

Geschat totale aantal visueel gehandicapten	7000
Beneden 21 jaar	700
Werkzaam in verschillende beroepen (bedrijven, kantoren, zelfstandig winkelier en dergelijke)	800
Werkzaam in sociale werkplaatsen	1000
In het genot van een uitkering krachtens een der sociale wetten; onder geneeskundige behandeling; wachtend op revalidatie; gepensioneerd (beneden 65 jaar); meervoudig gehandicapt	1000
Boven 65 jaar	3500

Door het grote aantal organisaties, ieder werkend binnen eigen kader, is het onmogelijk hiervan in het bestek van dit artikel een volledige opsomming te geven. Ieder die nadere inlichtingen of een verwijzing wenst, kan deze verkrijgen op het bureau van de Vereniging Het Nederlandse Blindenwezen, Vondelstraat 128, Amsterdam-13, tel. 020-12 42 96 en 16 36 76. Inlichtingen of adviezen op maatschappelijk terrein, ook betreffende het revalidatiecentrum, kan men inwinnen bij het bureau van de Stichting Algemene en Individuele Blindenbelangen (A.I.B.), Vondelstraat 128, Amsterdam-13, tel. 020 - 18 51 78 en 18 70 66.

## *Nabeschuiving van de bespreking ener sociaal-geneeskundige status te Nijmegen\**

DOOR H. G. M. VAN DER VELDEN, HUISARTS TE DOESBURG

De bespreking van de sociaal-geneeskundige status, door de co-assistent gedurende zijn stage in de huisartspraktijk gemaakt, biedt de arts-gastheer, die hierbij wordt uitgenodigd, de gelegenheid een speciale casus uit zijn praktijk aan een meer kritische beschouwing te onderwerpen. Naast het feit dat het meelopen van een aankomend collega de arts onwillekeurig kritischer maakt ten opzichte van eigen gewoonte-methodieken (*Van Westreenen en Vlamings*), vormt de bespreking van de status ook voor de arts-gastheer een werkelijke bijdrage tot het verwerven van een beter inzicht in de randproblematiek, die het kernprobleem omgeeft en veelal medebepaalt. Juist aan de hand van deze werkwijze, namelijk het methodisch statussen van het gezin van de patiënt, kan men onvermoede, doch alleszins oorzakelijke factoren, die hebben geleid tot het ontstaan van het in de regel pluriform geconditioneerde „ziektegeval”, ontdekken. De stelregel, aangeleerd ten aanzien van de benadering van somatische ziekten, „systematisch onderzoeken” geldt ook hier (*Bos*). Vooral bij, wat men pleegt te noemen, probleemgezinnen, blijkt deze „family-centered” aanpak tot goede resultaten te leiden.

Het belang van een gezinsgerichte diagnostiek en therapie is voor het eerst onderkend door het maatschappelijke werk (zoals het „case-work”). Later werd men zich ook van medische zijde bewust van het belang de „patient-centered” benadering te verruimen tot een „coordinated attack on the problems of family adjustment in relation to the

*Samenvatting:* Het belang van een systematische gezinsdiagnostiek wordt geïllustreerd aan de hand van het „ziektegeval” van een elfjarig jongetje met ernstige gedragsstoornissen. Het voorkomen van interactieverschijnselen tussen de gezinsleden, een nog onvoldoende onderzocht fenomenologisch aspect van ziekte en gezondheid, is van betekenis voor een juiste diagnostiek en doeltreffende therapie. Verondersteld wordt dat een tijdige, adequate gezinsdiagnostische benadering tot een minder ver voortschrijden van het ziektebeeld zou hebben kunnen leiden. Begeleiding van het gezin tenslotte, is een wezenlijk deel van de in te stellen therapie bij patiëntje.

maintenance of health and the treatment of illness” (*Richardson*). Het wordt ons langzamerhand duidelijk, dat adequate hulp een adequate benadering vóóronderstelt. De vele publikaties die de laatste jaren verschijnen, niet alleen van de kant van de maatschappelijke werkers en sociologen, doch evenzeer van de zijde van de huisartsen, doen ons de ogen openen voor deze belangrijke ontwikkeling en de daaraan inherente consequenties. *Hare* en *Shaw* vonden in een van hun gezinsonderzoekingen dat de slechte gezondheid van een ouder tendeert tot een hogere „score” voor slechte gezondheid bij de andere ouder en bij de kinderen. *Van Es* constateerde een „zekere interdependentie tussen morbiditeit en de mate van integratie in een gezin”. *Mertens* merkte in 1951 op, dat actuele conflicten in de gezinssituatie van belang zijn voor het optreden van neurosen en somatische ziekten bij de gezinsleden.

