

van 245 dagen gemacereerd doodgeboren; een kind werd na een zwangerschap van 243 dagen gemacereerd doodgeboren en een kind werd na een zwangerschap van 233 dagen geboren en overleed binnen zes uur aan ernstige congenitale misvormingen.

Deze kinderen werden dus allen prematuur geboren, vóór de behandelende arts er toe was overgegaan de antilichamen te laten bepalen. Bij twee kinderen zou eventueel rhesusantagonisme de doodsoorzaak kunnen zijn geweest, hoewel geen hydrops foetalis bij de gemacereerde foetus werd vastgesteld. De doodsoorzaak werd in beide gevallen „onbekend” genoemd.

Sterfte door rhesus- en bloedgroepantagonisme. De dood werd achtmaal veroorzaakt door rhesusantagonisme, waarbij anti-lichamen in het moederlijke bloed waren aangetoond; eenmaal was er sprake van een bloedgroepantagonisme (anti A antagonisme). Acht gevallen van perinatale sterfte — dit is dertien procent der gevallen van rhesusantagonisme met anti-lichamen — vonden hierin hun oorzaak. Van deze acht waren er vier doodgeboren, terwijl er vier in de eerste week stierven.

Geen der gestorven kinderen was eerstgeborene. Drie waren van de tweede pariteit, een van de derde, een van de vierde, twee van de vijfde en een van de achtste pariteit. De leeftijd van de moeder lag in de meeste gevallen (zes) boven de dertig jaar. De verhouding stad tot platteland (gerekend naar de afstand tot de kliniek) was als vier staat tot vier.

De leiding van de baring was in zeven gevallen in handen van de huisarts; eenmaal verrichtte de gynaecoloog de verlossing.

De plaats der geboorte was als volgt: vier bevallingen vonden thuis plaats, waarbij in een geval het kind terstond na de geboorte naar de kliniek werd

vervoerd, waar het twee wisseltransfusies kreeg, maar kort daarna stierf. Eenmaal werd een kind doodgeboren na prenatale opname in de kraamkliniek; driemaal vond opname in een ziekenhuis plaats, waarvan tweemaal prenataal en eenmaal durante partu.

Wat betreft de zwangerschapsduur bij deze acht gevallen van perinatale sterfte door rhesusantagonisme: in drie gevallen was sprake van een spontane partus praematurus, in een geval werd partus arte praematurus verricht wegens een belastende anamnese, tweemaal begon de partus spontaan á terme, eenmaal werd á terme ingeleid wegens een reeds gestorven kind en in een geval werd bij serotiniteit en intraüterine vruchtdood de partus ingeleid; bij deze laatste werd eerst na afloop van de partus het rhesusantagonisme bekend.

Kritiek op de leiding der graviditeit en de baring, kan, met de nodige voorzichtigheid, aldus worden samengevat:

Niet altijd werd het bloedgroep- en rhesusonderzoek verricht, waardoor de dodelijke afloop als verrassing kwam en geen profylactische maatregelen werden genomen.

Bij bekendheid met het antagonisme en zelfs bij een belastende anamnese (voorafgaande doodgeboorten wegens morbus haemolyticus neonatorum) werd niet altijd de gynaecoloog of het ziekenhuis ingeschakeld.

Waar dat nodig leek werd niet altijd partus arte praematurus overwogen, laat staan uitgevoerd.

In het algemeen dient hier nog eens met nadruk te worden gesteld, hoe belangrijk het is van iedere gravida de bloedgroep en de rhesusfactor te kennen en voor elk geval, waarbij antilichamen in het moederlijk bloed zijn aangetoond, de specialist te consulteren en tijdige opname te overwegen.

Structuur en werkwijze van bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden

DOOR MEVROUW B. M. VAN OORT-WEGELIN

Zo duidelijk als het beeld van een moeilijk kind of van een alcoholist aanspreekt, ook al zal over de inhoud soms verschillend worden gedacht, zo vaag en onomlijnd is het begrip levens- en gezinsmoeilijkheden. Zijn opvoedingsproblemen niet meestal tevens gezinsmoeilijkheden? Is alcoholverslaving geen levensprobleem? De naam is derhalve veel te algemeen om daaruit zonder meer te kunnen afleiden van welke aard moeilijkheden moeten zijn om op een dergelijk bureau thuis te behoren. De bureaus noemen zich dan ook niet allen met dezelfde naam: levensmoeilijkheden, persoonlijke- en gezinsmoeilijkheden, huwelijksaangelegenheden zijn de meest voorkomende benamingen; verschillende vlaggen, die echter vrijwel dezelfde lading dekken.

