

Enige sociale en psychische aspecten van de indicatie tot klinische verpleging van volwassen astma-patiënten

DOOR DR J. A. C. DE KOCK VAN LEEUWEN, ZENUWARTS TE OEGSTGEEST *

Inleiding. Bij kinderen met astma wordt de gunstige invloed van klinische verpleging vrijwel algemeen erkend. Daarentegen bestaat er over de indicatie tot opname van volwassen astma-patiënten nog lang geen communis opinio. Tot nu toe blijkt deze indicatie in de meeste gevallen te berusten op een noodtoestand van fysieke aard, zoals een status asthmaticus of een ernstige (complicerende) bronchus-infectie.

Ondanks talrijke onderzoeken is het nog niet gelukt de oorzaak van het astma met zekerheid vast te stellen. De meest aannemelijke conclusie is, dat het astma primair een constitutionele, dus aangeboren aandoening is, welke zich kan manifesteren, zodra er in de buitenwereld bepaalde belastende condities aanwezig zijn. Maar ook over de aard van deze belastende condities bestaat nog veel meningsverschil.

Dat allergische factoren in een deel der gevallen aansprakelijk zijn, is wel zeker. Voorts wordt door vele patiënten het klimaat of de weersgesteldheid als oorzakelijke factor aangewezen. Dit zijn echter uiterst complexe verzamelbegrippen, waaronder allerlei variabele factoren schuilgaan, zoals temperatuur, vochtigheidsgraad, luchtbeweging, zonneschijn, luchtverontreiniging, allergeen-concentratie, ioniserende activiteit, enzovoort. Deze zaken te ontwarren is vrijwel onmogelijk.

Ten aanzien van de invloed van sociale en psychische factoren is de bewijsvoering zeker nog niet voltooid. Wel weten wij, dat — zeker bij kinderen — emotionele belasting aanleiding kan zijn tot het optreden van astma-aanvallen. En bij volwassen astmalijders onthult een nauwkeurige anamnese dikwijls, ook zonder dat daarnaar op suggestieve wijze is gevraagd, dat geestelijke spanningen het gevoel van benauwdheid doen toenemen.

De bedoeling van deze beschouwing is te wijzen op het belang van deze sociale en psychische factoren bij het stellen van de indicatie tot opname van volwassen astma-patiënten. Teneinde deze factoren te isoleren is het nuttig een hypothese op te bouwen over het ontstaan van bepaalde karaktereigenschappen, welke bij astmalijders frequent worden aangetroffen.

Wordingsgeschiedenis. Bij een kind, geboren met een astmatische constitutie, zien wij, in een

klassiek geval, reeds vroeg dauwworm ontstaan, spoedig gevolgd door aanvallen van benauwdheid.

Nu kan men — lichtelijk generaliserend — zeggen, dat ieder ziek kind bij zijn ouders of verzorgers schuldgevoelens opwekt. Is de ziekte gelimiteerd van duur en vooral geneeslijk van aard, dan blijven deze gevoelens meestal binnen redelijke grenzen, dat wil zeggen zij zijn goed te verwerken. Blijkt de ziekte echter een geprotraheerd verloop te nemen en het aspect van slechte geneesbaarheid te krijgen, dan wordt de psychische belasting aanmerkelijk vergroot.

Als het kind steeds huilerig is en zich voortdurend wil krabben en bovendien af en toe stik-neiging heeft, wordt de moeder geconfronteerd met en gefrustreerd door haar onmacht om afdoende hulp te bieden. Zij verdubbelt dus haar zorgen en ontwikkelt de instelling, dat alle potentiële bedreigingen van de gezondheid van haar kind uit de weg moeten worden geruimd.

De ouders reageren dus op de astmatische symptomen van het kind niet alleen met bezorgdheid en angst, maar ook met onbewuste gevoelens van schuld en reactieve agressie. Het opvoedingspatroon is dan ook gekenmerkt door over-protectie en andere manifestaties van onbewuste agressie. Het karakter van het kind wordt zodoende geconditioneerd in de richting van over-afhankelijkheid, minderwaardigheidsgevoelens en reactief verzet tegen de dominante bescherming.