Het is enerzijds noodzakelijk alle aandacht aan de gezinssituatie te besteden, wil men de voorwaarden voor een effectieve benadering scheppen, an-

\* Bespreking van een sociaal-geneeskundige status in het Instituut voor Sociale Geneeskunde (Prof. Dr. A. Th. L. M. Mertens) onder leiding van Dr. F. J. A. Huygen; Katholieke Universiteit, Nijmegen.

derzijds is het nuttig te beseffen dat de huisarts „ex professo de observatiepost van het gezin bezet houdt” (Huygen 1959, Mertens 1951). Echter, slechts een goed observator kan en zal de nodige premissen waarnemen, die hem kunnen maken tot „de begeleider, helper, coördinator van de medische hulp voor het gezin” (Huygen). In de nabespreking van de sociaal-geneeskundige status, zoals dat te Nijmegen geschiedt, komt dit alles bij voortdurende aan de orde (Mertens, 1962).

Een van de verschijnselen, die in het onderhavige geval de aandacht vroegen, was de zogenaamde „clustering” van morbiditeit. Hiermede wordt bedoeld de opeenhoping van ziektegevallen, aandoeningen bij een persoon of bij een gezin in een bepaalde korte periode. Bij morbiditeitsonderzoeken was tot voor enige jaren weinig rekening gehouden met — en derhalve is er nog te weinig bekend ten aanzien van de importantie er van — de datering bij het ziek worden. Bedoeld wordt hier niet de invloed van bijvoorbeeld het seizoen op de morbiditeit; met dergelijke factoren wordt sinds lange tijd rekening gehouden en men kan uit het patroonmatig verloop van bijvoorbeeld infectieziekten tot interessante diagnostische conclusies komen. Pel publiceerde een epidemiologische praktijkstudie waarin een en ander zeer illustratief wordt gedemonstreerd.

Ten aanzien echter van de relatie tussen morbiditeitsdatering enerzijds en bijvoorbeeld de psychosociale ontwikkelingen binnen de betrekkingen van het gezin anderzijds, is veel minder bekend. Kellner wees op het bestaan van interactieverschijnselen ten aanzien van ziekten tussen de leden van het gezin. Peachy trachtte een zeker patroonmatig verloop van de gezinsmorbiditeit aan te tonen. Weinig is overigens over deze fenomenen vanuit de huisartspraktijk gepubliceerd (Huygen). Door onderzoekingen onder leiding van Von Uexküll werd het bestaan van een correlatie tussen de „clustering” van morbiditeit en veranderingen in de psychosociale situatie bevestigd.

Waar de mono-causale opvatting in de geneeskunde meer en meer het veld ruimt voor een multi-causale interpretatie, lijkt het ongeoorloofd een bepaalde geestelijke of lichamelijke aandoening ééndimensionaal te verbinden aan een bepaalde verandering in de psychosociale situatie. Bovendien is de vraag, of een verandering in de psychosociale situatie pathogeen is, in hoge mate afhankelijk van de „subjektive Bedeutung, die er für den einzelnen Menschen hat, also die Qualität, wie ein objektives Ereignis subjektiv erlebt wird” (Von Uexküll).

Hier ligt een grote moeilijkheid bij het wetenschappelijke onderzoek naar dit soort verschijnselen. Er bestaat hiervoor geen objectieve maatstaf, alhoewel aan de hand van registratie van begeleidende neuro-vegetatieve symptomen waardevolle inlichtingen werden verkregen. Het meest zuiver blijkt deze belevingskwaliteit tot uiting te komen

in een „persoonlijke, ongerichte relatie, op basis van een continue, algemene relatie” (Van Nieuwenhuizen). Een onderzoeksterrein dat dus bij uitstek geschikt is om door de huisarts te worden betreden! In eerste instantie zal meer inzicht omtrent determinerende psycho-sociale factoren voor de gezinsgezondheid moeten worden gezocht door het verzamelen van vele goede ziektegeschiedenissen (Van Es). Juist in onze te bespreken status kwamen deze onderwerpen duidelijk naar voren en dit was mede een aanleiding deze bespreking te refereren.

