

patiënten in alle ontwikkelingsfasen tot in het senium geven hem een behoefte aan meer kennis omtrent de positieve gezondheidszorg en geestelijke hygiëne.

Samenvattend zou men op de vraag „Wat verwacht de huisarts van de psychiater-psychotherapeut?” willen antwoorden: In de eerste plaats begrip voor de ontwikkeling die er plaats vindt in de huisartsenwereld, in de tweede plaats begrip voor de positie van de huisarts tussen de geneeskundigen, in de

derde plaats begrip voor de positie van de huisarts temidden van zijn patiënten.

- Balint, M. (1957) *The doctor, his patient and the illness*. Pitman. Londen.  
Buma, J. T. (1959) *Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg*. Nederlands Instituut voor Praeventieve geneeskunde. Leiden.  
Huygen, F. J. A. (1958) *Medisch Contact* 13, 764.  
Huygen, F. J. A. (1959) *huisarts en wetenschap* 2, 187; (1959) *idem* 3, 12, 54 en 135.  
Huygen, F. J. A. (1959) *R.K. Artsenblad* 38, 297.

## Structuur en werkwijze van het Consultatiebureau voor Alcoholisme

DOOR W. A. FRANSEN\*

*„De vraagstukken waar de huisarts mee te doen krijgt zijn bijna zonder uitzondering uiterst dynamisch. Hij staat als het ware middenin de stroom van mensen die op mars zijn op de levensweg, ieder met een eigen bestemming, ieder met een eigen aanleg, erfgoed en levenservaring, ieder ook met persoonlijke moeilijkheden, zorgen en lasten . . . . .”*

Buma.

De belangrijkste opdracht van de consultatiebureaus voor alcoholisme, die ook het leeuwendeel van hun werkzaamheden uitmaakt, is de alcoholistenzorg. Naast deze hebben zij nog een adviserende taak ten aanzien van individuele excessen en moeilijkheden, samenhangend met gebruik van alcoholica — bijvoorbeeld adviezen aan rechterlijke autoriteiten, verkeersinstanties, en andere — en een algemeen voorlichtende taak. Ten aanzien van deze laatste taken vertoont de werkwijze van de consultatiebureaus voor alcoholisme zeer veel overeenkomst met die van andere bureaus in de sector van de geestelijke gezondheidszorg. Deze bekend veronderstellend zullen wij ons in dit artikel beperken tot de eerstgenoemde taak.

Het is een algemeen ervaringsgegeven op de consultatiebureaus voor alcoholisme in Nederland, dat het aantal door artsen verwezen patiënten relatief gering is. Opmerkelijk is ook het aantal alcoholisten, dat meent dat de arts geen begrip heeft voor hun moeilijkheden. Het laatste behoeft niet zozeer te verwonderen als men weet dat alcoholisten zich in het algemeen slecht begrepen voelen; nu is het ook niet zo gemakkelijk voor de „leek” — hoe deskundig ook — zich werkelijk te verplaatsen in de paradoxale belevingswereld van de alcoholist.

Voor het eerste feit zijn waarschijnlijk een reeks van factoren aansprakelijk te stellen, waarvan wij er enkele mogen aangeven. Alcoholisme blijkt in de meeste gevallen eerder aanleiding te geven tot verontrusting in de maatschappelijke sfeer dan in

de medische sfeer, zodat de alcoholist meer kans loopt door maatschappelijke dan door medische raadslieden te worden verwezen; in de algemene waardering is drankzucht bovendien nog altijd meer een moreel dan een medisch probleem, immers zelfs de meest onbevooroordeelde ontkomt er niet aan de alcoholist anders te waarden dan bijvoorbeeld de morfinist; tenslotte moge gewezen worden op de omstandigheid, dat de consultatiebureaus voor alcoholisme, historisch gezien, meer met de werelden der drankbestrijding en justitiële reclassering van doen hebben dan met de medische wereld, al worden zij — zelfs officieel — reeds lange tijd als instellingen voor (geestelijke) gezondheidszorg erkend; de samenstelling van het team en het feit, dat de dagelijkse leiding meestal bij een niet-medicus berust, schijnen het niet-medisch aanzien te bestendigen.

