

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 tenger, 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.

werker, ambitieus en zeer serieus. Zij heeft een heel goede man aan hem, maar vindt dat zij weinig geestelijk contact met hem heeft. 's Avonds staat altijd de televisie aan omdat hij dan minder last heeft van zijn oorsuizen. Zo kan mevrouw B nauwelijks tot een gesprek komen met hem over haar moeilijkheden.

DE KINDEREN

Jan, 16 jaar, is door een auto op straat geschept toen hij 7 jaar oud was. Hij is lang bewusteloos geweest tengevolge van een contusio cerebri. De röntgenfoto van de schedel toonde een fractuurlijn door beide rotsbeenderen. Hij is hierdoor stokdoof geworden. Hij is een van de beste leerlingen op de M.A.V.O. in het doveninternaat en wil graag verder studeren. Hij zou graag verder gaan in de richting van natuur- of scheikunde. Jan kan zichzelf goed bezighouden. Hij leest alles wat hij tegenkomt en kan goed typen. Toen ik hem thuis meemaakte, viel het mij op hoe weinig contact er bestaat met iemand die doof is. Jan gaat tijdens het gesprek gewoon door met zijn typewerk. Als je hem iets wilt vragen of zeggen, moet je hem eerst aanstoten, zodat hij merkt dat iemand hem iets wil zeggen. Het is dan moeilijk als vreemde zo duidelijk te spreken dat hij dit via lippen kan verstaan. Zijn ouders zijn hierin heel bedreven. Zij hebben met eindeloze liefde en geduld hierin met hem geoefend.

Het is voor Jan wel erg moeilijk alleen op straat te zijn, een boodschap te doen of ergens te zijn tussen vreemde mensen die niet weten dat hij doof is. Hij wil zich namelijk niet als zodanig kenbaar maken. Als hij een boodschap moet doen neemt hij altijd iemand mee. Laatst werd hij tijdens voetballen op een binnenplein bijna weer door een auto aangereden, omdat hij deze niet hoorde aankomen. Ik vraag mij af hoe het op de H.A.V.O. zal gaan tussen andere kinderen die wel horen.

Peter is 15 jaar. Hij heeft op vierjarige leeftijd voor het eerst convulsies gekregen, die zich later telkens hebben herhaald. Het elektro-encefalogram bevestigde de diagnose epilepsie. Hij heeft veel gesukkeld met scholen, bleef telkens zit-

ten of werd zelfs teruggeplaatst. Hij is onder de hoede geweest van de schoolpedagogische dienst en is getest. Zijn intelligentie bleek slechts matig te zijn. In 1968 is hij naar een L.O.M.-school gegaan. Hij heeft steeds veel extra hulp en aandacht nodig. Met bijlessen is hij niet veel opgeschoten; hij heeft meer begeleiding nodig. De ouders weten niet goed hoe zij hem moeten aanpakken. Na de L.O.M.-school is hij naar de L.E.A.O. gegaan, waar hij nu in de tweede klas zit en straks moet kiezen in welke richting hij verder wil gaan.

Klaas, 13 jaar oud, is vanaf de geboorte traag en passief geweest. Zijn psychomotorische ontwikkeling was sterk vertraagd. Het I.Q. was aanvankelijk slechts 60, later 87. Als klein kind had hij slaapmoeilijkheden, hij was angstig en gauw in paniek. Op de gewone lagere school kon hij niet meekomen; na onderzoek door een psycholoog werd hij op een L.O.M.-school geplaatst. Hij heeft een enorme behoefte aan opvang in een kleine groep met veel persoonlijke aandacht. Het probleem met hem is: waarheen moet hij gaan als hij de L.O.M.-school verlaat? Onderzoek door een kinderarts en een neuroloog heeft geen oorzaak voor zijn psychomotorische retardatie opgeleverd.

De vierde zoon van elf jaar en het dochtertje van acht jaar zijn gezond en geven geen problemen. Het meisje heeft recidiverende looporen gehad.

PROBLEEMSTELLING

Waar kan de 16-jarige totaal dove Jan het beste naar de H.A.V.O. gaan?

Hoe kunnen de ouders de 15-jarige Peter meer zelfstandig en weerbaar maken? Is zijn persoonlijkheid, zijn sterke afhankelijkheid en initiatiefloosheid nog een gevolg van de epilepsie?

