

Beide besproken gevallen hebben U, naar ik hoop, doen inzien dat bij een juiste kennis van zaken hieromtrent de patiënt op de juiste wijze geholpen kan worden. En of dit helpen nu bestaat uit een verwijzing naar een ter zake kundig specialist dan wel uit een ondersteunende therapie van de kant van de

huisarts, bereikt is in ieder geval dat de patiënt, die verkeert in sexuele nood, ergens een toevlucht heeft gevonden, een plaats dus, waar hij begrip kan vinden voor zijn moeilijkheden.

Tenslotte: de nood is er zeer vaak, maar het toevluchtsoord is er helaas niet altijd.

## *Structuur en werkwijze van medisch opvoedkundige bureaus*

DOOR DR. J. A. C. DE KOCK VAN LEEUWEN, ZENUWARTS EN E. MEIHUIZEN, PSYCHIATRISCH SOCIAAL WERKSTER

In het contact met huisartsen wordt een drietal vragen opvallend vaak gesteld. Deze vragen betreffen de samenstelling van een Medisch Opvoedkundig Bureau, de wijze van functioneren en vooral de plaats van de psychiatrisch sociaal werkster. Getracht zal worden een antwoord te geven dat kan bijdragen tot een beter begrip voor de plaats en betekenis van het M.O.B. in het systeem van medische voorzieningen.

*De structuur.* De leiding van het Bureau is in handen gelegd van een psychiater, terwijl de dagelijkse gang van zaken wordt beheerd door de psychiatrisch sociaal werkster. Bovendien zijn aan een bureau verbonden een psycholoog en een pediater. Deze samenstelling is het vereiste minimum om voor subsidie en erkenning door de Federatie van M.O.B.'s in aanmerking te komen. De psychiatrisch maatschappelijk werkster heeft altijd een volledige verbintenis met het bureau, terwijl alle andere functionarissen slechts een groter of kleiner deel van hun tijd eraan kunnen besteden.

*De wijze van functioneren.* Om de vraag te beantwoorden welke nu de werkwijze van het bureau is, kan het beste worden uitgegaan van de gewone gang van zaken.

De psychiatrisch sociaal werkster houdt één of meermalen per week een aanmeldings-spreekuur. Zij neemt hierin de sociale gegevens van het hulpzoekende gezin op en noteert de reden van aanmelding. De ouders krijgen bericht dat zij op de wachtlijst (helaas onvermijdelijk door tekort aan personeel) zijn geplaatst en zullen worden opgeroepen voor het onderzoek. Als een gezin aan de beurt is, worden zowel vader als moeder afzonderlijk opgeroepen en in de loop van een aantal gesprekken vormt de psychiatrisch sociaal werkster zich een nauwkeurig beeld van de levensloop van het betrokken kind. Niet slechts de feitelijke gebeurtenissen worden nagegaan, doch ook emotionele reacties, affectieve verhoudingen ten overstaan van de ouders, broers en zusters of andere belangrijke personen uit het leven van het kind. Ziekten, schoolprestaties, vrijetijdsbesteding, liefhebberijen, de sociologische plaats van het gezin, het zijn allemaal gegevens die

systematisch worden verzameld. Het totaal van deze gegevens, dat dus reeds belangrijke diagnostische aanwijzingen bevat, wordt neergelegd in een rapport.

Vervolgens wordt het kind — waar uiteindelijk de hele organisatie voor is gesticht — beoordeeld door de kinderarts, de psycholoog en de kinderpsychiater. Deze drie functionarissen krijgen de beschikking over het rapport van de psychiatrisch sociaal werkster, als basis gegeven, en dragen verder de informatie bij, welke zij vanuit hun specialisme kunnen verschaffen.

De pediater, die bij kleinere kinderen ook — tenminste één van — de ouders ziet, geeft zijn uitspraak over de lichamelijke toestand en zo mogelijk over de constitutionele kenmerken van het kind. Daarnaast kan hij vaak waardevolle gegevens verstrekken over de interactie tussen de ouder en het kind tijdens het onderzoek.

