

dat wij teveel generaliseren en deze voorzichtig gestelde conclusies slechts mogen trekken ten aanzien van deze beperkte groep in dié streek in dát tijdsbestek van ongeveer een jaar. De sinds 1971 snel toegenomen openheid over de abortusproblematiek en de grotere acceptatie, zullen er enerzijds toe leiden dat een deel van de dramatiek van de ongewenste zwangerschap verdwijnt en anderzijds dat de gespreksmogelijkheden met de directe omgeving gemakkelijker worden.

Dit leidt tot twee overwegingen waarmee wij deze mededeling over onze abortus follow-up willen besluiten. Enerzijds de overweging dat wij er waarschijnlijk vanuit moeten gaan dat de ongewenste zwangerschap als symptoom van achterliggende proble-

matiek in de loop van de jaren aan zeggingskracht gaat verliezen ten gevolge van toenemende openheid en acceptatie. Anderzijds de overweging dat het uitvoeren alléén van de zwangerschapsafbreking vaak niet meer dan een symptoombestrijding is en dat men als huisarts er zeer attent op zal moeten zijn uit welke gezins-situatie dit symptoom voortkomt en of het na-effect van de symptoombestrijding voor de vrouw na verloop van tijd niet een nog grotere negatieve invloed zal hebben op het welbevinden dan de paniek van het moment.

Summary. Follow-up of abortion. Follow-up studies of forty women who presented themselves for termination of unwanted pregnancies. Of forty clients, 63 per cent responded positively to a request for an interview within twelve

months after the application had been made.

A discussion of the methods adopted in establishing the (non-medical) indications is followed by a review of the histories of the women and a report on the findings of the clients in retrospect. The majority of the women took a positive view of the procedure, whereas approximately 20 per cent found it (rather) difficult to accept. Accepting or not accepting abortion is a problem in which the views adopted by familiars are a particularly important factor. Married women therefore have less difficulty in accepting abortion than do unmarried women who often feel isolated as it is hardly (or not at all) possible for them to discuss their problem with familiars (parents, brothers, sisters, friends). This isolation intensifies an already existing isolation as relationships were found to be disturbed in a large number of cases, which also acted as a cause of the unwanted pregnancy.

Nerveus-functionele klachten - De huisarts en het gezinsgesprek - De klacht en de huisarts

DOOR G. VAN MIERLO EN A. SMITS*

Lichamelijke klachten, waarvoor geen organische basis kan worden gevonden die de ernst van de klacht kan verklaren, roepen bij de medicus vaak gevoelens op van machteloosheid en onzekerheid. Machteloosheid, omdat hij weet dat somatische hulp meestal niet baat, vaak zelfs de klacht hardnekkiger maakt. Onzekerheid, vanuit de vrees een organische stoornis over het hoofd te hebben gezien.

Dergelijke klachten noemen wij nerveus-functioneel, omdat er een grond vermoeden bestaat dat psychosociale problematiek eraan ten grondslag ligt. Schattingen omtrent het voorkomen van deze klachten variëren van 15 tot 75 procent van het totale morbiditeitspatroon in de huisartspraktijk. Hierbij dient evenwel te worden aangetekend dat er nogal wat spraakverwarring bestaat

met betrekking tot de gebruikte terminologieën. Psychosomatische aandoeningen vallen eigenlijk onder een andere rubriek. In dat geval is er immers wel een aantoonbare organische afwijking. Maar zelfs het voorkomen van nerveus-functionele klachten en psychosomatische aandoeningen tezamen lijkt ons door sommigen te hoog geschat. Op basis van de morbiditeitsregistratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen-Instituut (N.U.H.I.) komen wij voor nerveus-functionele klachten alleen tot een schatting van 12 tot 15 procent.

Psychosociale problemen zijn per definitie gelegen in de klager, in zijn sociale situatie. De oplossing van het probleem vergt dan ook een actieve participatie van de klager zelf. De somatische presentatie van de klacht verschuift of verhult slechts het probleem, zodat de medicus als het ware de verantwoordelijkheid krijgt toegeschoven.

Deze somatisering van psychosociale problemen is in de regel geen

Samenvatting. De communicatieve betekenis van klachten, aan de huisarts gepresenteerd, maar in het bijzonder van zogenaamde nerveus-functionele klachten, laat zich pas goed verstaan, indien de hulpverlener i.c. de huisarts in staat is de context van de klacht te overzien. Dit vereist een ander denkkader, dat het intra-individuele medische model verlaat. Klachten, die aan de huisarts worden gepresenteerd, kunnen ontstaan (conditionerend) of worden in stand gehouden (intermediair) door het leefmilieu en met name het gezin van de klager.

