

riumonderzoek tijdens verblijf in het ziekenhuis geen afwijkingen van betekenis meer worden gevonden (na behandeling?). De bevindingen bij neuropsychologisch onderzoek wijzen op 'stoornissen van andere aard dan men bij depressie zou verwachten', hetgeen de uiteindelijke diagnose 'personale depressie' kennelijk niet in de weg staat. 'Van medicatie werd afgezien, want er was geen reden om een organische basis voor de *geïnteresseerdheid* van patiënte aan te nemen' (cursivering van mij). Zet- of denkfout of beide? Bij de beschrijving van patiëntes gezin wordt heel wat gesuggereerd. De echtgenoot, van wie alleen vermeld wordt dat hij onder controle is wegens recidiverende rugklachten, 'sukkelt met een zwakke gezondheid', terwijl het zontje van 8 zich 'in criminele richting dreigt te ontwikkelen', omdat hij spijbelt en eenmaal een 'fikkie' in de klas heeft gestookt. De 'geïntegreerde behandeling' van deze depressieve moeder lijkt vooral door de buurvrouw te worden uitgevoerd, terwijl de rol van de huisarts niet eens wordt genoemd.

Patiënte B komt na een tentamen suïcidii in het ziekenhuis. Er wordt een depressie geconstateerd op grond van gezinsgesprekken en onderzoek van het milieu interne van patiënte. Zelfs een suppressietest met dexamethason, waarvan de indicatie niet wordt vermeld, blijft haar niet bespaard. Het milieu externe wordt echter systematisch buiten beschouwing gelaten: deze 'actieve jonge vrouw' met 2 schoolgaande kinderen wordt kennelijk geacht genoeg voldoening te vinden in haar huishouden. Een alinea verder is zij 'overmatig betrokken' en de therapeut legt haar uit dat zij 'kennelijk depressief reageert' op haar 'overactieve' dochtertje van 5, die overigens even later door beide ouders als 'voorbeeld' wordt aangeprezen. De gezinspsychotherapie bestaat er o.a. uit dat moeder en haar dochtertje van 5 (!) moeten gaan winkelen en dat vader en zoon mogen vissen. Het zal duidelijk zijn dat patiënte daarna geen klachten meer heeft . . .

Een 'klinische les' is voor mij helaas niet te trekken uit dit warrige relaas, waarin noch het bestaan van een depressie op systematische wijze aangetoond wordt, noch aannemelijk gemaakt wordt dat de gezinsproblemen een oorzaak en geen gevolg zijn van deze 'depressie'.

A. M. C. VAN ASBECK-RAAT

Groningen, februari 1986

Het is voor mij ondoenlijk op alle vragen en (of) aanmerkingen van A.M.C. van Asbeck-Raat in kort bestek in te gaan. Daarom selecteer ik de voornaamste punten.

Bij het ontstaan en het in stand houden van depressie en ruimer gesteld depressief gedrag spelen gezinsomstandigheden een min of meer belangrijke rol. Opname in een ziekenhuis kan vaak een nieuwe wending geven aan tot dan toe non-productief geëscaleerde problematiek. Het gezin krijgt de mogelijkheid even op adem te komen, de patiënt de kans zich te heroriënteren. Bij patiënte A waren er aanvankelijk ook vitaal-depressieve symptomen. In het begin van de ziekteperiode was er een 'angina' (in de volksmond wordt hiermee een angina tonsillaris bedoeld); er waren tekenen van een hypothyreoïdie (bloedchemisch). Bij verdergaand onderzoek werden geen redenen meer gevonden voor een farmacotherapeutische behandeling. De vitale symptomen waren verbleekt en er bleef een personaal-depressief beeld over. Uiteraard was de ongeïnteresseerdheid van patiënte toen geen aanleiding meer om aan een organische stoornis te denken. Uitvoerige bespreking van de casus zou op zich een klinische les zijn. Reden waarom ik het hierbij moet laten. Bij het formuleren van de verschillende gezinstherapeutische bemoeienissen was het essentieel aan te geven dat de pedagogische draagkracht van de ouders zeer gering was en dat de ontwikkeling van de jongen groot gevaar liep. In geval van

