

Psychosomatiek

De auteur van dit handboek is sociaal wetenschapper en psycholoog, en is als docent verbonden aan HBO-en post-HBO-opleidingen voor maatschappelijk werkenden. Het boek is in de eerste plaats voor hen geschreven. Ook voor psychologen en psychotherapeuten acht de schrijver het geschikt. Daarnaast verwacht hij nut van dit boek voor paramedici, zoals fysiotherapeuten en Mensendieck-therapeuten, en tenslotte ook voor artsen.

Didactisch zit het goed in elkaar. De stof is systematisch ingedeeld, de onderwerpen zijn bij naslaan gemakkelijk te vinden. Het is duidelijk op HBO-niveau gericht. Definities, omschrijvingen en uitleg worden helder geformuleerd en compact gepresenteerd. Zo compact, dat van de 272 bladzijden er 19 aan theoretische grondslagen worden gewijd. Zo zijn aan Pavlov bijvoorbeeld drie regels besteed.

Het stoort mij, dat er met geen woord wordt gesproken over de wetenschappelijke waarde van de besproken theorieën. Evenmin wordt de effectiviteit van de voorgestelde behandelingen ter sprake gebracht. Wellicht berust dit op de keuze van de belangrijkste doelgroepen? Hierdoor heeft het boek het karakter van een kookboek gekregen: men leest het niet in één adem uit. Wel staat het vol interessante recepten voor het ontdekken en beïnvloeden van ongewenst klaagedrag. Daarvoor komen talloze methoden aan de orde met nadruk op gesprekstechnieken. Van bruikbare vragen en nuttige suggesties worden uitgebreide voorbeelden gegeven.

Dit maakt dat ik dit handboek, ondanks mijn bezwaren, toch een handige gids vind voor huisartsen die in eerste instantie zelf hulp willen geven aan patiënten van wie de klachten een psychosociale achtergrond hebben. Bovendien heeft men er een gemakkelijk naslagwerk aan op begrippen en praktijken, zoals die bijvoorbeeld in Riagg's worden gehanteerd en toegepast. Het boek is voorzien van een goed register en een literatuurlijst van 7 pagina's (jongste verwijzing 1991), terwijl ook een boekenlijst voor cliënten niet ontbreekt.

W.W. Oosterhuis

Meijer K. Handboek psychosomatiek. Theorie, diagnostiek, methode voor hulpverlening bij psychosomatische klachten. 2e dr. Baarn: Intro, 1995; 272 pagina's, prijs NLG 44,50. ISBN 90-5574-062-4.

Ouderen

De Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) is een interdisciplinaire, longitudinale studie naar veroudering, waarin een representatieve steekproef van 3000 ouderen wordt vervolgd gedurende ten minste tien jaar. Hierbij worden gegevens verzameld over verschillende aspecten van het functioneren: fysiek, cognitief, emotioneel en sociaal. De belangrijkste aandachtsgebieden zijn autonomie en kwaliteit van leven. De eerste ronde vond plaats van september 1992 tot september 1993. Elke drie jaar zal een volgende ronde plaatsvinden, waarbij toekomstige cohorten op dezelfde manier onderzocht zullen worden als de oorspronkelijke groep om effecten van leeftijd, cohort en periode te onderscheiden.

In deze bundel worden de voornaamste concepten van de LASA gepresenteerd. De centrale vraagstellingen zijn de volgende:

- Welke veranderingen in functioneren vinden plaats bij ouderen?
- Wat zijn de voorspellende variabelen voor verandering van elk aspect van functioneren?
- Welke relaties hebben veranderingen in de verschillende aspecten van functioneren ten opzichte van elkaar?
- Wat zijn de gevolgen van veranderingen in functioneren voor het maatschappelijk functioneren en de hulpbehoefte?

Het boek bestaat uit 15 hoofdstukken, waarin door de desbetreffende onderzoekers verslag wordt gedaan van hun deelonderzoek. Ik zal enkele deelonderzoeken die voor de huisarts interessant zijn apart bespreken.

