

# De huisarts bedreigd en mishandeld

Verslag van de workshop „Eigen ervaringen met geweld”

INGER VAN LAMOEN-DOMMISSE EN FRANS VAN LAMOEN\*

Een onverwachte voltrefter in het gezicht resulteerde in een bloedneus, een blauw oog en een wekenlang durend paniek gevoel. De behoefte om dergelijke praktijkervaringen te bespreken met lotgenoten, leidde ertoe dat hierover op het NHG-congres over het thema *Geweld, gezin en huisarts*, op 4 en 5 november 1983, een workshop werd gehouden. Deze workshop werd viermaal gehouden en trok in totaal veertig deelnemers.

## Onvoorbereid

Een huisarts is, wanneer hij zijn praktijk begint, niet voorbereid op het omgaan met bedreigingen, geweld of chantage. Toch kan een confrontatie hiermee zich overal en op elk moment voordoen. In bepaalde streken van ons land is geweld zelfs structureel aanwezig.

Een vrouwelijke huisarts: „Toen ik de praktijk overnam, kreeg ik van mijn voorgangster een lijst met een aantal gezinnen in de omgeving. Leg daar nooit een visite af zonder politiebegeleiding, zei ze. Ik wist niet hoe ik het had.” Een andere collega: „De man die zonder nadere uitleg een visite aanvroeg in het weekend, was een bekend wapenbezitter. Hij wilde alleen aan zijn vrienden laten zien dat ik kwam, als hij dat eiste. Ik deed het maar om meer narijheid te voorkomen.”

Meestal zijn de „slachtoffers” echter totaal niet voorbereid op de gevaarlijke situatie en vaak lijken zij zelfs blind voor het gevaar: „De burens bleken zelf niet van zins naar betrokkene toe te gaan. Ze wierpen me de sleutel toe en bleven zelf op veilige afstand. Onbevanging opende ik de deur en ging ik de trap op....”

In de discussie over de „onbevangingheid” van de huisarts kwam naar voren dat de meeste huisartsen uit een milieu komen waarin vechten en lijfelijk geweld weinig voorkomt. De collega’s die daarmee wel waren geconfronteerd in hun jeugd, thuis, op kostschool of anderszins, voelden zich vertrouwd met zulke situaties.

## Vechten of vluchten

Pas tijdens de directe confrontatie met geweld wordt duidelijk wie een vechter is, en wie een vluchter. Het is belangrijk de eigen manier van reageren te kennen. Een vechter kan, in overmoed, zeer gevaarlijke dingen doen: „Ik liep op hem toe en pakte het pistool af. Toen later bleek dat het geladen was, en dat de kogels een twee cm dikke plank konden doorboren, sloeg de schrik mij om het hart. Ik had wel erg grote risico’s genomen.”

In een gevaarlijke situatie kan een zekere overmoed ook doeltreffend zijn: „Toen ik de kamer binnenkwam, stond de man met een opgeheven tafelpoot op me te wachten. Ik aarzelde niet, greep ook een poot en sloeg meteen met een harde klap het tafelblad in tweeën. Ik moet er niet aan denken wat er gebeurd was als ik niet zo snel had gereageerd.” Een slimme vluchtreactie kan ook uitkomst bieden. Zo redde een collega zich uit een angstige situatie waarin hij met een mes werd bedreigd, door zijn semafoon te laten piepen.

Wanneer men niet bekend is met geweldsituaties, kan een soort verlamingsreactie optreden: men onderneemt niets, wat uitermate gevaarlijk is. „Nadat de man had getracht mij te wurgen, liep ik naar buiten om daar op de politie te wachten. Hij wist zich kennelijk los te maken, want opeens zag ik hem weer op me af komen. Ik was totaal verlamd en had niet eens het benul om weg te lopen...”

Veel deelnemers vertelden „verlamd” of „alleen heel verbaasd” te zijn geweest.

Behalve door onbekendheid via de opvoeding, lijkt de huisarts ook vaak blind voor gevaar door een gevoel van onkwetsbaarheid. Hij heeft het gevoel altijd als helper welkom te zijn, zo maar overal binnen te kunnen lopen en zelfs min of meer boven de wet te staan; hetzelfde gevoel waarmee een arts vaak, zo maar, fout parkeert: „De esculaap beschermt; mij zullen ze niets doen.” Dit blijkt lang niet altijd op te gaan.

## Hoe verder?

Na een ernstige bedreiging of na een ervaring met lichamelijk geweld blijft er van de onkwetsbaarheid niets over. Angst en ontredde gevoelens van wraak en schaamte leiden tot heftige emoties die ook de andere gezinsleden overspoelen. Enkele reacties:

- Vermijdingsgedrag: „Na die bedreigingen ging ik deze man uit de weg. Als ik in de verte zijn auto zag, sloeg ik een zijstraat in of veranderde ik mijn visieroute. Hij zelf had inmiddels een andere huisarts. Moest ik bij zijn burens zijn, dan zette ik mijn auto om de hoek neer. Dit is tot zijn dood zo gebeven.

