

related to the total functioning of health care. Three aspects are discussed in succession.

Lack of insight into the natural history of diseases and abnormalities. As a result, it remains uncertain whether asymptomatic abnormalities are presymptomatic as well; it remains uncertain whether a disease of interest is involved.

Lack of insight into the significance of compliance or non-compliance on the part of the patients. In the medical literature, interest in compliance is rather one-sidedly focused on finding methods to ensure that drop-outs in follow-ups or (protracted) therapy be rendered more aware of the importance of participating in the medical procedure. Partly on the basis of experience gained in two studies, an attempt is made to improve our understanding of compliance and non-compliance. Non-compliance could be an attempt to avoid stigmatization.

Social control and concentration of economic power in health care. Through stigmatization, health care acts as a system which limits individual freedom. This systems functions relatively autonomously but is nevertheless subordinate to the concentration of economic power. At the same time, health care plays an increasingly important role in the concentration of economic power.

Finally, a model of interrelatedness between the three aspects is proposed. For this purpose, „social control“ is related to „uncertainty whether a disease of interest is involved“: they exert an influence on the totality of the doctor-patient encounter. „Compliance“ is related to a fourth concept: „inter-doctor variation“.

Emotionele crises*

W. FRANKENBERG**

Alarmerende situaties waarvoor de huisarts onverwacht komt te staan in de periode van zwangerschap, bevalling en kraambed, betreffen meestal somatische problemen. Hoewel minder vaak voorkomend, kan zich in deze periode echter ook een emotioneel spoedgeval voordoen. Na beschrijving van zo'n acute, alarmerende situatie, wordt besproken op welke wijze in een dergelijke emotionele crisis hulp kan worden geboden. Het inzicht in de dynamiek van deze periode en het attent zijn op de symptomen van de crisis kan er toe leiden eventuele „high-risk“-gevallen in de praktijk tijdig op te sporen en tijdelijk enige extra begeleiding te geven.

Op een avond werd een 23-jarige vrouw door haar predikant in de Psychiatrische Universiteitskliniek aangemeld, omdat zij „geheel van streek was“ en hij haar niet voldoende kon helpen. Vier weken tevoren was deze vrouw bevallen van een gezonde dochter. Wegens een wat laag geboortegewicht bleef de baby nog ruim drie weken in het ziekenhuis. Drie dagen voor de opname van de vrouw was het kind thuis gekomen. De eerste twee dagen had patiënte hulp van haar moeder en haar schoonmoeder, maar de dag voor de opname stond zij voor het eerst alleen voor de zorg voor haar baby. Zij voelde zich onzeker en zwak en twijfelde of zij het kind wel zou kunnen opvoeden. Later op de dag kwam telkens de angstige gedachte bij haar op dat zij het kind iets zou kunnen aandoen. Zij belde haar man, die haar – omdat hijzelf 's avonds moest werken – naar haar ouders bracht. Zij sliep die nacht slecht, was de volgende dag affectlabiel en neerslachtig en had daarbij de gedachte dat zij maar een eind aan haar leven moest maken. Haar echtgenoot waarschuwde daarop de predikant, waarna patiënte in de psychiatrische kliniek werd opgenomen.

Hoe komt iemand, van wie de voor-geschiedenis een plezierig ouderlijk

gezin, een harmonische jeugd en tot aan de zwangerschap een prettige werkkring vermeldt, in deze toestand? De patiënte was gelukkig getrouwd en het kind was echt gewenst. Tevoren was er nooit sprake geweest van een contact met de psychiatrie. Van onze patiënte kunnen wij misschien zeggen dat de onzekerheid over haar geschiktheid voor het moederschap mogelijk wat sterker was dan in de regel het geval is. Daarbij kan een rol hebben gespeeld dat zij pas na ruim drie weken zelf haar kind te verzorgen kreeg, een baby, die zij zich in haar fantasiën wellicht veel kwetsbaarder voorstelde dan in feite het geval was.

