

# Consultatie-ervaringen met huisartsen; een bijdrage tot de geestelijke gezondheidszorg voor het kind

DOOR DR. A. F. W. VAN MEURS\*

„Wir sind nur eine Handvoll Leute, und jeder von uns kann auch bei angestrengter Arbeit sich in einem Jahr nur einer kleinen Anzahl von Kranken widmen. Gegen das Uebermass von neurotischem Elend, das es in der Welt gibt und vielleicht nicht zu geben braucht, kommt das, was wir davon wegschaffen können, quantitativ kaum in Betracht. Ausserdem sind wir... auf die wohlhabenden Oberschichten der Gesellschaft eingeschränkt, die ihre Aerzte selbst zu wählen pflegen... für die breiten Volksschichten, die ungeheuer schwer unter den Neurosen leiden, können wir derzeit nichts tun.“

S. Freud: Wege der psychoanalytischen Therapie, 1919.

Het dilemma van de psychiatrische hulpverlening: beperkte mogelijkheden en beperkte mankracht was reeds aan Freud bekend. Op het terrein van de zorg voor het bedreigde kind bestaat ook thans nog reden voor bezorgdheid: de vrijgevestigde deskundigen en de instellingen bereiken slechts een klein aantal kinderen dat in verhouding tot het totale aantal bedreigde kinderen van geringe betekenis is. De laatste tijd wordt om verschillende redenen een oplossing van dit probleem niet zozeer gezocht in de richting van een uitbreiding van het aantal, meestal in isolement werkende gespecialiseerde instellingen. Men verwacht meer van specialistische steun aan de werkers in de directe omgeving van het kind. Op deze wijze kan een optimaal gebruik worden gemaakt van de beperkte mogelijkheden.

Een kritische beschouwing van de werkwijze van het Medisch Opvoedkundig Bureau (M.O.B.), dat nog steeds een van de belangrijkste instellingen is op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg voor het kind leert, dat afgezien van goed geïnformeerde ouders de voornaamste verwijzingsbronnen bestaan uit: medici — voornamelijk huisartsen —, kinderbeschermingsorganen en scholen. Een ander punt dat opvalt is het tijdstip waarop hulp wordt gevraagd: dikwijls laat en voor een belangrijk deel pas wanneer schoolmoeilijkheden zijn ontstaan. Kleuters vormen een klein percentage van de M.O.B.-populatie. Er vroeg bij zijn in de zin van primaire preventie, signaleren en hulp verlenen op een tijdstip dat er nog niet kan worden gesproken van een ziekte, daartoe was het M.O.B. slechts zelden in de gelegenheid.

\* Directeur van het Nederlands Instituut voor Kinderstudie te Den Haag.

*Samenvatting.* In verhouding tot het totaal aantal bedreigde kinderen wordt slechts een gering aantal door deskundigen in de geestelijke gezondheidszorg bereikt. Bovendien zijn instellingen als het Medisch Opvoedkundig Bureau (MOB) zelden in de gelegenheid preventief te werken. In een streven zoveel mogelijk te komen van intramurale therapie naar geestelijke gezondheidszorg in de maatschappij — met daaronder begrepen gemakkelijker bereikbare en vroegtijdiger hulpverlening, respectievelijk gezondheidsbevordering — wordt gepoogd zowel het beperkte aantal deskundigen in de geestelijke gezondheidszorg als de mogelijkheden van de werkers in de naaste omgeving van het kind te benutten.

In het artikel wordt nader ingegaan op consultatie als hulpmiddel in de geestelijke gezondheidszorg, met name het consultatief overleg tussen de deskundige in de geestelijke gezondheidszorg en de huisarts, waarbij de laatste in de gelegenheid wordt gesteld zijn blik te verruimen inzake de psychosociale aspecten van problematiek welke hem in de uitoefening van zijn praktijk bereikt. Enige opvattingen van Caplan worden gerelativeerd, met name wordt voorgesteld het begrip „theme interference” te vervangen door selectieve perceptie.

Het M.O.B. heeft een belangrijke taak bij het streven naar een accentverschuiving van intramurale therapie naar gezondheidszorg in de maatschappij. Dit is reeds eerder gesteld, namelijk in 1928 in een brochure van The Commonwealth Fund: „The child guidance clinic and the community”. Daarin werd gewezen op het belang van „consultation”; er werd gewaarschuwd tegen een „policy of splendid isolation”. Daarmede is dan het woord „consultation” genoemd, een woord dat thans opnieuw in zwang raakt en bijna veertig jaar na genoemde publikatie opnieuw glans heeft gekregen. Sociaal-psychologen zullen wellicht waarschuwen voor de bedenkelijke kanten van deze „neofilie” en terecht: men propageert namelijk de „mental health consultation” alsof zulks iets geheel nieuws zou voorstellen. Men vergeet daarbij dat Caplan — die in de Verenigde Staten van Noord-Amerika deze naam heeft gebruikt voor een speciale techniek — genoemde vorm van consultatie niet los ziet van een veel ruimere conceptie, namelijk die van de „community psychiatry”, een vorm van sociale psychiatrie. De „mental health consultation” geeft hij hierin slechts de rol van

„tool”, een hulpmiddel dat hij niet geïsoleerd wil zien omdat het dan als het ware zou ontaarden tot een „gadget”, een trucje. In Nederland heeft men de neiging dit hulpmiddel wel te isoleren en het als een speciale vorm van hulpverlening te introduceren, met alle gevaren van dien. Ter verontschuldiging mag worden opgemerkt dat *Caplan* zelf, door vroegere publikaties waarin de techniek van de „mental health consultation” eenzijdige aandacht kreeg, aanleiding heeft gegeven tot deze ontwikkeling; in latere publikaties en uitspraken relateert hij een en ander aanzienlijk.

Bij de techniek van de consultatie wordt uitgegaan van hulpverlening van de ene deskundige — in dit geval de werker in de geestelijke gezondheidszorg — aan een andere (huisarts, onderwijzer, maatschappelijk werker, verpleegster of geestelijke) om deze binnen zijn functie — en dus niet met het doel een soort tweederangs psychiater van hem te maken — bij te staan bij het oplossen van problemen waarmee hij in bepaalde gevallen worstelt. Hierbij blijft de hulpvrager verantwoordelijk. Het doel van deze consultatie is hulp te bieden op een wijze die verder reikt dan het geval op zichzelf, hetzij door het verschaffen van informatie, door vergroting van kennis en door verruiming van de blik van de hulpvrager, hetzij door verscherping van zijn objectieve kijk op een gegeven problematiek.

Indien men vroegtijdig hulp wil verlenen, moet men contact leggen met de sleutelfiguren in de directe omgeving van het kind. Als zodanig heeft het Nederlands Instituut voor Kinderstudie in het kader van een consultatieproject — een experiment waarbij consultatieve steun wordt geboden in het belang van de geestelijke gezondheid van het kind — contact gezocht met huisartsen, kleuterbureaus, de kinderbescherming en ouders van kleuters, dit laatste met inschakeling van de kleuterleidsters. Het overleg met deze sleutelfiguren heeft verschillende fasen doorgemaakt, om te beginnen een verkenningsfase. In gesprekken met de betreffende deskundigen werd geïnformeerd naar de meest voorkomende problemen, naar de behoefte aan raad en naar de vorm waarin deze zou moeten worden verschaft.

In het kader van dit artikel moge worden volstaan met de uitwerking van enkele punten uit ervaringen opgedaan in de consultatie met huisartsen. Vooropgesteld moet worden dat het contact met de huisartsen, dank zij de medewerking van de Haagse afdeling van het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht, bijzonder vruchtbaar is geweest en dat dit contact ook voor de toekomst belangrijke perspectieven biedt. Daarnaast moet worden opgemerkt dat door de speciale verhouding welke het Nederlands Instituut voor Kinderstudie (N.I.K.) heeft met het Eerste Medisch Pedagogisch Bureau in Den Haag — dat als „werkplaats” voor het N.I.K. kan fungeren — het mogelijk was zo no-

dig gevallen „ter verwijzing” naar het M.O.B. te begeleiden.

Na de verkenningsfase is een experimentele, vrijblijvende fase gevolgd, waarbij de huisarts werd aangeboden naar behoefte contact te leggen met het N.I.K.: een psychiater en een psychiatrisch sociaal werkster stelden zich hiertoe beschikbaar. Na verloop van tijd zou in een groepsbespreking met alle deelnemers nader van gedachten worden gewisseld over de ervaringen. Medio 1965 werden de eerste contacten gelegd. De huisartsengroep — een sinds 1960 bestaande discussiegroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap in Den Haag — omvatte ongeveer vijftien deelnemers. In 1966 vonden drie groepsbesprekingen plaats waarbij in hoofdzaak de casuïstiek van de individuele raadplegingen werd behandeld. Deze besprekingen hadden het karakter van een met behulp van de casuïstiek geïllustreerde informatie betreffende de mogelijkheden van het consultatieve overleg.

Eind 1966 werd besloten het voorlopig karakter van de samenwerking te vervangen door een vaste overeenkomst. De leden van de groep mogen sindsdien onbeperkt gebruik maken van de gelegenheid tot consultatief overleg, hetzij in een persoonlijk bezoek aan het Nederlands Instituut voor Kinderstudie, hetzij telefonisch. Drie keer per jaar wordt een groepsbespreking gehouden, waarin over gemeenschappelijke problemen kan worden overlegd, terwijl tevens in een korte inleiding met discussie nader kan worden ingegaan op keuze-onderwerpen uit de psychohygiëne en de psychiatrie van het kind. Indien men thans na een dergelijk beperkte periode van samenwerking tot gevolgtrekkingen wil komen, zal men zich goed moeten realiseren welke de uitgangspunten waren en wie de belanghebbenden zijn. Als kinderpsychiater hanteert men daarbij welbewust een selectie die zal verschillen van de voorkeur van de huisarts; hierbij moet ervoor worden gewaakt dat vooral de grootste belanghebbende: het kind, aan zijn trekken komt.

Het consultatieproject van het N.I.K. bleek in de eerste plaats tegemoet te komen aan de bij beide partijen gevoelde behoefte aan een betere communicatie. Van de kant van de huisartsen verwachtte men van deze samenwerking voorlichting en bijscholing gericht op de dagelijkse praktijk; men klaagde dat veel van de informatie in voordrachten en tijdschriften beperkt bleef tot klinische casuïstiek. Deze behoefte aan informatie beperkte zich niet tot psychiatrie en psychologie; het werd op prijs gesteld dat ook sociale problematiek aan bod kon komen. Er werd geklaagd dat men de weg niet kon vinden in de veelheid van voorzieningen, waarvan het terrein voor de huisarts onoverzichtelijk is. Naast de behoefte aan meer algemene informatie en oriëntatie bestond ook de wens naar consultatief overleg dat niet zou behoeven te leiden tot verwijzing van de patiënt naar een instelling. Een dergelijke werkwijze zou tevens de huisarts in staat stellen met ruggesteun van een specialistisch team zelf meer te doen voor de bedreigde

gevallen in zijn praktijk. Tenslotte bleek in een beperkt aantal gevallen behoefte aan specialistisch onderzoek en behandeling, waarbij eveneens een betere communicatie tussen huisarts en specialist in het belang van het kind onmisbaar werd geacht.

In de gevoerde besprekingen werd geen blad voor de mond genomen; menig gegrond verwijt aan het M.O.B. leverde een constructieve bijdrage op. De vrees dat het experiment al spoedig zou leiden tot een verwijzing van prognostisch ongunstige gevallen bleek ongegrond. Men had veel begrip voor dit gevaar; er was eerder sprake van een te bescheiden gebruik van de geboden mogelijkheid tot consultatief overleg dan van overbelasting.

Wat betekende het experiment voor de consultants en via hen voor het M.O.B.-team? De beperking van de eigen mogelijkheden zoals de niet-bereikte grote aantallen hulpbehoevende kinderen en de vaak teleurstellende resultaten van de toegepaste psychotherapeutische maatregelen heeft het denkbeeld van preventie aantrekkelijk gemaakt. Voorts verkreeg men inzicht in de gronden waarop de vrees van de huisarts voor aantasting en uitholling van zijn functie berust; een vrees die tevens vaak voedsel kreeg door de houding van de specialist: het verlies van de patiënt bij een verwijzing en het onkundig blijven omtrent de onderzoekresultaten en de toegepaste behandeling. De werkwijze van het consultatief overleg, dat op voet van gelijkheid plaatsvindt, kan daarentegen leiden tot een verrijking van de functie van de huisarts. Wil men hieraan van harte medewerken, dan moet men als M.O.B.-functionaris eerst overtuigd zijn van de mogelijkheden van de huisarts. Daaraan ontbrak het in het verleden nog wel eens. In menig geval bleek de huisarts over informatie te beschikken welke het M.O.B. slechts met grote moeite kon verkrijgen. Dit wil echter nog niet zeggen dat de huisarts het wel alleen af zou kunnen, want de gegevens waarover hij beschikt, ziet hij dikwijls te geïsoleerd zodat hij deze onvoldoende kan gebruiken.

De samenwerking biedt meer mogelijkheden dan men in het verleden wel eens heeft gedacht, al moet bij het onderhavige experiment wel worden vastgesteld dat het hier om een bijzondere selectie van huisartsen gaat. Anderzijds moet worden gewaakt voor overwaardering in die zin dat men verwacht bij de huisarts informatie aan te treffen over het gezin in zijn totaliteit. Hier geldt de relativerende uitspraak dat de huisarts geen gezinsarts is, maar een arts die, afhankelijk van de persoonlijke gezondheidstoestand van de gezinsleden, toegang heeft tot het gezin. Maar ook al is de huisarts slechts in beperkte mate gezinsarts, hij heeft in de meeste gevallen toegang tot het gezin. Wil men vanuit de kinderpsychiatrie preventief werkzaam zijn en daarbij het accent van intramuraal — binnen de muren van de instelling — verleggen naar gezondheidszorg in het gezin, dan verkeert de huisarts in een unieke positie met als het ware een doorlopend entreebewijs, waarbij

vergeleken het M.O.B. alleen in incidentele gevallen een vrijkaartje krijgt.

Enerzijds leverde het consultatieproject een beter begrip voor de functie van de huisarts, anderzijds bood het een betere kijk op de opvoedingsproblematiek in het gezin. Vragen en klachten over een kind zijn niet alleen afhankelijk van de gedragingen van het kind, maar in hoge mate van de beleving hiervan door de opvoeders en de relatie tot de huisarts. De somatische problematiek komt daarbij betrekkelijk gemakkelijk naar voren. Bij het jonge kind kan men kiezen tussen het raadplegen van een consultatiebureau, kinderarts en huisarts of het aannemen van een afwachtende houding, hetgeen nogal eens gebeurt wanneer de moeilijkheden niet duidelijk van somatische aard zijn. Het schoolkind met moeilijkheden zal in vele gevallen eerder bijles dan psychische hulp ontvangen; de puber met aanpassingsmoeilijkheden wordt vaak als een schande beleefd. Hoe kan men dan verwachten dat het contact met de huisarts wegen opent tot bedreigde kinderen? Hier moet dan ook een beroep worden gedaan op de vindingrijkheid van beide partijen.

In enkele gevallen deden zich illustratieve situaties voor, waarbij de huisarts — daartoe gestimuleerd door het consultatieve overleg — zijn blik zodanig wist te verruimen dat hij bedreigde kinderen wist te signaleren tijdens zijn contact met het gezin. Een lichamelijke kwaal kan de aanleiding zijn, kan een entree bieden en eenmaal „binnen” kan de arts situaties en reacties signaleren die psychohygiënisch van belang zijn. De inzichten uit de crisistheorie kunnen hierbij een houvast bieden: de ziekte van een moeder kan een ernstige belasting voor het kind betekenen, vooral wanneer opname in het ziekenhuis noodzakelijk blijkt. Toch past ook hier een waarschuwend woord: vooralsnog ontbreekt een overtuigende evaluatie van het effect van de crisissituatie op de psychische gezondheid en van het effect van crisisinterventie.

Het is aan te bevelen voorlopig het doel van de consultatie enigszins bescheiden te formuleren, bijvoorbeeld: bevordering van de psychohygiënische aspecten van de hulpverlening (in casu door de huisarts), waarbij in eerste aanleg de aandacht vooral moet zijn gericht op de vermeerdering van kennis en vaardigheid van de consultvragers. Voor het gebied van de kinderpsychiatrie mag dit nader worden gespecificeerd in de zin van het verruimen van de blik en het wekken van de aandacht voor het geestelijk bedreigde kind. Er is bovendien in deze fase nog slechts sprake van een experiment ter voorkoming van onnodige verwijzingen en de daarmee gepaard gaande voortijdige stigmatisering van de betrokken kinderen. De specialist zal daarbij op zijn beurt informatie uit de eerste hand kunnen krijgen over de voorkomende problemen en de daaraan te hechten prioriteit.

Waarom zoveel aandacht voor de huisarts?

Hierbij komen praktische en theoretische overwegingen in het geding. Over de praktijk zal weinig verschil van mening bestaan: er zijn nu eenmaal (gelukkig) vele huisartsen die een positie hebben in maatschappij en gezin, die hen in de gelegenheid stelt een bijdrage te leveren tot de preventie, vooral met betrekking tot het jonge kind dat nog niet in het blikveld van de schoolarts komt. De omgeving is ook bereid naar hem te luisteren: gezondheidsvoorlichting en opvoeding vinden plaats mede dank zij de huisarts, ook zonder dat dit expliciet zo wordt genoemd. De nazorg berust eveneens vaak bij de huisarts. Kenmerk van een goede psychische en sociale hygiëne in een gemeenschap is een goede verstandhouding en een goede samenwerking tussen huisarts en andere hulpverlenende instanties, het isolement van de specialist is in dit verband een ziekteverschijnsel. In de consultatie wordt een mogelijkheid geboden tot doorbreking van dit isolement, tot een beter begrip en een betere samenwerking.

Er dreigen echter ook gevaren. Consultatie mag niet ontaarden in een specialistische instructie; dit kan in extreme vorm leiden tot het opleiden van tweederangspsychiaters. Evenmin mag de consultatie leiden tot een hiërarchische relatie zoals die van de meester tot de leerling. *Caplan* onderstreept het gelijkwaardige karakter van de beide posities. Ook mag consultatie niet leiden tot een psychotherapeutische relatie, waarbij de consulent de consultvragers op een „wilde” psychoanalytische wijze tot een „gezond” inzicht tracht te brengen. Deze psychotherapeutische ontaarding is niet denkbeeldig en wordt enigszins in de hand gewerkt door het begrip „theme interference”, een begrip dat een centrale positie inneemt in de literatuur over „mental health consultation”.

*Caplan* heeft dit gesignaleerd waarbij hij voorstelde het bovengenoemde begrip te vervangen door het minder beladen begrip „consultee salient problem”: het probleem van de cliënt dat de hulpverlener (te) persoonlijk treft. De hulpverlener heeft nu eenmaal de neiging zijn persoonlijke gevoelens te projecteren op zijn patiënt hetgeen tot een vertekening van de waarneming voert. Vaak roept dit een machteloos gevoel op bij de consultvragers. Volgens *Caplan* zou men haast generaliserend mogen zeggen dat machteloze gevoelens over een patiënt het gevolg zijn van een projectie van eigen gevoelens. Men treft in deze gevallen een zekere stereotypie aan in de wijze waarop bepaalde kenmerken door de consultvragers worden geïnterpreteerd. Het zou onjuist zijn in al deze gevallen in te gaan op de persoonlijke problematiek; men kan het beste door navragen andere kenmerken verzamelen waardoor een objectiever beeld kan worden verkregen en de persoonlijke vertekening op de achtergrond raakt.

Het is wellicht nog veiliger het gehele begrip „theme interference” te reserveren voor theoretische beschouwingen en in de praktijk het minder

beladen begrip van selectieve perceptie te gebruiken. Blikveldverruiming is daarvoor de beste remedie; men kan gevoeglijk aannemen dat iedereen beperkingen heeft in zijn perceptie. In het consultatieve overleg kan het tot een bredere visie komen; twee zien meer dan één. Superioriteitsconflicten en stigmatisering van de kortzichtige zijn hier niet op hun plaats, daar iedereen door selectiviteit in zijn perceptie wordt gekenmerkt; het is een adaptatiemechanisme dat wij niet goed kunnen missen doch dat in situaties zoals de bovenstaande belemmerend kan werken.

Samenvattend kan worden vastgesteld dat ervaringen met het consultatieproject hoopvol mogen worden genoemd; het is prematuur nu al een definitief oordeel te geven. Consultatie blijkt in een behoefte te voorzien en blikverruimend te werken, zowel voor consultvragers als voor consultgevers. In de loop van de samenwerking treedt in de aangeboden problemen een verschuiving op van algemene informatie en diagnostisch consult naar vragen van psychologische en pedagogische aard. De indruk bestaat dat het mogelijk moet zijn in de toekomst alleen tot een verwijzing te komen na voorafgaand consultatief overleg, hetgeen een vermindering en een betere selectie van verwijzingen tot gevolg kan hebben. Over mogelijkheden van consultatie als hulpmiddel tot preventie in de zin van primaire preventie, casu quo gezondheidsbevordering, valt nog weinig te zeggen, ten hoogste dat de deelnemers aan het consultatieproject zich meer bewust zijn geworden van de noodzaak hiervan. Het zal zeker nog lange tijd en veel inspanning vergen eer men op dit gebied tot actie zal kunnen overgaan. Toch zal zulks nodig zijn want in menig opzicht is het kind in onze huidige welvaartsstaat aan verwaarlozing blootgesteld.

Tenslotte volgen enkele voorbeelden waarmee het bovenstaande wordt geïllustreerd.

*Voorbeeld 1.* Een huisarts belt op inzake inslaapmoeilijkheden van een driejarige. Ter illustratie van de ernst van het geval vermeldt hij dat de moeder dusdanig overstuur was van het niet-slapen van het kind dat zij om zes uur in de ochtend met de jongen op de arm naar het kinderziekenhuis was gekomen voor een kalmerend middel. De huisarts ziet voor deze inslaapmoeilijkheden geen aanknopingspunten in het gezin of in de houding van de ouders. Deze zijn zorgzaam; het kind wordt 's avonds niet alleen gelaten. Ook voor de angst van het kind zijn geen aanknopingspunten. Mogelijke angsten bij de moeder waren door de huisarts niet opgemerkt; pas bij het naar voren brengen van deze mogelijkheid valt hem wel op dat de handelwijze van de moeder vreemd aandoet. Daarna gaat hij in het consultatiegesprek met de huisarts wat uitvoeriger in op de houding van de vrouw als gevolg van de slaapmoeilijkheden. Het blijkt dat het kind vaak door de moeder bij zich in bed wordt genomen. En passant wordt door de huisarts opgemerkt dat moeder „op de pil leeft”. Navraag naar de huwelijksituatie, met name naar de reacties van de vrouw op de pil, levert weinig informatie op, doch de huisarts reageert wel op de vraag of het kind de moeder soms ergens tegen moet beschermen. Waarschijnlijk maakte hij niet toevallig melding van de pil.

Na afloop concludeert de huisarts door dit gesprek twee nieuwe gezichtspunten te hebben verkregen: namelijk dat de angst van de moeder wel eens centraler zou kunnen staan

dan die van het kind en dat de huwelijksrelatie vrouw-man als gevolg van het gebruik van een ander voorbehoedsmiddel wel eens zou kunnen zijn veranderd.

*Voorbeeld 2.* Een huisarts belt op over een zesjarige jongen die sinds zijn derde jaar astmaklachten heeft. Naast een allergische component ziet de huisarts een duidelijke psychogene kant aan deze zaak. Voorheen reageerde de jongen gunstig op de medicijnen. De huisarts had toentertijd tevens de ouders geadviseerd om meer één lijn te trekken, agressieve uitingen van de jongen niet direct in te perken en minder overbeschermend te zijn. Sinds de jongen op de lagere school is heeft hij meer klachten, vooral 's avonds. Daarbij reageert hij niet op sedativa, maar wel op de vroeger voorgeschreven medicijnen, doch nog voordat deze zouden kunnen werken! De huisarts twijfelt tussen doorsturen naar een astma-team of naar een kinderpsychiater.

In het gesprek met de huisarts wordt de situatie verder afgetast; vooral wordt stilgestaan bij het merkwaardige feit dat de huisarts vroeger met zijn adviezen succes had, terwijl deze nu niet meer aanslaan. Ook de spanning rond het naar de lagere school gaan wordt gepeild. Aanvankelijk ziet de huisarts hier geen verband: de jongen kan zich redelijk handhaven. Dan komt naar voren dat dit eerste-klasertje zichzelf huiswerk oplegt, sommen maakt en al praat over „later”. Hierbij wordt door de huisarts geen mogelijke druk van de ouders gesignaleerd, maar bij navraag naar de sociale positie van het gezin en de werkcarrière van de vader, blijkt dat men veel waarde hecht aan beroepsprogressie; de vader schijnt zich door zijn (bescheiden) promotie in een andere sociale klasse te voelen dan zijn eigen vader.