De psycholoog bepaalt door middel van tests de intelligentie van het kind doch ook — via projectieve methoden — tracht hij te komen tot het ontwerpen van een beeld van de persoonlijkheidsstructuur en de strevingen en drijfveren, zoals deze zich in de tests manifesteren.

De psychiater tenslotte observeert het kind in de speelkamer. Het is een zogenaamde „vrije observatie”. Bij de jonge kinderen zal hij trachten via het spel tot een contact te komen en op die wijze te beoordelen welke psychische processen zich afspelen, bij oudere kinderen zal hij via een gesprek trachten te komen tot het vormen van een beeld van de visie, welke het kind heeft van de problemen, die zijn ouders tot de aanmelding bij het bureau hebben bewogen.

Als nu alle leden van het team zich een beeld hebben gevormd, worden deze beelden met elkaar vergeleken op een zogenaamde stafvergadering. Hier geeft ieder zijn visie op het geval en nadat aldus de totale informatie gemeengoed is geworden, begint een beraadslaging over de diagnose, de prognose en de in te stellen therapie. De uitkomst van dit overleg, die kan bestaan in een pedagogisch advies, een schoolkeuze advies of een advies om over te gaan

tot het instellen van een psychotherapie, wordt met de ouders besproken.

De psychiatrisch sociaal werkster is hierbij als het ware de tolk van het team. Zij bespreekt meestal de resultaten van het onderzoek met de ouders. Omdat in vele gevallen het kind geholpen zal kunnen worden door beïnvloeding van het milieu is het van belang, dat de psychiatrisch sociaal werkster bij de voorbereidende gesprekken de ouders heeft leren kennen. Hierdoor kan zij een mening hebben of milieu-beïnvloeding enige resultaten af kan werpen. Is dat het geval, dan gaat zij met de ouders „werken”. Dit wil zeggen, dat deze een behandeling ondergaan. Zij bespreekt met hen, wat het kind behoeft en probeert bij de ouders het juiste begrip voor hem op te brengen. Het kind staat dus centraal, maar daarbij kunnen de gevoelens en problemen van de ouders zelf niet buiten beschouwing blijven. De psychiatrisch sociaal werkster dient begrip te hebben voor de ouders, zowel als ouder, als voor hun persoonlijkheid.

Komt ook het kind zelf onder behandeling van de psychiater, dan zal de psychiatrisch sociaal werkster in het gezin een zo gunstig mogelijk klimaat moeten scheppen, waardoor de behandeling zinvol kan worden. Hiermee wordt het kind dus niet als individu uit het gezin gelicht voor een therapie, maar het wordt via zijn moeilijkheden ten opzichte van zijn gezin tot een betere aanpassing geleid.

*De plaats van de psychiatrisch sociaal werkster.* De psychiatrisch sociaal werkster heeft, zoals uit het voorafgaande blijkt, een eigen functie aan het bureau. Terwijl de medicus in het algemeen geen moeite zal hebben met het plaatsen van de psychiater en de pediater en — met enige moeite — met de psycholoog, ligt dit voor de psychiatrisch sociaal werkster anders. Op grond hiervan lijkt het gewenst hier een inzicht te geven hoe deze functionaris wordt opgeleid en van de wijze waarop zij haar cliëntèle tegemoet treedt.

*De opleiding tot psychiatrisch sociaal werkster.* De opleiding begint met de School voor Maatschappelijk Werk. Daarna volgt voor de specialisatie eerst twee jaar een voortgezette opleiding, die bevoegdheid geeft tot het „case-work”. Wil men psychiatrisch sociaal werkster worden, dan werkt men daarna nog een derde jaar aan een van de M.O.B.-Opleidings Bureaus (Amsterdam en Den Haag). Het eerste jaar voortgezette opleiding is zuiver theoretisch. Het tweede jaar bestaat uit een praktisch en theoretisch gedeelte. Voor het praktisch gedeelte werkt men drie dagen per week in een door de opleidingscommissie uitgezochte instelling. Het werk, dat de stagiaire daar verricht, wordt gesuperviseerd door een ook weer door de opleidingscommissie aangestelde supervisor. Deze supervisor heeft als taak de leerling de beginselen van het case-work bij te brengen.