Gezinstherapie of in zijn algemeenheid, relatie-therapie lijkt behalve een nieuwe veelbelovende ster aan het psycho-therapeutisch firmament, een inspirerende betekenis te krijgen voor de huisarts-geneeskunde.

bewust gekozen gedragsalternatief. Subtiele processen, waarop persoon, leefmilieu maar ook de huisarts invloed hebben, vormen en bekrachtigen het „somatiseringsgedrag”.

Indien de huisarts zijn aandacht uitsluitend blijft richten op de somatische klacht, ook als uitgebreid

* Wetenschappelijk medewerkers van het Nijmeegs Universitair Huisartsen-Instituut, hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen.

onderzoek geen opheldering heeft gebracht, dan loopt hij groot gevaar deze somatisering te versterken. De mededeling aan de patiënt, dat het slechts „de zenuwen” zijn, verandert hieraan nagenoeg niets. Op deze wijze daagt de huisarts de patiënt uit te „bewijzen”, dat hij wel degelijk iets (organisch) mankeert. De klacht zal slechts hardnekkiger worden. De huisarts gaat misschien weer twijfelen en de cirkel is rond.

Om te voorkomen dat de aanvankelijk incidentele nerveus-functionele klacht uitgroeit tot een habitueel klagen zal men moeten werken aan de reden tot dit klagen. Daartoe zal het veelal noodzakelijk zijn de patiënt met zijn klacht te benaderen als psychosomatische en sociale eenheid. Dit klinkt heel mooi, maar wat betekent dit in concreto? Het komt er op neer dat men zich zal moeten afvragen: waarom komt deze patiënt met deze klacht bij mij op dit moment (*Morrell*):

— deze patiënt: waarom niet een ander, die ook bij het probleem is betrokken?;

— deze klacht: waarom een somatische klacht en niet rechtstreeks het eigenlijke probleem? Welke betekenis heeft deze klacht voor het dagelijks functioneren van de patiënt?;

— bij mij: waarom de huisarts en niet zijn vrouw of een goede vriend?;

— op dit moment: waarom nu en niet gisteren, wie stuurde hem of wie hield hem tegen?

Het overwegen van deze aspecten verdiept de diagnose tot wat *Morrell* noemt een „complete diagnosis”. Een dergelijke benadering is noodzakelijk om verholde problemen te kunnen ontdekken.

DE HUISARTS ALS GEZINSARTS

Om deze vragen te beantwoorden moet de huisarts trachten de patiënt te begrijpen vanuit diens eigen leefmilieu en dat is vooral het gezin. Dat het gezin juist bij nerveus-functionele klachten een belangrijke rol speelt

wordt ondersteund door ervaringsgegevens van huisartsen:

— het verschijnsel van een opeenhoping van deze klachten binnen een relatief kleine groep gezinnen;

— het verschijnsel van pseudo-erfelijkheid, waarbij het klachtenpatroon van generatie op generatie wordt doorgegeven.

Eigen onderzoek maakt aannemelijk dat er samenhang bestaat tussen gezinsinteractie en de presentatie van nerveus-functionele klachten door gezinsleden (*Smits*). Bij het Mc.Master Family Medical Centre, Smithville, Ontario, Canada, wordt onderzoek verricht naar het effect van gezinstherapie bij gezinnen met patiënten met deze klachten (*Comley*). In dit onderzoek werd nagegaan welke de invloed is van gezinstherapie op de klachtenpresentatie. Men vergeleek een groep gezinnen, die gezinstherapie had ondergaan, met een groep gezinnen waarbij dit niet was gebeurd (hoewel zulks wel was geïndiceerd). Beide groepen werden zoveel mogelijk gelijk gehouden wat betreft aantal klachten en gezinssamenstelling.

Het bleek dat de therapie-groep in het jaar, volgend op de therapie, 49 procent minder hulp van de arts inriep in vergelijking met het jaar, voorafgaand aan de therapie. Bij de andere groep werd een toeneming van 10 procent geconstateerd. Voorts bleek dat bij de therapie-groep de aard van de klachten nagenoeg gelijk was gebleven maar dat de frequentie van hulp inroepen sterk was afgenomen. Ook bleken die gezinnen niet vaker een beroep te hebben gedaan op andere hulpverleners dan de arts.

Bij de hier gebezigde gezinsinterviews werd vooral aandacht besteed aan de rolverdeling in het gezin, manieren van communiceren, wederzijdse beïnvloeding, „problem-solving”-capaciteit en de persoonlijke ruimte, die ieder gezinslid wordt toegestaan. Het gemiddelde aantal zittingen was 2,5, waarbij betere resultaten werden gevonden naarmate het aantal zittingen kleiner was. Men bedenke hierbij dat de aard van de problematiek en

het aantal zittingen nauw met elkaar samenhangen.