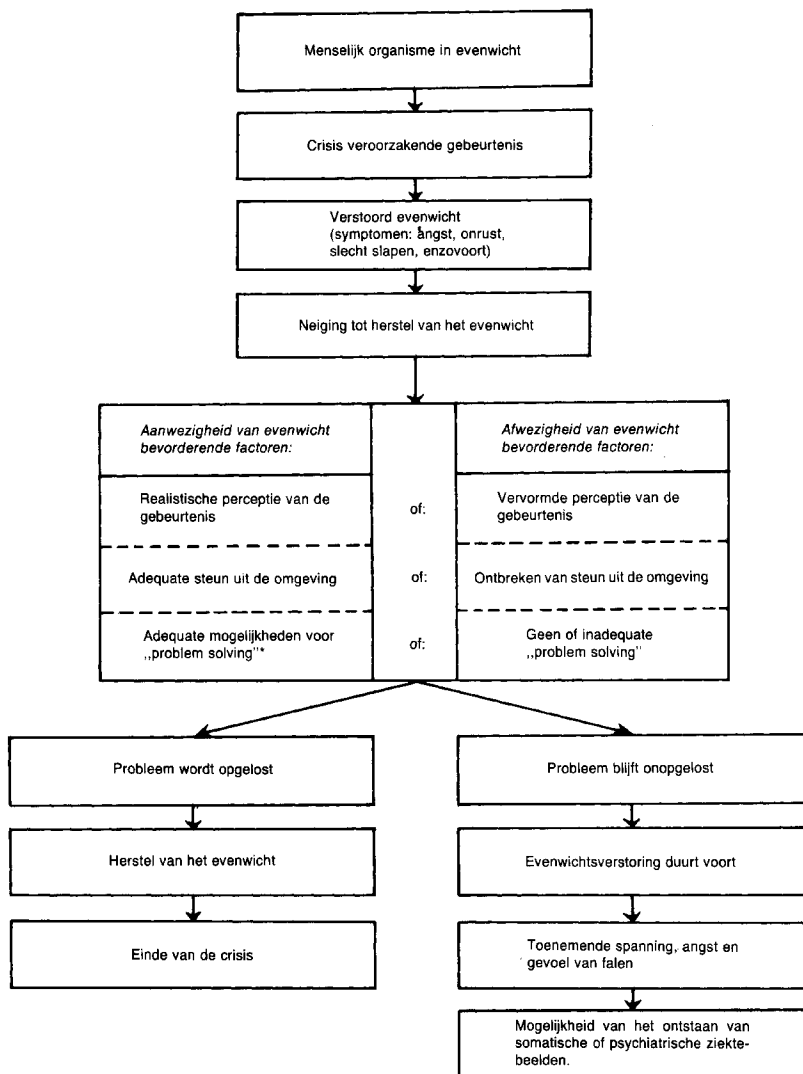
Zo lijkt het dat bij deze patiënte door een samenloop van omstandigheden de zaken misschien wat meer op scherp stonden dan gewoonlijk in een kraambed-periode het geval is. In zo'n situatie kan dan een betrekkelijke kleinigheid de aanleiding zijn tot een desintegratie, het ontstaan van een psychiatrisch ziektebeeld.

Eerder werd al vermeld dat patiënte de avond voor haar opname door haar man naar haar ouders werd gebracht. Terecht was hij van mening dat zij in een haar vertrouwde omgeving steun zou ondervinden en dat dit zou kunnen bijdragen tot het terugvinden van haar evenwicht. Maar in het ouderlijk huis werd zij in vertrouwen genomen door een jonger zusje, dat haar vertelde dat zij enkele maanden geleden een abortus provocatus had laten doen. De ouders van patiënte mochten daarvan volstrekt niets weten: het betrof hier een orthodox religieus gezin. Onder gewone omstandigheden zou patiënte het al moei-

* Tekst van een voordracht, gehouden tijdens het congres van de Societas Internationalis Medicinæ Generalis te Innsbruck/Igls, Oostenrijk, september 1976.

** Wetenschappelijk hoofdmedewerker bij de afdeling Sociale Psychiatrie (hoofd: Prof. Dr. R. Giel) van de Psychiatrische Universiteitskliniek (hoofd: Prof. Dr. W. K. van Dijk) te Groningen.