Na beëindiging van het tweede jaar mag de sociaal werkster zich case-worker noemen. Men is dan nog

geen psychiatrisch sociaal werkster. Hiertoe dient de vorming in het derde jaar, dat in een *opleidings M.O.B.* wordt doorgebracht. Ook hier gaan theoretische en praktische vorming parallel. Er wordt aandacht geschonken aan de begrippen van de psychiatrie, zowel van de volwassene als die van het kind. Het kind is het uitgangspunt bij een M.O.B. Maar daar de psychiatrisch sociaal werkster het contact met de ouders onderhoudt, zal zij, behalve kennis van de ontwikkelingsfasen van het kind, ook enigszins vertrouwd moeten zijn met de psychiatrie van de volwassene. Wèl te verstaan: zij oefent zelf geen therapieën uit, maar zij moet leren waar op behandelingsgebied haar mogelijkheden en begrenzungen liggen, waarbij dan onder een „behandeling” van de psychiatrisch sociaal werkster wordt verstaan het werken met de ouders, zolang het nog ligt in de normale gezonde relatie, en ook dit nog in overleg met het team of met een van de teamleden (veelal de psychiater). Ook in dit derde jaar speelt de supervisie een zeer belangrijke rol. Heeft zij dit derde jaar met goed gevolg doorlopen dan mag zij zich psychiatrisch sociaal werkster noemen.

„*Social case-work*” In het voorafgaande is gesproken over „social case-work”. Wat moet hieronder worden verstaan? Daar zijn vele definities over te geven. De meest acceptabele is die van Bowers, die mejuffrouw Kamphuis\* in haar boekje aanhaalt: „Social case-work is een kunst, waarin het op de hoogte zijn van de wetenschap van de menselijke relaties en geschouldheid in het hanteren van relaties worden gebruikt om in het individu vermogens te mobiliseren, benevens in de gemeenschap hulpbronnen, geëigend voor een betere aanpassing van de „cliënt” aan het geheel of enig deel van zijn omgeving.” Een lange definitie, maar een kortere is niet denkbaar, omdat het zoveel aspecten biedt, die geen van alle kunnen worden verwaarloosd. Het is een kunst en een wetenschap, tweeërlei facetten die niet kunnen worden ontbeerd. Persoonlijke intuïtie is goed en onmisbaar, doch moet kunnen worden gefundeerd en getoetst aan de wetenschap. Men moet dus de beweegredenen van de menselijke gedragingen weten te onderkennen en weten hoe deze gedragingen moet worden gebruikt, om de cliënt weer tot een zelfstandig lid van zijn gemeenschap te maken.

De social case-worker heeft een grondige psychologische kennis nodig, maar eveneens een introspectief vermogen om haar eigen persoon en haar gedragingen en tekortkomingen te leren kennen en eraan te handelen. Dit is dan ook een van de redenen waarom zij supervisie behoeft gedurende haar opleidingstijd en ook nog daarna.

Samen met haar supervisor gaat zij na wat er in een relatie gaande is, welke rol zij ten opzichte van de cliënt vervult, hoe zij op de reacties van de cliënt reageert. De supervisor geeft dus een objectief

\* M. Kamphuis: „Wat is social case-work”. Uitgave N. Samson N.V., Alphen a. d. Rijn.

beeld, maakt een intuïtief handelen bewust om zo doende te komen tot een zuiver en doelgerichte relatie.

Middel om hiertoe te geraken is het weergeven van het gesprek dat de cursist met de cliënt voert. Deze „recording” heeft een tweeledig doel. Vooreerst het reeds genoemde: het volgen van de gevoelsbetrekking tussen social case-worker en cliënt. Ten tweede het leren voeren van een gesprek. Het social case-work bedient zich van een speciale methodiek in het voeren van gesprekken die weer sterk op psychologische gronden is gebaseerd.