De co-assistent maakte zijn status in twee zittingen met een tussenpoos van ongeveer een week. In totaal was zeven uur nodig om aan alle punten van de sociaal-geneeskundige anamnese de nodige aandacht te kunnen besteden. Het is niet onmogelijk dat deze nogal intensieve gezinsdiagnostische benadering van het betreffende gezin, de problematiek in haar volle omvang heeft „losgemaakt” en dat daardoor de ziekte van patiëntje X zich duidelijk manifesteerde, hetgeen aanleiding gaf tot het ontstaan van een ware „alarmsituatie”.

Aanleiding tot het opnemen van deze status vormde de „ziekte” van patiëntje X, het oudste kind in een disharmonisch gezin, een astheen jongetje van elf jaar. Op dat moment (mei 1967) was patiëntje reeds meer dan een half jaar aan het dokteren. Periodiek, maar bij voortdurende, klaagde hij over buikpijn. Klachten van moeheid, lusteloosheid, eetlustgebrek en hoofdpijn, meestal door de moeder op bezorgde toon naar voren gebracht, completeerden dikwijls het beeld. Sinds enkele maanden hield de moeder het ventje thuis van school en dikwijls werd hij maar „binnengehouden”. De laatste weken kon hij de slaap niet vatten en lag dan wel eens een of twee uur klagend te huilen. Bij herhaling werd de huisarts bezocht of verzocht te komen. Hij kon echter geen enkele somatische afwijking vaststellen. Ook de kinderarts was enige weken tevoren, na een uitvoerig onderzoek, tot negatieve bevindingen gekomen ten aanzien van een mogelijke organische genese van de klachten.

Er waren voldoende gronden aanwezig om nu eens uit het kleine individuele kringetje van patiëntje te stappen en zijn milieu extern te exploreren. Teneinde nader inzicht te verschaffen in de interne gezinsrelaties, waar, naar zal blijken, de wortels van het probleem zijn te vinden, is het noodzakelijk in het kort de levens-ziektegeschiedenissen van ouders en patiëntje, alsmede een en ander over het gezin in zijn geheel, te vermelden. Vooral de „ziekte” van de vader, een werkloze, wat arbeidschuwe man, blijkt een belangrijke factor te zijn bij het ontstaan van de klachten van het jongetje X.

De vader was een op dat moment werkloze vertegenwoordiger in dranken, die na een lange periode van invaliditeit geen kans zag aan het werk te gaan. Hij komt uit een groot boerengezin, uit het

westen des lands en hij heeft prettige herinneringen aan vroeger en thuis. Hij was zonder speciale opleiding in het vak gekomen en had zich indertijd een redelijk goede positie verworven. Vóór zijn huwelijk had hij nogal veel gedronken, doch daarna had hij de eerste jaren weinig problemen. Rond 1960 — hij had intussen een vrij zelfstandige baan — begon hij „de kantjes eraf te lopen” en hij verviel ook weer zo nu en dan tot alcoholmisbruik. Het gezin had op een gegeven moment grote schulden, terwijl de werkgelegenheid de vader werd ontnomen. Via verschillende bemoeienissen kwam hij als depotbeheerder in dienst van een groot bedrijf om „het opnieuw te proberen”.

Enige tijd ging het goed, doch toen begon hij meer en meer voor diverse kleinigheden te verzuimen en de huisarts te frequenteren. Veel indrukwekkends kon de huisarts niet vinden, behalve een matige hypertensie. Achteraf krijgt men de indruk dat zowel patiënt als huisarts op een zeker moment erg tevreden was met deze hypertensie; het was als het ware de „stille overeenkomst” in de arts-patiënt-relatie (*Balint*), die het beiden mogelijk maakte tevreden te zijn met de situatie.

In 1962 begon het verzuim en het dokteren van vader X zodanige vormen aan te nemen — terwijl zich verschillende vage bijkomende klachten aandienen — dat er een verwijzing naar een internist volgde. Het uitvoerige interne onderzoek leverde geen bijzonderheden op en de internist verwees hem naar de huisarts terug onder de diagnose essentiële hypertensie. De periodieke bezoeken aan de huisarts stelden de patiënt voorlopig tevreden. Meestal werd een slechts matig verhoogde bloeddruk gevonden.