Schema 1. Factoren die bij het herstel van het verbroken evenwicht tussen draagkracht en draaglast van een individu – of het uitblijven daarvan – een rol spelen.



* Hiermee wordt bedoeld het hanteren van de opgaven uit de nieuwe situatie (bijvoorbeeld de „skills“ om een baby te verzorgen), maar ook het gedrag dat betrokkene in een crisisperiode vertoont met het doel de spanning en de onzekerheid te verminderen („coping behaviour“).

lijk hebben gehad met deze mededeling. Nu zijzelf volop verward was in voor haar verwarrende gevoelens en ontdekte dat zij naast blijdschap ook agressieve gevoelens jegens haar kind had, was dit teveel voor haar. Na een slapeloze nacht werd zij de volgende dag in onze kliniek opgenomen, waaruit zij overigens na enkele dagen weer in goede toestand kon worden ontslagen.

Alvorens ons bezig te houden met de vraag welke mogelijkheden voor behandeling de huisarts in een dergelijke situatie heeft en hoe het optreden van een dergelijke psychische decompensatie misschien kan worden voorkomen, moeten wij eerst proberen beter te begrijpen

wat er met deze vrouw aan de hand was. Een aanknopingspunt daarvoor geven de door onder anderen *Lindemann* en *Caplan* ontwikkelde theorieën over emotionele crises. Als „crisis“ beschouwen zij alle perioden in het leven waarin zwaardere en/of andere eisen worden gesteld aan de psychische aanpassingsmogelijkheden van een individu. Dergelijke perioden, waarin het psychisch evenwicht van een mens tijdelijk in meer of mindere mate is verstoord, komen herhaaldelijk voor; vele van deze crises behoren tot het normale leven.

Er zijn crisissituaties die samenhangen met de ontwikkelingsfase waarin een individu verkeert, bijvoorbeeld de puberteit of de adolescentie. Bij de overgang

van de ene levensfase naar een volgende treedt een periode van grotere emotionele kwetsbaarheid op, veroorzaakt door de andere eisen welke de nieuwe levensfase stelt. Dit veroorzaakt tijdelijk een gevoel van gespannenheid en onzekerheid, totdat de betrokkene de problemen van de nieuwe situatie weer aan kan. Een dergelijke crisis is niet alleen normaal, maar vormt bovendien een stimulans tot verdere groei en ontwikkeling. Zo is bijvoorbeeld de overgang van puberteit naar adolescentie, wanneer een kind het ouderlijk huis verlaat en zelfstandig wordt, een periode waarin sterke gevoelens van onzekerheid kunnen voorkomen. Maar wanneer deze crisis goed wordt doorlopen, is de autonomie van het individu vergroot en beschikt hij over nieuwe mogelijkheden voor het oplossen van de dagelijkse problemen.

Andere crises houden verband met de levenssituatie van dat moment: de eerste schooldag, het ouderschap, pensioering, enzovoort. Meestal verloopt zo'n crisis gunstig, soms wordt hij nauwelijks opgemerkt.

Als derde vorm zijn er de crisis-perioden na gebeurtenissen waarvan het moment veelal minder goed te voorspellen is: een ernstige ziekte van de betrokkene of van iemand in zijn omgeving, de dood van een naaste, echtscheiding, enzovoort.

Een van de meest typische crisissituaties is die na het overlijden van een familielid of van iemand anders in onze omgeving die ons dierbaar was. De in Amerika werkende psychiater *Lindemann* schreef in 1944 een klassiek geworden artikel over hetgeen zich in deze periode van rouw afspeelt. Na een brand in een nachtclub in Boston werd hij geconfronteerd met de reacties bij de nabestaanden van de slachtoffers. Hij merkte op dat er sprake was van een vrij typisch syndroom met zowel lichamelijke als psychische verschijnselen.

