

Ziekte en gezin

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

Inleiding. In een vroeger artikel in dit tijdschrift (Huygen 1964) werd getracht een overzicht te geven van de onderzoeken op het gebied van de wisselwerking tussen gezin en ziekte. Daarbij is echter hoofdzakelijk aandacht besteed aan het ontstaan van ziekte onder invloed van gezinsomstandigheden. In het huidige artikel zal worden getracht nader in te gaan op de gevolgen van ziekte voor het gezin, waarbij wordt afgezien van de gevolgen van besmettelijke ziekten. Achtereenvolgens worden aan de orde gesteld: de invloed van acute ziekte, van chronische ziekte, van ziekte bij bejaarden, van geestesziekte en van overlijden.

Acute ziekte. Het is bekend dat acute ziekten, vooral wanneer het ernstige aandoeningen betreft, een stress op het gezin kunnen leggen. *Martin en medewerkers* constateerden heftige reacties bij gezinnen waarvan kinderen ernstige verbrandingen opliepen. Bij de ouders was sprake van grote schuldgevoelens, verwijten en onderlinge verwijdering, terwijl zij hun andere kinderen gingen verwaarlozen. Dergelijke schuldgevoelens en verwijten blijken niet alleen bij ongevallen, maar ook bij gewone ziekten veelvuldig op te treden (*Korsch en medewerkers*). Ziekten van de moeder hebben vaak ernstige repercussies in het gezin, vooral wanneer zij hierdoor wordt uitgeschakeld, maar ook lichtere stoornissen kunnen hun repercussies hebben. Zo beschreef de huisarts *Carne* een syndroom van braken bij kinderen ten gevolge van een depressie van de moeder. *Dalton*, ook huisarts, kon aantonen dat kinderen significant vaker voor verkoudheid aan de huisarts werden gepresenteerd in de premenstruele periode van de moeder.

Chronische ziekte. Van de invloed van chronische ziekte is meer bekend, zowel wat de lichamelijke als wat de geestelijke kant betreft. *Crain en medewerkers* (1966a) bestudeerden bijvoorbeeld de invloed op het gezin van het optreden van diabetes bij een kind, door 54 dergelijke gezinnen te vergelijken met 76 controlegezinnen. Het vaststellen van deze ziekte had een gezinscrisis tot gevolg, leidend tot een slechte huwelijksintegratie, minder overeenstemming tussen de ouders over hoe zij het kind moesten aanpakken en meer huwelijksconflicten. Dezelfde auteurs (*Crain en medewerkers* 1966b) konden vaststellen dat diabetische kinderen sociaal-psychologisch niet slechter functioneerden dan hun broertjes of zusjes. Zij hadden zelfs een meer intieme relatie met hun moeder. Het bleek dat ziekte van een gezinslid de andere gezinsleden

Samenvatting. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de literatuur omtrent onderzoeken betreffende de invloed van ziekte op het gezin. Daarbij wordt voornamelijk aandacht geschonken aan chronische ziekte, geestesziekte en het overlijden.

sterker negatief kan treffen dan het zieke lid. Anderzijds blijkt, dat de gevolgen van ziekte thuis dikwijls uitstekend kunnen worden opgevangen, vooral wanneer hierbij doeltreffende hulp wordt verleend. Zelfs zeer ernstige zieken kunnen dan thuis worden verpleegd, zoals blijkt uit de experimenten op dit gebied met „homecare” van bijvoorbeeld het Monte Fiore Hospital in New York (*Silver*).

In Engeland beschreven *Shrand en Lightwood* de opzet van het „homecare” programma van het St. Mary's Hospital in Londen. De doelstelling hierbij was de moeder in staat te stellen haar kind thuis te verplegen. Van de moeders in dit district bleek 93 procent daaraan de voorkeur te geven boven opnemen in een ziekenhuis, zelfs wanneer de behuizing slecht was. Bestudering van de in dit ziekenhuis opgenomen patiënten leerde, dat ongeveer 25 procent van de kinderen had kunnen thuisblijven, wanneer de huisarts de behandeling op zich had kunnen en willen nemen. In een onderzoek in Denemarken kwam men tot hetzelfde resultaat, terwijl een en ander ook bij een onderzoek in Philadelphia, bij 30 procent van de opgenomen kinderen het geval bleek te zijn. Zelfs bij een ernstige en dramatische aandoening zoals dodelijk verlopend carcinoom kunnen de meeste patiënten thuisblijven. Een onderzoek van *Wilkes* in Sheffield leerde dat 55 procent van deze patiënten thuis stierf. Bij nader onderzoek van een representatieve steekproef bleken de condities thuis in 74 procent bevredigend te zijn. Slechts een minderheid (12 procent) deed een zwaar beroep op de huisarts, terwijl eenzelfde percentage eigenlijk ziekenhuisopneming nodig had, maar dit om de een of andere reden niet kreeg. In de helft van de gevallen gaf het opvangen van de terminale ziekte geen problemen. Slechts bij een kwart waren er duidelijke verpleeg- en verzorgingsproblemen, maar deze duurden slechts bij 15 procent langer dan zes we-

ken. Van Westreenen deed in Nederland in grote lijnen overeenkomstige ervaringen op.