In juli 1963 overkwam hem een ongeval terwijl hij op bezoek was bij zijn ouders op de boerderij. Hij liep een zeer ernstige contusie van zijn rechtervoet op. De behandelende chirurg kon geen fracturen vaststellen; hij schreef hem geruime tijd rust voor. De ziekteperiode liep echter uit op een lange periode van medisch onverklaarbare invaliditeit. Verschillende onduidelijke klachten deden zich voor: pseudo-angineuze bezwaren, hoofdpijnen, duizeligheden. Naast korte perioden van werkherwinning overwoog het arbeidsverzuim, dat tenslotte tot ontslag leidde. Tegen 1966 bereikte zijn sukkel en dokteren een hoogtepunt en de enigszins geïrriteerde huisarts verwees hem naar een psychiater. Het onderzoek van de psychiater, gecompleteerd door een neurologisch onderzoek, leverde geen bijzonderheden op (in het electroëncefalogram werden geen afwijkingen gevonden). Vader X was op dat moment een gespannen, nerveuze, luie man; hij deed zich meestal erg vriendelijk voor en hij dronk zo nu en dan teveel. In de loop van 1966 kwam hij nog onder handen van een tweede internist, ditmaal wegens buikklachten, waarvoor geen organische grondslag werd gevonden.

Patiëntje X werd geboren in 1956. De partus verliep vlot en zonder complicaties. Het kind schreeuwde direct en groeide goed. Hij is de oudste van vier kinderen. De andere kinderen, twee meisjes en een jongen, zijn respectievelijk tien, acht en vijf jaar oud en goed gezond. Op het zuigelingenbureau en op het kleuterbureau werden geen bijzonderheden opgemerkt. Behalve een wat moeilijke zindelijkheidsgewenningsperiode groeide hij de eerste jaren zonder problemen op. Hij speelde normaal met andere kinderen. Op de kleuterschool deden zich geen moeilijkheden voor. Rond 1961 echter begon het jongetje in toenemende mate te sukkelen, waarbij het accent viel op respiratoire infecties en langdurige perioden van hoesten. De eetlust werd slecht, het kind werd lastig en onrustig en volgens de moeder was het wel eens benauwd.

In 1962 en 1963 traden deze klachten tamelijk frequent op en vanwege zijn nerveuze, asthene conditie werd patiëntje zes weken naar een koloniehuis gezonden. In het verslag van dit verblijf wordt een verbetering van de conditie vermeld, wel werd door dit „wat kinderlijke, overgevoelige en emotionele kind” een griepinfectie doorgemaakt. Patiëntje was een middelmatig begaafd kind met normale resultaten op school. In 1963 werd het kind klinisch behandeld voor een uitgebreide bronchopneumonie, waarschijnlijk op astmatische bodem. Een nader allergologisch onderzoek wees op eosinofilie en overgevoeligheid voor verschillende stoffen. Echte duidelijke astma-aanvallen had het jongetje niet. Na een periode van meer of minder frequent ziekzijn, begonnen zich einde 1966 aanvallen van buikpijn voor te doen, die in frequentie toenamen en waarvoor steeds geen oorzaak was te vinden. In februari 1967 kreeg patiëntje op een avond heftige buikpijn en verdacht van een appendicitis werd hij naar een chirurg verwezen. Hij werd op de dag na opname geopereerd; bij deze gelegenheid werd een normale appendix verwijderd. Er bestond wel een lymfadenitis in de ileocecaalstreek. Enkele weken na thuiskomst uit het ziekenhuis begonnen de buikklachten te recidiveren. De kinderarts kwam er nog eens aan te pas, doch deze kon geen bijzonderheden vinden. Eind mei 1967, toen deze status werd gemaakt, was het jongetje nog steeds thuis met wisselende, maar vooral buikpijnklachten.

De moeder van patiëntje is sinds ongeveer 1964 periodiek aan het dokteren met wisselende klachten. Het zijn vooral surmenageklachten, zoals deze vaker bij vrouwen voorkomen: hoofdpijn, rugklachten, moeheid en slaapstoornissen. Het zijn typische insufficiëntieklachten, door *Hoffmeyer* genoemd het „stress-syndroom van de huisvrouw”. Rond 1966 klaagde zij over „benauwd gevoel op de borst” en „hartkloppingen”. Zij was angstig en om haar gerust te stellen, volgde een cardiologisch onderzoek waarbij geen afwijkingen werden vastgesteld. Begin 1967 had zij een miskraam, waarbij zij

sterk vloeiende en opname voor curettage nodig bleek te zijn.