een geïntegreerde (gezins)behandeling kunnen hulpsystemen, zoals burens (i.c. buurvrouw), inderdaad een belangrijke rol spelen. Maar of de buurvrouw daarmee de behandeling uitvoert, laat ik aan de lezer over. De rol van de huisarts was in deze casus gering. Kenmerk van deze hulpsystemen is onder meer dat ze ten aanzien van dergelijke gezinnen doorgaans geen vruchtbaar gebruik (kunnen) maken van medische en andere maatschappelijke voorzieningen.

Ook bij de bespreking van patiënt B kunnen accenten verlegd worden, zodat er stof is voor een nieuwe klinische les. Wezenlijk was dat er een depressie werd gediagnosticeerd op grond van de voor ons bekende criteria: symptomen anamnese en eventueel aanvullend laboratoriumonderzoek (DST, TRH-test, urine-MHPG).¹

Ik moge mw. Van Asbeck-Raat erop wijzen dat er wel aspecten van het milieu externe zijn besproken: het omgaan met vriendinnen, filmbezoek met de echtgenoot, gaan winkelen. Over het overmatig betrokken-zijn en het herkennen van depressief gedrag in de gezinscontext nog het volgende: een fase van overmatige betrokkenheid zonder opvoedkundig 'succes' wordt vaak gevolgd door een periode van zich terugtrekken, neerslachtigheid. In de door ons toegepaste gezinspsychotherapie worden gezinsrelaties inderdaad gestructureerd via de dagelijkse bezigheden. Mede in dit verband is vermeldenswaardig de verrichtingen van collega Van Engeland in zijn recente inaugurele rede als hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie dat het belang van de diepte in de psychiatrie misschien wat overtrokken wordt en het belang van de oppervlakte wat ondergewaardeerd.²

LITERATUUR

¹ Oei T.I. Artikelenreeks over depressie. Tijdschr Ziekenverpleging 1983; Nrs 4, 5, 6, 7, 23 en 25.

² Engeland H van. De ontdekking van het oppervlak. Oratie. Utrecht: Rijksuniversiteit, 1986.

T. I. OEI

Utrecht, februari 1986

Seksueel overdraagbare aandoeningen bij slachtoffers van seksueel geweld

Graag wil ik de auteurs van dit artikel (1986; 405-7) en de lezers van dit tijdschrift opmerkzaam maken op een verkeerd geciteerd aantal. Ter illustratie van het vóórkomen van seksueel geweld worden cijfers uit het jaarverslag van de Stichting Tegen Haar Wil te Amsterdam genoemd. In 1984 zouden 96 telefoongesprekken met betrekking tot verkrachting of aanranding geregistreerd zijn. Dit aantal klopt niet. De 24-uurstelefoon-dienst van Tegen Haar Wil is in dat jaar 1413 maal gebeld voor hulpverlening op het gebied van seksueel geweld; daarvan ging het in 722 gevallen om aanranding of verkrachting.

Oorzaak van deze vergissing is waarschijnlijk het maar half lezen van het jaarverslag. Daarin wordt namelijk ook vermeld dat Vrouwen Tegen Verkrachting (onderdeel van dezelfde stichting; tweedelijnsopvang) 96 maal voor hulp geraadpleegd werd. Dat cijfers van geregistreerd seksueel geweld veel lager liggen dan het aantal werkelijke gevallen, is niet te voorkomen; met het geven van de juiste registratiecijfers wordt het probleem in elk geval niet nog eens extra onderschat.

M. VAN SELM

Amsterdam, maart 1986

Onze dank voor uw correctie.

J. A. R. VAN DEN HOEK

Amsterdam, maart 1986