Hieruit kan men concluderen dat, naarmate men eerder een dergelijke problematiek in het gezin signaleert, men door enige extra tijdinvesteringen — 2 tot 3 uur — een grote tijdbesparing in de toekomst kan bereiken.

Welke problemen kan men globaal onderscheiden bij patiënten, die het medisch kanaal binnengaan, maar er eigenlijk niet thuis horen?

- 1 De klager, lid van gezin X, is in moeilijkheden geraakt met de buitenwereld: bijvoorbeeld de school, overbelasting op het werk of conflicten met de buurt.
- 2 De klager fungeert als tolk van het hele gezin omdat het gehele gezin problemen heeft met de omgeving; het isolement waarin een gezin verzeild kan raken.
- 3 De klager vertolkt het probleem van iemand in het gezin, zoals een handicap, naderende pensionering, overlijden en dergelijke.
- 4 De klager is exponent van een moeilijke ontwikkelingsfase in het gezin, waarin regels en rollen veranderen; men denke aan opvoedingsproblemen, generatieconflicten, in het algemeen relatiestoornissen.

In alle gevallen is het gezin als geheel betrokken bij de bestaande problematiek. Vaak is die problematiek nog niet expliciet. Het gezin zal ontkennen dat er problemen zijn of wijt het aan de zwakste schakel in het gezin, hij of zij wordt de klager (*Richter*). Het is bij nerveus-functionele klachten dan ook van essentiële betekenis dat men zich afvraagt hoe een gezin worstelt met zijn problemen, hoe de gezinsleden daarbij met elkaar omgaan, kortom hoe de wisselwerking is tussen de gezinsleden.

De gezinsarts verkeert in de gunstige positie om de totale gezondheid en emotionele ontwikkeling van de kinderen in zijn praktijk te overzien en zelfs te beïnvloeden. Daarom adviseert *Tomm* de huisartsen om, op basis van een aantal indicaties met betrekking tot emotionele problemen

bij kinderen, gezinsinterviews te houden of bij visites aan huis gebruik te maken van de situatie dat verschillende gezinsleden aanwezig zijn. Deze indicaties zijn:

— Indien het kind gedragsproblemen presenteert. Hieronder wordt verstaan: agressief gedrag, negativisme, zich terugtrekken, ongewone vrees, storende gewoonten. Iedereen in het gezin is bij deze gedragingen betrokken of wordt er op een of andere wijze door beïnvloed; bijvoorbeeld ouders, die tengevolge van dergelijk gedrag van het kind incompetentie- of schuldgevoelens krijgen.

— Indien in het gezin crises ontstaan. Men denke aan ernstige ziekte of overlijden, onvermijdelijke ziekenhuisopname, echtscheidingen, en dergelijke. Kinderen kunnen hierbij ernstige emotionele schade oplopen.

— Indien het emotionele klimaat in het gezin de normale groei en ontwikkeling in de weg staat. Juist de gezinsarts zou in staat moeten zijn chronische onaangepaste interactiepatronen en hardnekkige emotionele problemen te onderkennen. Als voorbeelden zijn te noemen de ongelimiteerde poetsdrift van moeder, de werkverslaving van vader, de toestand van gewapende vrede tussen vader en moeder.

— Indien een kind gehandicapt is. Elke ernstige organische handicap heeft aanzienlijke emotionele bijwerkingen. Bovendien heeft een handicap implicaties voor het hele gezin. De verwerking en acceptatie van verschillen, mogelijkheden en onmogelijkheden van de kinderen behoeven vaak hulp van buiten af.

Om op basis van de hier genoemde indicaties gezinsinterviews te kunnen voeren moet de huisarts zich enige kennis eigen maken omtrent gezinsinteractie en vaardigheid verwerven in het houden van deze interviews.

GEZIN EN GEZINSINTERACTIE

Hoewel men in de sociale wetenschappen nog lang niet is overtuigd van de waarde van het systeem-model voor het gezinsonderzoek, is het, dunkt ons, toch goed bruikbaar om

aan te geven hoe een gezin „werkt”. In dit model wordt het gezin opgevat als een systeem, een complex van interacterende elementen. Verandering in één element (gezinslid) of in communicatie tussen de elementen impliceert verandering in het gehele systeem; deze verandering kan tenslotte duidelijk manifest worden in een ander element, bijvoorbeeld de uiteindelijke klager.