Er heerst eenstemmigheid over de navolgende omschrijving: Deze bureaus geven hulp aan volwassen mensen, die moeilijkheden hebben in de omgang met hun dagelijkse betrekkingen, terwijl de oorzaken van die moeilijkheden in belangrijke mate in hun eigen persoonlijkheid liggen. Binnen het gezinsverband kunnen dat derhalve huwelijksmoeilijkheden zijn of problemen tussen ouders en grote kinderen, bij wie geen sprake meer is van opvoeding in de strikte zin van het woord; buiten het gezin in andere persoonlijke relaties in of buiten het werkverband. De moeilijkheden moeten dus liggen in iemands sociale betrekkingen; daarom is het werk van deze bureaus een vorm van maatschappelijk werk. Wanneer de moeilijkheden echter zijn op te

lossen door voorzieningen van buitenaf behoeft daar geen bureau voor levensmoeilijkheden aan te pas te komen.

Wanneer een vrouw over een geprikkelde stemming in haar huwelijk klaagt doordat zij na een bevalling niet op krachten kan komen en het gezin niet aan kan, dan is dat soms te verhelpen met medische zorg; soms zal ze wat extra huishoudelijke hulp moeten hebben of er moet eerst eens vakantie kunnen worden gehouden. Is de vrouw weer opgeknapt, dan kan de minder goede verstandhouding vanzelf zijn verdwenen. Maar als de geprikkelde stemming mede ontstaat doordat de vrouw het kind niet gewenst had en in stilte de man verwijt, dat hij haar dit heeft aangedaan, terwijl ze bovendien jaloers is op het gemak waarmee hij zijn eigen verantwoordelijkheden hanteert, dan is er meer nodig dan versterkende middelen en tijdelijke ontlasting van haar taak; dan moet er grondig rekening worden gehouden met de wortel die in de persoonlijkheid van de vrouw is gelegen.

Zo komen we tot de stelling dat een bureau voor levensmoeilijkheden sociale klachten behandelt die een duidelijke component hebben in de persoonlijkheid van de cliënt.

Structuur van het bureau. Uit deze doelstelling volgt de structuur, dat de maatschappelijk werker de behandeling uitvoert in geregelde samenwerking (in teamverband) met de psychiater. De staf van het bureau bestaat dus ten minste uit een psychiater en een psychiatrisch geschoolde maatschappelijk werker. Deze staf kan worden uitgebreid met andere deskundigen, al naar de inzichten van de plaatselijke besturen; om officiële erkenning en subsidie te kunnen krijgen is de samenwerking van psychiater en psychiatrisch geschoolde maatschappelijk werker vereist.

Functie der stafleden. Het contact met de cliënt wordt door de maatschappelijk werker onderhouden; aanmelding, anamnestiche gesprekken, advies en behandeling komen voor zijn rekening. De maatschappelijk werker is als regel dan ook volledig aan het bureau verbonden. De psychiater is degenen die het medisch-psychiatrische aandeel in het denken over de cliënt inbrengt. Zijn werkuren aan het bureau worden voornamelijk gevuld met de stafbesprekingen, terwijl hij in twijfelgevallen de cliënt zelf kan zien. Zijn aandeel is echter veel ruimer dan enkel consultatief. Er bestaat hier een duidelijk verschil met de medische specialist die door een patiënt wordt geconsulteerd; deze heeft de functie om vanuit zijn speciale kennis, die in dat speciale geval vereist is, de leiding te nemen bij het vaststellen van het daarop volgende behandelingsplan; zijn woord is dan wet en zoals hij het aangeeft zal het gebeuren.

Bij een bureau voor levensmoeilijkheden gaat het echter niet om psychiatrische behandeling. Het doel is de cliënt te helpen zijn omgang met anderen bevredigender te doen functioneren en hierin is veel

meer aan de orde dan de psychologisch-psychiatrische facetten van zijn persoonlijkheid. De kunst van de strafbespreking is de milieufactoren en de persoonlijkheidsfactoren bijeen te brengen en gezamenlijk tot een plan te komen, hoe de cliënt kan worden geholpen. Blijkt een cliënt vóór alles psychiatrische behandeling nodig te hebben en zijn daar mogelijkheden voor, dan is hij dus op een bureau voor levensmoeilijkheden niet op zijn plaats en moet hij worden verwezen. De ervaring leert dat de bureaus voor levensmoeilijkheden een belangrijk percentage psychisch-gestoorde cliënten hebben, bij wie echter geen indicatie voor psychiatrische behandeling bestaat. Sociale behandeling door de maatschappelijk werker kan dan een stuk verbetering in de persoonlijke verhouding van de cliënt met zijn medemensens teweeg brengen, waardoor het dagelijks leven een ander gezicht krijgt.

