

Morbiditeit en problematiek van alleenstaanden

J.D. QUERIDO

Voornamelijk via Medline-searches werd zoveel mogelijk literatuur van de laatste twee decennia over morbiditeit en problematiek van alleenstaanden opgespoord onderzocht. Voor alle leeftijdsgroepen was er een hogere incidentie van extreem autodestructief gedrag. Ook zijn er aanwijzingen dat alleenstaanden een grotere consumptie vertonen van voorzieningen van geestelijke gezondheidszorg. De literatuur over jongere alleenstaanden is mager en triviaal, wat wel zal samenhangen met het feit dat alleen wonen in deze groep tot de norm behoort. Over alleenstaanden van middelbare leeftijd werd ook weinig gevonden; wat wél voorhanden is, wijst op ernstige problematiek. De belangrijkste uitkomst met betrekking tot alleenstaande ouderen lijkt te zijn dat hun subjectief welzijn lager ligt dan bij gehuwden en dat een ervaren gebrek aan 'social support' zelfs een voorspellende waarde heeft ten aanzien van overleving. In de zeer uitgebreide literatuur over (vooral vrouwelijke) verweduwen ligt de nadruk op ontsporingen van rouwprocessen. In het psychisch spectrum vallen vooral depressies en hallucinaties op. Somaatich gezien is de sterfte belangrijk verhoogd, waarbij de grote cardiomortaliteit van weduwnaars zeer opvallend is. De literatuur over thuislozen levert weinig verrassingen op.

Querido JD. Morbiditeit en problematiek van alleenstaanden. Huisarts Wet 1991; 34(4): 173-82.

J.D. Querido, huisarts, Rechtboomssloot 85 II, 1011 CX Amsterdam.

Inleiding

Wanneer de huisarts niet alleen een behoorlijke medisch-technische kennis heeft, maar ook voldoende bekend is met degenen die aan zijn zorg zijn toevertrouwd, zou hij in de beperkte tijd die hem per patiëntcontact ter beschikking staat, een meerwaarde kunnen leveren ten opzichte van bijvoorbeeld de polikliniek-arts, die deze kennis veelal ontbeert.¹ Maar in hoeverre de huisarts ook werkelijk op de hoogte kan zijn van de somatische en psychische voorgeschiedenis, de familiale kwalen en gezinsomstandigheden, of de culturele achtergronden van deze of gene patiënt, hangt af van vele factoren, met name van de stabiliteit, familiale samenhang en homogeniteit van de praktijkpopulatie.² Leemten in dit soort kennis kunnen ten dele worden ondervangen door wél bekende patiëntkenmerken 'uit te vergroten' in het licht van de epidemiologische literatuur. Zowel somatische als psychische, alsook sociale kenmerken laten dan soms een oriëntatie of zelfs een anticipatie/risicoschatting toe.^{3 4}

Het verzoek van de redactiecommissie om een literatuuronderzoek naar 'morbiditeit en problematiek van alleenstaanden in de huisartspraktijk' te verrichten, leek mij dan ook interessant. Zo'n onderzoek haalt immers mensen naar voren van wie de huisarts gewoonlijk juist weinig voorkennis heeft: alleenstaanden komen doorgaans pas op volwassen of zelfs gevorderde leeftijd in de praktijk, en hun 'primaire relatienetwerk' ligt minder *à vue* dan het netwerk van mensen die in een gezin leven, aangezien zo'n gezin meestal in zijn geheel bij dezelfde praktijk is ingeschreven.

De menselijke conditie houdt in dat iedereen existentieel alleen staat, en dat iedereen een individuele levensloop volgt. Voor dit onderzoek was dan ook een concreet, beperkend criterium nodig. 'Alleen staan' is daarom voor dit overzicht zoveel mogelijk beperkt tot 'alleen wonen' of 'alleen niet-wonen' (thuislozen); buiten beschouwing blijven dus categorieën als kinderen in tehuizen, alleenstaande ouders en nabestaanden-in-gezinsverband. Over deze laatste groep is overigens in 1987 in dit tijd-

schrift gepubliceerd, terwijl over alleenstaande ouders in 1988 een huisartsgeneeskundige dissertatie is verschenen.^{5 6}

Verder leek het mij – en de collega's met wie ik over het voorgenomen onderzoek sprak – evident dat alleenstaanden in deze context in leeftijdsgroepen zouden moeten worden onderverdeeld, omdat alleen wonen op verschillende leeftijden zeer verschillende betekenissen heeft. Een eerste blik in de literatuur bevestigde dit en leerde bovendien dat het zin heeft ook thuislozen en verweduwen als categorieën te onderscheiden.

Tenslotte bleek alras dat huisartsgeneeskundige bijdragen dun gezaaid waren, zodat de beperking 'in de huisartspraktijk' werd vervangen door 'relevant voor de huisartspraktijk'.

Op grond van deze overwegingen is de volgende algemene vraagstelling geformuleerd: wat is bekend over de gezondheidstoestand (subjectief en objectief), hulpvraag, psychosociale problematiek, ziekten en sterfte van alleenstaanden? Bij de beantwoording is onderscheid gemaakt naar drie leeftijdscategorieën (jongeren, mensen van middelbare leeftijd en ouderen), en naar twee andere groepen: verweduwen en thuislozen.

Teneinde de epidemiologische gegevens in een algemener huisartsgeneeskundig kader te plaatsen, is er bovendien naar gestreefd antwoord te geven op een aantal nevenvragen:

- zijn huisartsen ervan op de hoogte als hun patiënten alleen (komen te) staan, en zo ja, doen zij dan iets met die kennis; zijn er aanbevelingen ten aanzien van huisartsgeneeskundig handelen of met betrekking tot de organisatie van de eerstelijns gezondheidszorg?
- correleert het alleen staan op zichzelf met voor de gezondheidszorg relevante problematiek of gaat het meer om eenzaamheid; wat is de invloed van steun vanuit het sociale netwerk (social support)?
- beantwoorden mensen die altijd alleen hebben gestaan, aan een bepaalde typologie; zijn er verschillen tussen mensen die beter en mensen die slechter het hoofd weten te bieden aan het verlies van een levenspartner?

Methode

De literatuur is grotendeels verzameld via computersearches (Engels, Nederlands, Frans en Duits). Bij het Royal College of General Practitioners werd voor de jaren 1970-1989 gezocht onder de trefwoordcombinatie *general practice* en *single person*. Dat leverde 27 titels op, waarvan ik er 24 in handen kon krijgen. Twee daarvan vielen af, omdat ze niet werkelijk over alleenstaanden handelden, en één omdat het artikel een zeer gedateerde indruk

maakte. Van de resterende 21 publikaties waren er overigens slechts 9 afkomstig uit de huisartspraktijk.