De vraag, in hoeverre alcoholisme ziekte is, is een interessante maar theoretische kwestie, die buiten de opzet van dit artikel valt. Gedurende de laatste decennia zijn de deskundigen het er wel over eens geworden, dat alcoholisme zoveel ziekte-facetten bevat, dat het terecht als een ook medische aangelegenheid is aangemerkt. Het is echter zeker geen duidelijke ziekte-eenheid; alcoholisme lijkt eerder de collectieve uitdrukking te zijn voor verschillende aandoeningen, die excessief gebruik van alcoholica gemeen hebben. Deze aandoeningen zijn vrijwel altijd — ofschoon de een meer, de ander minder — complex, uitermate diffuus en veelal diep ingrijpend in de persoonlijkheid van de betrokkene en diens interactie met zijn wereld.

Naast de groep van verslaafde drinkers is een andere verhoudingsgewijze kleine groep te onderscheiden van alcoholisten die habitueel buitensporig veel gebruiken om een of andere spanning weg te drinken zonder echter het verslavingsyndroom te vertonen.

Het alcoholgebruik van beide groepen wordt gekenmerkt door relatieve excessiviteit, een specifieke functie en het obsessief karakter van het alcoholgebruik.

\* Directeur van het Medisch-Maatschappelijk Bureau voor Alcoholisme te Eindhoven.

*Relatieve excessiviteit.* De alcoholist drinkt, gelet op zijn persoonlijke tolerantie en omstandigheden, te veel. Dit hoeft niet te betekenen dat hij voortdurend alcoholica gebruikt; naast chronische zijn er immers ook periodieke, weekend- en zelfs gelegheidsalcoholisten.

*Een specifieke functie.* De alcoholhoudende drank wordt door de alcoholist voornamelijk gezocht vanwege zijn relaxerende werking; hij gebruikt hem, soms bewust, meestal onbewust, als emotioneel aanpassingsmiddel. Alcoholisten zouden een relatief lage spannings- en frustratietolerantie bezitten, samenhangend met defecten, afwijkingen en storingen van somatische of psychische aard — die inderdaad bij zeer veel alcoholisten zijn op te merken — òf met morele insufficiëntie. Bij een dergelijk relatief onvermogen is de tendens tot overcompensatie met behulp van een kunstmatig middel voor de hand liggend, zeker wanneer dat middel geen persoonlijke inspanning vraagt, vanuit de samenleving wordt opgedrongen en door de algemene drinkgewoonten in zijn eigenlijke betekenis wordt gecamoufleerd.

*Het obsessief karakter van het alcoholgebruik.* De alcoholist staat niet langer vrij ten aanzien van zijn alcoholgebruik. Deze obsessie — drinkdwang of drankzucht — is psychologisch gezien niet verschillend van de zucht van de morfist en andere narcomanen. Geleidelijk gaat zij de hele levenswijze, doch vooral de belevingswereld van de alcoholist beheersen; met als gevolg onder andere dissimulatie, een hecht systeem van rationalisaties en projecties, dat moet dienen ter verdediging van zijn levenswijze en waarin hij zelf gelooft, een daaraan corresponderende gedragswijze, niet zelden ernstig gepathiseerd, en een toenemende vereenzaming. De frequentie waarmee, de mate waarin en de wijze waarop deze pathologische occupatie tot feitelijk alcoholgebruik leidt, blijkt zeer sterk uiteen te lopen. Deze omstandigheid, het niet altijd chronische karakter van de drankzucht, is oorzaak van veel tragisch wanbegrip en fatale correctiepogingen, die het psychopathiseringsproces in ernstige mate kunnen versterken.