Wij veronderstellen dus enerzijds een opvoedingsconditionering door het kind bij de ouders en anderzijds een karakterconditionering door de ouders bij het kind. De motor van deze reciproke conditionering is de astmatische constitutie, welke tot een incurabele ziekte lijkt te voeren.

Wanneer het kind volwassen wordt heeft het een flinke kans aan astma te blijven lijden, indien niet door de een of andere behandelende instantie in het bovenomschreven proces wordt ingegrepen.

Toestand op volwassen leeftijd. In onze westerse maatschappij kan een mens zich gemeenlijk niet onttrekken aan contacten met zijn medemensen en een astma-patiënt kan dit dus evenmin. Nu valt vaak waar te nemen, dat de buitenwereld zich tegenover de astmalijders op analoge wijze gedraagt als vroeger de ouders. Ook de buitenwereld (gezin, beroeps- en ontspanningskring) begint met zich ongerust te maken over de benauwdheid en daarover schuldgevoelens te ontwikkelen. Doch als de aan-

* Psychiatrisch adviseur van de astmakliniek „Eugenia” te Davos.

vallen zich keer op keer herhalen en bovendien gepaard gaan met hoesten en rochelen, ontstaat ook bij de buitenwereld geleidelijk een reactieve agressie, die zich kan ontladen in opmerkingen als: „Stel je niet zo aan”, „Wees nu eens flink”, „Probeer nu eens rustig adem te halen” of „Houd op met dat eeuwige gehoest en dat vieze gerochel”.

Ook de artsen behoren tot deze buitenwereld. En als ieder mens is ook de arts onderhevig aan gevoelens van schuld, van agressie en van machteloosheid. Deze gevoelens manifesteren zich bij de arts vaak in een behoefte aan verwijzing en zo zien we het beeld ontstaan van de patiënt, die van de ene specialist naar de andere wordt verwezen en die bovendien zelf vaak nog paragnosten en andere zichzelf als geneeskrachtig aanprijzende lieden gaat bezoeken.

Voor de patiënt betekent de arts een milieu-uitbreiding. Ook tegenover deze behandelende instantie zal de patiënt na kortere of langere tijd „zich laten kennen zoals hij is”. Reageert de arts nu op dezelfde wijze als het hele milieu, dan zal daaruit zeker geen vruchtbare relatie ontstaan.

De arts moet dus op een andere wijze reageren. Hij moet zich bewust zijn dat de patiënt op een bepaalde wijze geconditioneerd is en hij moet proberen hem te reconditioneren. In vele gevallen zal dit echter op moeilijkheden stuiten, dezelfde moeilijkheden waarop iedereen stuit, die zich met heropvoeding bezig houdt. Deze moeilijkheden komen voort uit het milieu van de patiënt. Het milieu heeft zich immers ingesteld op een bepaald gedragspatroon van de patiënt. Als nu de patiënt — onder invloed van zijn relatie met de behandelende instantie — zijn habituele gedrag gaat wijzigen, dwingt hij het milieu zich ook te wijzigen. Het milieu echter gehoorzaamt aan de wet der traagheid; het blijft zijn gebruikelijke reacties vertonen. Om met de veranderde patiënt weer in een goed evenwicht te komen moet het zich veranderen. Meestal zal dit echter slechts gelukken indien het milieu wordt onderworpen aan een actieve beïnvloeding. Gebeurt dit niet, dan is ook bij een effectieve relatie tussen arts en patiënt de kans groot dat de therapie zal mislukken.

Het doorbreken van de gefixeerde foute conditioneringen. De noodzakelijke systematische beïnvloeding van het milieu kan het beste geschieden door een medisch maatschappelijk werkster. Haar taak is zeker niet in de eerste plaats het verzorgen van allerlei materiële voorzieningen, zoals andere huisvesting, ander werk, beter bed, stofvrije kamer en dergelijke. Integendeel, deze maatregelen passen juist in het patroon van de overbezorgde moeder, die vooral alle potentiële schadelijke agentia uit de weg wil ruimen. De taak van de maatschappelijk werkster is vooral om door middel van een serie gerichte gesprekken de relaties tussen de patiënt en de emotioneel-belangrijke figuren uit zijn omgeving te analyseren en vervolgens — in nauw overleg met de arts — te trachten de meest schadelijke ingesle-

pen acties van deze figuren via bewustmaking te elimineren. Het spreekt vanzelf, dat de medisch maatschappelijk werkster voor dit alles een speciale opleiding nodig heeft. Even vanzelfsprekend is het, dat vruchtbaar werk alleen mogelijk is door nauw overleg met de behandelend arts, waarbij moet worden verondersteld, dat de arts bereid is deze rol van het medisch maatschappelijk werk te accepteren.