Een Medline-search met dezelfde opdracht leverde slechts één nieuwe publikatie op. Daarom is verder gezocht onder het enkele trefwoord *single person* (1983-1989) en de combinatie *single person/questionnaire* (1969-1982). Deze laatste search is verricht, omdat ik zoveel mogelijk materiaal wilde vergaren over hulpmiddelen om alleenstaanden beter te leren kennen. Dit leverde een overvloed aan artikelen op, in

totaal zo'n tweehonderd. Voornamelijk afgaand op titels en vervolgens op abstracts, heb ik ruim driekwart hiervan op verschillende gronden terzijde gelegd (te weinig relatie met morbiditeit, te specialistisch, te gedateerd). Bovendien kon ik een aantal bijdragen – met name uit Engelstalige, speciële verpleegkundige tijdschriften – niet achterhalen. Zo bleven 34 titels over.

Daarna is het materiaal nog uitgebreid via de literatuurlijsten van de opgespoorde artikelen (zeer selectief), via Famli (*single person*, 1984-1987), via het cumulatieve

Tabel 1 Selectie uit de literatuur over alleenstaanden – algemeen.

Nr	Land Jaar	Morbiditeit/problema- tiek in de zin van	Populatie/alleenstaanden in de zin van	Soort onderzoek	Methoden/technieken	Meegewogen variabelen
7	US 80	moeheid ICHPPC	vlgs burgerlijke staat en woonstaat 3 HA-praktijken	retrospectief (1 jaar)	patiëntendossiers	leeftijd, geslacht, ge- assoc. diagnoses
8	NL 90	ICPC (E-mode)	alleenwonenden vs niet alleenwonenden, in representa- tieve steekproef HA- praktijken (n=161)	prevalentie (over 3 mnd; 386.000 con- tacten, 320.000 epi- soden)	scoring door huis- arts en praktijkassis- tente	standaardisering naar leeftijd moet nog gebeuren
10	UK 88	suïcide	nooit gehuwd, ge- scheiden, verwe- duwd vs gehuwd	retrospectief (11 jaar)	bevolkingsstatistiek Schotland '73-'83	leeftijd, geslacht
11	B 86	poging* tot suïcide	ongehuwd, geschei- den, verweduwd vs gehuwd	incidentie	gegevens HA-peil- stations	leeftijd, geslacht, ar- beidsstaat
13	US 82	sociale integratie, geestelijke gezond- heid	nooit gehuwd, ge- scheiden, verwe- duwd/alleenwonend, niet alleenw. vs ge- huwd >18 jr. fed. steekpr. n=2,248	transversaal	interviews; psych. staat (12 schalen); maladaptief gedrag (5 maten)	leeftijd, geslacht, in- komen, negatieve achtergrond, jeugd- ervaringen, kinder- c.q. huwelijkswens als tiener
14	US 77	reactieve depressie	ongehuwd, geschei- den, verweduwd, 1- ouder vs gehuwd steekproef Chicago n=2,300	transversaal	interviews: depres- sie (11 symptomen); economische stress (3 vragen); sociaal isolement (3 vra- gen); ouderlijke ver- antwoordelijkheid aantal kinderen	ras
15	N 82	psychiatr.	ongehuwd, geschei- den, verweduwd vs gehuwd/opgenomen resp. poliklinische patiënten N=64 resp. 700	transversaal (dag resp. jaar)	(poli)klinische gege- vens	leeftijd, geslacht, ar- beidsstaat; opname/ dagbeh./polikli.; duur beh./aantal con- sulten

* Onduidelijk gedefinieerd.

register van *Huisarts en Wetenschap* (weduwe/weduwenaar; alleenstaande is hierin geen trefwoord) en via suggesties van collega's. Tenslotte kwamen tijdens redactionele beoordeling van het manuscript nog interessante gegevens beschikbaar uit de recente Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van het Nivel.

Zo kwam het totaal van te bestuderen publikaties op 76, terwijl nog eens drie 'klassiekers' zich leenden voor een verwijzing in de Beschouwing.

Algemeen

In eerstelijns classificatie is epidemiologische literatuur over alleenstaanden nog nauwelijks voorhanden. De searches leverden slechts één bijdrage op: huisartsen in de VS vonden bij moeheid als geïsoleerde diagnose in de zin van de ICHPPC een oververtegenwoordiging van alleenstaanden.⁷

Het recente Nivel-onderzoek belooft hierop een aanvulling te zullen leveren. Voorlopige, nog niet naar leeftijd gestandaardiseerde resultaten tonen voor alleenwonenden vanaf 15 jaar significant verhoogde driemaands-prevalenties in de evaluatie-componenten van de ICPC-hoofdstukken 'circulatoir', 'psychologisch', 'metabool/endocrien' en 'sociaal' (persoonlijke mededeling J. van der Velden, Nivel).⁸

Extreme – dus in de huisartspraktijk zeldzame – aspecten van morbiditeit/mortaliteit

zijn vaak uitvoeriger onderzocht dan meer alledaagse problemen. Hier geldt dat voor extreem autodestructief gedrag. Een grootschalig onderzoek in de VS (waarbij sociale selectie vrijwel werd uitgesloten) toonde een sterke correlatie tussen enerzijds alleen wonen en anderzijds suïcide en alcoholische leverinsufficiëntie.⁹ Uit Schotse suïdecijfers over 1973-1983 werd berekend dat suïcide het meest voorkwam bij gescheidenen en het minst bij gehuwden; daartussen lagen de verweduwden en de solitair levenden. Bij jong-volwassenen scoorden verweduwden echter hoger dan gescheidenen en na standaardisatie voor leeftijd gold dit bij mannen zelfs in alle leeftijdsgroepen.¹⁰ Belgische huisartsen vonden een oververtegenwoordiging van gescheidenen bij pogingen tot suïcide.¹¹

Sigaretten roken is een gewonere vorm van riskant gedrag. In Engeland kwamen in de jaren 1972-1986 gestandaardiseerde cijfers beschikbaar over roken naar burgerlijke staat. De categorie verweduwden/gescheidenen vertoonde steeds de hoogste prevalentie, en het verschil met celibatairen en gehuwden werd voortdurend groter, vooral bij de vrouwen.¹²

Ingewikkeld wordt het wanneer men uitspraken probeert te doen op een breed terrein van psychomorbiditeit. Uit een Amerikaans onderzoek naar 'alleenwonen, sociale integratie en geestelijke gezondheid' werden de volgende conclusies getrokken: men kan niet algemeen stellen dat alleen wonen samenhangt met pre-existen-

te psychische problematiek; gescheidenen en nooit-gehuwden hebben qua geestelijke gezondheid meer gemeen met gehuwden dan met inwonenden; ongehuwde alleenwonenden hebben een licht verhoogde neiging tot maladaptief gedrag als alcohol- en drugsmisbruik.¹³ Ongehuwden zouden meer blootstaan aan en kwetsbaarder zijn voor de gevolgen van economische ontbering, sociaal isolement en ouderlijke verantwoordelijkheden.¹⁴

In de psychiatrische universiteitskliniek van Oslo vond men in 1979 dat gescheidenen relatief het meest verwezen werden, daarna ongehuwden, en daarna gehuwden. Onder de patiënten met de diagnoses schizofrenie en 'personality disorder' waren ongehuwden oververtegenwoordigd; bij de neurotici gold dit voor gehuwden. Ongehuwden en gescheidenen werden vaker en langer opgenomen of in dagbehandeling genomen dan gehuwden. Of deze verschillen op causaal verband of op selectie berustten, kon niet worden vastgesteld.¹⁵

Jongere alleenstaanden

De opgespoorde literatuur over de leeftijdsgroep 15-35 jaar heeft vrijwel uitsluitend betrekking op geslachtelijk functioneren. Het merendeel heeft bovendien niet zozeer betrekking op morbiditeit, als wel op attitudes of geeft een typologie van alleenstaande jonge(re) vrouwen ten aanzien van onderwerpen als vrijwillige kinderloosheid, abortus provocatus en KID bij de partner-

Tabel 2 Selectie uit de literatuur over alleenstaanden van jongere en middelbare leeftijd.