In ons land publiceerde Michels (1968) over de invloed van chronische lichamelijke ziekte op de gezinsfunctie, waarbij hij een onderscheid maakt tussen verschillende gezinsfasen. Hij stelt daarbij dat het chronisch zieke kind de gezinsfunctie minimaal aantast. Relatief heeft diens aanwezigheid nog het meeste invloed op de sociaal-biologische functies. Gezinsuitbreiding wordt door de ouders vaak ongewenst geacht, vooral wanneer het gaat om erfelijke of vermeend erfelijke aandoeningen. Dit heeft weer consequenties voor de regulering van de seksuele verhoudingen. Er treedt een belasting op in de verzorgende functie van het gezin. Opvoeding, ontspanning en gezelligheid kunnen worden bemoeilijkt. Het religieuze leven ondergaat vaak een verdieping en ook de affectieve banden worden versterkt. De gezinscarrière en het gezinsinkomen worden niet aangetast. Over het algemeen kan men zeggen dat er wel problemen zijn, maar niet van die aard dat het gezin in grote of onoverkomelijke moeilijkheden geraakt. Eerst bij het volwassen worden van het zieke kind ontstaan grotere problemen. De zwaarste belasting voor de ouders is dan ook de zorg voor de toekomst van het kind.

Bij chronische ziekte van een van de ouders rijzen diepgaander problemen. Vooral bij gezinnen in de wordingsfase en in iets mindere mate in de stabilisatiefase ontstaan dan grote moeilijkheden en spanningen. De moeilijkheden bij ziekte van de moeder liggen voornamelijk op het verzorgende vlak, zij zijn acuut; de moeilijkheden bij ziekte van de vader liggen meer op het algemene vlak, zij zijn minder acuut. Tegen de verwachting in zouden de meest ingrijpende moeilijkheden optreden bij ziekte van de vader, omdat naast de regulering van de seksuele verhouding vooral de sociaal-economische en sociaal-culturele gezinsfuncties lijden, waardoor een daling van de gezinsstatus ontstaat. De moderne grotestads-gezinnen zijn hierbij het meest kwetsbaar. De ontstane moeilijkheden zijn onoplosbaar, zij zouden betrekkelijk dikwijls tot het uiteenvallen van het gezin leiden. In de involutiefase worden de moeilijkheden aanzienlijk geringer door de grotere opvangmogelijkheden en de situatie waarin het gezin dan verkeert. In de restfase tenslotte zag Michels door het chronisch ziek worden van een van de huwelijkspartners, met name bij ziekte van de vrouw, onoverkomelijke moeilijkheden ontstaan voor een zelfstandige handhaving van het gezin. In vele gevallen bestaat evenwel de mogelijkheid tot het bij elkander blijven van de partners in een bejaardenverzorgingshuis, waarbij de gezonde partner zich echter dikwijls grote opofferingen moet getroosten. Bij de hulpverlening aan deze gezinnen bestaat het gevaar dat men door de aandacht welke de patiënt opeist, voorbijgaat aan de soms grote noden van de gezonde gezinsleden. In vele gevallen zijn deze

minstens even erg getroffen door de chronische ziekte als de patiënt zelf.

Dit laatste bleek ook uit de gesprekken welke Michels (1969) voerde met twintig echtgenotes van in een verpleeghuis opgenomen mannelijke patiënten. Deze vrouwen waren nagenoeg allen verenzaamd, zij leden vooral onder het feit dat zij hun moeilijkheden niet met anderen konden bespreken. Met hun man hadden zij geen echt contact meer, omdat deze reeds te veel was vreemd van het normale gezinsleven. Daardoor was ook diens relatie met de kinderen sterk veranderd; vaak kon men zelfs nauwelijks meer spreken van een functionele relatie. De vrouwen stonden alleen voor de opvoeding, zij hadden dikwijls het gevoel daarin te falen. Hun relatie met de familie van hun man was veelal gestoord door al of niet vermeende verwijten van die zijde. Financieel waren praktisch alle gezinnen in moeilijkheden geraakt. Treffend was dat deze vrouwen een zeer negatieve mening hadden over de hulpverleners aan het gezin: artsen, verpleegsters, maatschappelijke werkers en pastores. Zij voelden zich door hen min of meer in de steek gelaten en zij hadden dikwijls verwijten ten opzichte van de medische instanties (artsen, verpleegsters en ziekenhuizen) die de ziekte van hun man in het begin hadden behandeld. Zij klaagden onder anderen er over dat zij zo lang onkundig waren gelaten over de ware aard en de prognose van de ziekte, omdat zij dienaangaande met een kluitje in het riet waren gestuurd. Bij deze twee publikaties van Michels dient wel te worden aangetekend dat de eerste niet op exact onderzoek berust en dat de visie van de auteur ongetwijfeld zal zijn gekleurd door zijn werkkring in een verpleeghuis, waar slechts bepaalde, geselecteerde zieken worden opgenomen.