Daar, waar het eenmaal tot feitelijk alcoholgebruik is gekomen, werkt de drankzucht meestal onweersstaanbaar door; vanaf het moment dat de alcoholist alcoholica gebruikt, in welke kleine hoeveelheden ook, is de kans, dat hij zijn drinken nog onder controle kan houden, uiterst gering (controleverlies). Het zijn buiten de wilssfeer vallende factoren die hem er toe moeten brengen met drinken op te houden. Dit laatste verschijnsel doet zich bij de niet-verslaafde alcoholist uiteraard niet of in veel geringere mate voor; het is een typisch verslavingsymptoom.

*De structuur.* De meest voorkomende teamsamenstelling op het Consultatiebureau voor Alcoholisme is: sociaal-psychiater en een of meer gespecialiseerde maatschappelijk werk(st)ers. De leiding van het team berust bij de psychiater; de dagelijkse leiding

van het bureau in zijn geheel wordt door een der maatschappelijk werkers, de directeur, behartigd. Deze samenstelling is vereist om te worden erkend door de verschillende landelijke overkoepelingsorganen en om voor subsidie in aanmerking te komen. Enkele bureaus hebben in hun team ook reeds een pathopsycholoog en een pastorale medewerker opgenomen. De maatschappelijk werk(st)ers hebben meestal een volledige verbintenis met het bureau; de andere teamleden besteden slechts een deel van hun tijd aan dit werk.

*Wijze van functioneren.* Een of meermalen per week houdt het bureau aanmeldingsprekuren in de plaats van vestiging; voorzover wenselijk echter ook in andere plaatsen. Het aantal patiënten, dat zichzelf eigener beweging op deze spreekuren komt vervoegen, is verhoudingsgewijze gering. Het ziekte-inzicht van de alcoholist is meestal slechts zeer betrekkelijk en waar het wel voldoende is, is hun moed gewoonlijk te klein om het van hun schaamte te winnen, hoezeer hun toestand soms ook dwingt. De zwaarste opgave is niet, erkennen dat men te veel drinkt, maar laten blijken dat men de hulp van anderen nodig heeft om zichzelf weer meester te worden.

Het merendeel wordt dan ook aangemeld. Een belangrijk percentage door justitiële en politieautoriteiten; anderen door verwanten of bekenden, sociaal-charitatieve, medische en kerkelijke instanties, werkgevers enzovoort. In sommige gevallen blijft het bij de aanmelding; waar ziekte-inzicht en bereidheid tot verandering bij de patiënt ontbreken, kan ook het bureau niets doen, tenminste niet meer dan de naaste betrokkenen gelegenheid geven hun hart eens te luchten en adviseren, hoe zij kunnen proberen de situatie zoveel mogelijk op te vangen.

Waar inzicht en bereidheid wel aanwezig zijn, al is het slechts enigermate, tracht de maatschappelijk werker in een of enkele gesprekken met de patiënt en, voor zover nodig, met de naaste betrokkenen een beeld te krijgen van drinkpatroon, drinkgeschiedenis, verslavingsverschijnselen, roesgedrag en roesbeleving en van de problemen, ziekten, sociale en financiële moeilijkheden, morele wanordelijkheden, die het drinken compliceren; van de wijze, waarop het drinken en de verdere problemen worden beleefd, door de alcoholist zelf én door zijn levenspartners (echtgenoot, ouders, kinderen, broers en zusters, werkgever en collegae); van de interactie tussen de alcoholist en zijn omgeving, vooral wat betreft zijn drinkgedrag en de verdere problematiek; ten slotte ook van de verwachtingen die men — alcoholist, betrokkenen, verwijzende instantie — heeft van het bureau.

Uiteraard kunnen deze eerste gesprekken niet louter objectief informatief zijn. De situatie, waarin contact met het bureau wordt gezocht, is meestal een als zeer ernstig beleefde noodsituatie. Van het begin af wordt dan ook getracht persoonlijke vertrouwelijke relaties te scheppen tussen teamleden enerzijds en patiënt en de meest betrokken partners an-

derzijds; vanuit deze geborgenheid treedt vaak reeds spoedig een grote ontspanning in. Ook wordt bewust gestreefd naar verheldering van het inzicht in de eigen situatie; de alcoholistische tendens om de ernst van het drinken te dissimuleren wordt beantwoord met een tactische maar niet aflatende confrontatie met het drinken als de zeer waarschijnlijke bron van alle moeilijkheden.