*Grondbeginselen van de juiste wijze voor een gespreksvoering* zijn: 1 het scheppen van een neutrale rustige omgeving; 2 aanhoren van de klacht, waarbij men actief moet leren luisteren; 3 hierbij is van essentieel belang dat men zich onthoudt van enig commentaar, hetzij goed- of afkeurig, anders wordt de cliënt gehandicapt in de uiting van zijn gevoelens; 4 samen met de cliënt uitvinden waar voor hem de essentie van zijn probleem ligt.

Door middel van doelbewust gerichte vragen gaat men vervolgens de cliënt aan het denken zetten, hoe hij zelf denkt zijn probleem te kunnen oplossen. Heeft de social case-worker het gevoel, dat hij hierbij een te eenzijdig gerichte denkwijze heeft, dan laat zij hem, liefst wederom op vragende wijze, de andere kant van zijn probleem of inzicht zien, zodat de cliënt over zijn inconsequenties of onjuiste handelwijze kan gaan nadenken. Op deze wijze geeft de social case-worker telkens kleine aanwijzingen, gericht naar de persoonlijkheid van de cliënt, waardoor hij zelf zijn moeilijkheden leert zien en leert oplossen voor zover dit mogelijk is. Het is dus niet de social case-worker die overreedt (wat vroeger in het maatschappelijk werk de gewoonte was), maar de social case-worker luistert; door af en toe echter een gerichte vraag te stellen geeft zij ongemerkt leiding aan het gesprek. De cliënt heeft hierdoor de gelegenheid tot zelfontplooiing te komen, waardoor het gevoel wordt geïntegreerd en niet opgelegd.

Social case-work is een groeiproces, waarin cliënt en social case-worker samen deelnemen. Dus niet de een gever, de ander ontvanger, maar het geschiedt op basis van wederkerigheid. De social case-worker heeft hierbij echter weer haar wetenschappelijke achtergrond. Zij weet hoe zij moet reageren en de gevoelens van de ander moet hanteren en gebruikt hierbij in sterkere mate dan in menig ander beroep haar eigen gevoel. Essentieel is dus: de gevoelens en de persoonlijkheid van de social case-worker. Deze vormen het instrument waarmee zij haar beroep uitoefent.

Deze wijze van gespreksvoering lijkt veel tijd te kosten. Uiteraard loopt een dergelijke behandeling over maanden, eventueel jaren, maar dan kan men ook van genezing spreken, terwijl wanneer men blijft „beïnvloeden van boven af”, de cliënt dirigeert, hij afhankelijk blijft van de „case-worker”. De „case-worker” op haar beurt raakt geïrriteerd, beklaagt

zich, dat de cliënt nog maar steeds niet wil inzien wat voor hemzelf het beste is (volgens haar) en door deze irritatie wordt de relatie vertroebeld en tenslotte in negatieve zin afgebroken.

Uiteraard zou er nog heel veel te vermelden zijn over het voeren van gesprekken, bijvoorbeeld het hanteren van persoonlijke vragen, de interpretaties, die kunnen worden gegeven, het openen en afsluiten van een gesprek (mag men dit teleurstellend voor de cliënt laten verlopen?) Tal van details moeten hier achterwege blijven omdat dit te ver zou voeren. \*

Uit het voorafgaande moge blijken, dat de beïnvloeding van de ouders niet mag worden gerekend tot de uitoefening van de geneeskunde, omdat deze beïnvloeding wordt beëindigd, zodra het duidelijk is dat psychopathologische factoren behandeling door een zenuwarts noodzakelijk maken. Desondanks kan niet worden verheeld, dat de grens tussen counseling en psychotherapie een zeer vage en subjectief bepaalde is.

