E., A. Cervantes, J. Gutiérrez en A. Aranda Rosell (1965) *Metab.* 14, 451.
- Rock, J. (1961) „Inhibition of ovulation in the human”; in: „Control of Ovulation”, *Proceedings of the Conference held at Endicott House, Dedham, Mass., 1960*. C. A. Villee, Pergamon Press, Oxford.
- Ryan, G. M., J. Craig en D. E. Reid (1964). *Amer. J. Obst. & Gynec.* 90, 715.
- Shearman, R. P. (1964) *Lancet* II, 557.
- Swaab, L. I. (1964) *Int. J. Fertil.* 9, 107.
- Swaab, L. I. *Voordracht Nederl. Gynaec. Vereniging*, 20 december 1965.
- Swyer, G. (1964) *Int. J. Fertil.* 9, 11.
- Tietze, C. (1959) *Eugenics Rev.* 50, 231, geciteerd volgens Goldzieher (1962).
- Whitelaw, M. J., V. F. Nola en C. F. Kalman (1966) *J. Amer. med. Ass.* 195, 780.
- Winter, I. C. (1965) *Metab.* 14, 422.
- IJzerman, G. L. en H. Kopera: 11. *Symposium d. Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie in Düsseldorf*, 5-7 maart 1964.

Preventie van psychische stoornissen in de algemene praktijk*

DOOR PROF. DR. G. A. LADEE TE ROTTERDAM

In het kader van een studiedag over preventie van ziekten en stoornissen, is preventie — en dit in de meest strikte zin — van psychische stoornissen een nogal hachelijk thema. Immers, verreweg de meeste stoornissen in de psychische sfeer, in gedrag en in relaties, hebben een lange voorgeschiedenis. De „petits signes” in de ontwikkelingsgang van langdurige psychogene en van met name neurotische stoornissen zijn in de praktijkvoering van een huisarts meestal slechts dan te ontdekken, wanneer hij de patiënt of het desbetreffende milieu goed kent, althans een duidelijke entree ertoe heeft of heeft gehad. Een dergelijke entree zal vrijwel steeds op verzoek van de patiënt hebben kunnen plaatsvinden. De aanleidingen daartoe zijn dan de min of meer gewone somatische ziekten; bij het jonge gezin ook zwangerschapszorg, bevalling, zuigelingenverzorging, kinderziekten, geboorteregeling en eventueel ook een deel van de zogenaamde „petite sexualogie”; op gevorderde leeftijd diverse kwaaltjes en ongemakken; voorts de acute, vaak ernstige of catastrofale ziekten en ongevallen, waar de huisarts zelf, behalve maatregelen treffen, vaak weinig aan kan doen, doch waar voor hem in het kader van de preventie met betrekking tot het gebeuren daarna, een belangrijke taak kan zijn weggelegd. Wil de huisarts, hoe dan ook, ten aanzien van psychische stoornissen in preventief opzicht iets kunnen doen, dan dient er tussen hem en de patiënt casu quo het gezin van de patiënt, een zekere relatie te bestaan of op het moment van hulp inroepen, te ontstaan. Deze relatie is anders en meer dan een administratief verband.

Ten aanzien van de zogenaamde grote psychia-

trische ziektebeelden, met name de meeste psychosen, is preventie door toedoen van de huisarts meestal niet of nauwelijks mogelijk. Bij episodische en recidiverende psychosen echter, kunnen op zichzelf onbelangrijke prodromi telkens vrijwel gelijk zijn en bij tijdige signalering daarvan kunnen moderne farmaca en zo nodig tijdig ingrijpen, ernstige gevolgen voor patiënt en omgeving voorkomen. Ernstig suicidegevaar is, vooral als het een eerste keer betreft, helaas vaak niet te onderkennen als men niet nauwkeurig iemands levenspatroon en innerlijke situatie heeft kunnen volgen. Het is echter wel van belang in het bijzonder aan deze mogelijkheid te denken wanneer de weg naar het tentamen suicidii door vroegere pogingen is gebaad, verder wanneer in de familie suicide voorkomt, bij bepaalde soorten depressies en vooral tijdens bepaalde levensfasen en levenssituaties: eenzaamheidsbeleving in late puberteit en adolescentie, vereenzaming en isolement op gevorderde leeftijd en verder vooral ook als reactie op verlaten bij met name introverte en sensitieve mensen.

De meeste algemene praktijken echter omvatten een aantal aspecten, waarbij de huisarts een meer systematisch en specifiek psychisch-hygiënische preventie kan uitoefenen. Een en ander geldt daarbij vooral de in psychisch opzicht relatief gezonde patiënten en milieus.