Zo spoedig mogelijk — soms bestaan min of meer ernstige weerstanden — wordt de alcoholist in contact gebracht met de psychiater van het team. Deze krijgt de beschikking over de informatie en observaties van de maatschappelijk werker, waaronder meestal reeds een uitgebreide hetero- en een globale auto-anamnese. In zijn gesprekken met de alcoholist zal de psychiater zich een beeld trachten te vormen van diens persoonlijkheid, de structuur zijner problematiek, de betekenis van het drinkgedrag in deze structuur en de ernst van de verslaving. Op een daarna volgende teambespreking worden de door beide onderzoekers verkregen gegevens en indrukken vergeleken en getoetst. Soms blijkt aanvullend onderzoek gewenst bijvoorbeeld ten aanzien van de algemene lichamelijke toestand, van bepaalde anamnestic gegevens, van de interactie in het leefmilieu van de patiënt, neurologisch of psychotechnisch onderzoek. Zo spoedig mogelijk komt men gezamenlijk tot een, meestal voorlopige, diagnose en wordt de in te stellen therapie bepaald; de lage spannings-tolerantie van de alcoholist verdraagt geen langdurig onderzoek; hij wil resultaten zien.

Slechts in enkele gevallen kan worden volstaan met een enkelvoudig advies. Dit betreft veelal patiënten, bij wie van alcoholisme in strikte zin geen sprake is, of alcoholisten, wier toestand zo ernstig is, dat onmiddellijke opname voor een langdurige klinische behandeling noodzakelijk is. In het merendeel der gevallen behartigt het bureau zelf de therapie. De ervaring heeft geleerd, dat een ambulante behandeling, al of niet gecombineerd met een korte klinische aanzet, de voorkeur verdient; aard en ernst van complicerende ziekteverschijnselen of uitermate ongunstige milieu-omstandigheden kunnen indicaties zijn voor een langdurige klinische behandeling. In deze therapie zijn verschillende facetten te onderscheiden.

*Controle van de drinkdwang.* Het meest gebruikte hulpmiddel om de drinkdwang onder controle te krijgen zijn de bekende kuren, vooral de populaire Refusal-, respectievelijk Antabusekuur. De waarde van deze kuren is duidelijk overschat. Thans bestaat dan ook de neiging deze hulpmiddelen alleen te gebruiken bij die patiënten, wier emotionele reserve te gering blijkt te zijn — constitutioneel bepaald, of tengevolge van emotionele uitputting — om hun drinkdwang zonder deze hulpmiddelen de baas te worden. Ook ongunstige milieufactoren kunnen het gebruik van deze hulpmiddelen noodzakelijk maken. Waar nog enige emotionele reserve aanwezig is en de milieu-omstandigheden niet al te ongunstig interfereren verdient het aanbeveling de patiënt het

zonder deze hulpmiddelen te laten proberen, met intensieve psychotherapeutische ondersteuning. Recidieven kunnen, mits zij goed worden opgevangen, het ziekte-inzicht en de bereidheid tot behandeling versterken.

Om de emotionele reserve te beschermen en te vergroten wordt zoveel mogelijk aandacht besteed aan alle factoren, die deze reserve in omvang of beschikbaarheid (kunnen) aantasten, zoals slechte lichamelijke conditie, andere aandoeningen van somatische of psychische aard en allerlei moeilijkheden in de intermenselijke en maatschappelijke sfeer. In deze fase draagt de behandeling een sterk zorgend karakter; alle extrabelasting zal zoveel mogelijk worden voorkomen of ondervangen.