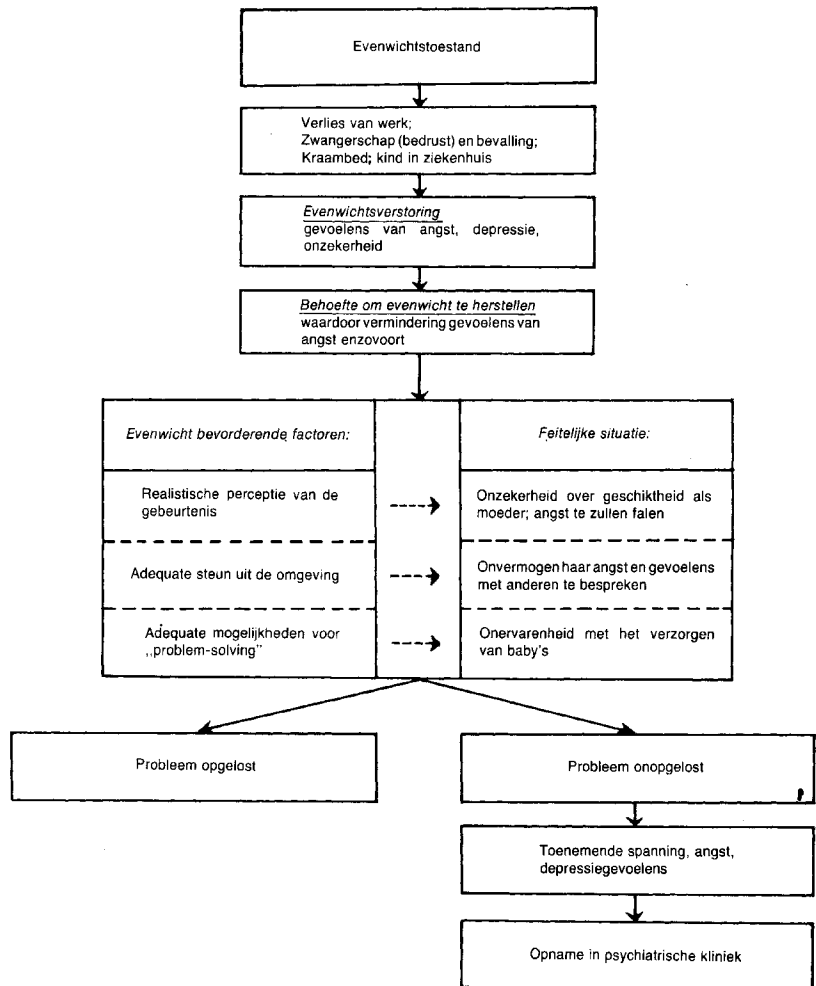
Tot de somatische symptomen behoorden verschijnselen van benauwdheid, zuchten, moeheid, lusteloosheid en gebrek aan eetlust. In de psychische sfeer stelde *Lindemann* vast dat bij vele nabestaanden schuldgevoelens jegens de overledene bestonden. Ieder van ons kent het bestaan daarvan uit eigen ervaring. Vaak horen wij dat de nabestaande zich schuldig voelt omdat hij het gevoel heeft tekort te zijn geschoten in aandacht en zorg tegenover de overledene. Maar daarnaast merkte *Lindemann* op dat er ook andere, negatieve gevoelens jegens de overledene bestaan. Dit laatste is veel minder bekend, hoewel wij bij goed luisteren soms signalen in die richting

kunnen opvangen, bijvoorbeeld wanneer van de overledene wordt gezegd dat hij zich te weinig heeft ontzien, of dat hij zich te laat onder behandeling heeft gesteld. Omdat in onze cultuur geldt dat wij van de doden niets dan goeds spreken, zal de betrokkene door deze negatieve gevoelens in verwarring kunnen raken; wellicht zal hij zich er voor schamen en ze daarom maar liever wegdringen. Het beeld dat *Lindemann* schetste van de situatie na de dood van iemand in onze omgeving, kunnen wij meer of minder duidelijk ook in andere crisissituaties herkennen. Veelal kunnen wij vaststellen dat een korte of lange periode van psychische onevenwichtigheid bestaat en dat bij de betrokkene tegenstrijdige gevoelens met betrekking tot de situatie aanwezig zijn. Het zal duidelijk zijn dat precies dezelfde gebeurtenis in het ene geval veel diepere sporen zal trekken dan elders.