Ziekte van bejaarden. Ziekte van al of niet inwonende bejaarde ouders kan tot bijzondere problematiek leiden. Hierover is onder andere een verhelderende studie verschenen van Spradlin. Bejaarden met hypochondrische klachten hebben herhaaldelijk ook problemen in de relaties met hun kinderen. Vooral bij alleenwonenden bestaat vaak een onderliggende vijandigheid over het feit, dat zij geïsoleerd zijn en geen rol meer hebben te vervullen. Men dient zich daarbij te realiseren, dat de rol van zieke vaak de enige weg is voor de patiënt om zijn gevoel van eigenwaarde te behouden. Goed bedoelde pogingen om moeder of vader te „ontzien”, „zodat zij zich nergens zorgen over behoeven te maken” betekenen dikwijls dat de vader of de moeder nog meer geïsoleerd raken, hetgeen hun toestand alleen maar verergert. Daarbij komt dat bejaarden dikwijls schuldgevoelens hebben over het zonder meer hulp of aandacht vragen. Zij gebruiken ziektesymptomen dan dikwijls als excuus of als focus. Hun klachten roepen dan weer schuldgevoelens op bij het gezin,

waardoor een vicieuze cirkel op gang kan komen. Vooral na opnemings van de bejaarde in een verzorgingshuis, verpleeghuis of ziekenhuis ontstaan dikwijls schuldgevoelens bij het gezin. Men moet daarom bijvoorbeeld in het bijzonder waken tegen het „partij kiezen” met het gezin tegen de bejaarde, aangezien men dan grote kans loopt later de schuld te krijgen de bejaarde te hebben „weggedaan”, vooral als deze sterft. Dergelijke schuldgevoelens en verwijten ziet men in het bijzonder bij gezinnen waar de houdingen vroeger reeds ambivalent waren. Herhaaldelijk blijkt dat bejaarden die een „last” waren, toch dit gezin vóór hun dood of vertrek hebben gestabiliseerd en tot een grotere cohesie hebben gebracht.

De noodzakelijke zorg voor de zieke bejaarde kan ook als excuus worden gebruikt voor gebrek aan intimiteit in het huwelijk of in het gezin. In dergelijke gevallen ziet men na het opnemen of na de dood van de bejaarde soms ernstige repercussies optreden bij de verzorgende zoon of dochter in de vorm van lichamelijke klachten, zoals vermoeidheid, depressies en dergelijke. Vrouwen of mannen kunnen ernaar verlangen de last en de zorg voor hun vader of moeder op zich te nemen, om te ontkomen aan hun huwelijkspartner, juist bij onbevredigende huwelijken. Wanneer de man erg opgaat in zijn werk en de kinderen groter worden, kan de vrouw behoefte krijgen om voor haar bejaarde ouder(s) te moeten zorgen. De vrouw kan ernaar verlangen opnieuw „moeder” te worden - bijvoorbeeld voor haar vader - en de man om opnieuw „kind” te worden - bij zijn moeder - (*Spradlin*).

Miller en Harris bestudeerden de interactie tussen patiënt en gezin bij bejaarde chronische zieken aan de hand van ruim honderd in een verpleeghuis opgenomen patiënten. In bijna de helft van de gevallen bleek er sprake te zijn van een paradoxale reactie in die zin, dat bij het gezin verslechtering optrad wanneer bij de patiënt verbetering in het verpleeghuis merkbaar was en vice versa. Dergelijke paradoxale reacties zag men vooral indien psychiatrische ziekten waren voorafgegaan en bij ernstige handicaps van de patiënt.

Geestesziekte. Omtrent de invloed van geestesziekte op het gezin is vrij veel gepubliceerd. *Veeneklaas* schreef een klinische les over de repercussies bij de ouders na het mededelen van de diagnose zwakzinnigheid bij hun kind. Hij wees daarin op de verschillende problemen die dan voor deze ouders rijzen: psychotrauma, de schaamte- en schuldgevoelens, de frustratie van hun verwachtingen, de opvoedingsproblemen en de zorg voor de toekomst. *Van Liefland* wees reeds eerder op de verschillende reacties die kunnen optreden zoals: schuldgevoelens, ontkenning van het abnormaal zijn van het kind, het zoeken van de

oorzaak in de buitenwereld (projectie) en het zich terugtrekken.

In een recent artikel bespreekt *Strubbe* de gevoelens der ouders bij het hebben van een zwakzinnig kind aan de hand van enige door een onderzoekteam geobserveerde patiënten. Hij vermeldt daarbij de studie van *Hoeyenbos* die erop wees, dat de reactie van de ouders bij het ontdekken van achterlijkheid bij hun kind normaliter in drie stadia verloopt: respectievelijk verwarring, pogingen tot aanpassing en aangepast zijn in reële aanvaarding. De gevoelens van deze ouders laten zich vergelijken met de gevoelens die optreden bij het doormaken van een rouwproces; ook hierbij komen adaptatiemechanismen naar voren zoals ontkenning, gevolgd door gevoelens van vijandigheid, schuld en depressie. Deze zijn te beschouwen als ontsporingen in het proces van aanpassing. Pogingen tot aanpassing in het tweede stadium leiden tot een ontkenning of tot het van de ene dokter naar de andere lopen („shopping pattern”, *Solomons en Menobascino*).