*Instructie.* Om de drinkdwang meester te worden en te blijven is nodig iets van die drinkdwang te weten; de alcoholist moet dan ook worden geïnstrueerd aangaande zijn drankzucht, zakelijk, grondig en voldoende genuanceerd. Hij moet bijvoorbeeld weten wat controleverlies betekent en bekend zijn met het chronische karakter van zijn onvermogen, het onvermogen om regelmatig matig te drinken.

*Heroriëntatie op andere mogelijkheden.* Tegen de achtergrond van de maatschappelijke drinkgewoonten betekent het onvermogen van de alcoholist een handicap. Hij moet weten dat hij een gehandicapte is, maar nog belangrijker is dat hij deze handicap kan accepteren en ermee leert leven.

Vrijwel elke alcoholist komt vroeger of later in de verleiding dit onvermogen te testen. De samenleving maakt het hem vaak niet gemakkelijk. Daarenboven is er nog de niet te onderschatten functie van het alcoholgebruik in zijn leven. Het herstel is dan ook niet bereikt als de alcoholist gedurende enige tijd niet meer heeft gedronken. Ook de door het verslavingsproces in de persoonlijkheid aangerichte schade dient hersteld. Niet zelden treedt een spontane regeneratie op als de patiënt uit de slopende kringloop van zijn verslaving raakt en niet meer drinkt, doch lang niet altijd is deze spontane regeneratie voldoende. Bovendien vraagt het wegvallen van het tot nu toe gebruikte relax-middel — symptoom van een foutieve emotionele huishouding, op basis van somatische en/of psychische wanordelijkheden of een insufficiënte levensinstelling — om heroriëntatie. Deze nu blijkt veel minder spontaan op te treden. Het soms jaren durende verslavingsproces heeft de persoonlijkheid verschaald en gefixeerd in soms zeer primitieve structuren. Er wordt derhalve naar gestreefd deze heroriëntatie op andere, meer gezonde aanpassingsmogelijkheden systematisch te bevorderen en te beïnvloeden.

Een goede therapie zou niet mogen worden beëindigd voordat alle in de patiënt aanwezige mogelijkheden zijn gemobiliseerd en geïntegreerd op het niveau, dat hij krachtens zijn constitutionele vermogens moet kunnen handhaven. Eerst dan zijn de kansen op recidief voldoende geminimaliseerd. Nog al te vaak wordt bij de behandeling van een

# Ampullen tabletten

volgens Uw  
speciale  
voorschrift

**Lansberg - Rotterdam**

ROZENLAAN 113a  
TELEFOON 010-180070



Dokter...

Misschien wordt U wel eens gevraagd of  
Liga in de fles kan worden toegediend.  
Dat kan!  
Liga lost geheel op en  
er is maar weinig van nodig.  
Voordelig en goed.

**LIGA** Krachtige Kost voor het Kind!

## LICARAN

## LICARAN

## LICARAN

## LICARAN

is een spasmoresolutivum van het gladde spierweefsel, waarvan zowel de werking als de werkingsduur aanzienlijk groter zijn dan van papavarine.

heeft een uiterst geringe toxiciteit en veroorzaakt in de aangegeven dosering geen bijwerkingen.

mag worden beschouwd als een belangrijke therapeutische aanwinst voor een groot aantal indicaties in de gastro-enterologie, de gynaecologie en de urologie.

flesje met 20 tabletten 50 mg  
doosje met 6 suppositoria 75 mg  
doosje met 6 ampullen (2 ml) 50 mg



**UNION CHIMIQUE BELGE - NEDERLAND**

Pharmaceutische Afdeling

LOMBARDKADE 49 a - ROTTERDAM-1

# Tofranil® 10 mg

N-( $\gamma$ -dimethylaminopropyl)-iminodibenzylum hydrochloricum

## Geigy



### Thymolepticum

voor affectieve stoornissen op  
oudere leeftijd, zoals  
ontstemming na apoplexie,  
dwanghuilen, querulante ontevredenheid,  
chronische geprikkeldheid,  
contact-armoede en bij chronisch-  
somatische aandoeningen,  
welke invloed hebben op de psyche.