Het gezin woont in een te kleine, nette arbeiderswoning en heeft het financieel niet breed. Ten aanzien van de relatie tussen de ouders kan worden gezegd dat de moeder het gezin domineert. Er zijn voelbare spanningen, mede door de werkloosheid van de vader. De relatie ouders-kinderen wordt beheerst door het zorgenkind dat wordt omgeven door de wanhopige zorg van de moeder; hij is bang voor zijn vader. Er is geen „samen-optrekken” in dit gezin. Vooral de vrije tijd wordt zeer passief doorgebracht. De vader is geen vriend van patiëntje, hij biedt het kind geen enkel perspectief. Het kind zoekt steun bij de moeder, die deze steun op ambivalente wijze verleent. De betrekkingen tussen de andere kinderen onderling zijn normaal te noemen. De kinderen tonen een normaal kinderlijk gedrag. Het gespannen gedrag van patiëntje ergert de andere kinderen wel en hij heeft zich hierdoor wat van zijn broertje en zusjes vervreemd. Een kamer in de toch al niet ruime woning is om financiële redenen verhuurd aan een rustige kostganger, die in het geheel der betrekkingen een irrelevante rol lijkt te spelen. De reacties van de ouders op het veelvuldig ziek-zijn van patiëntje zijn van de kant van de vader over het algemeen negatief en van de zijde van de moeder ambivalent. Het gezin is nogal gesloten en weet de problematiek binnen de deur te houden. Familie van de vrouw probeert bij voorkomende moeilijkheden nog wel eens te „helpen”, doch houdt zich overigens afzijdig.

Zeer terecht was de co-assistent de merkwaardige overeenkomst in chronologie der klachten bij deze ziektegeschiedenissen opgevallen. Vergelijkt men de belangrijkste data uit elke anamnese met elkander, dan is er een volgorde vader-patiëntje-moeder te bespeuren, een interactieverschijnsel, dat mogelijk de genese van ons ziektegeval vormt. Is dit een kettingreactie, die bij de rente-neurotische vader begint? *Kellner* kwam tot de bevinding, dat interacties zich vooral voordoen tussen moeder en kind en nauwelijks tussen vader en kind. Juist deze relatie is in ons geval interessant. Er zijn redenen om bovengenoemde uitkomsten te wantrouwen, aangezien *Kellner* in zijn materiaalkeuze niet aselekt is te werk gegaan (*Huygen*) door veel meer moeders en dochters dan vaders en zoons in zijn onderzoek te betrekken. *Buck* en *Laughton* concluderen dat een hogere score voor gedragsstoornissen en psychosomatische ziekten bij kinderen met neurotische moeders dan bij kinderen met neurotische vaders kan worden aangetoond. *Hare* en *Shaw* vonden echter in een uitvoerig onderzoek te Croydon aanwijzingen voor de stelling dat een neurotische vader meer van invloed is op het ontstaan van gedragsstoornissen bij kinderen dan een neurotische moeder. Zo tegenstrijdig als deze resultaten schijnen te zijn, zo begrijpelijk is het dat de verschillende onderzoekers tot uiteenlopende

conclusies komen, aangezien zij van geheel verschillende begrippen uitgaan.

*Hare* en *Shaw* hanteren het begrip „neuroticisme”, een term die de dispositie voor neurose moet uitdrukken. De mate van neuroticisme, dit is dus de stabiliteitsgraad van iemands persoonlijkheid, kan met een bepaalde test worden gemeten (bijvoorbeeld Maudsley Personality Inventory (M.I.P.-test)). In tegenstelling tot *Buck* en *Laughton* onderscheiden *Hare* en *Shaw* scherp tussen neuroticisme en neurose. Merkwaardigerwijze correleren ten aanzien van dit begrip „neuroticisme” — bij toepassing van de daarvoor gestelde criteria — de resultaten van *Hare* en *Shaw* met die van *Buck* en *Laughton*. Een hoge „score” voor neurotische dispositie — dus een hoge score bij de M.I.P.-test — mag men niet gelijkstellen met het hebben van een neurose (*Hare* en *Shaw*). Deze uitspraak kan ons niet bevreemden. Neuroticisme zou een constitutioneel gegeven eigenschap zijn en gedurende het leven een vrij constante score bij de M.P.I.-test opleveren.

In ons geval werd bij nader onderzoek geen voldoende grond voor een zekere mate van labiliteit bij de familie van de moeder van patiëntje gevonden. *Hare* en *Shaw* hebben een significante correlatie tussen een hoge „score” voor neuroticisme bij moeders en vaders enerzijds en gedragsstoornissen bij kinderen anderzijds aangetoond. Zij vonden echter ook een significant grotere frequentie van gedragsstoornissen bij kinderen met een neurotische vader dan bij kinderen met een neurotische moeder! De in onze status gesignaleerde interactierichting is dus niet bij voorbaat onwaarschijnlijk.

