

ningen en de samenhang daarvan met variabelen als leeftijd, duur en aantal van de klachten, onderzocht.

Vervolgens is aan tien oudere patiënten een half tot ruim vijf jaar na het leren van de oefeningen onder meer gevraagd hoe zij verder met de oefeningen zijn omgegaan en wat hun mening over de effecten was.

Onze conclusie is, dat ontspanningsoefeningen niet door een arts of psycholoog gegeven hoeven te worden en dat ze een nuttige aanvulling in de huisartspraktijk kunnen zijn. Bij voldoende belangstelling zal vanuit de polikliniek een cursus worden opgezet.

Summary. Relaxation training. After a short historical review of relaxation training we describe our way of training outclinic psychiatric patients by one of our nurses. By way of systematic interviews with this nurse we gathered material on 50 patients: the effects of training and the relation of effects with several variables, as age, sex, (duration of) complaints, etc. Ten elderly patients were then visited for follow-up interviews (from six months to 5½ years after the end of training) in order to see whether they were still practicing and to learn their opinion on long term effects.

We concluded that relaxation training can effectively be done by others than physicians or psychologists and that this training can be of certain use in the practice of the general practitioner, not only for patients with minor stress-problems of short duration.

If nurses, doctors, or their wives and other potential helpers are interested, we shall organise a course in relaxation training for them.

Beary, J. F. and H. Benson (1974) Psychosom. Med. 36, 115-120.

Bernstein, D. A. and T. D. Borkovec. Progressive relaxation training: A manual for the helping professions. Research Press, Champaign, Illinois, 1976. 4th Edition.

Borkovec, T. D., J. B. Grayson and K. M. Cooper (1978) J. cons. clin. Psychol. 46, 518-528.

Foucault, M. Histoire de la folie. Gallimard, Paris, 1972.

Jacobson, E. Progressive relaxation. University Press, Chicago, 1938.

Jacobson, E. (ed.) Tension in medicine. Charles Thomas, Springfield, Illinois, 1967.

Maas, R. (1976) Maandbl. geest. Volksgezondh. 31, 641-652.

Schultz, J. H. Das autogene Training (Konzentratieve Selbstentspannung). Georg Thieme Verlag, Leipzig, 1940.

Sikkel, R. J., M. A. E. 't Hooft en R. W. Ramsay (1971) T. Psychol. 26, 40-51.

Woolfolk R. L. (1975) Arch. gen. Psychiat. 32, 1326-1333.

Een gezinsgeneeskundige status

A. VERMEER, ARTS

Al geruime tijd is in Nijmegen het schrijven van een gezinsgeneeskundige status een van de opdrachten van de co-assistent in de huisartspraktijk. De auteur, destijds semi-arts, schreef zo'n status; Van der Velden voegde daaraan enkele redactionele kanttekeningen toe.

In de tweede week van mijn co-schap kwam een patiënt op het spreekuur, die nagenoeg dezelfde klachten presenteerde als zijn echtgenote tien dagen tevoren. De klachten waren duidelijk psychosomatisch van aard. Een relatie tussen de klachten van beide echtgenoten leek waarschijnlijk. De vraag om hulp van deze man leek daarom een geschikte casus voor een gezinsgeneeskundige status.

Aan de patiënt werd het hoe en wat van deze status uitgelegd. Hij ging akkoord met de te volgen werkwijze. De casus werd aangepakt volgens de richtlijnen van het rapport „Methodisch werken” van het N.H.G. - (1978) huisarts en wetenschap 21, 322-335.

De intake

De benadering op het spreekuur van de patiënt werd mede bepaald door de verwachting van de arts. Deze wist ten eerste dat de man een maagpatiënt was, die een aantal jaren geleden een maagperforatie had gehad, en ten tweede dat tien dagen tevoren zijn echtgenote in overspannen toestand op het spreekuur was geweest. De verwachting was daarom in de trant van „er zal wel wat aan de hand zijn in de psychosociale sfeer”. De patiënt presenteerde de volgende klachten: hij heeft na het eten last van een zwaar, vol gevoel in zijn maag; verder is hij de laatste tijd erg zenuwachtig, gespannen en prikkelbaar en hij slaapt slecht. Hij stelt een duidelijke vraag om hulp: kan de huisarts iets aan deze klachten doen?