Verpakkingen:  
Flacons à 60, 250 en 2000 dragees à 10 mg

J. R. Geigy A.G., Bazel

In licentie vervaardigd door  
Propharma N.V., postbus 60  
Haarlem

alcoholist volstaan met een poging de drinkdwang onder controle te krijgen, met of zonder hulpmiddelen. Een aantal der aldus behandelde patiënten recidiveert niet. Over het algemeen zijn dit de vrij goed gedisponeerde persoonlijkheden, die zich na hun bevrijding uit de drinkobsessie spontaan reoriënteren. De overigen, die niet spontaan tot een gezonde heroriëntatie komen, zullen vroeger of later weer gemakkelijk recidiveren. In dat geval worden zij als „onverbeterlijk” geoordeeld en als zodanig bejegend.

De consultatiebureaus voor alcoholisme hebben langzamerhand de beschikking gekregen over een geschakeerd arsenaal van therapeutische mogelijkheden, zoals farmacologische middelen, psychotherapie in engere zin, reëducatie, morele beïnvloeding, instructie, conditioneringsmethoden, enzovoort. Het is zeer zinvol gebleken de alcoholist niet uitsluitend individueel maar ook in groepsverband te benaderen. De Beweging van „Anonime Alcoholisten” heeft aan dit groeps karakter waarschijnlijk een goed deel van haar resultaten te danken.

Het is niet eenvoudig het eigen aandeel van de onderscheiden teamleden in de totale therapie scherp af te grenzen. De medicamenteuze behandeling en de psychotherapie in engere zin behoren uiteraard tot de uitsluitende competentie van de psychiatrische medewerker. Ten aanzien van het psychotherapeutische werk in ruimere zin levert echter ook de maatschappelijke medewerker, op de hoogte van „casework”- en „groupwork”-methoden, een belangrijk aandeel.

Orthodox psychoanalytische methoden zijn bij alcoholisten over het algemeen niet aan te bevelen. Hun lage spanningstolerantie en gebrek aan stabiliteit werken recidieven in de hand als er op een gegeven moment onbewust pijnlijk materiaal aan de oppervlakte van het bewustzijn gaat komen. De psychotherapie zal daarom meestal slechts analytisch georiënteerd zijn, gebaseerd op een voorzichtig begrip van de psychodynamica. Gedurende de therapie is er voortdurend overleg tussen de betrokken medewerkers, vooral tussen de psychiater, die de alcoholist in behandeling heeft, en de maatschappelijk werker, die met de milieutherapie is belast.

*Milieutherapie.* De milieutherapie is een ander belangrijk maar vaak verwaarloosd facet van de therapie. Gedurende de vaak lange ontwikkelingsgeschiedenis van de verslaving, met zijn desastreuze consequenties voor de persoonlijkheid van de alcoholist, is in het primaire levensmilieu van de alcoholist, zijn gezin, de huwelijksverhouding, de verhouding tot zijn kinderen enzovoort, meestal veel scheef gegroeid. Er zijn allerlei reactieve gedragspatronen ontstaan en gefixeerd, die, zolang de alcoholist dronk, soms zinvol waren, doch nu niet langer mogen worden bestendig. Ook al hoeft men de slachten en beschuldigingen van de alcoholist aan het adres van zijn naaste levenspartners

niet gauw als rechtmatig te beschouwen, het feit blijft, dat foutieve houdingen en gedragswijzen niet zelden een belangrijke rol hebben gespeeld in de genese en de versterking van de drankzucht. Ook deze dienen zoveel mogelijk te worden gecorrigeerd. Evenzeer als de alcoholist zelf heeft diens levensmilieu duidelijke en objectieve voorlichting nodig aangaande drankzucht, de belevingswereld van de alcoholist, diens handicap, enzovoort. Dit alles is onontbeerlijk om fatale uitingen, houdingen en gedragingen te voorkomen. Dit preventieve effect is echter niet het enige wat met deze milieutherapie wordt beoogd, immers de alcoholist heeft vertrouwen nodig, stilzwijgende bemoediging en solidariteit. Anderen, en wel door de alcoholist gewaardeerde anderen, moeten in hem geloven, niettegenstaande alle betoonde onbetrouwbaarheid, om hem weer in zichzelf te kunnen doen geloven. De prognose van alleenstaande alcoholisten blijkt over het algemeen zeer ongunstig te zijn.