In zijn samenvatting beschreef de co-assistent de persoonlijkheid van patiëntje als „ernstig gestoord in zijn ontwikkeling”. Hij ziet het gedrag van dit jongetje, een terughoudend en emotioneel-labiel kind, als een regressie naar het anaal-erotische stadium. Sociaal relevant is de werkgelegenheid van de vader en de sterk toegenomen medische consumptie van het gezin. De „clustering” van de morbiditeit valt samen met aanwijsbare pieken in de toenemende stoornis in de gezinsrelaties. Het advies luidde: zo snel mogelijk werk zoeken voor de vader, patiëntje tijdelijk uit huis plaatsen en contact opnemen met een kinderpsychiater of Medisch Opvoedkundig Bureau (M.O.B.). Er bestaat enige grond te verwachten, dat de vader zich niet tegen een dergelijk advies zal verzetten, al zal hij niet van harte zijn medewerking verlenen.

Met de behandeling van dit gezin — want het was intussen duidelijk dat slechts een integrale aanpak van deze situatie tot resultaat zou leiden — werd, achteraf bezien te langzaam, een begin gemaakt. Het ontbreken van een goed functionerend „home-team” bleek duidelijk een gemis te zijn. Incidentele gesprekken met de overbelaste maatschappelijke werkster en met de wijkverpleegster vonden plaats. De voorgenomen behandeling werd intussen door de feiten achterhaald. Het vervolg van de

ziektegeschiedenis van patiëntje leert, dat bovenbeschreven analyse van de gezinssituatie voldoende houvast gaf voor een juiste diagnose en richtinggevend mocht worden genoemd voor de in te stellen therapie.

Begin juli 1967 kwam het jongetje, ditmaal begeleid door een zeer verontruste vader, in consult. De vader bleek wat losgerukt te zijn uit zijn vriendelijke indolentie; hij leek weer enigszins op de man die hij vroeger was geweest. Het kind was echter nog terughoudender dan anders en verontruste sinds een dag zijn ouders door een merkwuurde, stuporeuze, infantiele en onechte houding. Hij maakte gedurig een vreemdsoortige, onfysiologische hik-slikbeweging met geluiden als bij ructus. Er leek geen twijfel te bestaan aan een hysterische symptomatologie. Was een of ander actueel conflict binnen het gezin de aanleiding? Het kind was dermate onhandelbaar dat de kinderarts, die nog het meest met patiëntje bekend was, tot opname besloot. Binnen enkele dagen verdwenen de symptomen, doch zonder problemen gingen de dagen in het ziekenhuis niet voorbij. Uitvoerig onderzoek leverde geen aanwijzingen op voor enige organische afwijking. Uit het elektroëncefalogram konden geen bijzondere conclusies worden getrokken. Het gedragspatroon van het kind onderging in het ziekenhuis een verschuiving naar een plagend en sadistisch gedrag. Er deden zich tenslotte grote moeilijkheden voor op de afdeling. Het kind was stiekum, stal en stond zowaar een klein medepatiëntje naar het leven. Er bestond een zeer ernstige stoornis in de ontwikkeling van zijn persoonlijkheidsstructuur.

De conclusie, weergegeven in de eerdergenoemde samenvatting, bleek juist te zijn. Er moest zich hier wel een hysterisch-neurotisch syndroom ontwikkelen. Wanneer men aandacht besteedt aan de dateringen in de bovenbeschreven ziektegeschiedenissen, kan men deze ontwikkeling aflezen. Wij hebben hier te doen met een ernstig gestoord patiëntje, een gevoelig en emotioneel kind, dat in een vitale periode van zijn ontwikkeling tekort kwam aan liefde in het gezin; een kind, dat het ongeluk had zijn weg van de oedipale naar de latent-pubertaire fase te moeten zoeken in een disharmonisch gezin. Er bestaat een te sterke moederbinding, die door de omstandigheden wordt gestimuleerd. Identificatie met de vader is niet mogelijk, integendeel een onbewuste haat ten opzichte van de vader kenmerkt het gedrag. De jongen komt in deze situatie niet los uit zijn oedipale stadium, verwijlt in deze levensfase in sterke onzekerheid, terwijl de neiging bestaat te regrediëren naar de oraalsadistische fase. Het was in dit stadium duidelijk, dat een ingrijpende behandeling noodzakelijk was.