Een ander belangrijk begrip uit het systeem-model is „homeostase”, bekend uit de fysiologie. Is eenmaal een bepaald communicatiepatroon gevormd, dan bestaat de neiging zich te verzetten tegen veranderingen, zelfs als die het systeem ten goede zouden komen.

Gezinsinteractie wordt bepaald door de wijze van communicatie, zowel verbaal als non-verbaal en door de rolverdeling in het gezin. Wat de verbale communicatie betreft is men vooral geneigd aandacht te schenken aan hetgeen inhoudelijk wordt gezegd, hoewel het in feite ten minste zo belangrijk is welke de bedoeling is van het gezegde. Bij het tweede gaat het dus om formele, stilistische aspecten van de communicatie, los van de inhoud, die meer betrekking hebben op de relatie tussen de communicerenden. Binnen de verbale communicatie kan men dus onderscheid maken tussen inhoudelijke en relationele aspecten. Als beide aspecten niet op elkaar aansluiten, schept dat enorme verwarringen. Het wordt steeds duidelijker dat gezinnen, waarin deze verwarring tot het normale patroon behoort, broedplaatsen zijn van ernstige stoornissen (bijvoorbeeld schizofrenie).

Een gezin dat dagelijks kleine en grote problemen heeft op te lossen zal zich moeten bedienen van een duidelijke en effectieve communicatie. Een soepele opstelling van gezinsleden maakt het mogelijk om in verschillende situaties verschillende oplossingen te vinden. Een star rollenpatroon, waarbij de gezinsleden steeds dezelfde rol vervullen of krijgen toebedeeld, remt de ontplooiingsmogelijkheden der gezinsleden. Gezinnen waarin een der ouders

sterk domineert of gezinnen waarin een kind altijd de zondebok is of waarin een kind ouderlijke verantwoordelijkheid krijgt toegeschoven — de zo geheten parentificatie — zijn voorbeelden daarvan.

Samengevat kan men zeggen dat gezinsinteractie op tweërlei wijze van belang is bij de feitelijke presentatie van nerveus-functionele klachten aan de huisarts:

— Gezinsinteractie heeft een conditionerende invloed op de ontwikkeling van gezinsleden en hun relaties ten opzichte van elkaar. Als zodanig kan een gestoorde gezinsinteractie een bron van conflicten zijn en zich bij een of meer gezinsleden uitdrukken in lichamelijke klachten.

— Gezinsinteractie heeft een intermediaire functie bij de opvang van gezinsleden met hun problemen. Men zou kunnen zeggen dat de kwaliteit van de gezinsinteractie de belastbaarheid van het gezin en zijn leden voor een groot stuk bepaalt.

HUISARTS EN GEZINSGESPREK

De huisarts is te beschouwen als gezinsarts, hetgeen betekent dat hij van alle hulpverleners de beste mogelijkheden heeft zich uit de contacten met individuele gezinsleden een beeld te vormen van het gezin als geheel. Dit beeld zal onvolledig blijven zolang de huisarts de afzonderlijke gezinsleden niet tezamen heeft gezien, dat wil zeggen hun omgang met elkaar niet heeft waargenomen. Tijdens visites aan huis kan hij meer gericht letten op interactieverschijnselen in het gezin, of die zo mogelijk opwekken en verbeteren. Zo nodig kan hij overwegen een gezinsgesprek te houden en wel in de volgende gevallen:

1. wanneer hij het vermoeden van een gezinsproblematiek bevestigd wil zien (diagnostisch gesprek);
2. wanneer hij het gezin wil motiveren in gezinsbehandeling te gaan (verwijzingsgesprek);
3. wanneer hij het gezin (bijvoorbeeld ouders met een probleemkind) door middel van een of

enkele gesprekken een behoorlijk stuk vooruit denkt te kunnen helpen (therapeutisch gesprek).

Het diagnostische en het verwijzingsgesprek vallen, meer dan het therapeutisch gesprek, binnen het normale terrein van de huisarts.

Enkele grondregels van het gezinsinterview zijn voor de huisarts van belang. Een belangrijk aspect ervan is de situatie waarin het gesprek plaatsvindt. Het simpele feit, dat het gezin als geheel eens rond de tafel zit, kan op zichzelf al heel wat betekenen en is als zodanig al een therapeutische interventie. Diagnostiek en therapie zijn dikwijls niet van elkaar te scheiden. Methodisch kunnen de volgende punten van belang zijn.

— Een van de geijkte manieren om het gesprek te starten is, aan ieder gezinslid te vragen hoe hij of zij „het” probleem ziet en wat het voor hem/haar betekent.