Verheldering van de vraag om hulp maakt duidelijk dat deze uit twee delen bestaat. Ten eerste een somatisch aspect: hulp voor de buikklasten; ten tweede een meer psychosociaal aspect:

hulp voor de overige klachten, aandacht voor de problemen.

Dat de patiënt juist nu met zijn problemen kwam, leek samen te hangen met de toestand van zijn echtgenote, doch dit werd niet geheel duidelijk. Dat hij naar de huisarts kwam, had vermoedelijk enerzijds te maken met zijn lichamelijke klachten, anderzijds met het feit dat hij de huisarts een geschikte persoon vond om hulp voor zijn overige klachten te vragen. Bovendien was zijn echtgenote ook naar deze huisarts geweest.

Het handelingsplan dat op grond van deze verheldering werd voorgesteld, zag er als volgt uit:

- een korte, gerichte anamnese en lichamelijk onderzoek in verband met de maagklachten;
 - vervolgens uitdiepen van de overige klachten.
- De patiënt was het met dit handelingsplan eens.

De uitvoering van het handelingsplan

Bij de gerichte anamnese leken de klachten van de patiënt geduid te moeten worden als „dumpingklachten”. Bij het lichamelijk onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Dit werd aan de patiënt meegedeeld. Bij de beoordeling van de klacht speelden de gegevens op de kaart van de huisarts een rol. Deze gegevens waren:

- reeds vanaf het zestiende levensjaar maagklachten;
- 1969-'70 gekuurd in verband met maagklachten;
- 1974 maagperforatie, gevolgd door een Billroth I-operatie;
- 1975 klachten linker knie;

– 1977 röntgenfoto maag: geen afwijkingen aan maagstomp.

In overleg met de patiënt werd besloten dat het niet nodig was, de maagklachten medisch-technisch verder te onderzoeken of te behandelen. De huisarts zei, de indruk te hebben dat deze klachten samenhangen met de overige klachten.

Daarmee zijn we gekomen aan het tweede gedeelte van het handelingsplan, het uitdiepen van de overige klachten. De huisarts bracht ter sprake dat de echtgenote van de patiënt tien dagen tevoren ook op het spreekuur was geweest met ongeveer dezelfde klachten (de kaart vermeldt: „angstig, huilen, gespannen. Depressie door frustraties en teleurstellingen ten aanzien van familie en andere mensen Tryptizol 10 mg, 3dd 1 tabl.”). Hij gaf als advies dat de „assistent” een keer bij hen thuis zou komen om meer aandacht aan hun problematiek te besteden. De patiënt vond dit een goed voorstel en ging ermee akkoord. Een afspraak voor huisbezoek werd gemaakt, op voorwaarde dat de echtgenote dit goed zou vinden. Dit bleek het geval.

Hiermee was het tweede gedeelte van het handelingsplan verder geconcretiseerd; ik zou proberen in enkele gesprekken de volgende doelstelling te verwerkelijken: zoveel mogelijk man en vrouw tegenover elkaar hun subjectieve beleving van hun eigen situatie laten verhelderen. De verwachting was in de eerste plaats, dat zijzelf daarmee al een stuk geholpen zouden zijn, in de tweede plaats dat ik daardoor een indruk kon krijgen, of meer en eventueel andere hulp gewenst was.

Het verloop van de gesprekken

Er volgden drie gesprekken, waarin de vraag om hulp werd uitgediept. Enkele gegevens die in de loop van deze gesprekken naar voren kwamen:

De vrouw komt uit een gezin van vier kinderen. Een broer en een zus zijn getrouwd en hebben kinderen, een zus is ongetrouwd; de vader is overleden, de moeder woont zelfstandig. Opleiding: lagere school en huishoudschool. Werk: enkele jaren in de fabriek, daarna in de kantine, nu werkzaam als kof-fieserveerster op de Hogeschool.

De man komt uit een gezin van vijf kinderen, die inmiddels allemaal getrouwd zijn en – behalve hijzelf – kinderen hebben. Het ouderlijk gezin wordt door de huisarts omschreven als „zwak-sociaal”. De vader is overleden. Opleiding: lagere school en ambachtsschool.

Kanttekeningen bij Een gezinsgeneeskundige status

In het Rapport van de commissie co-assistentenschap Huisartsgeneeskunde (I.O.H., 1974) wordt als een der subdoelstellingen van de stage in de huisartspraktijk genoemd: „kennismaking met de relatie patiënt-gezin-werk-ziekenhuis en begripsverbetering van de invloed daarvan”.

Sinds jaar en dag wordt van de Nijmeegse co-assistenten verlangd dat zij zich in tenminste één door hen gesignaleerd probleem verdiepen en van hun ervaringen en belevingen verslag uitbrengen in een zogenaamde gezinsgeneeskundige status. In de jaargangen 1974-1976 van dit tijdschrift deden Huygen en Van der Velden verslag van een aantal besprekingen van dergelijke gezinsgeneeskundige statussen op het wettelijk colloquium voor Nijmeegse co-assistenten.

Sedertdien is, op grond van de opgedane ervaringen, het accent bij deze besprekingen nadrukkelijker gelegd op de benadering van de patiënt als onderdeel van een systeem, in casu het gezinssysteem. De status is bedoeld als een werkverslag, „een beschrijving van de situatie waarin de patiënt en zijn of haar systeem zich op dit moment bevindt”. Zoals de ontwerpers van de instructie bij het maken van de gezinsgeneeskundige status – Mevrouw B. van der Laan-Bouwman, andragologe en Mevrouw A. Versteegen, arts, beiden medewerkers van het N.U.H.I. – het stellen: „De continuïteit in de relatie tussen pa-

tiënt en huisarts schept een conditie de klacht van de patiënt in een breder perspectief te zien en maakt het tevens mogelijk de medische levensgeschiedenis na te gaan en deze beide aspecten te verwerken in de visie van de huisarts op de klacht van de patiënt.”

Het blijkt didactisch niet zo eenvoudig, dergelijke uitgangspunten die betrekking hebben op verheldering van het werkelijke probleem van de patiënt, vorm te geven. Dat het in principe mogelijk is om, uitgaande van richtlijnen zoals deze zijn vervat in het rapport „Methodisch werken” – (1978) huisarts en wetenschap 21, 322-335 – het probleem van de patiënt te verduidelijken en op basis daarvan tot een verantwoord handelingsplan te komen, illustreert de door Vermeer beschreven casus. Hij lijkt mij niet zo belangrijk diens verslag inhoudelijk te analyseren, hoewel op sommige punten zeker commentaar is te leveren. Veel zinniger is het, dunkt mij, dit aan de lezer over te laten, waar het in de regel onmogelijk is om één bepaalde en enig juiste wijze van benadering aan te geven.

Vermeldenswaard is het feit dat Vermeer zich vragen stelt inzake zijn eigen functioneren in de relatie met de patiënt en diens echtgenote. Dit laatste nu kan worden opgevat als een belangrijk onderwerp waaraan in het medisch onderwijs naar verhouding weinig aandacht wordt besteed; een onderwerp overigens, dat in de doelstellingen van het co-assistentenschap Huisartsgeneeskunde duidelijk op de voorgrond wordt geplaatst.

H. G. M. van der Velden

Werk: drie jaar als timmerman, daarna een aantal jaren in de horeca en sinds vijf jaar in het magazijn van een grote wijnhandel.

Man en vrouw zijn sinds zes jaar getrouwd, zij hebben geen kinderen. Zij zijn respectievelijk drieëndertig en tweeëndertig jaar oud.

De bij de concretisering van het handelingsplan geformuleerde doelstelling bleek erg zinnig omdat in de loop van de gesprekken duidelijk werd, dat man en vrouw de subjectieve beleving van hun problemen erg moeilijk aan elkaar konden uitleggen, dit eigenlijk ook nooit echt geprobeerd hadden en er zelfs nooit werkelijk behoefte aan hadden

gehad. De problemen van de man bleken vooral samen te hangen met zijn werk; dit bleek een voortdurende bron van stress. De gezamenlijke problemen lagen vooral in het contact met beider familie; dit was de laatste jaren steeds slechter geworden, waardoor de familieleden nu nauwelijks meer op bezoek kwamen. De problemen van de vrouw leken veroorzaakt door de problemen van haar man en met de familie; zij deed haar werk erg graag.

Het beeld dat tijdens deze gesprekken ontstond, was als volgt:

De vrouw is van huis uit beladen met insufficiëntiegevoelens. Zij voelt zich minderwaardig, doch lijkt het tegendeel

te willen bewijzen door een sterk dwangmatig poetsen, strijken en was-
sen als ze thuis is, perfectionisme op
het werk en een sterk idealisme in de
omgang met onder andere de familie.
De man komt uit een „zwak-sociaal”
milieu, met waarschijnlijk affectieve
verwaarlozing tijdens de jeugd. Hij is
een typische maagpatiënt: veel be-
hoefte aan affectie en bevestiging, erg
rationeel en weinig contact met zijn ei-
gen gevoelsleven. Hij vindt erg weinig
bevrediging in zijn werk. Hij is ook erg
perfectionistisch en idealistisch.

Samen zijn ze erg rationeel en idealis-
tisch. Ze leggen de oorzaak van hun
problemen sterk bij andere mensen.
Hun relatie is oppervlakkig, zij tonen
elkaar weinig gevoelens. Zij zijn vrij
materialistisch ingesteld.

Enkele voorbeelden. Zij hebben geen
kinderen omdat ze al voor hun huwelijk
besloten hadden, dat deze wereld te
slecht is om er kinderen op te zetten.
Als ze van tevoren zeker zouden weten
dat hun kinderen het goed zouden krij-
gen, zouden ze wél kinderen willen
want ze houden wel van kinderen. In de
omgang met andere mensen staat ab-
solute eerlijkheid voorop, koste wat het
kost. Als anderen dit niet accepteren,
dan zijn die anderen fout, niet zij.

In de gevoerde gesprekken kwamen al
deze facetten naar boven. Ik heb hen de
problemen zoveel mogelijk tegenover
elkaar laten verduidelijken. Verder heb
ik geen uitgesproken richting aan de ge-
sprekken gegeven. Tussen het tweede
en het derde gesprek ging het echtpaar
een week met vakantie. In het derde
gesprek bleek dat dit hen erg goed had
gedaan en dat ze zich een stuk beter
voelden. Daarom werd besloten dat op
dat moment geen verdere gesprekken
nodig waren, behalve een afsluitend ge-
sprek met de huisarts.

De afsluiting van de hulpverlening

De afsluiting van de hulpverlening vond
plaats in een gesprek samen met de
huisarts. Doel van het gesprek was:

- een beoordeling van het resultaat van
het handelingsplan door beide partijen;
- expliciteren van de verwachtingen
van beide partijen voor de nabije toe-
komst en van eventuele verdere be-
hoefte aan hulp;
- duidelijk maken dat de huisarts op de
hoogte was van het gevolgde han-
delingsplan, de resultaten van het plan
en de inhoud van het besprokene, zodat
het echtpaar bij een eventuele nieuwe
vraag om hulp wederom bij hem terecht
zou kunnen.

Beide echtgenoten waren erg tevreden
over de gevolgde werkwijze. Zij had-
den het erg nuttig gevonden, een keer
met iemand over hun problemen te
kunnen praten en alleen al dat praten
had hen goed geholpen. Dit in com-
binatie met de week vakantie had tot
resultaat dat ze zich beiden heel wat
beter voelden, veel minder gespannen
en prikkelbaar. De man was inmiddels
weer begonnen met werken, hij had
geen „dumpingklachten” meer. De
vrouw was aan het minderen met de
Tryptizol en zou in de loop van de ko-
mende week helemaal stoppen. Zij zou
dan ook weer gaan werken. Ook de
huisarts was tevreden over het resul-
taat.

Het echtpaar verwachtte dat het in de
nabije toekomst wel goed zou gaan en
dat ze geen verdere hulp nodig zouden
hebben. Ze zeiden, zich er wel van be-
wust te zijn dat de oorzaken van hun
problemen (relatie met familie, werk-
situatie) nog niet veranderd waren,
maar ze konden er nu in elk geval weer
tegen. De verwachting van de huisarts
was conform.