Ook kan het nodig zijn corrigerend en/of voorlichtend te werken ten aanzien van het verdere levensmilieu: het werkmilieu, allerlei maatschappelijke organen, waarvan houding en maatregelen van grote importantie kunnen zijn, en de ontspannings sfeer. Bij een aantal patiënten zijn de mogelijkheden voor een directe therapeutische aanpak zo gering — te dom of al te zeer gestoord — dat men alleen nog door middel van conditionering van het milieu kan trachten verandering van gedragswijze te bewerkstelligen.

*Mogelijkheden van de huisarts.* Iedere arts met enige kennis van de verslavingsdynamiek en de consequenties hiervan voor de persoonlijkheid van de alcoholist kan drankzucht behandelen. De nogal frequent optredende complicaties zullen de huisarts er echter gemakkelijk toe brengen de alcoholist te verwijzen. Met de behandeling van de complicaties alleen is de alcoholist echter niet hersteld. Drankzucht moge genetisch gezien misschien altijd symptomatisch zijn, eenmaal aanwezig is zij niet meer als symptoom te verwaarlozen; zij heeft haar eigen dynamische syndroom en vraagt een intensieve behandeling, waarbij de gehele persoonlijkheid van de patiënt is betrokken.

De moeilijkheden voor de huisarts liggen niet zo zeer in de specifieke geaardheid of de complexiteit van de kwaal, alswel in het zeer tijdrovende karakter van de behandeling die zij vraagt. De ideale behandelingscapaciteit van een teameenheid op een consultatiebureau voor alcoholisme, dat wil zeggen een „fulltime” maatschappelijk werker en een „parttime” psychiater, wordt geschat op 70 tot 80 patiënten per jaar; de behandeling strekt zich ook uit over een tijdsduur van gemiddeld ongeveer twee jaar. Het kan dan ook bijna niet anders of de alcoholist moet in de huisartsenpraktijk, waar hij niet of slechts incidenteel als een acuut hulpbehoevende wordt beleefd, tekort komen.

Hier staat tegenover dat het juist de huisarts is, die dikwijls het eerst met de drankzucht wordt gecon-

fronteerd. Meestal reeds lang voor dat zich bij de alcoholist bepaalde lichamelijke afwijkingen voordoen, wordt hij in vertrouwen genomen en om advies gevraagd door de lijdende partij, of erop geattendeerd via neurotische ziekteverschijnselen bij huwelijkspartner, ouder en/of kinderen of via gesimuleerde ziekten bij de alcoholist die zijn werkverzuim moeten dekken. Het heeft in deze situaties over het algemeen weinig zin de alcoholist de les te lezen, hem te confronteren met zijn toekomstige ondergang of te appelleren aan zijn verantwoordelijkheidsbesef. Meer resultaat is te verwachten van een of enkele persoonlijke respectvolle gesprekken, waarin men hem, liefst aan de hand van de concrete gegevens, ervan tracht te overtuigen, dat hij inderdaad alcoholist is, en hem zakelijk vertelt wat dit zeggen wil: zijn onvermogen in dit opzicht, de noodzaak en de mogelijkheden om er iets aan te doen. Door op deze wijze een en ander in de medische sfeer te trekken kunnen heel wat weerstanden bij de alcoholist zelf en bij de direct-betrokkenen — opgeroe-

pen door de algemene opvatting dat het om wandgedrag, ondeugd en onwil gaat — worden opgeruimd.