Het kind werd, na ontslag uit het ziekenhuis, opgenomen in een B-koloniehuis. De aanpassing in dit tehuis bracht grote moeilijkheden met zich mede. Vanuit het koloniehuis werd de jongen wegens

een zeer ernstige anorexia nervosa opgenomen in een ziekenhuis. Na enkele weken verbeterde zijn conditie en kon hem worden medegedeeld, dat hij het ziekenhuis mocht verlaten. Prompt deed zich een niet al te ernstige aanval van astma bronchiale voor.

Vermeld dient nog te worden, dat een buikpijnaanval met diarree aanleiding was tot een uitvoerig onderzoek. Op grond van een bij deze gelegenheid, bij herhaling, gevonden afwijking op de röntgenfoto (coloninloop) werd laparotomie gedaan, waarbij geen afwijkingen werden gevonden. Men vond slechts weer de kliertjes in de retrocoecale hoek — waarover eerder in dit verslag al is gerept — waarvan de pathologisch-anatomische bevindingen negatief bleken te zijn. Vanwege de astma-aanval werd uitsluitend een uitvoerig longfunctieonderzoek verricht, waarbij normale uitkomsten werden verkregen. Behalve een eosinofilie en een lichte bronchitis zijn bij patiëntje nooit organische afwijkingen gevonden. Het kind verblijft gelukkig weer in het kinderdorp. Na veel overleg verklaarden de ouders zich bereid in deze langdurige opname toe te stemmen. Een aanvankelijk vrij sombere instelling van de staf van het koloniehuis ten aanzien van de prognose, heeft plaats gemaakt voor een meer optimistische kijk op de zaak. Er zijn tekenen dat de jongen ten goede begint te veranderen. Het is de moeite waard te vermelden, dat sinds enkele weken de vader werk heeft gevonden en sindsdien niet meer op het spreekuur is verschenen!

Er is hier sprake van een neurotiserende invloed van het milieu op het beschreven patiëntje. Zijn afwijking is situatief bepaald. Juist bij dit soort kinderen kan de orthopedagogische begeleiding in een B-koloniehuis tot goede resultaten voeren. Sterk afwijkende, echt endogeen-neurotische kinderen kunnen daar niet terecht, zij zijn meer gebaat met een kinderpsychiatrische klinische behandeling (*Meuleman*).

De opname in een B-koloniehuis is in het algemeen een langdurige zaak. Een vroegtijdige onderkenning van de in gang zijnde ontwikkeling bij dit kind had het misschien mogelijk gemaakt met een behandeling door het M.O.B. te volstaan. „Een vroegtijdige opsporing en snelle verwijzing behoort tot de mogelijkheden van de huisarts” (*Van Meurs*). In zekere zin is hier gefaald in de „primaire preventie”, maar met de „secundaire preventie” is gelukkig nog tijdig begonnen (*Van Meurs*). Wanneer wij ons echter tevredenstellen met deze langerdurende uithuisplaatsing van dit kind, schieten wij in therapeutisch opzicht eveneens tekort. De gezinssituatie in het ouderlijke gezin dient ons nu intensief bezig te houden. Het vertrek van patiëntje heeft in het gezin voorlopig enige opluchting gebracht — een bekend verschijnsel — de vader is aan het werk. Het kind leert nu normale relaties op te bouwen, maar zal, eenmaal

teruggekeerd in het ouderlijke milieu, deze „kennis” moeten kunnen effectueren.

Het is ons gebleken dat de plaats van de vader in de keten van interacties een voor het ziektebeeld van deze jongen determinerende grootheid is. Een plan tot begeleiding van het gezin, een wezenlijk deel van de therapie ten aanzien van patiëntje, zal in eerste instantie een begeleiding van de vader betekenen. De aanpak van deze gezinstherapie maakt een samenspraak noodzakelijk tussen huisarts en maatschappelijk werkster enerzijds en M.O.B. en eventueel sociaal-psychiater anderzijds. Aandacht zal verder moeten worden besteed aan onder meer de woonsituatie, de budgettering en de houding van de moeder, die straks het kind op een adequate manier in haar gezin moet weten op te vangen. Alhoewel de evaluatie van de vele gegevens nog wel meer problemen zal opwerpen lijkt het erop, dat er goede kansen zijn de gezinsituatie zodanig te beïnvloeden, dat met het normaliseren van de gezinsrelaties de genezing van patiëntje zal worden bestendigd.

