

# Nerveus-functionele klachten vanuit gezinsgeneeskundig perspectief

DOOR A. SMITS, PSYCHOLOOG\*

Het behoeft langzamerhand geen betoog dat nerveus-functionele klachten een belangrijk deel uitmaken van het morbiditeitspatroon bij de huisarts. Afhankelijk van de definiëring lopen de schattingen uiteen van 15 tot 70 procent. Ervan uitgaande dat het gaat om somatische klachten waarbij geen organische basis kan worden aangetoond, terwijl een psychogenetische basis wordt vermoed, komt *Huygen* in de eigen praktijk tot 15 procent, absoluut gezien de meest frequente diagnose. *Kuypers* toont aan, dat bij het optreden van dergelijke klachten psycho-sociale problemen een rol spelen. Hij concludeert dat het tekort aan inzicht in de oorzaken van deze stoornissen niet strookt met de frequentie van voorkomen en suggereert een meer gericht en systematisch onderzoek.

Theoretisch kan men stellen dat klachten — in het bijzonder nerveus-functionele klachten — kunnen worden opgevat als signaal voor een bemoeilijkte, vertraagde of misschien wel falende aanpassing van individu aan omgeving of omgekeerd. Bovendien zou men kunnen stellen dat het voortduren van de aanpassingsproblemen kan resulteren in ziekte met de daaruit voortvloeiende medische consumptie. In dat geval is een adequate reactie van de hulpverlener in een vroeg stadium van de presentatie van de klachten uiterst gewenst. De reactie lijkt inadequaat indien het blijft bij de beantwoording van de vraag: „Naar welke ziekte verwijst de klacht?” Het gaat erom te weten: „Waarom klaagt deze patiënt hier en nu, gezien vanuit de context van zijn eigen leefmilieu?”

Deze benadering veronderstelt dat de patiënt, die de nerveus-functionele klachten aan zijn huisarts presenteert, de rol van zieke vervult en daarbij dus slechts symptoomdrager is. Door zijn klacht maakt hij manifest dat iets mis is in de wisselwerking tussen hemzelf en zijn leefmilieu. In het algemeen zal dat het gezin zijn, waarop natuurlijk andere milieus zoals het werkmilieu een bepaalde invloed kunnen hebben.

*Lamberts* demonstreert bovengenoemde samenhang in twee gezinnen, door de ziektegeschiedenissen van alle gezinsleden gedurende twee jaar in kaart te brengen. Met gebruikmaking van genoem-

*Samenvatting.* Het is van essentieel belang dat het thema van de nerveus-functionele (N.F.) klachten nader wordt onderzocht aangezien gebrek aan inzicht betreffende dit gebied adequate hulpverlening in de weg staat. In dit artikel wordt de hypothese geformuleerd: nerveus-functionele klachten kunnen worden opgevat als signaal voor een verstoorde wisselwerking tussen de patiënt en zijn leefmilieu. Dit impliceert dat bij de behandeling van de symptoomdrager het gehele gezin moet worden betrokken.

Drie typen gezinnen worden onderscheiden: 1 zonder symptoomdragers; 2 met een constante symptoomdrager; 3 met alternerende symptoomdragers. De gezinsinteractiepatronen van 18 gezinnen werden bestudeerd in twee situaties: namelijk in die met een openlijk meningsverschil en in die zonder een a priori meningsverschil. De gezinsdiscussies werden op de band opgenomen en beoordeeld volgens een systematische observatieschaal. De op deze wijze verkregen resultaten ondersteunden in zekere mate de interactiehypothese. Verder onderzoek is dientengevolge zeker gewettigd en zelfs noodzakelijk om de betekenis van het gebonden verband en de therapeutische consequenties te toetsen, waarbij tevens de effecten daarvan op het gezinsklachtenpatroon op hun juiste waarde kunnen worden beoordeeld.

de tijds- en gezinsdimensies, is hij in staat retrospectief klachten aan te wijzen die een naderende gezinscrisis inluiden. Deze klachten geven kennelijk het signaal dat er spanningen leven in het gezin. Beschouwt men het gezin als een levend systeem, dan kan het gebeuren dat een gezin in het streven naar behoud van evenwicht een bepaald gezinslid als „patiënt” nodig heeft. Behandeling van de symptoomdrager alléén lost in wezen niets op; het scheidt zelfs de mogelijkheid dat andere gezinsleden „ziek” worden wanneer de eerste patiënt beter wordt. Op deze wijze redenerend kunnen drie typen gezinsklachtenpatronen worden onderscheiden.