De graviditeit en de bevalling en het daarop volgende ouderschap, vormen een van die crisissituaties, niet alleen voor de (aanstaande) moeder maar ook voor haar echtgenoot. Natuurlijk wordt het verloop van deze crisis in belangrijke mate gekleurd door de specifieke situatie van dit ene ouderpaar. Zo zal het aspect van het al dan niet gewenst zijn van het kind van grote betekenis zijn voor de beleving van de betrokkenen. Andere factoren zijn bijvoorbeeld:

- Welke veranderingen brengt de gezinsuitbreiding mee? Heeft de moeder een werkkring moeten opgeven - zoals bij de beschreven patiënte - dan zal het moederschap kunnen samengaan met verlies van de aan dit werk verbonden satisfacties en wellicht ook met een vermindering van sociale contacten.
- Materiële factoren (een slechte huisvesting, onvoldoende financiële middelen) kunnen een rol spelen.
- Somatische factoren beïnvloeden de draagkracht van het individu. Bij onze patiënte kan dit wellicht ook een factor zijn geweest, aangezien zij de laatste twee maanden van de zwangerschap moest rusten.
- Uiteraard speelt de persoonlijkheid van de betrokkene een grote rol. In een crisis bestaan gevoelens van onzekerheid. „Zal ik wel in staat zijn een kind op te voeden?“ vroeg onze patiënte zich af. Dergelijke gevoelens zijn in deze situatie normaal; ieder van ons zal ze bij zichzelf kunnen herkennen. Wij weten echter uit ervaring dat de meeste mensen vrij snel in hun nieuwe rol groeien en na enige tijd weer in een nieuw evenwicht zijn gekomen. Sommigen hebben echter meer moeite het hoofd te bieden aan de subjectieve

Schema 2. Situatie van de beschreven patiënte.



gevoelens van angst, onzekerheid en hulpeloosheid. Dit kan leiden tot symptomen als regressie, verdringing of afweer. Vaak zien wij dat in een volgende crisis weer eenzelfde gedragspatroon optreedt. Het voorafgaande kunnen wij als volgt samenvatten. In bepaalde levensperiodes en na allerlei gebeurtenissen is het psychisch evenwicht, waarin een mens zich bevindt, vaak tijdelijk verstoord. Deze periode, waarin aanpassing aan de nieuwe situatie plaatsvindt, noemen wij een crisis; wij vatten dit proces op als een normale fase. Wij kunnen ook spreken van een verbroken evenwicht tussen de draagkracht en de draaglast van een individu. Het herstel van dit evenwicht verloopt bij de ene mens gemakkelijker en sneller dan bij een ander. *Aguilera* heeft een aantal factoren aangegeven dat bij het herstel van dit

evenwicht (of het uitblijven daarvan) een rol speelt (*Schema 1*).

Toepassing van dit schema op de situatie van de beschreven patiënte geeft het in *schema 2* gegeven beeld.

Wanneer u als huisarts bij een dergelijke patiënte zou worden geroepen, dan zoudt u, net als in andere situaties, eerst moeten overgaan tot een onderzoek van de patiënte. Daarbij gaat het om het vaststellen van de mate waarin het psychisch evenwicht is verstoord. Wij letten daarbij op symptomen zoals angst, onrust, depressiviteit, slapeloosheid, enzovoort. Hoe is de greep op de realiteit: wat kan patiënte wel en niet aan; heeft zij enig inzicht in haar situatie? Wat voor gedrag vertoont zij: stelt zij zich afhankelijk op; treedt regressie op of kunnen wij haar als een volwassen persoon aanspreken? Hoe

is de reactie van de omgeving op dit alles? Zo komt u als het ware tot een taxatie van de toestand.

Het zojuist gegeven schema kan u misschien helpen bij het hanteren van de situatie. In een gericht gesprek zou aan de orde moeten komen:

– Perceptie van de gebeurtenis: de baby betekent een grote verandering in het leven van deze vrouw: het opgeven van haar werk, mogelijke veranderingen in de relatie met haar man, de verantwoordelijkheid in de nieuwe rol van moeder. Het is normaal wanneer iemand zich in die periode onzeker voelt en zich afvraagt of zij dit allemaal wel aan zal kunnen.