Met bovenstaand referaat wordt bedoeld een indruk te geven van de gang van zaken bij een meer adequate gezinsdiagnostiek. Het moge een zeer illustratief voorbeeld zijn, maar daarom is juist dit „ziektegeval” gekozen. Alle aandacht was in eerste instantie op de patiënt gericht, niet op „de patiënt in zijn milieu”. De vader was in dit geval wellicht meer patiënt dan het kind, althans in het begin. Bij een juiste interpretatie van de „voor het grijpen liggende” gegevens, was het mogelijk geweest eerder tot een gezinstherapie over te gaan. Tot deze zeer dreigende toestand bij patiëntje, die nu hopelijk

nog ten goede keert, was het dan misschien niet gekomen.

*Summary. Reflections on the discussion of a sociomedical status at Nijmegen University Medical School.* The importance of systematic familial diagnosis is illustrated by the „case history” of an 11-year-old boy showing severely disturbed behaviour. The occurrence of phenomena of interaction between the family members constitutes a phenomenological aspect of illness and health which has so far not been adequately studied and which is of importance for correct diagnosis and effective therapy. It is postulated that timely and adequate familial diagnosis might have prevented the disease picture from advancing so far. Finally, accompaniment of the family is a fundamental component of the treatment this patient should receive.

- Balint, M. The doctor, his patient and the illness. Pitman Medical Publications, London, 1957.  
Bos, G. J. (1962) huisarts en wetenschap 5, 312.  
Buck, C. W. en K. B. Laughton (1959) Acta psychiat.scand. 34, 165.  
Es, J. C. van (1961) huisarts en wetenschap 4, 334.  
Hare, E. H. en G. K. Shaw (1963) Brit. J. psychiat. 3, 467.  
Huygen, F. J. A. (1959) r.k. Artsenblad 38, 297.  
——— (1963) huisarts en wetenschap 6, 305.  
Hoffmeyer, H. (1965) Publ. Hlth. Papers, Geneva W.H.O. 28, 9.  
Kellner, R. Family Ill-health. Tavistock Publications, London, 1963.  
Mertens, A. Th. L. M. (1951) Med. Contact 4, 697.  
——— (1962) huisarts en wetenschap 5, 54.  
Mertens, A. Th. L. M. e.a. De patiënt als gezinslid. Dekker en van de Vegt, Utrecht - Nijmegen, 1965.  
Meuleman, L. E. (1967) huisarts en wetenschap 10, 319.  
Meurs, A. W. van (1966) huisarts en wetenschap 9, 97.  
Nieuwenhuizen, M. G. van. Persoon en milieu van de ulcus duodeni-lijder. Academisch proefschrift, Utrecht, 1961.  
Pel, J. Z. S. (1964) huisarts en wetenschap 7, 17.  
Richardson, H. B. Patients have families. Oxford University Press, London, 1948.  
Uexküll, Th. von (1961) huisarts en wetenschap 4, 315.  
Vlamings, A. L. H. (1962) huisarts en wetenschap 5, 52.  
Westreenen, E. van (1964) huisarts en wetenschap 7, 103.

## Berichten uit de psychosomatische studiegroep Zwolle\*

DOOR DR. R. BLIJHAM

*Inleiding.* De aanleiding tot deze berichten was een verzoek namens de afdeling Zwolle der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst om op een afdelingsvergadering van één der afdelingsleden, tevens lid van genoemde studiegroep, een korte voordracht te mogen hebben over deze groep. De vijf in aanmerking komende groepsleden schreven ieder hun verhaal; uit deze vijf verhalen werd er één gekozen voor genoemde afdelingsvergadering; voor publikatie in dit tijdschrift werden de hierna volgende twee op-

stellen door de redactiecommissie gekozen. Het volgende diene ter inleiding.

Centraal staat de behoefte aan „explicitering”, verdieping en verbetering van de psychosomatische beschouwingwijze in het werk van de huisarts. Men dient het woord psychosomatiek op te vatten in zijn ruime betekenis, dat wil zeggen niet begrensd tot bepaalde groepen patiënten of bepaalde specificiteitshypothesen. Het gaat hierbij om een analyse van de ontmoetingsrelatie huisarts-patiënt. Iedere huisarts zal zich in die ontmoeting anders gedragen, overeenkomstig zijn persoonlijke instelling, voorgeschiedenis, mogelijkheden, karakterstructuur en opleiding. Anderzijds is iedere patiënt een unicum; hij past hoogstens min of meer doch vrijwel nooit exact in een hoofdstuk uit een leer-

\* Zwolse studiegroep psychosomatiek van het N.H.G. Correspondentie-adres Dr. H. Blijham, Savornin Lohmanlaan 92, Groningen.