- *Chronische aandoeningen.* COPD, cardiovasculaire aandoeningen en CVA kwamen vaker voor bij mannen; diabetes mellitus, gewrichtsaandoeningen en maligniteiten meer bij vrouwen. Hoe ouder, des te vaker en des te meer chronische aandoeningen. Vrouwen hadden vaker mobiliteitsbeperkingen dan mannen. Mannen en jongere ouderen woonden vaker met samen een partner dan vrouwen respectievelijk oudere ouderen. Mensen met een chronische aandoening woonden vaker alleen en meer dan 50 procent van de respondenten met mobiliteitsbeperkingen woonde alleen.

- *Depressie.* Ouderen en vrouwen scoorden gemiddeld hoger en vaker boven het afkappunt voor depressie. Mannen hadden een sterk verhoogd risico ten opzichte van vrouwen bij kanker incontinentie; vrouwen een hoger risico ten opzichte van mannen bij COPD of diabetes mellitus. Daarnaast waren vrouwen met functiebeperkingen vaker depressief; hetzelfde

gold voor mannen die geïnstitutionaliseerd waren, alleen woonden, incontinent waren of functiebeperkingen hadden. Het lijkt erop dat leden van beide seksen een groter risico lopen depressief te worden in omstandigheden die voor hen ongewoon zijn.

- *Netwerk.* Vrouwen hadden een groter netwerk dan mannen; hetzelfde gold voor gehuwden versus niet-gehuwden, en voor jongeren versus ouderen. Er was echter een grote variatie tussen ouderen onderling. Gezondheid en lichamelijke functioneren hadden invloed op de instrumentele steun, maar de gevolgen voor geven en nemen waren verschillend: veroudering ging gepaard met een terugtreding uit vooral veeleisende activiteiten, zoals het verleenen van instrumentele hulp. Ontvangen hulp was meer een uiting van zorgbehoefte. Mannen gaven meer instrumentele hulp dan vrouwen; de ontvangen instrumentele hulp was gelijk. Hierdoor ontvingen vrouwen relatief meer instrumentele steun dan dat ze die verleenden, mogelijk doordat vrouwen vaker alleenstaand zijn, waardoor de omgeving meer geneigd is om de ontbrekende partner te compenseren met instrumentele hulp. Vrouwen ontvingen en verleenden vaker emotionele steun dan mannen.

In de relatie tussen ouderen met gewrichtsaandoeningen, netwerk en ervaren eenzaamheid bleek er geen verschil in netwerk-grootte tussen mensen met of zonder gewrichtsaandoening. Mensen met een gewrichtsaandoening waren echter eenzaamder dan mensen zonder gewrichtsaandoening, en mensen met een gewrichtsaandoening én comorbiditeit waren eenzaamder dan mensen zonder comorbiditeit. Blijkbaar werd de (kwaliteit van de) ontvangen steun als onvoldoende ervaren. Mogelijke verklaringen waren dat de gegeven en ontvangen steun uit evenwicht is door grotere lichamelijke afhankelijkheid, dat de verwachtingen van mensen met een gewrichtsaandoening misschien anders waren dan die van mensen zonder of dat wellicht claimde men meer van hun omgeving.

Mensen met gewrichtsaandoeningen en comorbiditeit gaven minder en ontvingen meer instrumentele hulp dan mensen zonder comorbiditeit of gewrichtsaandoening, er was geen invloed op de ontvangen of gegeven emotionele steun.

- *Maatschappelijke participatie.* Driekwart van de ouderen was lid van een organisatie (religieuze organisatie, ouderenbond, hobbyclub, vereniging) en 60 procent woonde ook bijeenkomsten bij. Ongeveer een kwart is actief betrokken. Meer dan 50 procent woonde bijeenkomsten bij van meer dan één organisatie.

De meeste organisaties hadden voornamelijk een ontspannende functie, maar ook pressiegroepen, zoals vakbond en politieke partijen, waren goed vertegenwoordigd. Men participeerde om het contact met andere mensen, om geestelijk gezond te blijven, eigen capaciteiten te ontplooiën en omdat men zich verantwoordelijk voelde. Met het ouder worden werd men minder actief. Mannen waren vaker lid van een organisatie en hadden vaker administratieve activiteiten; vrouwen woonden vaker scholingsbijeenkomsten bij.