Met een praktijkvoorbeeld kan dit worden verduidelijkt: Een man, die zich wegens huwelijksmoeilijkheden tot een bureau voor levensmoeilijkheden wendt, blijkt als enig kind zijn vader vroeg te hebben verloren en te zijn opgegroeid naast een dominerende moeder, die veel andere activiteiten had dan haar huishouden en de opvoeding van dit ene kind. Hij werd een stille, teruggetrokken jongen, die een angstig ontzag had voor deze flinke moeder en zich het veiligst voelde wanneer hij haar regels niet overtrad en zich in zijn eentje vermaakte, waartoe zijn capaciteiten hem ook best in staat stelden. Het is begrijpelijk, dat hij in zijn verdere ontwikkeling een stuk identificatie met deze alles regelende moeder vertoonde en tegelijk wat angstig bleef voor te nauw contact met een vrouw. Hij trouwde een wat onzekere vrouw, die hij niet als bedreigend beleefde en van wie hij verwachtte, dat zij een goede, zorgzame huisvrouw en moeder zou zijn. Wij kunnen ons voorstellen dat, wanneer zij aan deze verwachting voldeed, zijn neiging tot identificatie met zijn moeder aan kracht zou verliezen.

Wat was er nu in zijn huwelijk gebeurd? In zijn onbewuste angst, of zijn vrouw wel aan zijn behoeften zou voldoen, kon hij geen enkele slordigheid van haar verdragen en ging steeds meer op haar vitten. De vrouw reageerde hierop negatief door er geen plezier meer in te hebben en de kantjes er af te gaan lopen. Resultaat was, dat zij, zonder dat te weten, de man hiermee precies in de rol van de dominerende moeder drukte waarvoor hij zo bang was, en dat deze mensen als echtelieden steeds meer van elkaar verwijderd raakten. De man distancieerde zich op deze wijze ook van de voor hem beangstigende persoonlijke relatie met zijn vrouw.

Oppervlakkig gezien bood de man in het eerste gesprek het beeld van een goede huisvader, die zich bezorgd maakte dat de kinderen door plichtsverzaking van zijn vrouw te kort kwamen en die daar tegen zelf zoveel mogelijk tegenwicht trachtte te geven. Wat zou dan meer voor de hand liggen dan dat de hulp zou bestaan in een gesprek met de vrouw, waarom ze haar taak niet serieuzer opvatte?

De vrouw zou daarop waarschijnlijk bagatelliserend hebben geantwoord, dat ze nu eenmaal niet zo'n jantje-precies was, maar dat de kinderen niets te kort kwamen en dat haar man moest ophouden met vitten. Gezien de diagnose werd echter met de man uitvoerig gesproken over de wisselwerking in menselijke verhoudingen in het algemeen en in het huwelijk in het bijzonder. Hiermee werd hem allereerst een stuk voorlichting geboden, welke hij door zijn eenzame jeugdsituatie had gemist. Van daaruit werd het gedrag van zijn vrouw voor hem een zaak, die hij zelf kon beïnvloeden. Op een aarzelende poging van de man om zijn gedrag iets te veranderen, reageerde de vrouw positief. Zo kon hij tot de ervaring komen dat zijn gebondenheid aan zijn vrouw hem niet bedreigde, maar hem bevestigde in zijn man-zijn. Geleidelijk aan werkte hij er daardoor aan mee dat zij tot een houding kwam, die het hem mogelijk maakte van zijn onbewuste problemen geen last te hebben.

Hoewel deze man blijkens de anamnese dus moeilijkheden had op grond van eigen neurotische ontwikkeling, lagen zijn bewuste klachten op het terrein van zijn huwelijksverhouding en was er geen reden om hem psychiatrische hulp te adviseren. De maatschappelijk werker kon hem door middel van sociale therapie echter alleen helpen in zijn huwelijksprobleem, wanneer daarbij nauwkeurig rekening werd gehouden met de afweervorm, die de cliënt voor zijn onbewuste problematiek had gekozen.