Toch lukt het zelfs bij een dergelijke brede aanpak vaak niet de vicieuze cirkel te doorbreken. De beïnvloeding van de patiënt door de arts en van het milieu door de maatschappelijk werkster kan niet anders dan van incidentele aard zijn en soms ziet het milieu kans door improductieve wrijving met de patiënt alle therapeutische effecten ongedaan te maken. Een dergelijke situatie nu levert een indicatie tot klinische behandeling. De kansen op een gunstig effect zijn daarbij het grootste, wanneer de kliniek zich speciaal op de gerichte behandeling van dergelijke patiënten toelegt. Verder is het van voordeel, wanneer de kliniek niet te dicht bij de woonplaats van de patiënt is gelegen, zodat het ongewenste bezoekcontact automatisch tot een minimum wordt beperkt.

Behandeling in de kliniek. De keten, dat de patiënt veel ziek is, ergernis en contra-agressie wekt bij zijn milieu, daardoor zelf weer spanning oplaadt, enzovoort, wordt door de opname abrupt onderbroken. In de kliniek is de patiënt dus meestal snel van zijn astma-aanvallen bevrijd. Hierdoor ontstaat echter een nieuw probleem. Zodra de patiënt niet meer door ziekte aan zijn bed is gekluisterd, gaat hij andere eisen stellen. De psychische regressie tot een kinderlijke afhankelijkheid neemt af en hij zoekt naar bezigheid. Het welfare-werk is hiervoor onvoldoende, omdat de bijna valide patiënt deze lichte werkzaamheden niet als een volwaardige tijdspasser beschouwt. Zijn mobiliteit dwingt bovendien tot een soort van toezicht, waarvoor onze verpleegsters in het algemeen niet zijn opgeleid. De kliniek dient dus op een speciale leest te zijn geschoeid.

Aan de ene kant moet het lichamelijke prestatievermogen worden opgevoerd, onder andere door sport en gerichte gymnastiek en — indien er allergische factoren zijn aangetoond — door een desensibilisatie-behandeling. Aan de andere kant moet de psychische habitus worden gereconditioneerd. Hiertoe maakt men gebruik van een gerichte gespreksvoering door de behandelend arts en van een gerichte hantering van de relaties, welke de patiënt in de patiëntengemeenschap opbouwt. Hij komt immers in contact met mede-patiënten, die hem niet kennen en die dus te zijnen opzichte niet zijn belast met een „verleden”, waarin bepaalde gewoonten zijn ingeslepen. Hier wordt de gemeenschapstherapeut ingeschakeld, die zich — door voortdurende observatie van de wijze, waarop de patiënten met elkaar omgaan — een beeld tracht te vormen van de daaraan ten grondslag liggende psychische krachten. Als hij zich hiervan een heldere voorstelling

heeft gemaakt, kan hij, in nauwe samenwerking met de behandelend arts, in groepszittingen aan de patiënten duidelijk trachten te maken, hoe ze zich gedragen, en daardoor een bijdrage leveren tot het zelfinzicht.

Gedurende de periode, dat de patiënt in de kliniek verblijft, richt in zijn woonplaats de medisch maatschappelijk werkster, in nauw overleg met de huisarts van de patiënt, haar activiteiten op diens milieu, dat door de afwezigheid van de patiënt óók kans heeft wat afstand te nemen. Daarbij tracht zij het milieu bewust te maken, hoe het tegenover de patiënt een schadelijke houding aanneemt en hoe het onbewuste weerstanden toont, wanneer het deze houding moet veranderen. Uitwisseling van haar bevindingen met die van arts en gemeenschapstherapeut in de kliniek is natuurlijk noodzakelijk.