Waar kan de psychomotorisch geretardeerde Klaas van 13 jaar, die het grote probleem is, na de L.O.M.-school het beste heengaan?

De relatie tussen vader en moeder zou ook wat moeten worden verstevigd. Moeder vindt dat zij te weinig geestelijk contact met haar man heeft; deze werkt

te hard en kijkt 's avonds steeds naar de televisie. Zij heeft weinig gelegenheid met hem over de problemen te praten. Zij zegt zelf dat zij het niet allemaal alleen kan oplossen. Vader heeft het ongeluk van Jan nog steeds niet kunnen verwerken. Hij ziet wel dat deze zich er goed doorheen slaat maar het wringt nog steeds bij hem. Ook het verloop van het proces, dat hij voerde over het ongeluk en dat hij heeft verloren, heeft hij nog niet van zich kunnen afzetten.

BEHANDELINGSPLAN

Advies in de inrichting voor doven over de verdere mogelijkheden voor Jan. Zelf goed overwegen, eventueel onder begeleiding, of Jan thuis komt wonen en op en neer gaat reizen dan wel kamers gaat betrekken. Peter meer vrijheid geven en loslaten zodat hij zelf meer initiatieven gaat ontplooiën. Wat Klaas betreft: opnieuw laten onderzoeken door een psycholoog en laten testen welke richting voor hem het meest in aanmerking komt. Vader zou moeten proberen zijn schroom om hulp in te roepen te overwinnen en eens naar de huisarts moeten gaan om over zijn problemen te praten. Deze kan hem dan naar een andere hulpverlener verwijzen, althans wanneer hij dat zelf wil en de noodzaak daarvan inziet. Wanneer zo eerst de problemen met de kinderen aangaande de schoolkeuze zijn opgelost kan daarna worden getracht de relatie van de ouders wat te verbeteren. Dit kan door tussenkomst van een psycholoog, een maatschappelijk werker of via een bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden.

VERSLAG VAN DE BESPREKING

Huisarts-discussieleider: U hebt een goed gedocumenteerde gezinsstatus gemaakt, waarvan u hier het voornaamste hebt gebracht. Toch zou ik uw probleemstelling wat willen amenderen. U plaatst de schoolproblemen voorop en u wilt pas daarna trachten de relatie van de ouders te verbeteren. Ik zou de volgorde juist willen omdraaien. Deze vrouw komt bij de huisarts met een vraag om advies over schoolkeuze voor haar zoons. Je zou kunnen zeggen dat dit ei-

genlijk een schijnprobleem is. Er zijn al verschillende hulpverleners geraadpleegd, die veel deskundiger zijn op dit gebied: de school-pedagogische dienst, psychologen en het Medisch Opvoedkundig Bureau. Het lijkt mij zelfs waarschijnlijk dat deze ouders beter weten welke wegen moeten worden bewandeld dan de huisarts. Waarom komt deze vrouw dan toch bij hem en vraagt om hulp?

Co-assistent: Zij vraagt om adviezen voor de scholen en om raad hoe zij haar kinderen moet aanpakken.

Discussieleider: U vertelde dat de man graag zou willen dat zijn vrouw buitenshuis ging werken zodat hij minder hard zou behoeven te werken. Dat vind ik een vreemde uitlating; hebt u die van hemzelf gehoord?

Co-assistent: Neen, dat vertelde de vrouw mij, zij had die indruk.

Discussieleider: Uit verschillende passages in uw status blijkt dat deze vrouw de moeilijkheden niet goed meer aankan en dat zij het gevoel heeft hier eigenlijk alleen voor te staan. Zij kan het niet met haar man bespreken. Het lijkt erop dat hij daarvoor vlucht, bijvoorbeeld in de T.V. De communicatie tussen het echtpaar laat duidelijk te wensen over.

Psycholoog-gezinstherapeut: Het lijkt er ook op dat deze vrouw zich niet wil laten helpen door haar man. Zij gaat steeds naar allerlei instanties toe, zij vindt dat hij het al veel te druk heeft. Zij

is de flinke, die de touwtjes in handen heeft, de „one-up” en zij zet hem eigenlijk voor een goed deel buiten spel. Een dergelijk mechanisme zien wij vaak in de gezinstherapie. Zij kan blijkbaar moeilijk een beroep doen op haar man. Het ziet er naar uit dat beiden in wezen eenzaam zijn met de problemen over hun kinderen. De man heeft een bepaalde vluchtreactie, de vrouw een andere. Jan op zijn beurt gaat eigenlijk zijn doofheid uit de weg, wil zich niet als een dove kenbaar maken en probeert deze doofheid zelfs te ontkennen.