Andere adaptatiepogingen bij de ouders worden gekleurd door gevoelens van vijandigheid en schuld; deze kunnen leiden tot een afwijzing van het kind of, bij overcompensatie van deze gevoelens, tot een houding van overbezorgdheid. Zowel overstimulering als onderstimulering van het kind komen voor. Beide zijn te beschouwen als een gevolg van ontkenning; onderstimulering kan echter ook op een poging van de ouders berusten om in het klein (baby) houden van het kind zijn achterlijkheid te accepteren. Dit klein willen houden ziet men vooral bij moeders. Niet zelden blijkt dat gevoelens van vijandigheid niet alleen op het kind worden gericht (meestal gecamoufleerd of overgecompenseerd), maar ook op de omgeving worden geprojecteerd, met name op geneeskundige instanties.

Heel dikwijls zien wij in latere stadia, dat het gehele gezinsleven zich gaat centreren rond het zwakzinnige kind. Er kunnen spanningen in het gezin ontstaan omdat deze kinderen hun ouders als het ware monopoliseren. Bij de andere kinderen kunnen daardoor haat- en wrokgevoelens optreden. De vader kan worden geremd in zijn maatschappelijke loopbaan en ook de andere gezinsleden kunnen worden geremd in hun omgang met anderen.

Van Es deed een onderzoek over de invloed die het opnemen van zwakzinnige kinderen had op de desbetreffende gezinnen. Er bleek hierbij een verschil tussen stad en platteland te bestaan in de mate waarin het kind storend op het gezin werkte. Kinderen uit de grote stad werden duidelijk op een lagere leeftijd in een inrichting opgenomen. Verder bleek een verschil te bestaan tussen de sociale lagen: hoe hoger op de maatschappelijke ladder, des te meer repercussies in het gezin. In de derde plaats bleek een verband te be-

staan tussen gezinstype en gezinsfuncties enerzijds en de invloed van zowel de aanwezigheid van het kind in het gezin, als het opnemen van dit kind anderzijds. In het moderne gezin komt de nadruk steeds meer op de sociaal-psychologische functies te liggen en juist deze werden ernstig bedreigd door de aanwezigheid van een zwakzinnig kind.

Swaak deed een onderzoek bij een groot aantal gezinnen met kinderen met het syndroom van Langdon Down. Bij de moeders van deze kinderen was vaak sprake van overmatige verwenning en van overprotectie. Hij kreeg de indruk dat het acceptatieproces bij de moeders gemakkelijker verloopt in gezinnen met een lagere sociaal-economische en culturele status en ook wanneer de ontdekking van de aandoening niet terstond na de geboorte plaatsvindt. De frequentie van psychosomatische klachten bij de moeders was zeer hoog.

Kemph en medewerkers vonden bij epileptische kinderen met emotionele stoornissen een duidelijk verband tussen de aanvallen van deze kinderen, de psychische structuur van het gezin en de houding van de ouders. Bij een Nederlands onderzoek (*Tijdschrift Maatschappelijk Werk*) vonden men een typisch relatiepatroon in gezinnen met epileptische kinderen, namelijk dominante moeders met een versterkte moeder-kind-relatie ten opzichte van het betrokken kind en vaders die niet of nauwelijks als vader fungeerden.

Zuring publiceerde een studie over het gezinsleven van schizofrenen. Hij vond daarbij dat thuiskomst uit een inrichting meestal een zeer gunstig effect heeft op de patiënten. De aanwezigheid van een schizofreen gaf in gezinnen met normale verhoudingen geen aanleiding tot moeilijkheden. Dit was wel het geval wanneer er tevens andere stoornissen in het gezin waren. Ook *Sunier en Meyers* vonden bij hun oriënterend onderzoek van tien overigens normale gezinnen waarin een chronisch psychotische ouder thuis verbleef, dat de psychose op zichzelf geen stoornis in de ontwikkeling van de kinderen gaf. De ongunstige invloed van een affectarme moeder op haar jonge kind moet als uitzondering worden gezien. Als voorwaarde voor het uitblijven van ongunstige invloeden geldt wel dat de gezonde partner in staat moet zijn de moeilijkheden van de patiënt voldoende op te vangen. *Banney en Peck* stellen eveneens dat het gezin een potentiële bron van kracht is bij het versterken en vergemakkelijken van de resocialisatie van mensen die hebben geleden aan een geestesziekte.

Dat dit niet alleen het geval is bij de revalidatie van geesteszieken blijkt onder andere uit een onderzoek van *Litman* over honderd in het ziekenhuis opgenomen orthopedische patiënten. Het gezin bleek bij het herstel van deze patiënten een belangrijke ondersteunende rol te vervullen in de interactie met de patiënt. De patiënten verwachtten

steun, troost en aanmoediging, in de eerste plaats van hun gezin. Een afwezigheid van deze versterking uitte zich in een slechte respons op de behandeling. De revalidatie bleek in sterke mate te kunnen worden ondersteund wanneer als doel werd gesteld: wederopneming in het gezin.