- Letten op vluchtroutes: „Sindsdien overtuig ik me er altijd van, bij mensens thuis, dat de weg naar de deur vrij is.”

- Bewapening. „Sindsdien houd ik in het dashboardkastje altijd zo’n zware wioldoplichter binnen handbereik.” en: „Ik heb nu zo’n scherp mesje in m’n bureaual liggen.”

Vaak zit de arts ook met een schuldgevoel: „Hoe had ik dit kunnen voorkomen?” Een vechtpartij is wel een zeer uit de hand gelopen hulpverleningssituatie. Menige huisarts is geneigd het grootste deel van de verantwoordelijkheid voor een goede arts-patiënt relatie bij zichzelf te leggen.<sup>1</sup> Soms tot in het absurde: „Hij sloeg maar door, ik deed niets terug en nog steeds denk ik: Wat heb ik fout gedaan?”

Ook het gevoel van „Kan ik dat wel doen als arts?” weerhoudt de huisarts er soms van een aanklacht in te dienen, bijvoorbeeld vanwege de twijfel of het beroepsgeheim wel toestaat de toedracht openbaar te maken.<sup>2</sup>

Het bespreken van de emoties lucht op. Dit kan alleen in een sfeer van vertrouwen, zoals in een goede waarneemgroep of Balint-groep. Te vaak blijft het onder collega’s bij sterke verhalen, waarbij het laten zien van eigen angst en kwetsbaarheid achterwege blijft. Een betere opvang en meer begrip onder collega’s is te verwachten, wanneer vaker over deze onderwerpen wordt gesproken en gepu-

\* Beide auteurs zijn huisarts te Leeuwarden.

bliceerd. Wie zelf zo'n voorval heeft meegemaakt, blijkt nadien slachtoffers van geweld met veel meer begrip tegemoet te treden. Vele collega's beaamden dat.

### Lessen

Wat kunnen wij leren?

- Sneller onderkennen van een situatie

waarin geweld dreigt. Er bestaat een groter risico bij:

- onenigheid met onbekenden (avondweekenddienst);
- conflicten met affect-arme mensen die leven in een wereld van macht; het lijkt verstandig deze mensen ook afstandelijk te benaderen;
- overvloedig alcoholgebruik;
- een aangedane belediging van de kant

van de arts, tijdens een conflict; opmerkingen als „Ik wil dat je je excuses aanbiedt”, „Ik ben geen taxichauffeur” en „Hoe durf je mij ...”;

- iemand die kort tevoren zelf is mishandeld, kan zich in grote nood tot de arts wenden; wanneer deze de situatie niet goed doorziet, kan het gevoel van afgewezen te worden heftige agressie losmaken,



– wanneer de arts niet welkom is, bijvoorbeeld bij een gedwongen opname of wanneer hij door anderen gestuurd wordt.

- Leren kennen van eigen reacties, en daarop kunnen vooruitlopen. De periode van „verlamming” wordt hierdoor verkort. Een snelle reactie betekent winst. In trainingssituaties en in de opleiding kan hieraan aandacht worden besteed: „Ik ben toen met mijn associé een cursus zelfverdediging gaan volgen. Sindsdien zie ik het aankomen en kan ik direct adequaat reageren.”

- Niet op alle verzoeken ingaan, terwille van de eigen veiligheid. Veel gevaarlijke situaties kunnen vermeden worden. Een vrouwelijke huisarts vertelde in het weekend vaak alleen naar een afgelegen praktijkgebouw te moeten gaan. Zij werd dan geacht dronken kerels die gevochten hadden, te hechten. Ze voelde zich bang, maar ging toch. Een dergelijke situatie is voldoende reden om mensen naar een polikliniek te verwijzen, waar de werksituatie veiliger is. Ingaan op visite-aanvragen als „Als u niet bij mij komt, kom ik wel even bij u de boel in elkaar slaan”, lijkt minder verstandig.

- Politiebescherming. De voor- en nadelen van politiebegeleiding moeten worden afgewogen, wanneer de gang naar een gewelddadige situatie niet is te vermijden.

- Veiligheidsmaatregelen. In de praktijkruimte kan men afspraken maken over alarmsignalen. Het kan belangrijk zijn dat de assistente, wanneer zij signaleert dat iemand „geland” is, dit alle aanwezige medewerkers mededeelt; die kunnen dan in de buurt en alert blijven.<sup>3</sup>

## Conclusie

Uit de workshop is ons gebleken dat geweld tegen de huisarts meer dan sporadisch voorkomt en ieder kan treffen. Een toename is te verwachten. Voorbereiding hierop lijkt gewenst. Meer bekendheid met dit onderwerp zal helpen bij het voorkomen en verwerken van conflicten die met geweld en bedreiging gepaard gaan.

<sup>1</sup> Rademaker J. Een persoonlijk verslag. In: Moors J, Wemekamp H, red. *Handen thuis*. Opstellen voor hulpverleners over geweld. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1983: 40-3.

<sup>2</sup> Kok C. Een klap die hard aankwam. In: Moors J, Wemekamp H. *Handen thuis*. Opstellen voor hulpverleners over geweld. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1983: 43-5.