Ook het opnemen van de anamnese voorzover het relevante gegevens betreft over de ontwikkeling van het kind, is in de opleiding zeer zorgvuldig geïnstrueerd, zodat met vertrouwen mag worden aangenomen, dat dit nauwkeurig gebeurt. Bovendien bestaat voor de andere teamleden nog de volledige mogelijkheid om de anamnese verder uit te diepen. Tot zover gekomen met onze uiteenzetting, zal men wellicht de verzuchting slaken: „Is dat nu wel nodig, deze aandacht van zo veel mensen voor één geval?” Het antwoord hierop moet bevestigend luiden. Het blijkt nagenoeg onmogelijk de verschillende wijzen waarop de patiënt benaderd moet worden te laten uitvoeren door één persoon. Evenzeer blijkt het onmogelijk het ziektebeeld goed te begrijpen zonder over alle informatie te beschikken. Bovendien gaat het M.O.B. van de grondgedachte uit, dat het voor het behoud van het vertrouwen van het kind absoluut noodzakelijk is, dat de psychiater geen regelmatig contact met de ouders onderhoudt, omdat anders al snel de gedachte bij het kind zou opkomen, dat de psychiater een verlengstuk van de ouders is. Dit denkbeeld zou remmend kunnen werken op de bereidheid tot diepergaand contact met de psychiater.

*Verwijzingsindicaties.* De laatste vraag die in het licht van het voorafgaande van betekenis kan zijn luidt: „Wanneer moet een patiënt nu naar een M.O.B. worden verwezen?” Ten einde deze vraag te beantwoorden is het goed, dat men in het oog

\* Ter verder oriëntering raadplege men: a het beknopte boekje van Annette Garrett „Gesprekstechniek”; b de uitvoerige beschrijving van Rogers: „Client centered therapy” en „Counseling and psycho-therapy”. (Counseling is een ietwat andere benadering dan het social case-work); hierin wordt een uitgebreide gespreksvoering behandeld. Ter algemene informatie over het geestelijk hygiënisch werk kunnen dienen: 1 De Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland. Uitgave van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid; 2 Gids voor Maatschappelijk Werk. Uitgave N. Samson N.V., Alphen a. d. Rijn.

houdt, dat bijvoorbeeld in grote steden naast de M.O.B.'s talloze andere voorzieningen zijn voor kinderen met problemen, zoals de jeugdpsychiatrische diensten. De indicatie voor de verwijzing zal daardoor sterk worden verschoven in de richting van gevallen, waarvan men aanneemt dat verbetering is te verwachten door milieu-beïnvloeding, al dan niet gecombineerd met psychotherapeutische beïnvloeding van het kind. In plaatsen waar minder gedifferentieerde voorzieningen zijn mag men verwachten dat de verwezen gevallen een grotere variabiliteit vertonen.

Naast gevallen van onderzoeken aangevraagd door officiële instanties ter beoordeling van bijvoorbeeld plaatsing in pleeggezinnen, zal men daar aantreffen: leer- en beroepsmoeilijkheden als gevolg van intelligentie of karakterdefecten, gedragsmoeilijkheden als bijvoorbeeld sterke agressiviteit, traagheid, oneerlijkheid, seksuele problemen, angsten, depressies, vereenzaming. Een categorie op zichzelf vormen de

klachten over enuresis, encopresis, duimzuigen, nagelbijten, eet- en slaapstoornissen en spraakstoornissen. Hieruit blijkt duidelijk, dat er nauwelijks een ordening mogelijk is in de redenen, die worden opgegeven om een kind te verwijzen.

Zeër in het algemene gesteld kan men zeggen, dat de competentie van het team — althans in theorie — de volledige spanwijdte van psychische stoornissen omvat. De psycholoog zal op het gebied van de begaafdheid, de lees- en schrijfstoornissen — zonodig — gericht onderzoek kunnen doen. De pediatr en psychiater zullen gezamenlijk naast psychische en sociale alle mogelijke fysieke factoren die kunnen leiden tot defecttoestanden bij de vorming van hun inzicht overwegen. Dit alles betekent, dat de verwijzing naar een M.O.B. het beste kan geschieden zodra de huisarts een gedragsafwijking — welke dan ook — heeft opgemerkt, waarvan hij vermoedt, dat het geen kortdurende verstoring is van het evenwicht.

## REFERATEN

### VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

59—027. *La Maladie hémolytique du nouveau-né par incompatibilité rhésus. Umdenstock, R. (1958) Presse méd. 66, 1912.*

In dit duidelijke overzicht behandelt de schrijver, na een historische inleiding, de kliniek. Primaire manifestaties van het rhesusantagonisme zijn erythroblasten anemie, icterus gravis familiaris en anasarca van foetus en placenta.

De erythroblasten anemie is de goedaardigste uiting van een rhesusantagonisme. De pasgeborenen worden zeer snel zeer bleek, met of zonder geelzucht. Het is een acute bloedarmoede, welke meestal spontaan geneest.

De icterus gravis familiaris is de meest karakteristieke vorm, waarin zich een rhesusantagonisme uit. Het kind wordt niet geel geboren, doch het is bleek met een specifieke grijsblauwe tint. Er zijn kleine paarsachtige of blauwe petechiën op lichaam en gezicht. De pasgeborene is opgeblazen en vertoont een dikke buik, het kind huilt zwak. Bij onderzoek valt de grote lever, de grote milt en de gele kleur van de navelstreng op. Geelzucht treedt nu snel op en is na twaalf uur intensief. Daarna volgen neurologische verschijnselen, slikmoeilijkheden, ademhalingsstoornissen, convulsies en de dood. Soms, hoewel de icterus vroeg optreedt en zeer intens wordt, blijven de hemorragische en de neurologische verschijnselen achterwege; in die gevallen is een goedaardig verloop mogelijk.

De hydrops van foetus en placenta is steeds dodelijk voor het kind.

Als secundaire manifestaties van het rhesusantagonisme worden de kernicterus en het syndroom van de galretentie beschreven. De eerste tekenen van kernicterus zijn zeer bescheiden, namelijk kleine afwijkingen in het gedrag van de zuigeling en vooral lichte tonusafwijkingen. Zeer snel wordt het beeld duidelijker en irreversibel: opisthotonus, dwangstand van de ogen, vooral naar beneden („en coucher de soleil”), een eigenaardig scherp, klagelijk huilen en, nu en dan, hevige

tonisch-klonische krampen. De kinderen sterven aan deze aandoening of blijven, als lichamelijke en geestelijke wrakken, in leven.

Het syndroom van de galretentie is minder acuut en minder dramatisch: de icterus blijft bestaan evenals de lever- en miltvergroting, terwijl bovendien de faeces ontkleurd zijn. De algemene toestand van het kind kan goed zijn en alle symptomen van lesies van het zenuwstelsel kunnen ontbreken. Het is dan zuiver een probleem van de intracaniculaire galretentie met de mogelijkheid van een langdurig verloop en van het optreden van levercirrosos.

Het bloedonderzoek preciseert de kwantitatieve en de kwalitatieve afwijkingen in het bloed van het kind en levert het bewijs van het immunologische conflict. Het hemogram van het kind toont een verminderd aantal erythrocyten; erythroblasten en reticulocyten; leukocytose en, soms als contrast, trombocytopenie. Het immunologische conflict wordt vastgesteld door bepaling van de bloedgroepen van moeder en kind, door het aantonen van anti-lichamen op de kinderlijke erythrocyten met de reactie van Coombs en het vinden van antistoffen in het bloed van de moeder. De bestudering van het kinderlijke bloed is nuttig voor de diagnose en voor de indicatie van een exsanguinatie-transfusie. In het moederlijke bloed wordt de identiteit van de antilichamen vastgesteld, hetgeen van groot belang is voor de keuze van een donor.

Pathologisch-anatomisch vindt men vooral afwijkingen in placenta, lever, milt en hersenen. De placenta is vergroot, vertoont interstitieel oedeem, trombosen en hemopoëtische eilandjes. In de lever zijn de sinusoiden uitgezet en gevuld met cellen, vooral erythroblasten. Men vindt matige lesies van de leverparenchymcellen en zeer veel bloedvormende eilandjes. Hetzelfde beeld vindt men in de milt. Macroscopisch valt aan de hersenen de goudgele kleur van de centrale kernen op, welke de naam kernicterus deed ontstaan. Microscopisch zijn er uitgebreide celbeschadigingen, tot ver buiten het gekleurde gebied.