Romme schreef op grond van zijn ervaringen een artikel over de sociale nood van vrouwen wier man langdurig psychiatrisch moest worden verpleegd. Hij wees daarbij erop dat aan een dergelijke opneming een voorspel voorafgaat, waarbij de gezinsrelaties vaak even belangrijk zijn als de ziekte van de patiënt. Of het al of niet tot opneming komt, is in hoge mate afhankelijk van deze onderlinge relaties, terwijl het opnemen niet alleen een antwoord is op het individuele ziekzijn en het abnormale gedrag van de patiënt, maar evenzeer op de ontstane situatie in het gezin. De gevolgen van het opnemen voor de echtgenote zijn onder andere eenzaamheid en het alleen staan voor oorspronkelijk gezamenlijke taken zoals opvoeding van de kinderen. Daarbij komen onzekerheid ten aanzien van de toekomst, vaak financiële achteruitgang en een veranderde relatie met de buitenwereld. Deze vrouwen verliezen aan de ene kant veel steun en tegelijkertijd worden zij meer belast. Onder invloed van deze stress ontstaat een crisissituatie, waarvoor in verschillende reactievormen een oplossing kan worden gezocht. De frustratie kan tot agressie leiden, waarbij de patiënt als zondebok wordt uitgekozen. Een dergelijke reactie gaat dikwijls vooraf aan het opnemen. Daarnaast bemoeilijkt zulks de terugkeer van de patiënt en het herstel van de relaties.

De agressie kan zich ook op de buitenwereld richten. Men ziet dit betrekkelijk dikwijls als reactie op het opnemen. De psychiatrische voorziening krijgt dan bijvoorbeeld de schuld en men probeert de patiënt weer terug te krijgen of deze sluit zich af voor verdere behandeling. Een subvorm van deze reactie is die, waarbij het ongevoegen op een van de andere gezinsleden wordt geprojecteerd, waarbij een nieuwe zondebok casu quo patiënt ontstaat. Er kunnen ook paniekreactions ontstaan die aanvankelijk het opvangen van de patiënt thuis onmogelijk maken. Na het opnemen ziet men dan vaak regressie en een sterk afhankelijk worden van de buitenwereld. Dit stelt hoge eisen aan de deskundigheid van de hulpverleners. Het gezin kan tenslotte ook het eigen aandeel in het ziektegedrag van de echtgenoot en vader onderkennen en zich gemotiveerd voelen om aan diens herstel bij te dragen en eventuele restverschijnselen te accepteren. *Romme* acht elke opneming aanleiding tot een crisissituatie in het gezin, waarbij hulp moet worden verleend. Het is van groot belang deze hulp na de opneming voort te zetten. Hierbij is een nauwe samenwerking tussen huisarts, psychiatrisch ziekenhuis en sociaal-psychiatrische dienst van essentiële betekenis.

In dit verband kan worden opgemerkt, dat door een goede begeleiding en een adequaat opvangen van gezinscrises ontstaan door het optreden van psychiatrische ziekte, tal van opnemingen kunnen worden voorkomen.

Langsley en medewerkers verrichtten bijvoorbeeld een bijzonder belangwekkend onderzoek waarbij uit 150 aanmeldingen voor opneming op psychiatrische gronden 75 patiënten aselekt werden gekozen, bij wie niet tot opnemen werd overgegaan, maar in welk geval het gehele gezin korte tijd intensief door middel van gezinstherapie werd behandeld. De resultaten hiervan werden vergeleken met die van de, overigens geheel vergelijkbare controlegroep. De gezinscrisistherapie bleek effectief te zijn: de acuut gedecompenseerde psychiatrische patiënten konden nagenoeg allen buiten het ziekenhuis en in hun gezin blijven. Bij de follow-up bleek ook later de frequentie van ziekenhuisopneming in de aldus behandelde groep niet hoger te zijn. De patiënten van de met gezinstherapie behandelde groep waren eerder hersteld, zij hervatten hun werk spoediger dan de patiënten die waren opgenomen geweest. Wanneer zij later toch moesten worden opgenomen was de duur van hun hospitalisatie beduidend korter. De kosten van behandeling van de gezinstherapie-categorie bleken een zesde te bedragen van die van de controlegroep, terwijl een ander groot voordeel was dat veel minder chronische gezinsdisruptie bleek voor te komen.

Het overlijden. Na het 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 diverse ziekten uiten. Hoever de invloed hiervan kan gaan moge blijken uit een statistisch onderzoek in Engeland (*Young*), 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 ten gevolge van de dood van de huwelijkspartner hierbij waarschijnlijk de belangrijkste factor was. De voornaamste doodsoorzaken bij deze sterfte bleken tuberculose, syfilis, carcinoom, diabetes, anemie, cerebrovasculaire accidenten, hartziekten, levercirrose, pancreasziekten en suïcide te zijn. Ook *Kraus en Lilienfeld* vonden een bijzonder hoge oversterfte bij jonge mensen die kort te voren hun levenspartner hadden verloren.