Dat de psychiater bij het opstellen van diagnose en behandelingsplan in dergelijke gevallen onmisbaar is, spreekt vanzelf, ook al heeft de maatschappelijk werker in de Voortgezette Opleiding een behoorlijk stuk psychiatrische oriëntering verwerkt. Deze heeft hij echter nodig om de denkwijze en de begrippen van de psychiater te kunnen verstaan en om het psychiatrisch facet in zijn sociale behandeling te kunnen integreren. Omgekeerd is de maatschappelijk werker de aangewezen functionaris om dit soort behandelingen uit te voeren. Want het gaat in de gesprekken om de gewone dagelijkse dingen, zoals die in een gezin op veel verschillende wijzen kunnen gebeuren. Beter dan de psychiater is hij georiënteerd over levensgewoonten op verschillende sociaal niveau, sociale normen, vrijetijdsbesteding, arbeidsmogelijkheden, inkomensbesteding en dergelijke. Het gesprek over deze „gewone” onderwerpen wordt echter voortdurend verdiept door daarbij de gevoelens van de cliënt ten aanzien van zichzelf en zijn medemensen te betrekken. Dat de relatie tussen de maatschappelijk werker en de cliënt hierbij een belangrijke rol speelt, is een hoofdstuk apart, wat ons in dit artikel te ver zou voeren.

Werkwijze. Hoewel er bij de beschrijving van de functie van de psychiater en de maatschappelijk werker al een en ander bleek van de werkwijze, is het van belang enkele punten nog afzonderlijk te noemen. Bespreking met de psychiater over een geval vindt plaats:

1e na aanmelding, om te beoordelen of de aanmelding op het bureau thuis hoort;

2e na enkele anamnestiche gesprekken, om diagnose en behandelingsplan op te maken;

3e tijdens de behandeling bij gerezen moeilijkheden of periodiek, om te beoordelen of het plan volgens de verwachting kan worden uitgevoerd;

4e bij de beëindiging van de behandeling, om te beoordelen wat het resultaat is.

Op deze wijze kan de psychiater de behandeling volgen en beoordelen en zodoende een stuk medeverantwoordelijkheid dragen voor de hulpverlening door het bureau. Tegelijkertijd heeft de maatschappelijk werker bij deze werkwijze de verplichting om verslagen te maken, wat leidt tot een verantwoording van eigen werk, helderder inzicht in eigen taak, groter zelfvertrouwen door de gedeelde verantwoordelijkheid en uiteindelijk daardoor een betere hulpverlening.

Wanneer de klacht van de cliënt door hem zelf in verband wordt gebracht met één bepaalde persoon uit zijn omgeving, zoals dat bijvoorbeeld bij huwelijksmoeilijkheden het geval is, wordt zo mogelijk ook deze bij de hulpverlening betrokken. Uitgaande van de wisselwerking, die voortdurend tussen twee mensen plaats vindt, kan de hulpverlening bij hun onderlinge verhouding krachtiger zijn, wanneer deze bij beide polen kan aangrijpen. Het blijkt dikwijls voor te komen dat van beide kanten negatief wordt gereageerd in verband met eigen problematiek en dan moet bij de eisen, die aan de partner worden gesteld, zoveel mogelijk rekening worden gehouden met zijn gevoeligheden en zwakke plekken. Dit verloopt met betere kansen wanneer de partner bereid is ook zelf hulp te ontvangen, dan wanneer dit indirect via de cliënt gebeurt. Onmogelijk blijkt dit in de praktijk echter niet te zijn, ook al weer op grond van de bestaande wisselwerking. Er bestaat dan ook geen vaste regel dat bij huwelijksmoeilijkheden alleen zou kunnen worden geholpen, wanneer beide partners daaraan mee willen doen.

Er zijn dus verschillende mogelijkheden. Naast de gevallen waarin beide partners worden geholpen, kennen wij de gevallen waarin de partner slechts een enkele maal komt ter uitbreiding van de anamnestiche gegevens en ter kennismaking, zodat hij althans weet op wat voor bureau zijn echtgenoot de huwelijksmoeilijkheden bespreekt. Tenslotte zijn er dan de gevallen, waarin de partner er wel van weet maar er zelf helemaal niet mee te maken wil hebben, en een enkele keer er zelfs niets van weet.