Nr	Land Jaar	Morbiditeit/problematiek in de zin van	Alleenstaanden in de zin van/populatie	Soort onderzoek	Methoden/ technieken	Meegewogen variabelen
21	US 87	vakantiedepressie	nooit gehuwde, alleenwonende studenten (n=420)	transversaal	vragenlijst (11 pt.)	geslacht
22	B 85	urethritis bij mannen	burgerlijke staat n=292	incidentietelling	bevindingen HA-peilstations	leeftijd; geografie
24	S 85	ervaren gezondheid, leefomstandigheden	alle <6 mnd. gesepareerde mannen (30-44 jr.) in kleine stad N=32	transversaal resp. retrospectief	vragenlijst (17 pt.) resp. aantekeningen HA-artsen over jaar van scheiding	duur huwelijk; eerdere scheidingen; soc. klasse
25	NL 87	totale en cardiale mortaliteit	burgerlijke staat ♂ cohort R'dam n=3365	prospectief (9,5 jr.)	logistische regressie	cardiale risicofactoren; psych. en soc. factoren

loze vrouw.¹⁶⁻¹⁹ Het alleen wonen – zo gewoon in deze leeftijdsgroep – komt daarbij nauwelijks aan de orde. Alleen partnerloze zwangerschap wordt aangemerkt als een potentieel spanningsverhogende situatie.²⁰

In de VS werd celibataire studenten die de kerstvakantie op de campus doorbrachten, gevraagd naar depressieve symptomen. Gevoelens van eenzaamheid (bovenaan bij mannen), angstige onrust (bovenaan bij vrouwen) en hulpeloosheid scoorden hoog.²¹

Belgische huisartsen vonden een markant verhoogde relatieve incidentie van urethritis onder celibataire mannen van jonge en middelbare leeftijd.²²

Alleenstaanden van middelbare leeftijd

In welke mate is de huisarts zich bewust van de levensproblemen van patiënten van middelbare leeftijd en speelt het alleen wonen van de patiënt daarbij een rol? In Canada trachtte men deze vraag te beantwoorden door spreekuurbezoekers en dokters op dezelfde dag een vragenlijst over dit onderwerp te laten invullen. De huisartsen noemden slechts 25 procent van de onderwerpen die hun patiënten opgaven; de burgerlijke staat van patiënten maakte daarbij geen verschil.²³

In een kleine Zweedse stad konden vrijwel alle mannen van 30-44 jaar die in de

tweede helft van 1984 officieel scheidden, een halfjaar later ondervraagd worden over onder andere hun subjectief ervaren gezondheid. Deze mannen ondervonden een groot aantal psychische symptomen, die echter niet terug te vinden waren in de verslaglegging van hun huisartsen.²⁴

Over de mortaliteit naar burgerlijke staat van mannen van middelbare leeftijd zijn interessante Nederlandse gegevens beschikbaar. In een flink cohort Rotterdamers die bij het begin van een 9,5 jaar durend onderzoek 44-60 jaar oud waren, bleek de globale sterfte van alleenstaanden 2,48 maal zo hoog als de sterfte van gehuwden; voor dood door myocardinfarct was de sterfte onder alleenstaanden zelfs 2,77 zo

Tabel 3 Selectie uit de literatuur over alleenstaanden ouderen.

Nr	Land Jaar	Morbiditeit/problematiek in de zin van	Alleenstaanden in de zin van/populatie	Soort onderzoek	Methoden/technieken	Meegewogen variabelen
35	UK 74	huisgebonden; diëtaire insufficiëntie	naar burgerlijke staat: 38% v.d. 70+ers in een HA-praktijk*	transversaal exploratief	interview; lich.onderzoek; Hb-meting	leeftijd; geslacht; soc. klasse
36	US 86	somatische en psych. gezondheids-toestand, ADL	alleenwonende vs niet-alleenwonende 60+ers/steekpr. stedel. preventieproject n=164→100**	transversaal exploratief	interviews: subj. en obj. som.gezondh.; div. dimensies psych.gezondh.; ADL; social support	'community resources'
38	US 88	somatische en psych. gezondheids-toestand, ADL	alleenwonende vs samenw. en inwonende 60+ vrouwen (stedelijke steekproef n=807→597)	transversaal exploratief	interviews: subj. en obj. som. gezondh.; cognitie, depressiviteit; funct. status	leeftijd, soc.- ec. status
41	US 84	welzijn, inclusief gezondheid en cognitie	burgerlijke staat en woonstaat	meta-analyse van drie grote 'probability samples'		geslacht
42	S 87	'nerveuze problemen', insomnia	burgerlijke staat en woonstaat (alle mannen in Malmö die in even mnd. '14 geb.: destijds 68 jr.)	transversaal	interviews (ook naar gebruik gz-voorz., hypnotica, sedativa, alc.), som. en psych. onderzoek	soc. netwerk, 'social support', soc. klasse
45	US 82	mortaliteit	gehuwd vs ongehuwd 65+ers n=331	prospectief (2e meting na 30 mnd) toetsend	vragenlijst + telef. vervolg: ervaren steun; rollen, relaties; sociale interactie	gecontr. voor 10 potentiële confounders
45	UK 86	diagnostische categorieën zheHBO	naar burgerlijke staat: 70+ers	transversaal (2x)	3000 patiëntcontacten	ongeval/ziekte/ geen med. diagn.; lft.; gesl.