In Duitsland (*Medisch Contact*) werd het opmerkelijke feit vastgesteld dat verlies van de huwelijkspartner een minder nadelig effect heeft op vrouwen dan op mannen. De gemiddelde leeftijd van overlijden bij vrouwen die op hun vijfenvierdigste levensjaar of later weduwe waren geworden, week niet af van die bij vrouwen in het alge-

meen. De sterftetekansen van weduwnaars en vrijgezellen waren daarentegen wel ongunstiger dan gemiddeld. *Murray Parkes en medewerkers* hebben bij bijna 4 500 weduwnaren van 55 jaar en ouder een follow-up uitgevoerd gedurende de negen jaar, volgend op de dood van hun echtgenote. Van deze weduwnaren stierven gedurende het eerste half jaar 40 procent meer dan voor gehuwden van dezelfde leeftijd kon worden verwacht. Daarna waren de sterftcijfers gelijk. De oversterfte beruiste voornamelijk op coronairtrombose, arteriosclerotische en degeneratieve hartziekten.

Cox en Ford analyseerden de sterftetekansen van 60 000 vrouwen die in 1927 een weduwenpensioen hadden gekregen. Zij kwamen tot de conclusie dat de mortaliteit in het tweede jaar na het verlies bijzonder hoog was.

Rees en Lutkins deden een nader onderzoek in een grote huisartsengroepspraktijk. Zij vonden dat van de nauwe verwanten van overledenen binnen een jaar 4,7 procent stierven, vergeleken met 0,68 procent in een controlegroep van „matched controls”. Deze zevenvoudige stijging van het overlijdensrisico bij de groep die een verlies leed was zeer significant. Het risico was duidelijk groter voor mannelijke dan voor vrouwelijke verwanten. De stijging van het risico was bijzonder groot voor de gehuwden die hun partner hadden verloren en het geringst voor vrouwelijke kinderen. Merkwaardigerwijze had de plaats van overlijden ook een duidelijke invloed. Het risico voor verwanten om te sterven was verdubbeld wanneer de primaire dood die het verlies veroorzaakte, in een ziekenhuis plaatsvond in plaats van thuis. Wanneer de primaire dood op een andere plaats dan thuis of in het ziekenhuis plaatsvond (bijvoorbeeld op de weg of in het veld) was het risico voor de verwanten het eerste jaar na het verlies te sterven, vijfmaal groter dan bij verwanten van mensen die thuis stierven.

Op dit opzienbarende artikel van *Rees en Lutkins* (zelf een universitair research-deskundige) is echter ernstige kritiek uitgeoefend door de statisticus *Mainland*. Deze wijst erop, dat de gevonden verschillen ook aan andere oorzaken geweten kunnen worden dan aan het verlies of de rouw, zoals de auteurs en ook de redactie van de *British Medical Journal* in haar begeleidend commentaar deden. Zo kunnen infectieziekten of omgevingsfactoren als slechte sociaal-economische omstandigheden in het spel zijn geweest, terwijl ook de aanleg een belangrijke rol kan hebben vervuld. Verder kan men zich voorstellen, dat de inspanning die wordt gevraagd door het zorgen voor een patiënt met een lange terminale ziekte, op zichzelf reeds tot een verkorting van de levensverwachting kan leiden. Bovendien is er in de onderhavige studie selectie binnengeslopen bij het uitzoeken van de indexgevallen, omdat degenen werden uitgesloten die op het moment van hun overlijden geen nauwe

verwanten meer hadden. Daardoor was de overlijdensleeftijd van de indexgevallen lager dan de gemiddelde overlijdensleeftijd in de gemeenschap waarin het onderzoek plaatsvond.

Andere auteurs (zoals bijvoorbeeld *Imbden en medewerkers*) vonden dan ook dat verlies door dood of scheiding bij normale volwassenen slechts invloed had op de resultaten van de invulling van de Cornell Medical Index en van psychologische tests, maar niet op ziekte.

Murray Parkes daarentegen, een huisarts die een onderzoek deed naar de medische consumptie van een aantal weduwen gedurende een periode van twee jaar vóór tot anderhalf jaar na de dood van hun man, vond een sterke stijging van deze consumptie gedurende de eerste zes maanden na de dood. Bij vrouwen beneden 65 jaar was het aantal consulten voor psychiatrische problemen in deze periode driemaal zo groot. Bij weduwen boven 65 jaar vond hij wat dit betreft geen veranderingen in het consultatiepatroon. Alle weduwen riepen meer medische hulp in voor niet-psychiatrische problemen, vooral voor arthrosis deformans. Ook *Stein en Susser* kwamen bij een bevolkingsonderzoek in Engeland tot de conclusie dat het overlijden van de huwelijkspartner een causale precipiterende factor is bij het inroepen van psychiatrische hulp en dus waarschijnlijk bij het begin van geestesziekte. Ten onzent werd door *Huygen* (1962) gevonden dat het overlijden van een van de ouders na een klachtenvrij interval van enige jaren, gevolgd kan worden door een „clustering” van nerveuze en functionele klachten bij de achterblijvende gezinsleden.