— De interviewer moet trachten de interactie tussen gezinsleden zoveel mogelijk te stimuleren. Hij zal moeten vermijden dat gezinsleden tegen hem of via hem naar anderen spreken (ster-communicatie). Een steeds terugkerende interventie hierbij is: „Wat u nu tegen mij zegt, zeg dat nu tegen uw vrouw, zij zit er per slot van rekening zelf bij”.

— De interviewer — met name de huisarts — zal zich niet mogen laten verleiden tot de rol van adviseur. Zijn taak blijft beperkt tot vergroting van de „problem-solving”-capaciteiten en de groeiomvang van het gezin.

— De interviewer moet zich realiseren dat het gezin de relatie met hem voortdurend ook gebruikt om hem te pressen zich aan te passen aan hun regels en gedragspatronen. Bijvoorbeeld „Ziet u nou wel dokter, met Jantje kun je geen kant op, altijd tegen de draad in”. Dokter zegt: „Zo Jantje, dat moet je ook niet doen!”

of: „Zo Jantje, waarom doe je dat toch?”. Het zondebokpatroon wordt onmiddellijk door zo'n opmerking bevestigd en versterkt. Beter is het dat de interviewer constateert, dat Jantje hier kennelijk als zondebok wordt benaderd door bijvoorbeeld te zeggen: „Zo Jantje, jij hebt het hier geloof ik wel gedaan, is 't niet?”. Daarmee wordt het proces als zodanig ter discussie gesteld.

— Om vat te krijgen op het concrete gedrag dat gezinsleden naar elkaar toe vertonen, moet de interviewer trachten het hier-en-nu-gedrag tot werkterrein te nemen. Daarmee wordt hun de kans ontnomen te vluchten in schijnproblemen of achterhaalde moeilijkheden uit het verleden.

— De interviewer kan een goed model zijn voor duidelijke communicatie en expressie van gevoelens. Hij zal kunnen laten zien, dat de duidelijkheid en veiligheid in het gezin er mee zijn gediend wanneer gevoelens van boosheid, agressie, verdriet, vreugde, liefde, vertrouwen, angst, onzekerheid onomwonden kenbaar worden gemaakt.

Vele huisartsen zullen in hun benadering niet tot therapeutische gesprekken kunnen komen. Anderzijds is het eerste contact van de huisarts met de klager en zijn klacht zo belangrijk, dat een juiste aanpak, ook tijdens het 7-minuten gesprek of bij de visite, veel narigheid in de toekomst kan voorkomen. Elementaire kennis van gezinsinteractie, van de gevolgen daarvan voor het functioneren en van de hantering van relatieproblemen in het gezin, is daarbij van groot belang.

CONCLUSIE

Op grond van het voorafgaande kunnen wij stellen, dat binnen de huisartsgeneeskunde hulpverlening aan het gezin als eenheid grote bete-

kenis moet worden toegekend. Gezinstherapie is een term, die men in medische tijdschriften steeds vaker ontmoet. Men zal zich echter moeten realiseren, dat gezinstherapie, evenals andere psychotherapieën, behoort te worden toegepast door hiervoor gekwalificeerde personen. Niettemin biedt de kennis hieromtrent talloze aanknopingspunten voor de dagelijkse praktijk van de huisarts. Met name de benadering van nerveus-functionele klachten is dikwijls slechts op adequate wijze mogelijk binnen de context van het gezin als primair leefmilieu. Van de beschikbare hulpverleners heeft de huisarts als gezinsarts de beste mogelijkheden zich over het wel en wee van een gezin op de hoogte te stellen vanuit zijn dagelijkse routinematige werk.

Summary. Neurofunctional complaints: the private practitioner and the family interview. The communicative significance of complaints presented to the private practitioner, and particularly that of so-called neurofunctional complaints, cannot be properly understood unless the individual rendering assistance, the family practitioner in this case, is able to appreciate the context of the complaint. This requires a different way of thinking, a departure from the intra-individual medical model. Complaints presented to the private practitioner may arise from (conditioning) or be maintained by (intermediary role) the living environment and particularly the family of the complaining individual. In addition to being a new and promising star in the psychotherapeutic firmament, family therapy or, in general, relationship therapy would appear to become a source of inspiration in medicine as practised by the private practitioner.

Comley, A. (1973) *Canad. Fam. Physician* 19, 78-81.

Morrell, D. C. *The art of general practice*. Livingstone, London, 1965.

Richter, H. E. *Het gezin als patiënt*. Het Spectrum, Utrecht, 1970.

Smits, A. (1973) *huisarts en wetenschap* 16, 310-313.

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