* kleine groep; ** matige respons

hoog, en na controle voor leeftijd en bekende risicofactoren waren de verschillen nog groter.²⁵

Alleenstaande ouderen

Enkele onderzoekers concluderen verrassenderwijs dat alleenwonende ouderen niet of nauwelijks in een slechtere lichamelijke gezondheid verkeren dan hun samenwonende of inwonende leeftijdgenoten.³⁵⁻³⁸ Het beeld van de nooit gehuwde als minder 'levenskrachtig' individu behoeft correctie.³⁹⁻⁴⁰ Overigens is er nogal eens sprake van selectie-bias, doordat het vaak de sterksten zijn die zich het langst zelfstandig kunnen handhaven, of doordat de onderzochte bejaarden gemakkelijker allerlei buurtvoorzieningen konden bereiken.³⁸⁻⁴¹

Neemt men alle variaties van burgerlijke staat (nooit gehuwd, thans gehuwd, verweduwd, gesepareerd/gescheiden) en van woonvorm (alleen, samen, alleen + kinderen, samen + kinderen, met anderen) in aanmerking en verbreedt men de aandacht van lichamelijke gezondheid tot welzijn (waarin ook cognitieve functie, dagindeling, ervaren kwaliteit van contacten en woonomgeving verdisconteerd zijn), dan zouden gehuwden toch het beste af zijn en zouden alleenwonenden op alle punten van subjectief welzijn lager scoren.⁴¹

Een ander fijnmazig onderzoek naar het verband tussen nerveuze klachten en (steun uit) sociale netwerken bij oudere (68-jarige) mannen vond onder de alleenwonenden de meeste slapeloosheid en de meest insufficiënte maatschappelijke inbedding (afgezien van klasseverschillen).⁴²

Mogelijk is deze 'social support' – hoe dan ook een centraal thema in het proces van ouder worden⁴³ – voor het welzijn belangrijker dan het alleen wonen op zichzelf. Een subjectief ervaren gebrek aan 'social support' onder ouderen zou zelfs een grote voorspellende waarde hebben voor sterfte binnen een periode van 2,5 jaar, terwijl dit niet geldt voor het simpele onderscheid gehuwd/ongehuwd.⁴⁵ In termen van medische consumptie bleek dat alleenwonende ouderen met slechts een geringe mantelzorg zich vaker bij de eerste hulppost van een groot Engels ziekenhuis meldden dan andere bejaarden, ook als

hiervoor geen medische noodzaak leek te bestaan.⁴⁶ Het versterken van 'social support' is dan ook de rode draad in de diverse aanbevelingen die worden gedaan met betrekking tot de gezondheids- en welzijnszorg voor alleenwonende ouderen.³⁹⁻⁴²⁻⁴³

Verweduwd

Over mensen die door de dood van hun partner alleen komen te staan, is veel meer geschreven dan over mensen die nooit gehuwd zijn geweest of zijn gescheiden – het meest wel over weduwen (van wie er in de Westerse wereld vier- à vijfmaal zoveel zijn als van weduwnaars⁴⁸⁻⁴⁹). Impliciet of expliciet gaat de literatuur ervan uit dat er zoiets bestaat als een rouwproces, dat zowel een natuurlijk beloop als ontsporingen kent. Deze deviaties uiten zich in een morbiditeit die in verschillende dimensies en op verschillende niveaus kan worden vastgesteld.

Onmiddellijk na het verlies ervaren verweduwd hun gezondheidstoestand als minder goed.⁴⁹⁻⁵⁰ Loochening treedt aanvankelijk nogal eens op, maar dan zijn toch verhoogde scores op angst- en depressiviteitsschalen te meten.⁴⁹ Heftige vroege symptomen zouden prognostisch ongunstig zijn.⁵¹ Twee maanden na het verlies komt een depressief syndroom nog veel voor, waarbij depressies in de anamnese prognostisch ongunstig zijn; ook is dan het gebruik van alcohol en sigaretten vaak toegenomen.

Vrouwen, jongeren en armere nabestaanden lijken het op deze termijn slechter te doen. Relatiestoornissen met de overleden partner correleren sterk met ongunstige bevindingen en een acuut verlies hangt samen met meer aanpassingsproblemen.⁵¹ Ook in de volgende maanden zijn zowel een verhoogde depressiviteit als een verminderde geestelijke en lichamelijke gezondheid gemeten.⁵²

De intensiteit van de veranderingen in gezondheid of psychische toestand die veel verweduwd bij de eerste verjaardag van het sterfgeval ervaren, zou corresponderen met onverwerkt verdriet, demoralisering en depressie.⁵³

Mogelijk voelen beter geschoolde en economisch sterkere verweduwd zich re-

latief beter.⁵²⁻⁵⁶ Tal van dysfore verschijnselen kunnen zich jaren voortstelen; op deze termijn zijn alleenwonenden mogelijk vaker depressief.⁵⁵ Toch zou het effect op de algehele gezondheidstoestand op den duur gering zijn.⁵⁰

Een toename van medische consumptie c.q. consultfrequentie, hospitalisering of sedativategebruik wordt vooral voor bepaalde groepen van verweduwd gerapporteerd: oudere weduwnaars,⁵⁷ jongere verweduwd,⁵⁵ nabestaanden na een onverwacht verlies⁵⁸ en weduwen met recent functieverlies en/of weinig ervaren 'social support'.⁴⁹⁻⁵⁹ Op ziekte-niveau vond men bij verweduwd een toename van 'klinische' depressies en lichamelijke beperkingen. Hierbij zijn er geen duidelijke geslachtsverschillen.⁴⁸⁻⁶⁰⁻⁶¹

Kort na het verlies is de sterfte door natuurlijke oorzaken voor beide seksen tot ruim het tweevoudige verhoogd, in alle leeftijdsgroepen vooral ten gevolge van een cardiovasculaire aandoening.⁴⁸⁻⁶⁰⁻⁶³ De natuurlijke mortaliteit van weduwnaars blijft ook daarna hoger, vooral in het eerste halfjaar, opnieuw door hartziekten, maar nu ook door kanker.²⁵⁻⁶²⁻⁶³

Gewelddadige doodsoorzaken (ongevalen en dergelijke) bleken in de eerste maand verdubbeld.⁶³ Suicide bleek de eerste jaren na het verlies verhoogd,⁶³ evenals sterfte door alcoholisme.⁴⁸⁻⁶⁰⁻⁶¹ Onder jong-verweduwd lijkt de sterftegraad ook op lange termijn iets verhoogd. Alleenwonenden zouden een hogere mortaliteit vertonen dan samenwonende of inwonende verweduwd.⁶⁴ Verhuizing naar een verpleeg- of verzorgingstehuis hangt meer samen met sterfte dan andersoortige verhuizing of geen verhuizing.⁶⁴

Men heeft geprobeerd het surplus aan morbiditeit psychologisch te begrijpen. Veel verweduwd kunnen de dood van de partner nooit volledig aanvaarden en bestendingen op hun eigen manier een relatie met de overledene.⁵⁴ Er ligt hier dan ook een tegenstrijdigheid: gezonde aansluiting bij de werkelijkheid vereist acceptatie, maar ter verzachting van het verlies is er geen krachtiger psychisme dan juist het in stand houden van een relatie met de dode – wat tal van vormen kan aannemen.⁶⁵ Hallucina-

ties met betrekking tot de overledene komen zelfs zoveel voor, dat men ze niet zonder meer pathologisch kan noemen.⁶⁶