De gerefereerde onderzoekingen wijzen erop dat er meer dan genoeg reden is voor de huisarts om de categorie van zijn patiënten, die een nauwe verwant hebben verloren, te beschouwen als een bijzonder kwetsbare groep waaraan hij extra aandacht moet besteden. *Lindemann* beschreef op grond van zijn psychiatrische ervaring, op uitstekende wijze de symptomatologie en de behandeling van acute verdrietsreacties. Hij beschrijft een syndroom bestaande uit in golven opkomende lichamelijke gevoelens van ellende, waarbij als symptomen neiging tot zuchtende respiratie, benauwdheidsgevoelens en klachten over gebrek aan kracht en aan eetlust opvallen, bovendien psychische verschijnselen als preoccupatie met het beeld van de dode, schuldgevoelens, gevoelens van vijandigheid ten opzichte van de omgeving en gedragsveranderingen waarbij vooral het onvermogen om tot georganiseerde acties te komen het meest opvallend is. Als pathologisch kenmerk beschrijft hij verder de neiging tot identificatie met de overledene. De voornaamste ziekelijke reactie noemt hij uitstel van de reactie, terwijl hij ook een aantal misvormde reacties beschrijft als overactiviteit, het ontwikkelen van symptomen behorend tot de laatste ziekte van de overledene, progressieve sociale isolatie, ge-

protraheerd zelfbestraffend gedrag, het ontstaan van duidelijke „psycho-somatische” ziekten en geagiteerde depressies. Bij de behandeling acht hij het vooral belangrijk te delen in het „rouwwerk”, waarvan de doeleinden zijn: het zich losmaken van de band met de overledene, heraanpassing aan een omgeving waarin de overledene ontbreekt en het leggen van nieuwe relaties met anderen. Daarbij verdienen vooral ook te geringe reacties van de patiënt de aandacht. Deze moet zijn gevoelens, ook de vijandige, vrijelijk kunnen uiten in de relatie met de hulpverlener.

Marris wijdde een heel boek aan weduwen en haar gezinnen, terwijl *Gorer* een boek schreef over dood, verdriet en rouw in het huidige Engeland, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. *Pentney* beschreef zijn ervaringen in de huisartspraktijk. Hij onderscheidt drie stadia: shock, realisatie en aanpassing. Hij zag vooral ernstige reacties na een plotselinge dood, na een zeer langdurig ziekbed en bij het verlies van een kind. Hij spreekt over de vijf noden van degenen die een ernstig verlies hebben geleden, namelijk het vullen van de leegte; de actualisering van het verlies en het zich losmaken van de overledene (door een rouwproces), waardoor men kan komen tot een emotionele aanvaarding; de behoefte om verdriet uit te kunnen drukken; de behoefte om gevoelens van vijandigheid en schuld te kunnen uitdrukken en de behoefte om nieuwe relaties te leggen.

Veeneklaas heeft een belangrijke klinische les gewijd aan de rouw, waarin hij ook therapeutische adviezen geeft.

Het julinumnummer van het Katholieke Artsenblad in 1968 is geheel gewijd aan de medische, psychologische en sociale problematiek van de weduwe. De zenuwarts *Nevejan* bespreekt hierin de literatuur op dit gebied, waarbij hij wijst op de drie fasen van Bowly na scheiding namelijk de fasen van protest, van wanhoop en van het loslaten. Door *Thyhurst* worden deze de perioden van „impact”, „recoil” en „recovery” genoemd. Verder beschrijft hij de resultaten van een Nederlands onderzoek, waarvan misschien een van de treffendste resultaten was, dat weduwen erover klaagden dat de huisarts hen na korte tijd niet meer bezocht, terwijl zij hem dan juist het hardst nodig hadden. Zij durfden uit zichzelf, zonder lichamelijke klachten, niet naar het spreekuur te gaan. *Nevejan* concludeert dat hier een medisch-preventieve en ethische taak ligt om de weduwen gedurende minstens een jaar regelmatig op te zoeken.

De socioloog *Wellen* beschrijft de sociale gevolgen na de dood van de echtgenoot, zoals de isolatie en de financiële problemen. Verder wordt gerefereerd aan het ontroerende boekje van de weduwe van Gerard *Philipe*, waarin de subjectieve ervaringen van een weduwe onder woorden worden gebracht, terwijl tenslotte een overzicht wordt ge-

geven van de instanties voor hulp aan weduwen in Nederland en België.

Naast de weduwen verdienen echter ook de kinderen van de overledenen alle aandacht. Zo beschreven bijvoorbeeld *Becker en Margolin* hoe de overlevende ouder en de omgeving de neiging hebben het jonge kind buiten het rouwproces te houden, de werkelijkheid voor hem zoveel mogelijk te negeren en de dood met de daarmee samenhangende gevoelens buiten te bannen. Mogelijk staat hiermede in verband dat men soms pas na een interval van enkele jaren ernstige medische repercussies in het gezin kan waarnemen (*Huygen* 1962).

Het bovenstaande is uiteraard slechts een onvolledig overzicht van de gevolgen van ziekte voor het gezin. Hierbij is slechts gestreefd naar een overzicht van de literatuur die op wetenschappelijk onderzoek is gebaseerd. Er zullen op dit gebied echter nog vele nadere onderzoekingen moeten worden verricht.