Maatschappelijk werker: U geeft in uw behandelingsplan verschillende adviezen, zoals ten aanzien van Peter bijvoorbeeld: meer vrijheid geven om zichzelf te leren zijn. Dat doen wij allemaal, het klinkt heel mooi en is misschien ook wel waar maar wat moeten ouders nu met dergelijke abstracte adviezen wanneer zij niet in staat zijn deze zelf te operationaliseren? Dit zal toch verder met hen moeten worden doorgewerkt.

Discussieleider: Ik meen dat wij vanmiddag een leerzame status hebben besproken. Het betreft hier een gezin met drie kinderen met school- en leerproblemen. Er zijn allerlei deskundigen ingeschakeld zoals psychologen, pedagogen, kinder- en zenuwartsen, het medisch opvoedkundig bureau en dergelijke. Toch ziet het er naar uit dat het belangrijkste, het centrale probleem door deze instanties is gemist, namelijk de in-

sufficiënte man-vrouw-relatie en communicatie.

Vermoedelijk hebben alle hulpverleners zich slechts met één facet, met de stoornis van één van de kinderen bemoeid. Het belangrijkste probleem lijkt mij op dit ogenblik dat de vrouw zich alleen voelt staan en dat haar man daarmee niet goed raad weet. Daarom komt zij om hulp bij de huisarts. Gezinstherapie lijkt geïndiceerd voor dit primaire probleem, gericht op een communicatieverbetering tussen man en vrouw en tussen ouders en kinderen. Zij zullen samen moeten leren hun tegenslagen en handicaps te verwerken. Hoogstwaarschijnlijk zullen zijzelf dan gemakkelijker oplossingen vinden voor de (secundaire) schoolkeuzeproblemen, eventueel met behulp van de vele adviseurs die reeds zijn ingeschakeld. Argument hiervoor is dat deze hulpverleners tot nu geen of onvoldoende greep konden krijgen op de situatie, naar men op goede gronden kan verwachten als gevolg van de onvoldoende communicatie tussen de vader en de moeder.

Deelproblemen zijn in eerste instantie gemakkelijker te benaderen; maar al te dikwijls blijft het verwachte succes uit als het centrale probleem niet dichterbij een oplossing wordt gebracht. Dit lijkt ook hier het geval wanneer men zich afvraagt „waarom deze vrouw nu met dit probleem juist bij de huisarts kwam”.

Beeldvorming in de relatie huisarts-specialist

DOOR HANS VAN DER VOORT

PEILING N.H.G.-CONGRES

In november 1974 wijdde het Nederlands Huisartsen Genootschap zijn jaarlijkse congres aan een gedachtenwisseling over de relatie tussen huisarts en specialist onder de titel: „Patiënt tussen de dokters”.

Aan het begrip „relatie” zijn veel facetten te onderscheiden, zoals de functionaliteit, de emotionaliteit, de wederkerigheid, enzovoort. In deze beschouwing wil ik mij beperken tot enige kanttekeningen bij het verschijnsel rela-

tie in het algemeen en bij de relatie tussen de huisarts en specialist in het bijzonder. Zulks naar aanleiding van de op genoemd congres gehouden meningspeiling naar de beeldvorming, die wederkerig bestaat tussen huisartsen en specialisten. Ik zou hier hebben volstaan met een kort overzichtje van de uitkomsten van die peiling – overigens met alle mogelijke voorbehouden, omdat het geen wetenschappelijk getoetste procedure betreft – als niet de reacties op peiling en uitkomsten mij duidelijk

hadden gemaakt, dat er over dit onderwerp veel vreemde opvattingen bestaan.

Onderstaand geef ik eerst de uitkomsten weer, waar mogelijk voorzien van enig commentaar, waarna ik wat algemener wil ingaan op het belang van de beeldvorming voor relaties, dus ook die tussen de huisarts en de specialist.

Wie waren aanwezig? Van de ruim 300 aanwezigen hebben er 224 de vragenlijst ingevuld. De verdeling naar status was als vermeld in tabel 1. Het geringe aantal specialisten had niet