Vanuit de optiek van roltheorieën wordt bij weduwen van een identiteitscrisis gewaagd.⁶⁷ Het zou preciezer zijn om bij deze vrouwen te spreken van problemen bij de reconstructie c.q. aanpassing van idealen rond intimiteit.^{68, 69} Een combinatie van rol- en stresstheorieën zou een licht werpen

op de extra risico's voor mannen. Het huwelijk wordt dan gezien als een buffer die vooral mannen beschermt tegen een aantal gezondheidsrisico's van stress. Het wegvallen van de partner zou bij hen minder gemakkelijk gecompenseerd kunnen worden, doordat (niet meer werkzame) mannen meestal kleinere sociale netwerken zouden hebben dan vrouwen.⁶⁰ Hertrouwen maakt voor mannen inderdaad

een gunstig verschil, voor vrouwen niet.⁶⁴

Tenslotte lijken de laatste jaren in het kader van 'rouw en immunocompetentie' biologische verklaringen in zicht te komen. Althans op korte termijn werd bij weduwen een afname van *killer cell*-activiteit gevonden,⁷⁰ en bij weduwnaars die hun vrouwen aan borstkanker verloren werd een afname van mitogeen-geïnduceerde lymfocytstimulatie vastgesteld.⁷¹

Tabel 4 Selectie uit de literatuur over vereduwden.

Nr	Land Jaar	Morbiditeit/problematiek in de zin van	Alleenstaanden in de zin van/populatie	Soort onderzoek	Methoden/ technieken	Meegewogen variabelen
47	NL 80	problemen	vereduwden groepspraktijk N=23	transversaal exploratief	interviews	duur vereduwd; leeftijd
50	US 85/86	gezondheidstoestand	oudere verwed. vs gehuwden/fed. steekpr. totaal n=3.683 (lagere inkomens)	longitudinaal	her-analyse 2 bevolkingsonderzoeken '73, '74: ervaren gezondheid; ICD-8, ADL checklists	leeftijd; geslacht; opleiding; inkomen; ras
52	US 85	psych. en som. gezondheidstoestand	recent vereduwd vs gehuwden n=60	prospectief (3-4 mnd. en 9-10 mnd. na verlies)	functionele vragenlijst; depressiviteitschaal	leeftijd
57	C 88	emotionele, sociale en medische behoeften voor en na het verlies	weduwnaars (=1,5 jr.) (60+) in HA-praktijk (86% alleenw.) N=26→21	transversaal exploratief	vragenlijsten: demografie, duur verwed., ziekte ♀, eigen morbid. voor en na; interesse in zelfhulpgroep; emotion. nood in funct.term	huidige burgerl. staat, arbeidsstaat, duur huwel., duur ziekte van vrouw
59	C 88	'emotionele problemen'	♀♀ (65-75 jr.) die uit n=1,144 in 2,5 jr. vereduwd raakten; n'=150→128	prospectief exploratief: voor vereduwing en 6 mnd erna	interviews	3 maten van ervaren gezondheid; 3 soorten netwerkgegevens; scholing; psychofarmaca; functieverlies
62	UK 69	cardiogene mortaliteit	alle 55+ weduwn. Engeland/Wales N=4.486	prospectief '57-'66	NHS-gegevens	sociale klasse; leeftijd
63	SF 87	mortaliteit	alle Finse vereduwden N=95.647 (sterfte 7.635) over 225.251 pers.jaren	prospectief '72-'76	demografische gegevens	leeftijd; geslacht; kalenderjaar
64	US 81	mortaliteit	mensen die van '63-'74 uit een populatie van ong. 90.000 vereduwd raakten (N=4.032) versus gehuwden	prospectief (12 jr.)	gegevens bevolkingsonderzoek, burgerlijke stand, div. openb. gegev.	leeftijd; geslacht; duur van vereduwd; hertrouwd/niet-hertr.
66	US 85	hallucinaties	weduwden. gem. lft. 80,5 N=52 (twee verpleeghuizen)	transversaal	interviews	leeftijd; duur van de rouw; religie

De literatuur levert ook nog een aantal aanbevelingen met betrekking tot de medische hulp aan verweduwen. Verweduwing begint aan het sterfbed van de partner en rouwbegeleiding dus ook.⁴⁷⁻⁷² Indien een echtgenote zelf grotendeels de terminale zorg op zich neemt, dient zij deugdelijk ondersteund te worden, vooral ten aanzien van pijnbestrijding en plotselinge complicaties.⁷³ Een condoléancebezoek is voor de huisarts een goede gelegenheid om contact te leggen met iemand die zo'n contact vaak toch al het meeste nodig had, terwijl deze groep daar veelal juist het minst om vraagt – het gaat immers meestal om bejaarde nabestaanden.⁴⁷⁻⁷² Het is ook van belang om onbeantwoorde vragen (eventueel ook sectiebevindingen) over het noodlottige ziekteproces aan bod te laten komen.⁷⁴

De voortzetting van de relatie met de overledene kan het best als gegeven worden aanvaard; het gaat erom dat zij gaandeweg haar juiste plaats krijgt.⁶⁷⁻⁷⁵ Psychotherapeutische interventies zouden de morbiditeit kunnen matigen, indien de kandidaten hiervoor goed worden geselecteerd. Daarbij moet dan bijvoorbeeld de ernst van de toestandsbeelden op z'n minst beantwoorden aan de gangbare maatstaven voor ambulante psychiatrische hulp.⁵⁹ Anders lijkt professionele (groeps)therapie weinig meer te kunnen bieden dan een zelfhulpgroep.⁷⁶

Thuislozen

De meeste gegevens over thuislozen komen van Britse huisartsen; het gaat daarbij vrijwel uitsluitend om mannelijke alleenstaanden in binnensteden. In de jaren zeventig en het begin van de jaren tachtig werden bij hen de volgende aandoeningen veel aangetroffen: infestatie met ongedierte, diëtair insufficiëntie, tuberculose en andere respiratoire ziekten, epilepsie en enuresis, lichamelijke gebreken en psychiatrische morbiditeit, met name schizofrenie en verslavingsziekten.²⁶⁻²⁸ Ook een recent kleinschalig Nederlands onderzoek suggereerde een surplus aan morbiditeit en verwaarlozing.²⁹

Wat de typologie van thuislozen betreft, werd in een Schots onderzoek uit 1971 gemeld dat ongeveer een kwart niet, of niet uitsluitend, in het ouderlijk huis was opgegroeid, dat de meesten in een lagere sociale klasse dan hun vaders waren terechtgekomen, dat de helft werkloos was en dat minstens een vijfde met de justitie in aanraking was geweest.²⁶