Summary. Illness and the family. This paper reviews the literature on studies of the influence of illness on the family, with special reference to chronic illness, mental illness and death.

- Becker, D. en F. Margolin (1967) *Amer. J. Orthopsychiat.* 37, 753-757.
- Benney, C. en H. B. Perk (1963) *Ment. Hyg.* 4, 372-379.
- Carne, S. (1966) *Practitioner* 196, 707-710.
- Cox, Peter R. and John R. Ford (1964) *Lancet* I, 163-164.
- Crain, A. J., M. B. Sussman en W. B. Weil (1966) *J. Hlth. hum. Behav.* 7, 122-128.
- Crain, A. J., M. B. Sussman en W. B. Weil (1966) *Int. J. soc. Psychiat.* 12, 35-43.
- Dalton, K. (1966) *Practitioner* 196, 707-710.
- Es, J. C. van, *Gezinnen met zwakzinnige kinderen.* Academisch Proefschrift, Utrecht 1959.
- Gorer, G. *Death, Grief and Mourning in contemporary Britain.* The Cresset Press, London 1965.
- Hoeyenbos, E. *Enkele facetten van de zwakzinnigheid (capita selecta uit de kinder- en jeugdpsychiatrie onder redactie van Th. Hart de Ruyter, W. de Haan, Zeist en N.V. Standaard Boekh. Antwerpen, 1963.*
- Huygen, F. J. A. (1962) *huisarts en wetenschap* 5, 258-265; (1964) *huisarts en wetenschap*, 7, 429-435; *Gezin en Gezondheid.* Inaugurale rede, Dekker & v. d. Vegt, Nijmegen, 1968.
- Imboden, J. B., A. Canter en L. Cluff (1963) *Psychosom. Med.* 25, 433-440.
- Kemph, J. P., L. S. Zegans, K. A. Kooi en R. W. Waggoner (1963) *Psychosom. Med.* 25, 441-449.
- Korsch, B., M. B. K. Gozi en V. Francis (1968) *Pediatrics* 42, 855-871.
- Kraus, Arthur S. en Abraham M. Lilienfeld (1959) *J. Chron. Dis.* 10, 207-217.
- Langsley, D. G., F. S. Pittman, P. Machotka en K. Flomenhaft (1968) *Family Process* 7, 145-158.
- Liefland, W. A. van (1951) *Mbld. Geest. Volksgezondh.* 6, 113-123.
- Litman, Th. J. (1966) *J. Chron. Dis.* 19, 211-217.
- Mainland, D. *Statistical wardrounds* 11 (1968) *Clin. Pharmacol. Ther.* 9, 682-693.
- Marris, P. *Widows and their families.* Routledge and Regan Paul, London, 1958.
- Medisch Contact* (1966), *Variium*, 21, 22.
- Michels, J. J. M. (1968) *Kath. Artsenblad* 48, 83-86.
- Müller, M. B. en P. Harris (1967), *J. Amer. Geriat. Soc.*, 15, 480-495.
- Murray Parkes C. M. (1964) *Brit. med. J.* II 274-279. Benjamin B. Fitzgerald (1969), *Broken Hearts*, *Brit. med. J.* I, 740-743.
- Nevejan, M. (1968) *Kath. Artsenblad*, 47, 193-199.
- Pentney, B. M. (1963) *Grief Reactions in General Practice, Practitioner* 19, 345-349.
- Philipe, A. *Niet meer dan een ademtocht.* A. W. Bruna en Zoon, Utrecht, Antwerpen, 1967.
- Rees, W. en Sylvia G. Lutkins (1967) *Brit. med. J.* IV, 13-16.
- Romme, M. J. A. (1969) *Kath. Artsenblad* 48, 86-89.
- Shrand, H. M. B. en R. Lightwood (1964) *Courrier* 14, 353.
- Silver, G. A. *Family medical care.* Harvard Univ. Press, Cambridge Mass. 1963.
- Solomons, G. en F. J. Menolascino (1968) *Clin. pediat. (Philad.)* 7, 11-16.
- Spradlin, W. W. (1967) *J. Med. Educ.* 42, 1045-1048.
- Stein, Z. en M. Susser (1969) *Brit. J. Prev. Soc. Med.* 23, 106-110.
- Strubbe, W. (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 978-981.
- Sunier, A. en N. Meyer (1951) *Folia psychiat. neerl.* 54, 323-330.
- Swaak, A. J. (1967) *Ned. T. Geneesk.* 111, 110-121.
- Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk* (1967) 21, 419-440.
- Veeneklaas, G. M. H. (1960) *Ned. T. Geneesk.* 104, 1045.
- Wellen, J. (1968) *Katholiek Artsenblad* 47, 200-206.
- Westreenen, E. van (1959/60) *Huisarts en Wetenschap* 3, 2-6.
- Wilkes, E. (1965) *Lancet* I, 799-801.
- Young, M. e.a. (1963) *Lancet* II, 454-456.
- Zuring, J. *Het gezinsleven van schizofrenen.* Academisch Proefschrift, Amsterdam 1946.