Als eerste aspect zou ik willen noemen de belangrijke bijdrage welke de huisarts kan leveren bij het verwerken van reacties door een patiënt op sterk ingrijpende veranderingen in diens leven of in diens gezin. Bij langdurig ernstig ziek-zijn en sterven, maar ook bij plotselinge dood en bij ernstige traumata is de entree en het vestigen van een relatie, zo deze al niet bestond, een natuurlijke functie van de huisarts. Bij de verwerking

* Inleiding, gehouden op het tiende NHG-congres 27 november 1965 te Utrecht.

van het gebeuren door de achterblijvende, vooral ook bij een plotselinge catastrofe, is zijn hulp bij het rouwproces menigmaal onontbeerlijk. Juist de huisarts kan essentiële bijdragen leveren voor de verwerking van de zich altijd voordoende schuldproblematiek bij de achtergebleven partner of ouders, welke zich met name sterk openbaart bij hevige ambivalente gebondenheid aan de gestorvene. Vooral wanneer de arts het gezin tevoren kende, is het gevoel voor en het schatten van de intensiteit en duur van dergelijke reacties min of meer mogelijk. Een open oog voor eventuele neurotische verdere verwerking daarvan moet gepaard gaan met adequate op het juiste tijdstip gegeven adviezen. Kortom, de taak van de huismedicus beperkt zich niet alleen tot het psychisch begeleiden van chronisch zieken en stervenden, maar omvat tevens het begeleiden van hun naasten en dat laatste ook, wanneer strikt somatisch gezien de taak ten einde lijkt.

* * *

Het tweede aspect betreft de begeleiding van het jonge gezin. Juist ook in het naar verhouding gezonde gezin en bevredigende huwelijk, kan een open oog hebben voor, het signaleren en bespreken van vrijwel normale ontwikkelingsprocessen in het partnerschap bij zwangerschap en geboorte, van reacties en jaloezieën bij de komst van volgende kinderen van veel belang zijn. Ook het attent zijn op en de aanpak van bijvoorbeeld overbezorgdheid van een moeder, het gevoel van de grenzen daarvan met een normale gezonde bezorgdheid, welke in ieder geval afzonderlijk en o.a. afhankelijk van de voorgeschiedenis, verschillend liggen, gepaard met de mogelijke reactiepatronen van de kinderen of ook van de echtgenoot daarop, kan door de huisarts vaak in goede banen worden geleid. Naast gewone pedagogische adviezen aan de hand van wat hij waarneemt bij het voeren van de huishouding en het hanteren bij kinderziekten, zijn de adviezen bij het lange tijd aan andere hoede overlaten van kinderen door ziekte of vakantie, het bepalen van het meest gunstige tijdstip waarop een kleine, niet-acute ingreep zal plaatsvinden, als bijdrage van de huisarts aan een zo harmonisch mogelijke ontwikkeling van niet te onderschatten belang.

Anderzijds is tijdige signalering van duidelijke neurotische ontwikkelingsstoornissen en gedragsanomalieën noodzakelijk, om dan zondig consultatie of onderzoek door een Medisch Opvoedkundig Bureau voor te bereiden. Maar het is meestal weer de taak van de huisarts om het gezin tijdig voor te bereiden en daarna te adviseren, wanneer een organische ontwikkelingsstoornis of een lichte oligofrenie van een kind niet blijvend mag worden geloofd en adequate begeleiding en maatregelen vergt. Hier kan worden verwezen naar het uitstekende overzicht van Prof. Dr. Hart de Ruyter in dit tijdschrift, (1965) 8, 351. „De taak van de huisarts bij de herkenning van het bedreigde kind”.

Ook op talloze andere punten ligt er voor de huisarts in het jonge gezin een taak: genoemd werden reeds regeling van het kindertal, de in elk apart geval aan te passen adviezen en het geven van de mogelijkheid om huwelijks- en seksuele problematiek ter sprake te brengen. Speciale aandacht dient nog te worden gevestigd op de houding welke een moeder of beide ouders kunnen hebben ten aanzien van een zogenaamd vervangkind, als een vroeger kind is gestorven of na een reeks mislukte zwangerschappen en ook ten aanzien van het vaak voor andere kinderen belastende gezinspatroon jegens een ziekelijk of ongelukkig broertje of zusje, bijvoorbeeld wanneer er een mongooltje is.

* * *

Als derde aspect van psychisch-hygiënische betekenis, met zeker ook preventieve mogelijkheden, kunnen worden genoemd die patiënten en ook gezinnen waarbij een frequent ziek-zijn of een, gezien de aandoening, veel te lang ziek-zijn opvallen. Deze omstandigheden zijn het ook waarbij, zoals in het zogenaamde Apeldoornse experiment is gebleken, van de combinatie huisarts-maatschappelijk werker de laatste een meermalen vruchtbare bijdrage kan leveren aan de psycho-sociale diagnostiek. Ook zonder de mogelijkheid van een dergelijke samenwerking zal de huisarts met speciale aandacht voor het milieu, eventueel samen met controlerend geneesheer en bedrijfsarts casu quo met de schoolarts, behalve tot curatieve, ook tot preventieve maatregelen kunnen komen.