Belangrijk is dat de grote mobiliteit en het vaak deviant gedrag van thuislozen leiden tot onderbenutting van medische voorzieningen.²⁷⁻²⁹ Zo bleek in Edinburgh van een relatief 'gunstige' populatie thuislozen slechts 32 procent bij een huisarts te zijn ingeschreven.³⁰ De huisarts moet veel

irritaties overwinnen, zowel in de eigen praktijk, als bij (sociale) verwijzingen.²⁷ In Groot-Brittannië is dan ook een uitgebreid debat gaande over de vraag hoe de eerstelijns gezondheidszorg toegesnedd moet worden op deze moeilijke groep.²⁸⁻³⁰⁻³⁴

Er is ervaring opgedaan met het toewijzen van huisartsen aan thuislozen voor reguliere hulp en voor *screening* in pensioens, en ook met inschakeling van een preventief gerichte verpleegkundige.²⁸⁻³⁰ Later ontwikkelden deze projecten zich tot een centraal eerstelijnssteam voor thuislozen of tot door regionalisering zeker gestelde reguliere huisartsenhulp.³¹⁻³⁴ Een Londens rapport uit 1987, sceptisch gestemd over categorialisering, neigt naar ondersteuning van bestaande eerstelijns voorzieningen.³¹

Beschouwing

De uitkomsten van het onderzoek met betrekking tot de algemene vraagstelling kunnen als volgt worden samengevat:

- Voor alle leeftijdsgroepen van alleenstaanden is er een hogere incidentie van extreem autodestructief gedrag, waarbij aannemelijk is gemaakt dat dit gedrag niet uitsluitend op selectie berust. Dit is een zeer consistente bevinding, die sinds de klassieke suïcidestudie van *Durkheim*,⁷⁷ eind vorige eeuw, alleen maar is verrijkt.

Tabel 5 Selectie uit de literatuur over thuislozen.

Nr	Land Jaar	Morbiditeit/problematiek in de zin van	Alleenstaanden in de zin van/populatie	Soort onderzoek	Methoden/technieken	Meegewogen variabelen
26	UK 71	psychiatr. categorieën	naar burgerlijke staat: 53 v. Edinburghse steekpr. n=78	transversaal exploratief	interviews, psychometrie	leeftijd, arbeidsstaat, arbeidsverl., soc. klasse, gezin v.herk. opname-anamn.
27	UK 75	diverse aandoeningen	naar burgerlijke staat: 82% v. thuislozen in VK in '72 (bijna alle ♂)	meer een beschouwing	landelijke cijfers, literatuur, praktijkervaringen	biografische kenmerken, w.o. arbeids- en penent. verleden
28	UK 83	diverse aandoeningen	'per definitie' 95% ♂	verslag speciaal HA-spreekuur	spreekuur diagnoses (1 kwartaal)	
29	NL 89	diagnosen, symptomen, med. gebruik, intox./versl., subj. gezondh., WAO	40 internaatsbewoners** 40 passanten*	transversaal exploratief	anamnese (deels vragenlijst), lich. onderzoek	

* kleine groepen; ** internaatsbewoners vormen ongunstige selectie.

Ook zijn er aanwijzingen dat alleenstaanden een grotere consumptie vertonen van voorzieningen van geestelijke gezondheidszorg; hier zijn echter verklaringen van causaliteit en selectie nog onvoldoende van elkaar gescheiden. Nog niet naar leeftijd gestandaardiseerde uitkomsten van het Nivel-onderzoek tonen hogere prevalenties voor alleenwonenden in de ICPC-hoofdstukken 'circulatoir', 'psychologisch', 'metabool-endocrien' en 'sociaal'.

- De literatuur over *jongere* alleenstaanden is mager en triviaal, wat wel zal samenhangen met het feit dat alleen wonen in deze groep tot de norm behoort. Een hoge incidentie van problemen met betrekking tot het geslachtelijk functioneren of ten aanzien van losmaking van het ouderlijk huis is eigenlijk vanzelfsprekend. Er is echter nog plaats voor nadere classificering en kwantificering van wat men in grote lijnen wel weet.

- Dat over alleenstaanden van *middelbare leeftijd* ook weinig werd gevonden, betekent daarentegen waarschijnlijk ook in kwalitatieve zin een leemte; wat wél voorhanden is, wijst immers op ernstige problematiek. De nood na scheiding en vooral de verhoogde sterfte onder mannelijke alleenstaanden overstijgen het neutrale begrip 'contactreden': vaak komt de (huis)arts er kennelijk niet eens aan te pas. Bij problemen van gescheidenen moet natuurlijk weer rekening worden gehouden met selectie-bias, al is het plausibel dat deze, sinds echtscheiding zo 'gewoon' is geworden, minder een rol speelt dan vroeger. Bij de bevinding van verhoogde cardiale mortaliteit onder middelbare alleenstaande mannen staat de causaliteitshypothese heel sterk.

- Bijdragen over alleenstaande *ouderen* in hun algemeenheid overlappen natuurlijk die over verweduwen, maar blijken toch wel hiervan onafhankelijke uitspraken te kunnen doen. Belangrijkste uitkomst in deze leeftijdsgroepen, waarin de kwaliteit van het leven zich het duidelijkst af kan zetten tegen de kwantiteit ervan, lijkt te zijn dat subjectief welzijn lager scoort dan bij gehuwden en dat een ervaren gebrek aan 'social support' zelfs een voorspellende waarde heeft ten aanzien van overleving. De koers van causale verklaringen ligt

hoog, alleen al omdat in deze groep alleen staan weer 'gewoon' wordt.

- In de zeer uitgebreide literatuur over (vooral vrouwelijke) *verweduwen* ligt de nadruk op ontsparingen van rouwprocessen. Deze deviaties kan men indelen naar de tijd die sinds het verlies is verstreken, en naar de epidemiologische niveaus van klachten, objectieve symptomen, ziekten en sterfte. In het psychisch spectrum vallen vooral depressies en hallucinaties op. Somatics speelt verhoogde sterfte door cardiovasculaire, geweldadige en oncologische oorzaken de belangrijkste rol, waarbij de grote cardiomortaliteit onder weduwnaars zeer opvallend is.

- De literatuur over *thuislozen* levert, voor wie enige ervaring met deze groep heeft, weer weinig verrassingen op. Hun zeer verscheiden, vaak ernstige psychische en somatische morbiditeit zou echter nog verder in kaart gebracht kunnen worden. De selectiehypothese heeft hier meestal de beste papieren.

De vraag wat nu eigenlijk onder 'alleenstaan' moet worden begrepen, blijkt niet te ontwijken. De simpele dichotomie gehuwd/ongehuwd leidt tot te globale uitkomsten; differentiatie naar meer vormen van burgerlijke staat en van woonstaat levert duidelijk meer op. Er is een tendens om de existentiële dimensie ('eenzaamheidsgraad') althans indirect meer aan bod te laten komen door de effecten van 'social support' te bestuderen (wat overigens een algemeen epidemiologisch thema is⁷⁸), terwijl begeleidende immunologische verschijnselen een en ander weer terug zouden kunnen koppelen naar het biologische model.