Leuk om te lezen is de samenvatting, waarin wordt ingegaan op wat de verschillende onderzochte aspecten voor gevolgen hebben voor met name vrouwen. Vrouwen hebben meer en andere chronische aandoeningen. Zij hadden meer gewrichtsaandoeningen en derhalve meer mobiliteitsbeperkingen, zij hadden meer depressieve symptomen en waren vaker angstig. Mensen met gewrichtsklachten (vaker vrouwen) voelden zich eenzaam en er was een grotere discrepantie tussen gegeven en ontvangen steun. Daar staat tegenover dat vrouwen een beter geheugen leken te hebben, vaker geheugensteuntjes gebruikten, en een iets groter sociaal netwerk hadden, terwijl de intensiteit van de uitgewisselde steun over het geheel genomen groter was. Concluderend wordt gesteld dat om de kwaliteit van leven van ouderen vrouwen te verhogen, het niet alleen zinvol zou zijn de lichamelijke en emotionele kwetsbaarheid van vrouwen te verbeteren, maar ook om hun sterke kanten meer uit te buiten.

Het is een over het geheel genomen goed leesbare bundel met informatie over zeer diverse aspecten van ouderen en veroudering. De meeste onderwerpen zijn voor de praktiserende huisarts misschien leuk om te lezen, maar zijn niet direct klinisch relevant. Dit komt vooral doordat de gepresenteerde gegevens cross-sectioneel en beschrijvend van aard zijn, terwijl causale verbanden nog niet gelegd kunnen worden. Degenen die zich bezig houden met onderzoek, kunnen een goed overzicht krijgen van de verschillende aspecten die met veroudering te maken hebben en de meetmethoden die gebruikt worden om functioneren te meten.

Deeg DJH, Westendorp-de Serië M, eds. *Autonomy and well-being in the aging population I. Report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam 1992-1993.* Amsterdam: VU Uitgeverij, 1994; 112 bladzijden.

Suzy de Swart

Orthopedie

Volgens de inleiding van dit boek zou de huisarts behoefte hebben aan één compacte uitgave over orthopedische geneeskunde en de extremiteiten. Weliswaar wordt inderdaad een maximum aan praktische en klinische informatie gepresenteerd, maar het is de vraag of daarvoor een nieuwe uitgave nodig was. Verschijnt hier geen oude wijn in niet eens meer nieuwe zakken?

Het boek is was zorgvuldig opgezet. In een algemene inleiding worden de bekende orthopedisch geneeskundige begrippen besproken. Na een toelichting op de specifieke anamnese, inspectie, algemene palpatie, functieonderzoek en specifieke palpatie volgt een eenvoudige conclusie: 'Al de informatie die we tot nu toe hebben opgedaan (...) verschaft ons voldoende gegevens om een diagnose te stellen'. Vervolgens worden therapeutische mogelijkheden en algemeen orthopedisch geneeskundige pathologische begrippen besproken. Dan volgen de hoofdstukken over compressieuropathieën en de afzonderlijke gewrichten van bovenste en onderste extremiteit.

Het laatste hoofdstuk bevat een opgave van aanbevolen literatuur. Hier is een kans gemist om een wetenschappelijke verantwoording te geven van de diverse therapeutische adviezen. Juist in een uitgave die is geredigeerd door (co)auteurs die verbonden zijn aan universitaire instellingen of wereldbekendheid genieten, zou dit mogen worden verwacht. Tenslotte is er nog altijd veel discussie over de waarde van deze behandeling van het bewegingsapparaat.

Hoewel het boek zorgvuldig van opzet is, maak het door de reeds vele jaren gebruikte foto's langzamerhand een wat belegen indruk. De aan een andere uitgave ontleende schema's gaan volledig voorbij aan de vele grijze gebieden die het bewegingsapparaat bij klachten vertoont. Typische eerstelijns kwalen en kwaaltjes worden zo wel heel specialistisch of 'technisch' afgedaan. De huisartsgeneeskundige aspecten zijn feitelijk geheel buiten beschouwing gebleven. Dit boek is dan ook juist geen handleiding voor de huisarts geworden, maar het zoveelste naslagwerk.

Winkel D, Wyffels P, Martens M. *Orthopedische geneeskunde. Onderzoek, diagnostiek en behandeling van de extremiteiten. Een handleiding voor de huisarts.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995; 343 bladzijden, prijs NLG 99,-. ISBN 90-313-1568-0.

M. Jonquière