Voorts heeft naar mijn overtuiging menigmaal de huisarts en niet zozeer de specialist, de mogelijkheid om het ontstaan van blijvende invaliditeit, bijvoorbeeld na traumata, bij lage ruggpijn en bij de zo vaak nauwelijks objectief aantoonbare spondylarthrosis deformans, te voorkomen. Het komt daarbij wel erg aan op een uitgebalanceerde tactiek, na ruggespraak met specialist, controlerend geneesheer, bedrijfsarts en een grosso modo consequent beleid, waardoor een vooral psychische en psycho-sociale ontwrichting moet worden voorkomen. Ten aanzien hiervan is echter de taak van de huisarts de laatste jaren en a fortiori in de eerstkomende jaren, er niet gemakkelijker op geworden, gezien de steeds aantrekkelijker baten welke de sociale wetgeving biedt. Tegenover de indrukwekkende vooruitgang in deze, worden wij meer en meer geconfronteerd met symptomen van een welvaartsdecadentie. Met name de huisarts is meermalen in staat de materiële voordelen tegen de psychische en psycho-sociale nadelen af te wegen.

* * *

Een volgend aspect betreft de verslavingen. Weliswaar speelt het ontstaan hiervan zich vaak buiten het gezichtsveld van de huisarts af, maar

niet zelden kan hij toch een belangrijke, preventieve rol vervullen als het gaat om een dreigende verslaving aan slaapmiddelen, analgetica en tranquillizers. Verder kan ook een gedurende enige tijd plaatsvindende polypragmasie zonder resultaat, hem op het spoor brengen dat er iets anders aan de hand moet zijn dan bijvoorbeeld verschillende reumatisch aandoende klachten, die zo vaak zonder dat er organisch veel aan de hand is tot een chronisch behandelingsstramien leiden (zie ook F. A. Nelemans, De preventie van misbruik van geneesmiddelen (1966) huisarts en wetenschap 9, 178).

Wij zagen reeds dat de huisarts, die attent is op veranderingen in een levenssituatie, een taak kan hebben om grote psychische verwerkingsmoeilijkheden te voorkomen. In dit verband is dan ook in het bijzonder te wijzen op de fase van het climacterium en de beginnende involutie en op de situatie waarin vrouwen komen te verkeren wier opvoedingstaak ten einde loopt en die bij het uitvliegen der kinderen te verwerken hebben dat zij — behalve ouder te worden — ook een zinvolle taak verliezen. Voorbereiding hiertoe en het samen vinden van een nieuwe vervulling is een vaak zeer dankbare taak. Hetzelfde geldt onder andere ten aanzien van mannen die, nog vitaal, de pensioengerechtigde leeftijd bereiken en die, zoals dat in Nederland meestal het geval is, vanuit een nog volle dagtaak plotseling in een volledig nietsdoen terechtkomen. Menigeen — ook wie dacht voldoende energie aan hobby's te kunnen wijden — reageert daarop met depressie en hypochondrisch verval.

Er zijn nog meer omstandigheden waarbij de huisarts in individuele gevallen preventieve hulp ten aanzien van psychische stoornissen kan verlenen. Ook zouden de huisartsen tezamen hun stem

kunnen laten horen wat betreft het algemene beleid en het uitstippelen van richtlijnen voor de toekomst. Ik denk hier met name aan problemen van inwoning, welke op het platteland veelal geheel anders liggen dan in de grote stad en aan de woningbouw waarbij vooral voor jonge gezinnen met kleine kinderen belangrijke bezwaren bestaan tegen te geprononceerde hoogbouw.

Tenslotte kan worden gesteld dat zonder twijfel door menige huisarts de velerlei taken die in het voorafgaande zijn genoemd, reeds bewust en met veel zorg worden vervuld. Het is duidelijk dat deze taken behalve veel medisch-psychologische kennis, veel tijd vragen. Men moet geduld kunnen opbrengen, kunnen luisteren, observeren, informatie inwinnen en contacten met collegae en instanties leggen, attent zijn op informatie tussen de regels door en op hetgeen achter klachten en vragen der patiënten ligt. Dit alles vereist een houding waarbij rust en dus weer meer tijd nodig is voor de vervulling van het huisarts-zijn. Een en ander vormt een argument te meer voor een dringend streven naar beperking van de praktijkomvang.

Samenvatting. Preventie van psychische stoornissen in de algemene praktijk is vooral in de volgende omstandigheden mogelijk. Bij psychisch relatief gezonden in een zich sterk veranderende levenssituatie. Bij het verwerken van acute en catastrofale gebeurtenissen, zoals dood van of verlating door een nastaaende en bij dreigende vereenzaming (schuldproblematiek). Begeleiding van het jonge gezin met reacties op een zich snel wijzigende samenstelling daarvan; signalering van neurotiserende factoren. Bij dreigend ontstaan van blijvende invaliditeit en bij frequente ziekten en te lang ziek-zijn, zonder objectieve grond. Bij levensfase-problematiek zoals adolescentie, climacterium, beginnende involutie, pensioenering. Bij dreigende verslaving en polypragmasie zonder resultaat. Bij beslissingen omtrent inwoning, migratie, woningnood en woningbouw. Voorlichting en adviezen op seksueel gebied, geboorteregeling en huwelijksproblemen, met eventuele consultatie van andere, hulpverlenende instanties.