Hoewel er dus veel voor is te zeggen dat beide partners worden geholpen, is dit een methode, die ook niet zonder voetangels en klemmen is. Het tegen de ander uitspelen van het bureau in de onderlinge conflicten, waardoor het persoonlijk vertrou-

wen in de hulpverlening door de maatschappelijk werker wordt bedreigd, kan de relatievorming ernstig bemoeilijken. De bij de aanmelding gegeven uitleg dat het bureau geen partij kiest of recht spreekt, maar enkel beiden zo goed mogelijk tracht te helpen, wordt dan voor het gevoel van de cliënt maar al te gemakkelijk een mooie vlag, die een dubieuze lading moet dekken. Om dit te voorkomen wordt vaak de methode van gescheiden behandeling gebruikt, dat wil zeggen man en vrouw praten niet met dezelfde maatschappelijk werker. In feite verandert hiermee niets, de gegevens blijven binnen één bureau waar ze in gezamenlijk overleg worden beoordeeld. Maar voor het gevoel van de cliënt kan het soms wel veel verschil maken en ondervindt hij op deze wijze een grotere vrijheid van spreken en een vaster vertrouwen in zijn eigen maatschappelijk werker.

Niet onvermeld mag hierbij blijven, dat de dubbele behandeling door één maatschappelijk werker ook aan hemzelf emotioneel bijzonder zware eisen stelt en dat dit dus alleen is aan te bevelen, als hiervoor in het bepaalde geval een duidelijke indicatie is. De man-vrouw relatie is nu eenmaal een materie, die ons allen emotioneel sterk beroert. Degenen, die bij hun dagelijks werk hiermee telkens worden geconfronteerd, moeten leren zich in deze situaties voldoende persoonlijk te begeven maar tegelijkertijd zich voldoende te distanciëren. Beide bewegingen zijn voor een goede hulpverlening onontbeerlijk. Hoe kundig en ervaren iemand hierin ook wordt, de emotionele belasting blijft zwaar. Wil dit werk voor een voldoende aantal werkers aantrekkelijkheid hebben, dan moet zeker worden gewaakt voor een niet strikt noodzakelijke verzwaring van de taak.

Samenwerking met de huisarts. Vaak stelt de huisarts de vraag: moet ik deze hulp in de gezinnen van mijn patiënten niet zelf geven? De huisarts zal zeker in veel gevallen de aangewezen man zijn die iets van de gezinsmoeilijkheden te horen krijgt en daarin een advies kan geven. Hij is in deze dingen als het ware een natuurlijke adviseur bij de gratie van zijn vertrouwensfunctie. Evenzo kan een predi-

kant, een kapelaan, een maatschappelijk werker door geregelde bemoeienis vanuit zijn functie een vertrouwensrelatie met een gezin hebben en de gezinsleden met raad ter zijde staan. Dit zijn wat men zou kunnen noemen de gezond-verstand adviezen, die, mits gegeven vanuit een gezond meeleven met de ander, bijzonder kalmerend, verhelderend en regulerend kunnen werken. Zodra men echter merkt, dat deze adviezen in het gezin geen positieve uitwerking hebben, is het zaak op zijn hoede te zijn. Er is dan grote kans dat men te doen heeft met een gecompliceerde problematiek, waarin de sociale en psychologische factoren zo in elkaar vergroeid zijn, dat de multi-disciplinaire benadering van een bureau voor levensmoeilijkheden voor het onderzoek wenselijk is. Gaat men op eigen gelegenheid trachten dit ingewikkelde probleem te ontwarren en te behandelen, dan geraakt men zelf dus al onmiddellijk in de precare situatie, dat men de eigen relatie met de gezinsleden op het spel zet.

Moet de huisarts dan maar verwijzen en er zich verder aan onttrekken? Dat lijkt niet wenselijk en ook niet noodzakelijk. Er bestaat zeker de mogelijkheid, dat de verwijzende huisarts de teambespreking over het verwezen gezin op het bureau bijwoont. De bureaus zullen het zeer op prijs stellen wanneer de huisarts daarvoor tijd kan en wil vrijmaken. Zijn kennis aangaande de cliënten kan de anamnese aanvullen. Hij zelf krijgt inzicht in de structuur van de moeilijkheden en komt op de hoogte van de grote lijn, die als behandeling aangewezen wordt geacht. Voor hem kan dit van veel belang zijn, omdat hij intussen weer in contact met het gezin kan geraken. Hij kan door zijn eigen reacties de behandeling op de achtergrond steunen en soms voor bepaalde onderdelen zelf een actief aandeel in de hulp bieden.

Onze ervaring is, dat cliënten, die van de hulp van een bureau voor levensmoeilijkheden een goed gebruik hebben kunnen maken, een gevoel van erkentelijkheid hebben jegens degeen, die hen op die mogelijkheid attent heeft gemaakt. Met andere woorden: een goede verwijzing door de huisarts versterkt zijn relatie met zijn patiënt.