- 1 Gezinnen, die nimmer nerveus-functionele klachten (verder te noemen N.F.-klachten) presenteren;
- 2 Gezinnen, waarvan voortdurend een en hetzelfde gezinslid aan de arts N.F.-klachten presenteert (constante symptoomdrager);

\* Wetenschappelijk medewerker aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen-Instituut. Hoofd: prof. dr. F. J. A. Huygen.

- 3 Gezinnen, waarvan nu het ene en dan het andere gezinslid N.F.-klachten presenteert (alternerende symptoomdragers).

Deze indeling heeft behalve theoretische ook diagnostische betekenis, omdat aan de hand hiervan beter een antwoord kan worden geboden op de centrale vraag: „Waarom klaagt deze patiënt hier en nu, gezien vanuit de context van zijn eigen leefmilieu?” Indien de klager inderdaad als symptoomdrager van gezinsproblematiek kan worden beschouwd, dan zal het gezin als geheel bij de beschouwing moeten worden betrokken.

Bij gezinstherapie wordt een dergelijke aanpak beoogd. Gezinstherapie is niet erop gericht actuele conflicten of problemen op te lossen, maar streeft ernaar de gezinsinteractie dermate te verbeteren, dat het gezin zelf in staat is aan de eigen problematiek het hoofd te bieden. Gezinstherapie is derhalve pas geïndiceerd indien er sprake is van een gestoorde gezinsinteractie. Hiervan kan worden gesproken:

- 1 Indien de communicatie is verstoord door het uitzenden van onduidelijke boodschappen (inhoudsaspect is niet in overeenstemming met relatie-aspect) of door het niet-kunnen luisteren van gezinsleden naar elkander.
- 2 Indien de rolverdeling in het gezin dysfunctioneel is zoals bij het fenomeen van de zondebok of het zogenaamde heilige boontje, dat bemiddelt bij conflicten en altijd als toonbeeld aan de overige gezinsleden wordt voorgehouden. Een andere mogelijkheid is het zogenaamde parentificatiepatroon, waarbij kinderen de rol van ouder vervullen.
- 3 Indien er gebrek aan ruimte bestaat voor differentiatie, ook wel individuatie genoemd, tussen gezinsleden. Erkenning van de eigen ontwikkelingsmogelijkheden der gezinsleden vereist dat de ego-grenzen in het gezin duidelijk worden getrokken.
- 4 Indien in het gezin groepsprocessen bestaan die een groei in de weg staan. Etiketteren is het proces, waarbij door een of meer gezinsleden het gedrag van een derde van een bepaald label wordt voorzien. Het „slachtoffer” kan na verloop van tijd het etiket zo volkomen accepteren dat het gedragskenmerk dat eens incidenteel was, later uitgroeit tot een blijvend gedragskenmerk. Andere stagnerende processen zijn mondsnoerende tactieken, lachen, prietpraat, gezinsmythen.

De snelheid waarmee de gezinstherapeutische literatuur binnen tal van disciplines zich uitbreidt, doet vermoeden dat men hier te maken heeft met een nieuwe therapeutische „alles-reiniger”. Men zal

zich echter moeten realiseren dat ook gezinstherapie slechts een van de vele vormen van psychotherapie zal blijven. Essentiëler is de grondgedachte dat de benadering van de huisarts relationeel casu quo gezinsgeneeskundig zal moeten zijn. De huisarts verkeert dan ook in de bijzonder gunstige positie om de geestelijke gezondheid en emotionele ontwikkeling van zijn patiënten in hun leefmilieu te overzien en zelfs te beïnvloeden.

De Canadese arts *Tomm* publiceerde onlangs een zeer helder artikel over indicaties en praktische aanwijzingen bij het gebruik van gezinsinterviews door de huisarts zelf. Gezinsinterviewing zou naar zijn oordeel een machtig instrument kunnen zijn voor de diagnostiek en de therapeutische casu quo preventieve hulpverlening.

Theoretisch gezien lijkt een gezinsbenadering in de huisartsenpraktijk van groot belang. De toetsing van deze theorie laat evenwel op zich wachten. Voordat op grote schaal gezinstherapeuten kunnen worden ingeschakeld bij de behandeling van bijvoorbeeld nerveus-functionele klachten, moet eerst een antwoord worden gegeven op de volgende vragen: Worden de gezinnen met N.F.-klager(s) gekenmerkt door een andersoortig gezinsinteractiepatroon dan gezinnen zonder N.F.-klager? Indien het gezinsinteractiepatroon anders blijkt te zijn, bevat het dan indicaties voor gezinstherapeutisch ingrijpen?