Evaluatie van het handelingsplan en de resultaten

De bij deze patiënten gevolgde werk-
wijze heeft als resultaat gehad dat de
vraag om hulp is beantwoord op een
wijze, die zowel voor de patiënten als
voor de arts bevredigend was. Het
echtpaar acht verdere hulp niet nodig.
Wel is de mogelijkheid van een nieuwe
vraag om hulp in de toekomst openge-
houden.

De vakantie van het echtpaar heeft ze-
ker een gunstige invloed op de klachten
gehad. Zonder de geboden hulp zouden
deze klachten misschien ook verbeterd
zijn, doch mijns inziens niet op zo'n
korte termijn, niet in deze mate en
waarschijnlijk voor maar korte tijd.

Mijn verwachting is dat dit echtpaar in
de toekomst terug zal komen met een
vraag om hulp die lijkt op de onderhavi-
ge; dit vooral gezien hun idealistische
en rationele levenswijze, gecom-
bineerd met hun onvermogen de daar-
uit voortkomende problematiek op ge-
voelsniveau te beleven en - vooral te-
genover elkaar - te verwoorden.
Mochten er in de toekomst opnieuw
problemen ontstaan, dan zal de vrouw
waarschijnlijk weer reageren met een
angstig-depressief beeld, de man met
het terugkeren van de „maagklachten”
en eveneens een angstig-depressief
beeld. In dat geval is waarschijnlijk de
hulp van een LM-bureau geïndiceerd.

De vraag moet worden gesteld, of het
gevolgde handelingsplan past binnen
het kader en de mogelijkheden van het
werk van een huisarts. De gevolgde
methode is zeker juist; de aan deze pro-
blematiek bestede tijd is echter erg
lang: intake een kwartier, twee ge-
sprekken van anderhalf uur, een ge-
sprek van een uur en een afsluitend ge-
sprek van een half uur, in totaal dus
bijna vijf uur. In de gegeven situatie
was dit mogelijk, maar in een gewone
huisartspraktijk is dit te lang. Even-
tueel was drie uur mogelijk geweest,
maar ook dat is nog vrij lang voor een
huisarts.

Misschien had voor een gewone huis-
arts het te volgen handelingsplan er als
volgt uitgezien: ten eerste een intake-
gesprek van een kwartier tot een half
uur, ten tweede een gesprek van een
half uur tot een uur met het echtpaar,
waarin verwijzing naar een LM-bureau
voorgesteld en uitgevoerd zou kunnen
worden. Een andere mogelijkheid zou
in dit geval consultatie van een psy-
choloog of een agoog kunnen zijn.

Tenslotte nog iets over de relatie tussen
het echtpaar en mij als hulpverlenend
arts. Deze relatie was functioneel en
werd ook duidelijk zo ervaren. Ac-
ceptatie van en vertrouwen in mij als
hulpverlener werd door het echtpaar
duidelijk uitgesproken. Mijns inziens
werden gevoelens (voor zover moge-
lijk), meningen en informatie openlijk
uitgewisseld en waren hun en mijn
doelstellingen met het handelingsplan
op elkaar afgestemd. De functionele
relatie heeft zich echter niet zo ver
ontwikkeld, dat het echtpaar mijn
voorstel om voor het volgende gesprek
over bepaalde dingen na te denken en
met elkaar te bespreken, ook voldoen-
de heeft uitgevoerd.

Mijn eigen positie in deze functionele
relatie heb ik voortdurend als wat pro-
blematisch ervaren. Ik voelde mij ba-
lanceren op de grens van het werk van
een huisarts en van een psycholoog of
agoog. Door mijn beperkte kennis en
vaardigheid moest ik er steeds op letten
niet te diep te graven en geen dingen te
doen of te zeggen, waarvan ik de con-
sequenties niet kon overzien of opvan-
gen. Naar mijn mening zou een psy-
choloog in veel minder tijd hetzelfde of
een beter resultaat hebben gehad. In
een „normale” situatie zou verwijzing
of op zijn minst consultatie beter zijn
geweest.

Overigens vond ik het toch een facet
van het werk van de huisarts dat me
zeker aantrekt.