Deze gecombineerde activiteiten trachten dus het volgende te bereiken: enerzijds een patiënt, die zodanig is veranderd, dat hij fysiek en psychisch beter is opgewassen tegen de belasting, welke van het milieu uitgaat; anderzijds een milieu, dat zodanig is gewijzigd, dat het de verandering in de patiënt kan accepteren en daardoor geen druk meer uitoefent in de richting van de vroegere vicieuze cirkel. Het spreekt vanzelf, dat ook na de terugkeer van de patiënt de behandelend arts en de maatschappelijk werkster in gezamenlijk overleg al het hunne blijven bijdragen om de voorspoedige groei van een nieuw en hopelijk produktief evenwicht mogelijk te maken.

Van groot praktisch belang is natuurlijk de vraag naar de duur van het verblijf in de kliniek. Hoeveel tijd zal er verlopen, voordat de diepliggende gewoonten niet alleen duidelijk zijn gediagnostiseerd, maar ook zodanig zijn beïnvloed, dat ze kunnen worden opgegeven, zodat de vrijheid bestaat iets nieuws te beginnen? Het antwoord op deze vraag kan nog niet worden gegeven vanuit een goed gefundeerde empirie, maar een voorlopige schatting, ten dele gebaseerd op ervaringen met psychiatrische patiënten, doet deze periode stellen op vier tot zes maanden. Dit zal ook samenhangen met de leeftijd en daardoor de beïnvloedbaarheid van de patiënt. In het algemeen kan worden gesteld, dat deze wijze van werken de beste kans van slagen heeft bij patiënten beneden de veertig tot vijfenveertig jaar.

In het voorafgaande werd uiteengezet van welke hypothetische basis bij de behandeling wordt uitgegaan. Dit moge worden geïllustreerd met een uittreksel uit het dossier van een patiënt.

Een man van ongeveer vijftig jaar, wonend in een middelgrote gemeente, is reeds jarenlang gehuwd en heeft twee volwassen kinderen, van wie er een gehuwd is. Hij is afkomstig uit een klein middenstandsgeslacht en vertelt dat de relatie in zijn familie zodanig was, dat hij het niet in het familiebedrijf kon uithouden.

Gevraagd naar zijn eigen mening over de oorzaken van het astma, dat hem gedurende ongeveer drie jaar, voorafgaande aan de opname, nagenoeg invalide heeft doen zijn, antwoordt hij, dat bepaalde stoffen waarmede hij op zijn werk in aanraking komt erg prikkelen en voorts dat de klachten door

mist worden verergerd. Hij is er zich volgens zijn zeggen niet van bewust, dat geestelijke spanningen van invloed zijn op zijn ziekte.

Bij herhaalde opnamen in verschillende ziekenhuizen werd vastgesteld, dat patiënt een tamelijk ver voortgeschreden emfyseem en een chronisch recidiverende bronchitis heeft, waarschijnlijk gesuperponeerd op een primair chronisch astma. Deze ziekte komt in zijn familie meer voor. Bovendien werd vastgesteld dat patiënt allergisch was voor een aanzienlijk aantal stoffen, echter niet voor die, welke hijzelf als schadelijk had aangegeven.

De vrouw van patiënt maakte bij het eerste huisbezoek van de maatschappelijk werkster een zeer gespannen indruk en leek niet meer tegen de situatie opgewassen. De huisarts van het gezin vertelde dat dit inderdaad het geval was. Naar zijn mening betrof het hier een keurig en degelijk gezin dat door de langdurige ziekte van de man was ontredderd. In tegenstelling tot patiënt zelf meende de huisarts wel degelijk dat psychische spanningen astma-aanvallen uitlokten. Ondanks alle moeite was hij er echter nooit in geslaagd voor zijn mening een concreet houvast te krijgen.

Op grond van de totaal vastgelopen situatie en het feit dat patiënt in Nederland al een groot aantal klinieken was gepasseerd, verzocht de huisarts opname in de kliniek in Davos. Hiertoe werd — met vereende inspanning — toestemming verkregen van het ziekenfonds en van de gemeente.

In Zwitserland aangekomen was patiënt in korte tijd volledig mobiel. Hij deed volop mee met het fysieke revalidatieprogramma en verbeterde zijn prestatievermogen op ongehoofde wijze. De bronchitis werd met antibiotica snel bestreden en keerde — behoudens één licht recidief — niet meer terug.