<sup>3</sup> Wells F. Assault. *Br Med J*. 1983; 286:113.

# Ingezonden

## Taalgebruik bij rugpijn

Voortbouwend op zijn bekende dissertatie schreef Oosterhuis een bijdrage in *Huisarts & Praktijk*, getiteld *Taalgebruik bij rugpijn*.<sup>1,2</sup> Hij stelt daarin wederom dat de wijze waarop mensen met rugpijn hun lijden beschrijven, vaak aanwijzingen oplevert omtrent zowel het bestaan als de aard van voor deze mensen onoplosbare levensproblemen. Hun taalgebruik (dat is: de wijze waarop zij het zeggen, inclusief de metaforen) geeft ten minste evenveel informatie als de inhoud van wat ze zeggen, de beschrijving van het fysieke lijden. Oosterhuis spreekt hoofdzakelijk over het metaforengebruik als onderdeel van het totale taalgebruik.

Hij postuleert dat hij het somatisch lijden langs indirecte weg effectiever kan beïnvloeden dan langs chemisch-farmacologische of andere mechanische weg, namelijk door de mensen ertoe te krijgen hun levensproblematiek op te lossen. Hij stelt dat de rugpijn dan vanzelf (?) verdwijnt.

Volgens Oosterhuis verbindt de metafoor het somatisch lijden en het menselijk lijden. Een voor de mens niet ongebruikelijke wijze van handelen. Metaforen zijn al zo oud als de weg naar Rome, in de vorm van gelijkenissen, sprookjes, mythen. Voor de goede verstaander zit achter de werkelijkheid van wat verteld werd, een andere werkelijkheid.

Wanneer men het principe van de systeemtheorie toepast op wat Oosterhuis zegt, komt men tot de ontdekking dat hij stelt dat twee systemen van de mens, het somatische en het mentale, elkaar beïnvloeden. Hij voegt er iets aan toe: wanneer hij met zijn therapeutisch systeem het mentale systeem beïnvloedt, oefent hij tevens invloed uit op het somatische systeem, op zodanige wijze dat het in de gewenste richting verandert, en dat de pijn verdwijnt. Oosterhuis bedrijft holistische geneeskunde.

Zijn denken is voor mij niet nieuw. David Gordon schreef in 1978 een boek met de titel *Therapeutic metaphors*.<sup>3</sup> Daarin beschrijft hij de mogelijkheid en de methodiek om, in antwoord op door lijdende mensen gebruikte metaforen, therapeutische tegen-metaforen te construeren. Daarin is, naast het probleem dat voor de lijdende mens onoplosbaar leek, een oplossing vervat, die iemand

anders (hier Gordon) voor dat probleem zou bedenken. Gordon stelt dat deze oplossing door de lijdende mens als een geldige wordt geaccepteerd, wanneer ze vervat is in een metafoor. Gordon komt uit de school van de Neurolinguistic Programming (NLP) van Bandler en Grindler. Deze beide heren hebben in 1975 aangegeven hoe ook het overige taalgebruik aanleiding kan geven tot en kan wijzen op onoplosbare levensproblemen. Een voorbeeld:

Iemand zegt: ik weet met mijn boosheid geen raad. Dat is een voor deze persoon een onoplosbaar probleem. Door te vragen, op wie hij boos is, wordt het probleem anders en oplosbaar, van statisch naar dynamisch. Het model voor therapeutisch taalveranderen in deze zin noemen zij het Meta-Model.<sup>4</sup>

NLP biedt vele technieken van deze aard, voldoende om er een opleiding in te geven. Ik zelf volg op het ogenblik een opleiding, in Londen van het UK-trainingcentre for NLP. In ons land bestaat ze sinds 1983 bij het Instituut voor Eclectische Psychologie (IEP) in Nijmegen. Zeer de moeite waard, vind ik, speciaal voor de arts die zijn patiënten niet wil verliezen aan alternatieve genezers of kwakzalvers.

Ik noem de NLP een aanvullende geneeswijze. Ik denk dat bij de „alternatieven” heel veel met dit soort technieken gewerkt wordt, bewust of onbewust. Zou de redactiecommissie van *Huisarts en Wetenschap* eens wat meer aandacht willen besteden aan dit onderwerp?

F. E. J. Bouricius,  
huisarts te Den Haag

<sup>1</sup> Oosterhuis WW. *Nekpijn, buikpijn rugpijn*. Utrecht: Bunge, 1982.

<sup>2</sup> Oosterhuis WW. *Taalgebruik bij rugpijn*. *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26 (suppl *Huisarts & Praktijk* 7): 15-7.

<sup>3</sup> Gordon D. *Therapeutic metaphors*. Cupertino (Cal): Meta-Publications, 1978.

<sup>4</sup> Bandler R, Grindler J. *The structure of magic*. Palo Alto (Cal): Science and Behaviour Books, 1975.

## Naschrift

Iedere auteur is verheugd met een positieve reactie op hetgeen hij schreef. Ik ben dan ook blij met de opmerkingen die collega Bouricius naar aanleiding