Wordt verwijzing wenselijk geacht, dan verdient het aanbeveling deze verwijzing voor de alcoholist zoveel mogelijk te vergemakkelijken en daardoor min of meer onontkoombaar te maken; de alcoholist mist alle heldhaftigheid en zijn behoefte te kunnen blijven drinken is groot. Het consultatiebureau voor alcoholisme is hierop ingesteld en toont, zo nodig, een grote tegemoetkomendheid.

Ook na de verwijzing kan de huisarts een waardevolle bijdrage blijven leveren door de relaties van de patiënt en zijn gezin of familie met het consultatiebureau te steunen met zijn interesse, vertrouwen en prestige, door, waar nodig, verhelderend op te treden en inzicht te wekken in de problematiek en belevingswereld van de alcoholist, en door een voortijdig opgeven van de behandeling — een algemene neiging zodra het een tijdje goed gaat of bij ernstige ontmoediging — te ondervangen.

## SPOEDEISENDE GEVALLEN IN DE ALGEMENE PRAKTIJK (20)

### *Asthma cardiale*

DOOR J. L. CHAILLET\*

*Inleiding en definitie.* Asthma cardiale kunnen wij per definitie omschrijven als een astma aanval van cardiale genese. Asthma cardiale is een toestand van paroxysmaal optredende dyspnoe en het ontleent de naam astma aan het karakteristieke respiratie type. Wordt men geroepen bij een patiënt met acute dyspnoe, dan denke men aan de volgende mogelijkheden:

*Cardiovasculair:* Asthma cardiale, paroxysmale tachycardie bij al of niet manifest hartlijden, coronair infarct, paroxysmale tensiestijging bij phaeochromocytoma en acute nephritis.

*Pulmonaal:* Asthma bronchiale, griepneumonie, bronchopneumonie, longembolie, pneumothorax (spontaan), corpus alienum, hyperventilatiesyndroom, larynxoedeem, bloeding in de schildklier, hematothorax, acute uitzetting van een longbulla en massieve longcollaps.

*Cerebraal:* Paroxysmaal longoedeem bij cerebrale lesies en Cheyne-Stokes ademhaling.

Asthma cardiale gaat, indien het progressief is, over in acuut longoedeem. Het zal daarom nodig zijn in deze verhandeling over asthma cardiale ook het acute longoedeem te betrekken.

De veelheid van oorzaken, die aanvallen van longoedeem kan opwekken, en de zéér uiteenlopende

theorieën, waarmee beproefd is deze aanvallen te verklaren, brengen het feit nog eens onder de aandacht, dat het een van de meest interessante maar nog steeds onbegrepen acute syndromen is.

*Klinisch beeld.* Een aanval van asthma cardiale kan op elk moment van de dag of de nacht optreden. Precordiale pijn of druk, rusteloosheid en droge, niet produktieve hoest, kan aan de aanval voorafgaan. De respiratie wordt dan moeilijker en meestal ook versneld. Snel kan nu rochelen op gaan treden en de patiënt kan dan wit of rose schuimend sputum opgeven. De hoeveelheid sputum is wisselend van enkele fluïmen tot twee of drie liter schuim in één tot twee uur. Braken en defaecatiedrang kan erbij optreden.

De typische anamnese van een aanval van asthma cardiale is als volgt.

De heer A. is 's avonds tegen elf uur normaal naar bed gegaan en in slaap gevallen. Hij had het die dag druk gehad en veel moeten lopen, doch 's avonds had hij zich niet meer moe gemaakt en alleen zijn krantje zitten lezen. Midden in de nacht, omstreeks twee uur, wordt hij wakker en bemerkt een flinke dyspnoe. Zowel in- als exspiratie zijn zodanig bemoeilijkt, dat hij rechtop in bed of zelfs op de rand van het bed gaat zitten om enige verlichting van zijn lijden te vinden. De aanval kan hiermee overgaan, om in een volgende nacht met grotere heftigheid op te komen zetten. Bij een zwaardere aanval heeft de patiënt grote behoefte aan frisse lucht en als hij

\* Cardioloog, conservator van de cardiologische afdeling van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht.