

Crisisinterventie in de eerstelijns gezondheidszorg*

DOOR DRS. B. J. VAN DER LAAN-BOUWMAN, ANDRAGOGE, EN DR. R. A. DE MELKER, HUISARTS

Vorig jaar heeft *Frankenberg* de aandacht gevraagd voor de onderkenning van crisissituaties door de huisarts, respectievelijk voor crisisinterventie.

Een crisissituatie is een verstoring van een evenwichtstoestand door een gebeurtenis of een situatie, waartegen het individu niet meer is opgewassen, omdat zijn vroegere hanteringsmechanismen – die hem in evenwicht hielden – niet meer werken. De belangrijkste methodische kenmerken van crisisinterventie zijn:

1. *Het snel stellen van een diagnose.* In de diagnose dienen te worden verdisconteerd:

- hoe beschrijft de patiënt zijn probleem en de omgeving;
- wat heeft iemand in deze toestand gebracht, welke is de bedreigende gebeurtenis geweest en waarom desintegreert iemand nu juist op dit moment;
- wat heeft de patiënt zelf gedaan om zijn situatie op te lossen, dat wil zeggen te veranderen;
- wie kan hem/haar in zijn/haar naaste omgeving helpen (sleutelfiguren) en welke negatieve respectievelijk positieve rol hebben de gezinsleden gespeeld;
- hoe lang duurt de crisis al. Een enige tijd stationair verlopende crisis is waarschijnlijk niet te doorbreken met crisisinterventie, omdat men al noodoplossingen heeft gevonden. Deze durft men niet op te geven voor toekomstige onzekerheid.

2. *De actieve rol van de therapeut.* Een eerste vereiste is om verdere afbraak, contactgestoordheid en regressie te voorkomen. Een zekere deskundigheid met betrekking tot psychiatrische pathologie is gewenst. Vanwege de veel voorkomende onverwachte situaties is gevoel voor humor en inventiviteit gewenst.

3. *Het beperken tot de hier en nu situatie.* Dat wil zeggen: zich bezig houden met de actuele problematiek. Moeilijkheden van vroeger worden slechts aangeroerd voor zover zij iets gemeen-

schappelijks hebben met de huidige problematiek. Hiermee worden eideloze verwijten over vroeger voorkomen. Deze lossen vaak niets op en doen mensen soms in de hitte van het gesprek dingen zeggen, waarvan zij later spijt hebben.

4. *Versterking van de gevoelens van eigenwaarde.* Veel mensen, die hun eigen problemen niet meer kunnen oplossen en om hulp moeten vragen, beleven dit als een afgang. Zij moeten zich afhankelijk stellen van een ander. Hun gevoel van eigenwaarde wordt versterkt als de therapeut een appèl doet op de potentiële mogelijkheden en het huidige functioneren niet als het enig haalbare ziet. Het spreekwoord „hoop doet leven” is bij crisisinterventie nogal eens letterlijk van toepassing.

Deze wijze van interveniëren verschilt wezenlijk van de gangbare behandelingsmethode, omdat een ander, vooral beperkter doel wordt nagestreefd. Het gaat niet zozeer om een verandering van de persoonlijkheidsstructuur alswel om het doen verdwijnen van de symptomen en het weer kunnen meedraaien in de maatschappij. Het functioneren op vroeger of hoger niveau wordt als een goed resultaat beschouwd. De kans op beter functioneren in de toekomst is daarin gelegen, dat een overwonnen crisis, „groeibevorderend” is. Men ontdekt in zichzelf capaciteiten, die tot die tijd niet of weinig werden gebruikt. Deze benaderingswijze maakt behandeling mogelijk van cliënten, die anders zeker voor klinisch-psychiatrische behandeling in aanmerking zouden komen. *Raphling* en *Lion* achten deze methode bijzonder geschikt voor psychotici en „border line patients”.

De volgende casus is hiervan een voorbeeld:

Een 21-jarige gehuwde primigravida is na een normale graviditeit op eigen verzoek klinisch en à terme bevallen van een zoon van 2870 gram. Na de partus is het kind korte tijd asfyctisch (apgar score 1 minuut 2, 5 minuten 5), reden waarom het kind aanvankelijk in de couveuse

Samenvatting. In dit artikel worden twee cliënten beschreven, die na verwijzing door de huisarts door een andragoge zijn behandeld door middel van crisisinterventie. Gewezen wordt op de grote voordelen van deze benadering onder andere het voorkomen van het stigmatiseren van individuen tot patiënten. Door een psychiatrisch-klinische benadering wordt de hulpvragende eerder in de rol van afhankelijke versterkt.

De huisarts zal de crisis niet alleen moeten onderkennen, maar ook de therapeut op adequate wijze moeten introduceren. Daarbij dient hij geen onjuiste verwachtingen te wekken en anderzijds intensief met de therapeut samen te werken op basis van wederzijds vertrouwen. Gepleit wordt voor de beschikbaarheid van met betrekking tot crisisinterventie goed getrainde therapeuten en een training van huisartsen, teneinde crises vroegtijdig te onderkennen.

wordt verzorgd. Op de vierde dag na de bevalling klaagt patiënte over „draaiende gedachten in het hoofd”, zij meent door iedereen voor de gek te worden gehouden en is verward. De geconsulteerde psychiater constateert verwerkingsproblemen tengevolge van de emotionele betekenis van de partus, de separatie van de baby, dit alles op basis van „premorbid, zwakke persoonlijkheidsstructuur”. Op de zevende dag post partum wordt patiënte na overleg met de echtgenoot vervroegd ontslagen in de hoop dat het thuis beter zal gaan. De huisarts wordt telefonisch geïnformeerd: „heimwee-reactie, vervroegd ontslag”.

De bovenvermelde psychiatrische gegevens bereiken de huisarts pas een maand later. Dankzij ziekenhuisbezoek is de huisarts wel enigszins op de hoogte omtrent de toestand van deze kraamvrouw. Bij huisbezoek blijkt patiënte verward te zijn en is sprake van desoriëntatie in de tijd en van gevoelens van achterdocht ten opzichte van de echtgenoot. Patiënte is aan de huisarts nog niet lang bekend, de echtgenoot is hem bekend als een wat gespannen jongeman uit een labiel gezin. In de loop van enkele dagen

* Uit het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut (Hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen).

neemt de verwardheid van patiënte nog toe, er is sprake van zelfbeschuldiging. Patiënte is duidelijk depressief. Uit de gesprekken, die de huisarts met het echtpaar voert, komt het volgende naar voren:

1. Patiënte was onvoldoende op de partus voorbereid; zij had bijvoorbeeld geen zwangerschapsgymnastiek of -cursus gevolgd of een boek gelezen. De voorlichting door de medici, die haar begeleidden, had haar juist angstig gemaakt, zoals een uitlating van de assistent „het zal wel een zware bevalling worden”. Het gevaar van dergelijke uitlatingen is, dat men als het ware zelf pathologie creëert.

2. Patiënte had de bevalling als zeer traumatisch ervaren tengevolge van de grote mate van activiteit van artsen en verpleegsters, zowel gedurende de bevalling als daarna. Ook een uitspraak dat het kind „niet goed” zou zijn had haar verontrust.

3. In het kraambed had zij de medisch noodzakelijke separatie als traumatisch ervaren.

4. Er bleken grote problemen met de wederzijdse families te bestaan, onder meer tengevolge van het verschil in godsdienst tussen de beide echtelieden.

De eerste drie punten zijn in feite te beschouwen als iatrogene schade tengevolge van de behandeling. In medisch-psychiatrische termen zou de diagnose puerperale psychose moeten worden gesteld. Patiënte kreeg driemaal daags Serenase 1 mg gecombineerd met driemaal daags Tofranil 25 mg. Zij werd verder begeleid door middel van gesprekken. Het bleek echter dat deze benadering onvoldoende was; een opname leek geïndiceerd en onvermijdelijk.

Bakker komt in zijn klinische les tot de conclusie, dat bij een puerperale psychose opname geïndiceerd is in verband met moeilijk voorspelbare, impulsieve, wanhopige agressieve uitingen jegens zichzelf en/of de baby. Bij onze patiënte werd echter een andere benaderingswijze gekozen en wel crisisinterventie. Daarvoor bestond een aantal argumenten.

– Gezien de reeds toegebrachte iatrogene schade bestonden er grote bezwaren tegen een heropname.

– Crisisinterventie werd zinvol geacht

omdat niet alleen de persoonlijkheidsstructuur van patiënte, maar ook ongunstige milieu-invloeden tot de psychose hadden geleid. De partus werd als luxerend moment beschouwd. Het constateren van pathologie – hoe juist dit ook moge zijn – houdt het gevaar van behandeling van deze pathologie in. Bij crisisinterventie gaat men ervan uit welke potentiële mogelijkheden iemand heeft.

– Bij onze diagnose werd geconstateerd dat tussen beide echtelieden wel een relatie bestond, maar van een gezamenlijk gesprek, waarin naar elkaar werd geluisterd, was geen sprake. Men mag echter hopen dat het echtpaar, dat nog een duurzame relatie moet opbouwen, door deze crisis wordt gestimuleerd tot een diepere relatie. Een gezamenlijke aanpak van de moeilijkheden zal tot een grotere verbondenheid kunnen leiden. Daartoe lijkt het volgende noodzakelijk te zijn:

1. De partners te laten inzien dat er verband bestaat tussen het krijgen van een baby met alle veranderingen van dien en de ontstane psychose.

2. Het echtpaar het gevoel te geven dat het niet alleen staat in die crisis.

3. Het helpen bij het uiten van zowel positieve als negatieve gevoelens ten opzichte van de partner en de ouders.

4. Met het echtpaar te bespreken dat een crisis een normale zaak is, maar dat de reactie erop (vlucht in de psychose) inadequaat en onnodig is.

5. Een confrontatie met de realiteit te geven; in deze casus ligt de nadruk vooral op het volwassen zijn van man en vrouw. Een klinisch-psychiatrische benadering van de vrouw zou als het ware haar kinderlijk gedrag bevestigen, doordat zij van de zorg van arts en verpleegkundige afhankelijk zou zijn. Dit geldt nog in sterkere mate omdat de zorg voor het kind haar dan zou worden ontnomen.

Een huisarts is niet in staat een dergelijke strategie te ontwikkelen en te begeleiden. Daarom werd een andragoge in het gezin geïntroduceerd, die ervaring heeft met crisisinterventie. Deze hulp werd door het echtpaar geaccepteerd, hetgeen gezien de crisissituatie begrijpelijk was. De wijkverpleegkundige zou het gezin dagelijks bezoeken, soms zelfs meer keren, teneinde de moeder te hel-

pen het inmiddels volkomen gezonde kind te verzorgen.

Een dergelijke aanpak vraagt van de hulpverleners een gezamenlijke visie op het hulpverleningsmodel. Pogingen om gevoelens van eigenwaarde te versterken kunnen door de benaderingswijze van een andere hulpverlener bijvoorbeeld worden tegengewerkt.

INTERVENTIE DOOR DE ANDRAGOGE

De eerste kennismaking met mevrouw Y verliep moeizaam: „Ik ben geen goede moeder”. „Jullie zijn allemaal veel te goed voor mij”. Bij een poging van de andragoge om op het eerste gezegde in te gaan, bleef patiënte de zin herhalen. Niemand moest zich met haar bemoeien, zij wilde alleen zelf wel voor de baby zorgen. Sprekende over de baby veranderde de toon van haar stem: er klonk iets van trots door. Hierop werd ingegaan met het verzoek de baby eens te mogen zien. Bij het tegen de baby praten gaf de moeder antwoord. Deze ontdekking maakte indirect contact mogelijk. Op de uitspraak: „die mammië van jou denkt dat ze je niet kan opvoeden, zou dat zo zijn”, antwoordde mevrouw Y: „als zo’n kind huilt, weet ik niet wat ik moet doen”. De mogelijkheid om via de baby te praten werd aangegrepen als het om voor cliënte bedreigende zaken ging. Op deze wijze kon mevrouw Y ook negatieve gevoelens uiten.

Bij het tweede gesprek werd ook de echtgenoot betrokken. Er werd afgesproken dat de ongerustheid van de moeder – bijvoorbeeld over het huilen van de baby en over pukkeltjes – met de wijkverpleegkundige, maar vooral met de echtgenoot zou worden besproken. Deze zou niet langer de problemen aan de kant schuiven: „alles komt wel weer goed als je wat sterker bent.” Dit patroon van geruststellen had de angst van mevrouw Y juist versterkt. Geruststelling is een vorm van „hulpverlening” die tot mislukking is gedoemd omdat aan de gevoelens van de hulpvrager wordt voorbijgegaan.

In de vier volgende gesprekken kwam vooral de relatie met de wederzijdse familie aan de orde. Met name het verschil in godsdienst en opvoeding. De ouders

van de vrouw voelden zich achteruitgezet, zij schoven „de schuld” daarvan op de echtgenoot. Vooral na het gedwongen huwelijk waren tussen hen moeilijkheden ontstaan. De rol van de ouders leek weinig bij te dragen tot de zelfstandigheid van het jonge paar.

De moeilijkheden werden tenslotte zo groot dat mevrouw Y besloot niet meer bij haar ouders te komen. Daar de ouders van de vrouw steeds op bezoek kwamen als de echtgenoot weg was en mevrouw Y daardoor zeer in de war geraakte, werd afgesproken om te trachten door middel van een gezamenlijk gesprek met beide ouderparen misverstanden uit de weg te ruimen. Deze poging mislukte: er werd niet naar elkaar geluisterd, er werden alleen over en weer verwijten geuit. Mevrouw Y accentueerde dit door te zeggen: „Zie je wel, er valt met mijn ouders niet te praten.” Toch had deze avond een positief resultaat omdat negatieve gevoelens waren geuit en de andragoge als onbevooroordeelde bemiddelaar werd geaccepteerd.

Het telefoontje van cliënte's vader, waarin hij de andragoge meedeelde, dat hij de dochter naar het ouderlijk huis had gehaald – „zij hield het bij haar man niet langer uit” – wekte dan ook grote verbazing. Samen met de andragoge ging de opgewonden echtgenoot zijn vrouw weer halen. Onder de uitroep „ik maak er een einde aan”, besloot zij met hem mee te gaan. Zij aanvaardde blijkbaar de consequentie, te weten „dat de ouders hun handen van haar aftrokken”.

In het volgende contact werd haar reactie besproken als die „van een klein verwend meisje, dat boos is”. Ook nu werd de baby gebruikt om haar dit patroon duidelijk te maken. Zij had als kind gereageerd door bij moeilijkheden met haar man weer naar haar moeder te lopen. Daar cliënte aangaf „dat zij de baby zeker niet altijd zijn zin gaf”, kon de therapeute hierbij aansluiten door te zeggen dat zij zo niet met cliënte kon werken.

De vrouw begreep dit. Man en vrouw kregen de opdracht elkaar er op te wijzen wanneer zij reageerden als verwende kinderen. Na enige tijd bleek de interventie te kunnen worden beëindigd. Het

voorzicht van de beëindiging van het contact met de therapeute maakte de vrouw echter zo angstig, dat zij ertoe overging een strychninehoudend mollelengif in te nemen.

Wij vroegen ons af in hoeverre cliënte op dit moment was overschat in haar groei naar volwassenheid. Wellicht was zij als gevolg van het wegvallen van „de goede moeder” gedecompenseerd. Dit overwegende besloten wij niet in te gaan op het patroon dat mevrouw Y verwachtte, namelijk een bestraffende en erg bezorgde moeder. Onzerzijds was de reactie vrij laconiek. Het kostte meer moeite de familie onze zienswijze over te brengen dan cliënte, die achteraf zelf ook aangaf „het hardstikke stom te vinden”.

Na poliklinische behandeling kon patiënte naar huis terugkeren. Na dit voorval trad een duidelijke verbetering in, patiënte was opgewekter en minder verward. Ook de huisarts trachtte het kinderlijke patroon te doorbreken door haar expliciet als volwassen vrouw te benaderen: „Zie ik vandaag mevrouw Y of een meisje op mijn spreekuur”. Door deze benadering van de hulpverleners was patiënte niet langer de afhankelijke hulpvrager, maar leerde zij op eigen benen te staan. Op het spreekuur verscheen nu een goed geklede opgewekte vrouw. Dit werd ook door de huisarts verwoord.

Vier maanden na het begin van de interventie kon de verdere begeleiding aan het algemeen maatschappelijk werk worden overgedragen. Er kwam een goed maandelijks contact met deze maatschappelijk werker tot stand, dat na een jaar kon worden beëindigd. Deze begeleiding leek ons noodzakelijk om cliënte voldoende zekerheid te geven.

BESCHOUWING

Het is duidelijk dat cliënte in bedreigende situaties met „kreten” reageerde, waarop dan de omgeving alleen met boosheid of angst kon ingaan. Zij wist op deze wijze de nodige aandacht te krijgen. De andragoge en de huisarts gingen niet mee met dit patroon. Dezen confronteerden haar met de realiteit: „U bent volwassen, als u zich als kind gedraagt bereikt u een averechts effect”.

De echtgenoot werd gestimuleerd om niet star en eigenwijs te reageren in bedreigende situaties. Door deze benadering bood de doorleving van deze crisis het echtpaar de gelegenheid een relatie op te bouwen. Het in het voorafgaande gestelde met betrekking tot de verzorging van de baby bleek juist te zijn. Cliënte was niet alleen bezorgd de verzorging van de baby te moeten afstaan, maar bovendien bleek bij de crisisinterventie dit een goed uitgangspunt te zijn om cliënte's gevoel van zelfvertrouwen te versterken. Hier komt het verschil met de klinisch-psychiatrische benadering zeer duidelijk naar voren.

Bij een hulpverleningsproces, dat uitgaat van een volledige acceptatie van de cliënt, kan het onderkennen van psychosociale problemen, die achter somatische klachten verborgen liggen, een groot dilemma voor de huisarts betekenen. Juist indien de cliënt in een crisis verkeert is dat probleem zeer groot. Men is immers geneigd de cliënt inzicht te doen krijgen in de veronderstelde relatie tussen klacht en problematiek, hetgeen bij een sterke neiging tot somatisering onherroepelijk leidt tot een opstelling tegenover in plaats van naast de cliënt. De cliënt krijgt het gevoel niet au serieux te worden genomen. Anderzijds bestaat het gevaar dat men door de wijze van hulpverlening de cliënt versterkt in zijn visie dat lichamelijk lijden in het geding is.

Vaak is een volledige acceptatie nodig, juist om aan andere, diepere problemen toe te komen. Door deze acceptatieervaart de cliënt dat hij wél au serieux wordt genomen. Pas dan is de weg vrij voor werkelijke hulpverlening. De volgende casus illustreert dit alles.

Een 32-jarige vrouw, negen jaar gehuwd met een arbeider, twee kinderen (8 en 3 jaar), klaagt over huilbuien, slecht slapen, angst, enzovoort. Zij blijkt zich al jaren zorgen te maken over haar te kleine mammae. Haar man vindt dat „aanstellerig”. Zij durft niet naar een zwembad of op bezoek te gaan bij anderen, en kleedt zich uit met de rug naar haar man gekeerd. De TV heeft haar een beeld van een sexy vrouw voorgehouden, waaraan zij meent niet te kunnen voldoen. Al eerder had zij dit probleem willen brengen;

de huisarts had kennelijk onvoldoende ruimte gegeven dit alles te uiten. Pas nu er een crisissituatie is weet zij de drempel te passeren. De huisarts maakt de bovenbeschreven fout. Hij vertelt zijn visie als arts (of liever man) en tracht tot diepere, onder meer seksuele problemen door te dringen („opdringen”). De vrouw wil echter alleen een verwijzing naar een plastisch chirurg voor correctie van de mammae. De huisarts ziet dit niet als de wezenlijke oplossing. Deze houding van de medicus wordt als afwijzend ervaren: „U reageert al net als mijn man”. Nog juist op tijd beseft de huisarts dat deze verwijzing nodig is, wil patiënte bereid zijn wezenlijke hulp te aanvaarden. Patiënte wordt naar de plastisch chirurg verwezen met de visie van de huisarts in de verwijsbrief en tegelijkertijd wordt aan de cliënte voorgesteld eens met de andragoge te praten over problemen „die deze lichamelijke afwijking bij haar oproepen”. Door deze formulering wordt patiënte wel geaccepteerd, maar tegelijk is de mogelijkheid geschapen meer te doen dan operatieve correctie, namelijk het uiten van haar gevoelens met betrekking tot deze problematiek. Over de veronderstelde relatie klachtprobleem wordt niets gezegd.

INTERVENTIE DOOR DE ANDRAGOGE

Mevrouw X kwam de kamer van de andragoge binnen met angst en ongeloof op haar gezicht. Op de vraag of zij haar komst wel zinvol achtte, antwoordde zij: „Nou, ik stel me aan en u zult het ook wel niet erg vinden.” Hierop volgde een gesprek over haar klachten en haar angsten. Het feit, dat zij er thans met een vrouw over kon praten was een opluchting voor haar, het vergemakkelijkte het contact.

In het eerste gesprek bleek dat de relatie met haar echtgenoot en kinderen niet optimaal was. Tijdens het tweede gesprek, waarbij ook de man aanwezig was, vertelde zij weer zich niet „volwaardig” te voelen. De man trachtte dit weg te wuiven, doch ontkende niet dat, als er een seksfilm op de TV was, hij geboeid zat te kijken. Deze ontkenning van het probleem en tegelijkertijd deze grote belangstelling, versterkten haar

angstgevoelens. Zij was bang in de steek te worden gelaten. Door hierop door te gaan en niet met „onzin” te reageren, konden beide echtelieden hun wederzijdse agressie tegen elkaar uitspreken. Het was voor mevrouw X een grote opluchting dat haar man de problemen nu eens niet ontkende maar bereid was erover te praten. Het feit, dat de seksualiteit niet meer in de taboesfeer lag, maar dat erover kon worden gepraat en gelachen, maakte het mevrouw X mogelijk de moeilijkheden enigszins te relativieren. Haar insufficiëntiegevoelens hadden een grote invloed op haar dagelijks functioneren, met name ten opzichte van haar kinderen. Zij durfde bijvoorbeeld niet in een bikini te lopen, met de kinderen te gaan zwemmen, enzovoort.

In de volgende gesprekken werd het echtpaar een aantal opdrachten gegeven. De eerste opdracht luidde: „Vertel uw vrouw wat u mooi vindt aan bepaalde vrouwen en wat lelijk.” Mevrouw X zou hetzelfde proberen te doen ten aanzien van mannen. Bij het ter sprake brengen van het niet aan kunnen van de kinderen (soms verwennen, soms hard slaan), gaf de echtgenoot aan, dat hij nooit problemen met de kinderen had. Dit gaf de vrouw het gevoel: „Ik kan ook niets”.

Na dit gesprek werd de volgende opdracht gegeven: „Vraag uzelf eens af waarom u iets weigert dan wel toestaat”. Het bleek dat vooral het jongste kind problemen gaf. Het betrof een leuk uitzijende kleuter van vier jaar, die door iedereen, ouders inclusief, werd verwend. Bij de moeder berustte dit vooral op haar onzekerheid ten aanzien van de omgeving: „Zo’n lief kind kun je toch niet straffen”. Vader en moeder hebben elkaar geholpen met het bewust worden van de redenen van straffen of verwennen. Vader’s aanvankelijke houding: „Ik heb nooit last met het kind”, bleek niet geheel waar te zijn. Toen moeder niet telkens toegaf, liep het kind naar vader, die net zo reageerde als de moeder vroeger had gedaan. Het was boeiend te zien hoe beide mensen leerden elkaar te corrigeren.

Na zes gesprekken werd gezamenlijk besloten om het nu zelf te proberen. Afgesproken werd, dat het altijd mogelijk was terug te komen.

Na een halfjaar bleek de moeder de kinderen goed aan te kunnen. Zij had deze zomer voor het eerst ook in bikini in de tuin gezeten, maar slaat wel – zodra er iemand aankomt – gauw een handdoek om zich heen. Als grootste vooruitgang beleefde zij zelf het feit, dat zij zich weliswaar nog altijd minder voelde met haar te kleine borsten, maar dat haar geluk niet meer van de operatie afhing. Zij realiseerde zich goed dat de operatie slechts een hulpmiddel was en niet een doel op zichzelf.

Door deze korte interventie bleek het mogelijk de door de huisarts veronderstelde problematiek bewust te worden. Ook nu bleek de wijze van benadering van de hulpverlener doorslaggevend te zijn voor een adequate hulpverlening.

SLOTBESCHOUWING

De crisisinterventie kan een zinvolle benaderingswijze voor de eerstelijns geneeskunde betekenen, waaraan een aantal voordelen is verbonden. Daarbij staat ons niet in de eerste plaats de grote kostenbesparing voor ogen, maar vooral de mogelijkheid individuen niet onnodig tot patiënten te stigmatiseren. Het individu, dat in een crisissituatie leeft, heeft uiteraard al minder zelfvertrouwen. Een psychiatrische, klinische benadering versterkt de hulpvrager eerder in de rol van afhankelijke dan dat juist het zelfvertrouwen wordt aangekweekt.

Aan deze behandeling is een aantal voorwaarden verbonden. De huisarts zal de crisis moeten onderkennen en de therapeut op adequate wijze moeten introduceren. Hij zal daarbij geen onjuiste verwachtingen mogen wekken, anderszins zal hij zelf wel het noodzakelijke vertrouwen in de therapeut op basis van deskundigheid moeten overbrengen. In de tweede plaats is intensieve samenwerking van de hulpverleners op basis van wederzijds vertrouwen – vanuit eenzelfde visie op het hulpverleningsproces – voorwaarde voor adequate crisisinterventie. De arts zal zijn rol tot die van medische hulpverlener moeten beperken en daarbij de cliënt als volwaardig, gerespecteerd en volwassen tegemoet moeten treden.

Gedurende de hulpverlening van de beide besproken cliënten waren diverse momenten, waarop de arts de beoogde benadering van de therapeute had kunnen doorkruisen. Zo zou patiënte bijvoorbeeld door het geven van medicatie, adviezen, respectievelijk opname (zoals na de suicidepoging van de eerste cliënte!) in de rol van afhankelijke worden bevestigd. De huisarts zal de contacten met de cliënten dienen te gebruiken om hun gevoelens van eigenwaarde te versterken. Bij de beschikbaarheid van getrainde therapeuten met betrekking tot

crisisinterventie, zullen huisartsen door training en ervaring met deze wijze van hulpverlening vertrouwd moeten raken.

Summary. Crisis intervention in first-echelon health care. This article describes two clients who were referred by the family doctor to an adult guidance worker, for treatment by means of crisis intervention methods. Mention is made of the great advantages of this approach, for example the prevention of stigmatization of individuals to patients. A clinical psychiatric approach is more likely to reinforce the role of dependence in the individual who seeks help.

The family doctor must not only recognize the crisis but also introduce the therapist in an adequate way. He must not raise futile expectations, and on the other hand must intensively cooperate with the therapist on a basis of mutual trust. A plea is made for availability of therapists well-trained in crisis intervention, and for training of general practitioners in early recognition of crises.

Bakker J. B. (1975). Ned. T. Geneesk. 119, 41.

Frankenberg W. (1974). huisarts en wetenschap 17, 261.

Raphling D. L. en J. Lion (1970). Comm. Mental Health J. no. 4.

Gezinsgeneeskundige colloquia (V): „Schoolproblemen”*

DOOR PROF. DR. F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

INLEIDING DOOR DE CO-ASSISTENT

Tijdens de tweede week van mijn stage bij de huisarts kwam op een morgen mevrouw B op het spreekuur. Zij was klein en tener, sprak veel maar wel overwogen en kwam nauwgezet met haar problemen naar voren.

Haar oudste zoon Jan zit voor zijn eindexamen M.A.V.O. op een internaat voor doven. Daarna wil hij naar de H.A.V.O. Zij vraagt zich af naar welke school hij het beste kan gaan. De tweede zoon Peter heeft epilepsie gehad, zit in de tweede klas L.E.A.O. na een L.O.M.-school te hebben doorlopen, heeft veel problemen met zijn huiswerk en moet voortdurend worden gestimuleerd en begeleid. Moeder vraagt zich af of dit nog een gevolg kan zijn van de epilepsie. De derde zoon is reeds vanaf zijn geboorte een zorgenkind geweest. Deze is zowel motorisch als psychisch achter in ontwikkeling, is nu 13 jaar en zit op een L.O.M.-school. Waar moet hij naar toe als hij daar af komt?

Moeder weet het niet en komt advies vragen over de meest geschikte schoolkeuze voor haar zonen. Ik besluit, na overleg met mijn gastheer, dit gezin voor

mijn gezinsgeneeskundige status uit te kiezen. Het gezin bestaat uit vader, moeder, vier zonen en een dochter.

VADER

De heer B, 42 jaar, is een administratief ambtenaar. Hij heeft het erg druk en zou graag zien dat zijn vrouw ook buitenshuis zou gaan werken, zodat hij het wat minder druk zou hebben. Hij heeft de laatste jaren enige malen het spreekuur van de huisarts bezocht met klachten over hoofdpijn, lage rugpijn, prikkelbaarheid, gespannenheid en oorsuizen. De huisarts gaf hem hiervoor seresta. In januari 1973 heeft hij een aanval van Ménière gehad: hij werd plotseling duizelig op zijn werk, alles draaide met de klok mee. Hij braakte en had evenwichtsstoornissen, terwijl zijn gehoor plotseling minder goed werd. De keel-, neus- en oorarts bevestigde in mei 1973 de diagnose ziekte van Ménière.

In zijn jeugd heeft de heer B stuipen gehad, zoals de meeste van zijn familieleden en in 1971 is hij overspannen geweest. Hij heeft het ongeval van zijn oudste zoon Jan, waarbij deze een schedelbasisfractuur kreeg, gevolgd door doofheid, nog steeds niet goed kunnen verwerken. Hij is nogal gesloten en niet geneigd hulp bij anderen te zoeken. Elk jaar

neemt hij op de datum van het ongeluk een dag vrij om deze in een sombere stemming alleen door te brengen. Hij doet veel met de kinderen: fietsen, wandelen, trimmen, enzovoort. Elke zondagavond brengt hij Jan terug naar de inrichting en praat dan (via liplezen) veel met hem.

MOEDER

Mevrouw B is 43 jaar oud. Zij maakt een erg bezorgde en zelfs een beetje te bezorgde indruk. In het rapport van het M.O.B. wordt zij beschreven als een precieus type, zeer zorgend en bewogen. Zij lijkt nogal dwangmatig, is uiterst precies; komt met een hele serie details. Zij is ontevreden over zichzelf, bang tekort te schieten, vooral ten opzichte van de jongste kinderen. Daardoor is zij nogal gejaagd, wat zij probeert te bestrijden door perfectionisme. Volgens mijn huisarts is het een prettige, gevoelige vrouw die veel opvangt in dit gezin. Zij houdt de teugels graag in handen en is gesteld op regelmaat en orde. Zij staat onder controle voor orale anticonceptie. Daarbij moest nogal eens van soort pil worden gewisseld. Op de patiëntenkaart staat dat zij dit jaar hoofdpijn had en klachten over wazig zien. De oogarts vond echter geen afwijkingen.

Volgens moeder is vader een harde

* Zie voor de inleiding op deze serie (1974) huisarts en wetenschap 17, 362-363.