Als eerste aanzet ter beantwoording van deze vraagstelling werd een proefonderzoek gedaan bij achttien gezinnen. Gezinsonderzoek is echter nog een betrekkelijk jonge tak in de gedragswetenschappen. Vandaar, dat in dit stadium het accent van onze arbeid is gelegen op de methodologische aanpak van het probleem. Desondanks kunnen reeds een aantal interessante resultaten worden vermeld.

De steekproef van achttien gezinnen werd aselekt getrokken uit de populatie van gezinnen behorend tot twee huisartsenpraktijken, waar een continue morbiditeitsregistratie wordt gevoerd. Het betrof alleen gezinnen waarvan beide ouders in leven en aanwezig waren, met minimaal twee en maximaal drie inwonende kinderen tussen 13 en 25 jaar, afkomstig uit de middelste sociale lagen van de bevolking.

Op basis van genoemde gezinsklachtenpatronen werden de volgende gezinnen geselecteerd:

- 1 Zes gezinnen die de afgelopen vijf jaar geen N.F.-klachten hadden gepresenteerd: gezinnen zonder N.F.-klager.
- 2 Zeven gezinnen, waarvan één gezinslid gedurende het afgelopen jaar minstens twee maal N.F.-klachten had gepresenteerd: gezinnen met een constante N.F.-klager.
- 3 Vijf gezinnen, waarvan minstens twee gezinsleden

gedurende het afgelopen jaar minstens tweemaal N.F.-klachten hadden gepresenteerd: gezinnen met alternerende N.F.-klagers.

Vanuit de literatuurstudie werden dertien hypothesen geformuleerd met betrekking tot verschillen in de gezinsinteractie. Het onderzoek werd opgezet in de vorm van een ex-post-facto-experiment, waarbij de presentatie van N.F.-klachten als afhankelijke variabele fungeerde. Het experimentele karakter van dit onderzoek ontstond door de introductie van twee verschillende situaties namelijk een gezinsdiscussie naar aanleiding van een gebleken meningsverschil en een gezinsdiscussie zonder een a priori meningsverschil.

Het onderzoek vond plaats bij de gezinnen thuis. De gezinsleden werd gevraagd individueel een vragenlijst in te vullen („revealed difference technique” *Strodbeck*). Het gaat hierbij om een reeks van 35 vragen omtrent alledaagse situaties en algemene waarden, meestal betrekking hebbend op het gezinsleven. Er waren steeds twee antwoordmogelijkheden.

Voorts werd de gezinsleden gevraagd de Amsterdamse biografische vragenlijst (*Wilde*, 1963) in te vullen, gedurende welke tijd de onderzoekers in staat waren de ingevulde *Strodbeck*lijsten te vergelijken. Hieruit werden vier vragen gekozen, waarover gezinsleden het bij invulling (volgens bepaalde patronen) oneens waren. Het gezin werd verzocht deze meningsverschillen met elkander uit te praten en een gezinsstandpunt te bepalen. Vervolgens werden nog twee vragen aangeboden, waarover zij het als gezin volkomen eens waren en tot slot werd hun opdracht gegeven om een plan te maken voor een dagje uit met het gehele gezin.

De gezinsdiscussie werd op de band opgenomen. Delen van de discussie werden volgens een bepaalde time-sampling procedure door twee beoordelaars gescoord met behulp van *Riskin's* „family interaction scales” (*Riskin*). De analyse van de gegevens berustte steeds op rangordening van de gezinnen op intensiteit van het onderzochte kenmerk. Bij de statistische berekening werd gebruik gemaakt van de rangordetoets van *Kruskall* en *Wallis*. Alleen de gegevens die de toets op statistische significantie (criterium is 5 procent) hebben doorstaan worden hieronder vermeld.

Gezinnen met N.F.-klagers communiceerden onduidelijker, met name de gezinnen met alternerende klagers. Deze laatsten bleken overigens ook minder cohesief te zijn dan de andere gezinstypen.

Het gevoelsleven maakte een evenwichtige indruk bij de gezinnen zonder klager, waar blijkbaar evenveel ruimte werd geboden om zich op te winden als om zich terug te trekken. Bij de gezinnen met

klagers werd daarentegen vaker opgewonden gesproken.

Bij de gezinnen met klagers waren de negatieve krachten sterker in die zin, dat vaker onvriendelijk dan vriendelijk, en dat vaker oneens- dan eens-uitingen werden gedaan.

Bij de gezinnen zonder klager hadden kennelijk de positieve krachten de overhand; indien onvriendelijke uitingen werden gedaan, waren deze ook steeds persoonlijk gericht.

De reactie op een meningsverschil (een mild conflict eigenlijk) kenmerkte zich bij de gezinnen met klagers door een gebrek aan „problem-solving”-gerichtheid, hetgeen bleek uit een afnemen aan duidelijke communicatie enerzijds en een toenemen aan oneens-uitingen anderzijds. De gezinnen zonder klager lieten juist het omgekeerde beeld zien, dat wil zeggen een meer positieve benadering bij meningsverschil.

De gezinnen zonder klager bleken een patriarchale gezagsstructuur te bezitten, waar de vaders het meest in de discussie participeerden en het meest machtig waren. Bij de andere gezinnen participeerden de moeders het meest en waren beide ouders even machtig.

Het moet duidelijk zijn, dat deze uitspraken voortvloeien uit een onderzoek met beperkte doelstellingen, voorzichtigheid bij de generalisatie ervan is daarom geboden. Lang niet alle dertien hypothesen konden bevredigend worden geoperationaliseerd. Bovendien zullen de gehanteerde meettechnieken moeten worden verfijnd. Zo was het ons bijvoorbeeld niet mogelijk enige rollenpatronen — zoals het zondebokpatroon of het parentificatiepatroon — te identificeren, terwijl deze blijkens de literatuur van grote betekenis kunnen zijn als oorzaak en/of therapeutisch aangrijpingspunt bij gezinspathologie.

De toetsing van de theorie die ten grondslag ligt aan een gezinsgeneeskundige benadering is daarom nog niet voltooid; het begin van theorievorming binnen dit veld van de huisartsgeneeskunde is echter gemaakt. Inmiddels zijn er namelijk aanwijzingen dat nerveus-functionele klachten bij gezinsleden verband houden met typische gezinsinteractiekarakteristieken. Voortzetting van het onderzoek naar de betekenis van dit verband en eventuele therapeutische consequenties hiervan lijkt gewettigd. Het ligt dan ook in onze bedoeling te zijner tijd na te gaan of het mogelijk is om een gezinstherapeutisch ingrijpen te evalueren op zijn effect ten aanzien van de gezinsinteractie, met als belangrijke neven doelstelling na te gaan, wat het effect hiervan kan zijn op het klachtenpatroon van het gezin.

*Summary.* Research of the theme of nervous-functional (N.F.-)complaints is highly desired because the lack of knowledge on this field blocks adequate aid. This study formulates the hypothesis: N.F.-complaints may be considered as symptoms of disturbed interaction between the patient and his own life-space. This implies testing the family-approach within the study of general practice.

Three types of family were distinguished: 1 families without symptom-carriers; 2 families with a constant symptom-carrier; 3 families with alternating symptom-carriers.

The family interaction of eighteen families were studied in two situations: revealed opinion-difference and no a priori difference. The discussion was recorded and rated with a

systematic observation-schedule. The results provided some support for the interaction-hypothesis. They also gave cause for more research, which is necessary to test the relevance of the found relations and the therapeutic consequences, and to evaluate its effects on the family-complaint-pattern.

Huygen, F. J. A. Syllabus epidemiologie in de huisartspraktijk. Nijmeegs Universitair Huisartsen-Instituut, 1971.

Kuypers, C. A. (1966) huisarts en wetenschap 9, 42.

Lamberts, H. (1972) huisarts en wetenschap 15, 285-293.

Riskin, J. (1964) Arch. gen. Psychiat. 11, 484-494.

Strodbeck, F. L. (1951) Amer. Sociol. Rev. 16, 468-473.

Tomm, K. (1973) Canad. Fam. Physician 19, 51-60.

## REFERATEN

### VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

72-18 Vitiligo, achlorhydia and pernicious anaemia. *Howitz, J. en M. Schwartz, (1971) Lancet I, 1331-1334.*

In het Finsen Instituut te Kopenhagen trachtte men het mogelijke verband tussen vitiligo en enkele orgaan-specifieke auto-immuunziekten — speciaal pernicieuze anemie, waarbij altijd achlorhydie wordt gevonden — aan te tonen. Bij 20 van de 102 patiënten met vitiligo (30 mannen en 72 vrouwen) werd achlorhydie gevonden en bij acht van hen pernicieuze anemie en een abnormaal laag serum vitamine B<sub>12</sub>-gehalte. Bij 80 procent van de patiënten met achlorhydie werden antilichamen tegen „gastric parietal” cellen aangetoond en bij drie van deze twintig werden antilichamen tegen de intrinsic factor gevonden.

Het reeds bekende samengaan van vitiligo met suikerziekte en schildklierziekten en de verhoogde neiging tot auto-immunreacties werden door dit onderzoek bevestigd. De verstoring van het immuunsysteem is niet secundair door vitiligo veroorzaakt, maar door een genetisch mechanisme. Zo blijken twee typen vitiligo te bestaan: één waar de patiënten zich overigens in niets van normale mensen onderscheiden en een andere groep — een „hereditaire vitiligo” — met nevenverschijnselen, zoals achlorhydie en orgaanspecifieke auto-immuunziekten.

M. Sanders

73-01. Resistance of *Haemophilus influenzae* to Trimethoprim *May, J. R. & J. Davies. (1972) Brit. med. J. III, 376-377.*

Uit het sputum van 63 patiënten met chronische respiratoire infecties werd 210 maal *Haemophilus influenzae* gekweekt. Hiervan bleken 109 (52%) resistent tegen trimethoprim-sulphamethoxazol. Resistente stammen werden van tijd tot tijd geïsoleerd bij 32 (82%) van de 39 patiënten van wie bekend was dat zij met trimethoprim-sulphamethoxazol waren behandeld, terwijl dit slechts bij een (12,5%) van acht patiënten het geval was, bij wie deze medicatie niet had plaats gevonden. Resistente stammen werden het vaakst geïsoleerd bij patiënten die gedurende lange tijd met dit middel waren behandeld.

De synergistische werking van de twee componenten van dit medicament is bij de meeste bacteriesoorten maximaal wanneer de concentratieverhouding in het medium 1 op 20 bedraagt voor respectievelijk trimethoprim en sulphonamide. In de preparaten Septrim en Bactrim is de verhouding 1 op

5, om na gedifferentieerde resorptie uit de darm een bloed-verhouding van 1 op 20 te verkrijgen. Helaas blijkt de sulphamethoxazol slecht door te dringen in het bronchiaal-secreet, zodat aldaar de verhouding 1 op 1 is. Hierdoor is niet alleen de antibacteriële werking suboptimaal, maar tevens is het belang van het sulphonamide ter verkleining van de kans op optreden van trimethoprim-resistente bacteriestammen grotendeels verloren. Verhoging van de sulphamethoxazol dosis ter verkrijging van een 20-voudige concentratie in het bronchiaal secreet stuit op problemen van toxiciteit. Voorgaande bevindingen maken de toepassing van dit combinatie-preparaat bij luchtweginfecties problematisch.

C. H. Bowles

73-02. Tetracycline and blood urea *Leading Article. (1972) Brit. med. J. III, 370.*

Leden van de tetracycline-groep veroorzaken een stijging van het bloed-ureumgehalte. Patiënten met een stabiele chronische nierinsufficiëntie kunnen door het gebruik ervan in het terminale stadium van de nierinsufficiëntie worden gebracht. Dit antibioticum veroorzaakt ook bij mensen met normaal functionerende nieren een verhoging van de bloed-ureumconcentratie. Roth en medewerkers (1967) constateerden bij twee van de zes gezonde vrijwilligers een stoornis in het concentrerend vermogen van de nieren met polyurie en verhoging van het bloed-ureumgehalte. Bij normale nierfunctie is de biologische halfwaardetijd van tetracycline 8½ uur. Bij patiënten met ernstige nierfunctiestoornis bedraagt deze volgens Kunin (1967) tussen 57 en 108 uren. Bij één patiënt vond Shils acht dagen na staken van de medicatie nog een therapeutische tetracycline-concentratie. Dezelfde auteur gaf tetracycline oraal aan elf patiënten: zeven met chronische nierinsufficiëntie en vier bij wie de nierfunctie nog als grensgeval moest worden beschouwd. Bij alle elf patiënten steeg het bloed-ureumgehalte, waarbij de stijging recht evenredig was met de mate van nierinsufficiëntie. De patiënten vertoonden tevens een uitgesproken diurese en gewichtsdaling. Volgens Shils is de bloed-ureumstijging deels te wijten aan het anti-anabolische effect van tetracycline en deels aan de natrium-diurese. George en Evans (1971) toonden behalve een stijging van het bloed-ureumgehalte tevens een stijging van het plasma-creatininegehalte en een daling van de creatinine-clearance aan. De achteruitgang van de nierfunctie wordt vaak nog geaccentueerd door verlies van