Het contact van de maatschappelijk werkster met de achtergebleven echtgenote verliep de eerste keren wat stroef. De vrouw maakte de indruk zich ergens zorgen over te maken, doch zich daarover niet te willen uiten. Bij een onderhoud van de maatschappelijk werkster met een van de kinderen kwam echter naar voren, dat de echtgenote in het algemeen niet veel erkenning van haar man kreeg en dat dit haar heel hoog zat. Toen dit punt in een volgend gesprek met de vrouw ter sprake werd gebracht, ontlaadde zij ineens alle sinds jaren opgekropte gevoelens. Het bleek dat de echtelieden al jaren uit elkaar waren gegroeid ondanks de pogingen van de vrouw haar man te binden. In een serie gesprekken — in voortdurend en nauw overleg met de huisarts gevoerd — bleek ten slotte dat de problemen voortkwamen uit sterke homoseksuele neigingen bij de man.

De bevindingen werden, met toestemming van de vrouw, medegedeeld aan de behandelende arts in Davos. Deze bracht ze in de loop van zijn besprekingen met de patiënt ter sprake en bewerkstelligde daarmee een grote ontspanning bij de patiënt; bovendien wekte hij bij hem begrip voor de problemen van de echtgenote. Toen de vrouw met een bezoekreis naar Zwitserland ging, deed zich de gelegenheid voor, beide echtelieden gezamenlijk over hun zorgen te laten spreken. Dit gesprek vormde de basis waarop later weer met ieder afzonderlijk kon worden doorgesproken. Als verrassend neveneffect deelde de huisarts mede, dat de vrouw, die reeds jaren met allerlei onrijpbare somatische klachten op zijn sprekkur was geweest, nu volkomen goed was.

Intusselven was, als tweede activiteit, de maatschappelijk werkster op verzoek van de patiënt een onderzoek begonnen naar de mogelijkheden van ander werk voor patiënt. Deze pogingen werden, zij het pas op de lange duur, met succes bekroond.

Na de terugkeer van patiënt werd het gezin op verzoek van de huisarts nog een aantal keren bezocht. Hierbij bleek dat de hereniging geenszins zonder strubbelingen was verlopen. Echter bleek ook dat en man en vrouw over hun dode punt waren heengeholpen en erin waren geslaagd een nieuwe basis te scheppen. Slechts zeer incidenteel kreeg patiënt nog een (lichte) astma-aanval, die echter niet tot arbeidsverzuim leidde. Het grote probleem echter vormt de verhoogde gevoeligheid voor infecties. Bij het laatste bezoek, ruim een jaar na het ontslag, bleek dit weer aanleiding te hebben gegeven tot een flinke bronchitis.

Desondanks menen wij, dat de klinische behandeling voor

dit gezin nieuwe mogelijkheden heeft geopend, welke waarschijnlijk op geen andere wijze kunnen worden geboden.

Samenvatting. Uitgegaan wordt van de veronderstelling, dat het astma, als constitutionele aandoening, aanleiding kan zijn tot een vicieuze cirkel van schadelijke gewoonten bij de patiënt en bij zijn

milieu. Door opname van de patiënt in een kliniek, waar aan de psychische reconditionering op systematische wijze aandacht wordt geschonken, en door gelijktijdige, goed gecoördineerde beïnvloeding van het milieu door een medisch maatschappelijk werker, zullen deze schadelijke gewoonten waarschijnlijk op de beste wijze kunnen worden bestreden.

Huisarts en schoolarts: hun communicatieproblemen

DOOR J. HOEING, SCHOOLARTS TE ALPHEN AAN DEN RIJN

De verhouding huisarts-schoolarts is zelden onderwerp van een schriftelijk relaas; zij bevindt zich in de schaduw van ons medisch denken. Toch ervaren vele schoolartsen hun communicatie met de huisarts als een probleem (het omgekeerde lijkt minder vaak voor te komen). Vandaar deze overpeinzing, die slechts ten doel heeft de wenselijkheid van meer contact te belichten.

De schoolarts is een collega, die kinderen van de schoolgaande leeftijd zo af en toe — al dan niet grondig — onderzoekt en de gevonden afwijkingen meldt aan de huisarts, de centrale figuur in het gezin. De schoolarts wordt daarbij, terecht, geenszins erkend als hogere medische autoriteit; hem wordt geen specialistische kennis toegedacht en wat hij verwijst betreft nog al eens afwijkingen van wat men zou kunnen noemen „lagere orde”, zoals myopieën, hypertrofische tonsillen, adenoïde vegetaties enzovoort, afwijkingen dus, die weliswaar aantoonbaar zijn en ongerief met zich brengen, maar die de levensduur en de gezondheid in engere zin nauwelijks of niet bedreigen. Deze afwijkingen maken ondanks hun relatieve eenvoud meestal een bezoek aan een specialistisch geschoold collega nodig. Deze situatie: schoolarts - huisarts - verwijskaart - specialist bevordert niet de populariteit van de schoolarts.

Theoretisch is de schoolarts niet beperkt in zijn preventieve werk, maar het is de vraag hoe ver preventief werk gaat. Heilgymnastiek en spreeklessen, in ons land algemeen ondergeschikt gemaakt aan de schoolartsendiensten, worden ongetwijfeld voorgeschreven ter preventie van ernstiger afwijkingen, hetzij fysisch hetzij psychisch, maar vallen zij ook niet onder de curatieve vorm van geneeskunde? Ook het hanteren van deze hulpmiddelen zal soms keer niet bijdragen tot de populariteit van de school-

Bovenstaande voorbeelden kunnen gemakkelijk worden aangevuld zonder verrijkend te werken. Zoals de huisarts zijn routinewerk kent, zo is hier vóór geschetst hoe het routinewerk van de schoolarts in de huisartsenpraktijk dringt. Hier is een éénrichtingsverkeer, dat niet tot wezenlijk contact leidt en gemakkelijk de indruk wekt dat een verder zich verdiepen in elkaars werk ten gunste van het schoolkind niet nodig is, terwijl dat wel degelijk het geval is.

Is de huisarts heer en meester in het eerste milieu (het gezin), het tweede milieu is in enkele opzichten het terrein van de schoolarts. Hij krijgt het kind te zien in zijn bestaansvorm buiten het gezin, hij krijgt ook een kijkje achter de schermen van de houding van het gezin tegenover het zo belangrijke tweede milieu: de school. Hij hoort de medespelenden van de school, als de onderwijzer(es), het hoofd der school, andere kinderen, kortom hij raakt op den duur ingeleefd in de situatie, waarin de kinderen in hun schooltijd leven en zoals die kinderen elkaar beleven. De schoolarts wordt geconfronteerd met het integrale welzijn van het kind en aldus met het belang van de afwijkingen van „lagere orde”, die steeds maar weer, dag in dag uit, een geringe belemmering tot het zich geheel goed voelen vormen en daardoor de positie op school aantasten.

Dit laatste is niet overdreven: het gezin is een beschermend milieu, waarin wordt gezorgd, waarin je klein kunt zijn; de school eist persoonlijkheid, liefst voor honderd procent. Het schoolkind, dat thuis gehoorzaam en lief is en eigenlijk niet opvalt, kan de school tot wanhoop brengen door zijn ongecoördineerde gedrag (en omgekeerd), voortkomende uit ja waaruit voortkomende? In zo'n situatie wenst de schoolarts een duidelijke inlichting over de gezinssituatie en dan graag van de collega-huisarts. Een gemeenschappelijk overleg kan gunstig zijn voor een harmonische ontwikkeling van het kind en is niet teveel gevraagd — theoretisch. Gebrek aan communicatie doet het overleg echter verzanden.

De tot schoolarts geworden (huis)arts leert begrippen hanteren die het contact met zijn collegae niet vereenvoudigen. In veel gevallen, vooral ten plattelande, zal zijn oordeel worden gevraagd over kinderen, die niet mee kunnen komen op school. Hij zal een lichamelijk onderzoek verrichten en na afloop g.a. (of g.b.) constateren, vervolgens beseffen dat daarmee de kwestie niet is opgelost en een psychologisch onderzoek noodzakelijk achten waarbij hij zelf een stem heeft uit te brengen; hij zal zich in die richting moeten scholen. De verworven medisch-psychologische kennis, in de praktijk gebracht bijvoorbeeld in een team met een psycholoog, met een pedagoog, met een maatschappelijk werker