Dat alleen staan zoveel verschillende betekenissen kan hebben, relativeert de in de literatuur gevonden leemten. Misschien is het nuttiger zich te richten op de invloed van alleen staan in bepaalde situaties, zoals zwangerschap, ouderschap of chronische ziekte. Ook een 'anatomie van eenzaamheid' lijkt zinvol. Wat bepaalt het vermogen om alleen te staan?⁷⁹ Wat bepaalt de kwaliteit van 'social support'? En hoe werkt sociale integratie: als soelaas (stressvermindering door betekenisvolle emotionele contacten) of als gareel (sociale con-

trole die behoedt voor autodestructief gedrag)? Ook – en misschien wel juist – de alleenstaande patiënt daagt de huisarts uit tot het beoefenen van levensloopgeneeskunde, waarin begrepen – hoe paradoxaal dat hier ook mag klinken – gezinsgeneeskunde (zowel actueel, gericht op bestaande contacten, als anamnestic, gericht op het gezin van herkomst).

Ondanks deze relativering van de vruchtbaarheid en relevantie van de algemene vraagstelling van dit artikel, is er zeker behoefte aan epidemiologisch onderzoek in de eerste lijn met betrekking tot diverse groepen alleenstaanden. Hiermee kan een schakel worden gevormd tussen enerzijds de bevolkingsonderzoeken en anderzijds de tweedelijns (vooral psychiatrische) rapporten die tot dusver in de literatuur het beeld bepalen.

Literatuur

- ¹ Meijman FJ. Voorkennis: werkzaam middel of placebo? [Commentaar]. Huisarts Wet 1988; 31: 250-1.
- ² Querido JD. In een stadspraktijk. Utrecht: Bunge, 1988.
- ³ Van den Dool CWA. Surveillance van risicogroepen; anticiperende geneeskunde. Huisarts Wet 1970; 13: 59-61.
- ⁴ Huygen FJA. Anticiperende geneeskunde, een nieuwe denkwijze voor de huisarts. Huisarts Wet 1971; 14: 447-51.
- ⁵ Van Eijk J, et al. Veranderingen in het morbiditeitspatroon van nabestaanden. Huisarts Wet 1987; 30: 336-9.
- ⁶ Kooij LR. Eenoudergezinnen in de huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1988.
- ⁷ Morrisson JD. Fatigue as a presenting complaint in general practice. J Fam Pract 1980; 10: 795-801.
- ⁸ Van der Velden J, et al. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport morbiditeit. Utrecht: Nivel, 1990.
- ⁹ Gove WR, Hughes M. Re-examining the ecological fallacy: a study in which aggregate data are critical in investigating the pathological effects of living alone. Social Forces 1980; 58: 1157-77.
- ¹⁰ Kreitman N. Suicide, age and marital status. Psychol Med 1988; 43: 127-33.
- ¹¹ Walckiers D, et al. Les tentatives de suicide vives, en Belgique, par le medecin generaliste. Acta Clin Belg 86; 41: 181-8.

- 12 Murphy M, et al. Marital status of women who smoke. *Lancet* 1989; ii: 1286.
- 13 Hughes M, Gove WR. Living alone, social integration, and mental health. *Am J Soc* 1981; 87: 48-75.
- 14 Pearlin LI, Johnson JS. Marital status, life strains, and depression. *American Sociological Review* 1977; 42: 704-15.
- 15 Lavik NJ. Marital status in psychiatric patients. *Acta Psychiat Scand* 1982; 65: 15-28.
- 16 Callan VJ. Single women, voluntary childlessness, and perceptions about life and marriage. *J Biosoc Sci* 1986; 18: 479-87.
- 17 Herold ES. The relationship of abortion attitudes and contraceptive behaviour among young single women. *Can J Public Health* 1982; 73: 101-4.
- 18 Callan VJ. Repeat and first abortion seekers: single women in Brisbane, Australia. *J Biosoc Sci* 1983; 15: 217-22.
- 19 Strong C, Schinfeld JS. The single woman and artificial insemination by donor. *J Reprod Med* 1984; 29: 293-9.
- 20 Peterson Tilden V. The relation of selected psychosocial variables to single status of adult women during pregnancy. *Nurs Res* 1984; 33: 102-7.
- 21 Peretti PO. Self-perceived variables of holiday depression at christmas time of single men and women. *Panminerva Med* 1987; 23: 115-8.
- 22 Stroobant A, et al. Les uretrites chez l'homme en Belgique. Resultats de l'enregistrement par un reseau de medecins generalistes. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 1985; 33: 432-6.
- 23 Yaffe MJ, Stewart MA. Factors influencing doctor's awareness of the life problems of middle-aged patients. *Med Care* 1985; 23: 1276-82.
- 24 Hallberg H, Mattson B. Life after divorce: a study of newly divorced middle-aged men in Sweden. *Fam Pract* 1989; 6: 9-15.
- 25 Otten F, et al. Burgerlijke staat en sterftekans. *Tijdschr Soc Gezondheidszorg* 1987; 65: 107.
- 26 Priest RG. The Edinburgh homeless: a psychiatric survey. *Am J Psychother* 1971; 25: 194-213.
- 27 Hewetson J. Homeless people as an at-risk group. *Proc R Soc Med* 1975; 68: 9-13.
- 28 Shanks MJ. Medical provision for the homeless in Manchester. *J R Coll Gen Pract* 1983; 33: 40-3.
- 29 Joosten A, Nuy MHR. Het lichamelijk territorium van de thuisloze man. *Med Contact* 1989; 44: 1692-3.
- 30 Maclean U, Naumann L. Primary medical care for the single homeless: The Edinburgh experiment. *Health Bull (Edinb)* 1979; 37: 6-10.
- 31 Smith JP. Single homeless people [Editorial]. *J Adv Nurs* 1987; 12: 403-4.
- 32 Powell PV. Qualitative assessment in the evaluation of the Edinburgh primary health care scheme for single homeless hostel dwellers. *Community Medecine* 1988; 10: 185-96.
- 33 Powell PV. Primary health care for the single homeless. *Br Med J* 1988; 297: 84-5.
- 34 Elton P. Primary health care for the single homeless. *Br Med J* 1988; 297: 624.
- 35 Williams EI. Social background of a group of over 75-year-old patients in general practice. *Geront Clin (Basel)* 1974; 16: 203-9.
- 36 Magaziner J, et al. Aged living alone: health and resources. *Md Med J* 1986; 35: 905-9.
- 37 Schneider HD. Der ledige Mann im Alter. *Z Gerontol* 1986; 19: 235-9.
- 38 Magaziner J, et al. Health and living arrangements among older women: does living alone increase the risk of illness? *J Gerontol* 1988; 43: 27-33.
- 39 Rubinstein RL. Never married elderly as a social type: reevaluating some images. *Gerontologist* 1987; 27: 108-13.
- 40 Lally MW, et al. Older women in single room occupant hotels: a Seattle profile. *Gerontologist* 1979; 19: 67-73.
- 41 Lawton MP, et al. Marital status, living arrangements, and the well-being of older people. *Res Aging* 1984; 6: 323-45.
- 42 Hanson BS, Ostergren P-O. Different social networks and social characteristics, nervous problems and insomnia: theoretical and methodological aspects of some results from the population study 'Men born in 1914, Malmo, Sweden. *Soc Sci Med* 1987; 25: 849-59.
- 43 Matthews AM. Social support in normal aging. *Can Fam Physician* 1984; 30: 676-80.
- 44 Klose S, Loeschner K. Das Kontaktverhalten alterer alleinlebender Frauen aus sozialpsychologischer Sicht - eine Erkundigungsuntersuchung. *ZAF* 1987; 42: 15-9, 21-8, 127-32, 265-75, 371-3.
- 45 Blazer DG. Social support and mortality in an elderly community population. *Am J Epidemiol* 1982; 115: 684-94.
- 46 Dove AF, Dave SH. Elderly patients in the accident department and their problems. *Br Med J* 1986; 292: 807-9.
- 47 Van Koningsveld B, Weijnenburg HM. Nabestaand, een naar bestaan. *Huisarts Wet* 1980; 23: 431-4.
- 48 Windholz, et al. A review of the research on conjugal bereavement: impact on health and efficacy of intervention. *Compr Psychiatry* 1985; 26: 433-47.
- 49 Jacobs SC, et al. The measurement of grief: bereaved versus non-bereaved. *Hosp J* 1986; 2: 21-36.
- 50 Ferraro KF. The effect of widowhood on the health status of older persons. *Int J Aging Hum Dev* 1985-'86; 21: 9-25.
- 51 Zisook S, et al. Predictors of psychological reactions during the early stages of widowhood. *Psychiat Clin North Am* 1987; 10: 355-68.
- 52 Yeaworth RC, Valaris B. Health status and resources of recently bereaved older persons. *Public Health Nursing* 1985; 2: 232-44.
- 53 Jacobs SC, et al. The first anniversary of bereavement. *Isr J Psychiat Relat Sci* 1987; 24: 77-85.
- 54 Zisook S, Schuchter SR. Time course of spousal bereavement *Gen Hosp Psychiatry* 1985; 7: 95-100.
- 55 Clayton PJ. The effect of living alone on bereavement symptoms. *Am J Psychiatry* 1975; 132: 133-7.
- 56 Scott JP, Kivett VR. Differences in the morale of older moral widows and widowers. *Int J Aging Hum Dev* 1985; 21: 121-36.
- 57 Tudiver F. Elderly widowers in a family practice setting. *Fam Med* 1988; 20: 297-9.
- 58 Lundin T. Morbidity following sudden and unexpected bereavement. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 84-8.
- 59 Goldberg EL, et al. Emotional problems and widowhood. *J Geront Soc Sci* 1988; 43: 206-8.
- 60 Bowling A. Mortality after bereavement: a review of the literature on survival periods and factors affecting survival. *Soc Sci Med* 1987; 24: 117-24.
- 61 Rogers MP, Reich P. On the health consequences of bereavement. *N Engl J Med* 1988; 319: 510-2.
- 62 Parkes CM, et al. Broken Heart: a statistical study of increased mortality among widowers. *Br Med J* 1969; i: 740-3.
- 63 Kaprio J, et al. Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health* 1987; 77: 283-6.
- 64 Helsing KJ, et al. Factors associated with mortality after widowhood. *Am J Public Health* 1981; 71: 802-9.
- 65 Schuchter SR, Zisook S. Widowhood. The continuing relation with the dead spouse. *Bull Menninger Clin* 1988; 52: 269-79.
- 66 Olson PR, et al. Hallucinations of widowhood. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33: 543-7.
- 67 Lopata HZ. Becoming and being a widow: reconstruction of the self and support systems. *J Geriatr Psychiatry* 1986; 19: 203-14.
- 68 Thomas LE. Identity loss and psychological crisis in widowhood - a re-evaluation. *Int J Aging Hum Dev* 1988; 26: 225-39.
- 69 Stevens NL. Aanpassingen aan het verlies van de partner bij oudere weduwen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1988; 19: 169-75.
- 70 Irwinm, et al. Impaired naturel killer cell activity during bereavement. *Brain Behav Immun* 1987; 1: 98-104.

- ⁷¹ Schleifer SJ, et al. Conjugal bereavement and immunity. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1987; 24: 111-23.
- ⁷² Cartwright A. The role of the general practitioner in helping the elderly widowed. *J R Coll Gen Pract* 1982; 32: 215-27.
- ⁷³ Wegmann JA. Hospice home death, hospital death, and coping abilities of widows. *Cancer Nurs* 1987; 10: 148-55.
- ⁷⁴ Tolle SW, et al. Communication between physicians and surviving spouses following patient deaths. *J Gen Int Med* 1986; 1: 309-14.
- ⁷⁵ Rigdon IS, et al. Toward a theory of helpfulness for the elderly bereaved; an invitation to a new life. *ANS* 1987; 9 : 32-43.
- ⁷⁶ Marmar CR, et al. A controlled trial of brief psychotherapy and mutual-helpgroup treatment of conjugal bereavement *Am J Psychiatry* 1988; 145: 203-9.
- ⁷⁷ Durkheim E. (1897) *Suicide: a study in sociology*. Engelse vertaling: New York: Free Press, 1951.
- ⁷⁸ Broadhead WE, et al. The epidemiological

evidence for a relationship between Social Support and health. *Am J Epidemiology* 1983; 117: 521-37.

- ⁷⁹ Winnicott DW. The capacity to be alone. In: *The maturational process and the facilitating environment*. Londen: The Hogarth Press 1982. ■

Abstract

Querido JD. Morbidity and problems of single persons. *Huisarts Wet* 1991; 34(4): 173-82.

The literature of the past twenty years (English, Dutch, French, German) on morbidity and problems of single persons was searched, using mainly Medline, and selected as to relevance to general practice. The single state was, preferably, taken as living alone, but sometimes marital status had to serve as criterion. In all age groups, single persons show higher incidences of extremely autodestructive behaviour. Use of mental health care provisions may be increased. Higher prevalences in the circulatory,

psychological, social, and metabolic/endocrine chapters of the ICPC are suggested. For young people, living alone is part of the normal pattern; literature on these single persons is trivial. Little information was also found about middle-aged singles; nevertheless, serious topics, e.g. increased cardiovascular death rate in men, emerge. Elderly singles appear to experience less well-being than couples; for them, a perceived lack of social support might even predict a lower survival rate. The extensive literature on the (mainly female) widowed stresses deviations of the mourning process, notably depressions. Death rates due to cardiovascular, violence-related, and oncological causes are increased; the first cause applies especially to men. The literature on homeless reflects their known plights.

Keywords Family practice; Morbidity; Single person.

Correspondence J.D. Querido, 85-II Rechtboomssloot, 1011 CX Amsterdam, The Netherlands.