– Hulp bij het bespreekbaar maken van gevoelens: ook al is patiënte echt blij met haar baby, een kind brengt natuurlijk ook allerlei beperkingen met zich wat betreft de mogelijkheden uit te gaan of een werkring buitenshuis. De vijandige gevoelens jegens het kind die daardoor worden opgeroepen, zijn vaak aanleiding tot schuldgevoelens; ze passen immers niet bij de gevoelens welke wij ons gewoonlijk bij het moederschap voorstellen. Wij kunnen hierbij helpen door te trachten beide polen, de positieve en de negatieve, met de betrokkene te bespreken en haar duidelijk te maken dat zij zich voor deze gevoelens niet behoeft te schamen.

– Mobiliseren van de omgeving: hoe beleeft de echtgenoot de situatie? Misschien begrijpt hij niets van het gedrag van zijn vrouw, waardoor hij vermoedelijk ook niet in staat is haar te steunen. Een gesprek met beide partners kan leiden tot een beter begrip over en weer, waardoor het mogelijk wordt met elkaar in contact te komen over hetgeen ieder bezighoudt.

Hoewel elke crisis een eigen problematiek heeft, kunnen bij de begeleiding in zo'n fase de drie hoofdpunten, die voor dit specifieke geval werden gegeven, een richtlijn zijn. In feite werden zij reeds door *Lindemann* beschreven in zijn eerder genoemde studie over het verwerken van de rouw.

In een gemiddelde Nederlandse huisartspraktijk wordt elke week een baby geboren en er vindt ongeveer eenmaal per twee weken een sterfgeval plaats. Wanneer wij denken aan ziekte, werkloosheid, echtscheiding, enzovoort, betekent dit dat crisissituaties in de huisartspraktijk aan de orde van de dag zijn. Gelukkig maar dat de meesten onze hulp bij het verwerken van hun problemen waarschijnlijk niet nodig hebben.

Omdat de huisarts zijn patiënten en de gezinnen waarin zij leven kent, kan hij soms vermoeden dat voor een bepaalde patiënt een gebeurtenis harder zal aankomen dan gewoonlijk. De draagkracht kan verminderd zijn, bijvoorbeeld tengevolge van ziekte of in de situatie van een gezin met slechte onderlinge relaties waarin de man werkloos wordt. Ook kan de draaglast vergroot zijn, bijvoorbeeld in het geval van een ongewenste zwangerschap of bij de dood van de enige nog levende ouder van een alleenstaande zoon. Het is van belang te letten op alarmsignalen. Zo kunnen in de zwangerschap symptomen als slapeloosheid, onrust, een gevoel van benauwdheid of een overmatig opzien tegen de bevalling, tekenen zijn die wijzen op een mogelijk diepergaande verstoring van het evenwicht, waarvoor de betrokkene wellicht hulp nodig heeft.

Het lijkt de moeite waard te proberen te voorkomen dat iemand tot patiënt wordt en een opname moet ondergaan die toch vaak als pijnlijk wordt ervaren.

Aguilera, D. C. en J. M. Messick. Crisis intervention, theory and methodology. The C.V. Mosby Comp, Saint Louis, 1974.

Caplan, G. Principles of preventive psychiatry. Basic Books Inc., New York, 1964.

Frankenberg, W. (1974) huisarts en wetenschap 17, 261 en 418.

Lindemann, E. (1944) Amer. J. Psychiat. 101, 141.

Parad, H. J. Crisis intervention: selected readings. Family service Association of America, New York, 1965.

Summary. Emotional crises. Alarming situations with which the general practitioner is unexpectedly confronted during pregnancy, at parturition and during the puerperium, usually entail somatic problems. Although less frequently, however, emotional emergencies can also occur during this period. A description of such an acute alarming situation is followed by a discussion of the way in which help can be given in emotional crises of this kind. An understanding of the dynamics of this period and alertness to the symptoms of the crisis can ensure that possible „high-risk“ cases are detected in due time in actual practice, and given some extra guidance temporarily. It seems worthwhile to prevent a person from becoming a patient and having to experience hospitalization, which is often undergone as painful.