De huisarts concludeert dat hij in deze leeftijdsfase van het kind wat zijn adviezen betreft zal hebben rekening te houden met de prestatie-eisen van de ouders. Hij herinnert zich dat het kind hem eens heeft gezegd dat het later een goede betrekking moet verwerven.

*Voorbeeld 3.* Een huisarts stelt voor een zevenjarig meisje te verwijzen naar een M.O.B. omdat zij „bepaald zelf afwijkend” moet zijn; aan het milieu kan het in dit geval niet liggen, zo meent hij. Er zijn immers van die kinderen die deel uitmaken van een goed gezin en zonder duidelijk merkbare afwijkingen te vertonen toch last geven bij de opvoeding? Dit kind is dwars en narrig. Zij heeft inslaapmoeilijkheden die bij navraag vrij duidelijk lijken samen te

hangen met angsten. Navraag naar de opvang door de ouders, speciaal door de moeder, levert niet veel informatie op. Wel komt naar voren dat vader alcoholist is geweest. Sinds enige tijd is hij „droog”, als gevolg van een kuur waarvoor hij en zijn vrouw aan de huisarts om advies hebben gevraagd.

Het materiaal van de huisarts bood hier niet vele aanknopingspunten, zodat moest worden volstaan met enige suggesties. Er werd gewezen op de mogelijkheid van verschuiving van symptomen en symptoomdragers in een gezin, op de mogelijke rol van de vrouw van een potator, op de dreiging die voor kinderen kan uitgaan van een drinkende vader enzovoort. De huisarts was evenwel voldoende gestimuleerd om te concluderen zelf eens hiernaar te willen peilen en de ouders nog eens samen te willen zien.

*Summary. Consultation experiences with general practitioners.* Specialists in mental health are accessible to only a relatively small proportion of the total number of threatened children. Moreover, institutions such as child guidance clinics seldom have the opportunity to do preventive work. In an effort to replace intramural psychotherapy as much as possible by community psychiatry – including more readily accessible and earlier help and/or health promotion – attempts are being made to ensure that optimal use is made both of the limited number of mental health specialists and of the services of workers in the child's immediate environment.

This paper discusses consultation as a tool in mental health with special reference to consultation between the mental health specialist and the general practitioner, which enables the latter to broaden his horizon with regard to the psycho-social aspects of problems he encounters in his practice. Some of Caplan's views are discussed; suggestion is made to replace the concept of „theme interference” by that of „selective perception”.

Brueyl, W., (1967) Tijdschr. Maatschappelijk Werk 21, 138.

Caplan G. (1963) Amer. J. Orthopsychiat. 33, 470

Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. Tavistock, London.

Meurs, A. F. W. van (1965). Medisch Opvoedkundig Beleid. Spectrum, Utrecht.

*Aanbevolen literatuur:*

Speciaal nummer over Mental Health Consultation. (1966) Maandb. geest. Volksgezondh. 21, nummer 5.

## Familiaire idiotie

DOOR DR. A. VAN STRAATEN TE VALKENBURG (L.)

Het mag bekend worden verondersteld dat door elk consanguin huwelijk het zich voordoen van homozygotie wordt bevorderd, omdat bloedverwanten kunnen worden geacht een groter aantal genen gemeen te hebben dan willekeurige individuen. De nobelprijswinnaar Muller toonde aan dat ieder van ons drager is van gemiddeld acht recessieven. In een homozygote situatie heeft dit tengevolge dat het individu komt te lijden aan een lichamelijke, dan wel aan een psychisch defect. Het is echter van belang te weten dat in ieder huwelijk de, zij het ook geringe kans bestaat, dat een kind homozygoot is voor een van de, laten wij aannemen 300 recessieve genen. Book zegt daaromtrent: „It seems reasonable to assume that the

total number of different recessive genes with recognizable major detrimental effect in homozygotes in the population is between 150 and 450”. Dat die kans evenwel reëel is moge worden geïllustreerd aan de situatie die in dit artikel wordt vermeld, een situatie waarin mij op verzoek van de kinderarts om advies werd gevraagd.

Het betrof een jeugdig, kerngezond en intellectueel echtpaar. De man is een kalme evenwichtige natuur. Zijn echtgenote is wat drukker van aard. Beiden komen voort uit zeer kinderrijke gezonde geslachten, waarin geen geval van idiotie bekend is. De echtelieden zijn niet consanguin. Beiden zijn rhesus positief. Geen van beiden heeft bloot-