

Samenwerking tussen patiënten en behandelingsteam bij een heropname in een sociotherapeutische gemeenschap

De auteurs VAN REE en HARTMAN (1973) hebben mij allesbehalve kunnen overtuigen van de doeltreffendheid van hun werkwijze. Voorgeschiedenis van de patiënte en verloop en resultaten bij patiënte en haar ouders zijn summier of in het geheel niet vermeld. De opname en de begeleiding in en door een „ontslaggroep” vergden geruime tijd, gingen gepaard met het ontstaan van nieuwe symptomen en heropname moest volgen. In de ontslaggroep deden zich ongewenste reacties voor. De misschien bereikte verbetering kan, althans voor een deel, ongedwongen worden toegeschreven aan het ondervinden van belangstelling en aan verwijdering uit de frustrerende, zo niet vijandige omgeving thuis.

Onweerstaanbaar dringt zich bij mij de gedachte op dat deze patiënte voor alles behoefte had aan een benadering, die in de beslotenheid van de spreekkamer moeilijk anders kan beginnen dan met het stellen en luisteren naar de beantwoording van de vragen „wat er allemaal is gebeurd, wat er in haar is omgegaan en hoe zij denkt over zichzelf”. Ongetwijfeld had zij behoefte aan begrip voor haar gedrag, het onwillekeurig reageren buiten „wil” en „bewustzijn” om, automatisch bepaald door haar aanleg en door de daarop ingewerkt hebbende invloeden (waardoor zij dermate gremd, vervormd of wat dan ook was, dat zij als 20-jarige o.a. meende lesbisch te zijn zonder te begrijpen wat dit inhield en nauwelijks begrip had van seksualiteit!). Duiding van de symptomen in een persoonlijk gesprek moet toch doeltreffender zijn dan „voorlichting, liefst gegeven in een zo groot mogelijke groep”. Misschien waren de „aanvallen, die nu prompt kwamen na de „open” ontvangst, wel op slag weggebleven. Zou een individuele benadering sneller en duurzamer resultaat boeken dan de gevolgde — waarop de kans groot mag worden geacht — dan is de geschetste werkwijze schadelijk, én voor de patiënte én voor de gemeenschap.

Literatuur: REE, F. VAN en J. HARTMAN (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 22.

's-Gravenhage, januari 1973

H. K. SCHEFFER

Collega SCHEFFER twijfelt aan de doeltreffendheid van onze werkwijze. Wijzelf doen dat ook. Een poging tot evaluatie van enkele aspecten wordt op 't ogenblik gestart. Wij wilden slechts door onze publikatie iets verduidelijken van de wijze waarop gewerkt wordt. Zelfs de resultaten van individuele psychotherapie behoeven nog steeds validering en evaluatie. Over de niet valideerbare hypothesen van collega SCHEFFER betreffende de oorzaken van de „beschreven verbeteringen” is al evenmin discussie mogelijk als over het nog niet bewezen gunstige effect van de sociotherapeutische werkwijze. Uiteraard geloven wij daar wel in, maar geloven is geen weten. Patiënte kreeg wel persoonlijke begeleiding buiten de groep. In deze individuele gesprekken werd vooral ingegaan op de levenservaringen en seksuele problemen van patiënte. De „voorlichting” in de groep had vooral betrekking op het uiteenzetten van de aard van de aanvallen, om zodoende inadequate reacties daarop te voorkomen. Van groot belang is tenslotte dat het toepassen van individuele psychotherapieën voor alle patiënten door één psychiater, werkend op een afdeling met 50 „bedden”, alleen al om arbeidstechnische redenen onuitvoerbaar is. Twee uur individuele psychotherapie per patiënt per week zou voor deze psychiater een 110-urige werkweek betekenen. Bovendien

Ned. T. Geneesk. 117, nr. 10, 1973

is thans genoegzaam bekend dat speciaal acting-out-patiënten, die zeer veel aandacht vragen indien in uitzonderingspositie gebracht, zichzelf en de omgeving in toenemende mate in spanning brengen. Individuele begeleiding zonder uitgebreide terugkoppeling naar de gemeenschap waarbinnen de therapie plaatsvindt, is daardoor tot mislukking gedoemd. De autoritair werkende traditionele psychiater bevordert de gedragsstoornissen, die slechts door dwangmaatregelen (injecties e.d.), waarvan de uitvoering wordt „opgedragen” aan het personeel, zijn in te dammen. Dergelijke methoden zijn zeker schadelijk én voor de patiënt én voor de gemeenschap, zoals de vele gehospitaliseerde patiënten uit de nog steeds volle chronische afdelingen ons hebben aangetoond.

Bennebroek, 6 februari 1973

F. VAN REE
J. HARTMAN

Hypokaliëmischespierreparalyse en hyperchloremische acidose na uterosigmoïdeostomie]

Het is alleszins nuttig, dat collega ZWAAN (1973) nog eens de aandacht vestigt op de ernstige complicaties, die kunnen optreden na uretersigmoïdeostomie. Zijn beschouwingen over de behandeling zijn echter wat summier.

In de eerste plaats zij er op gewezen, dat deze patiënten direct na de operatie in de regel last hebben van onvoldoende continëntie van de sphincter ani voor het aanbod van urine in de ampul. Het is daarom gewoonte, bij deze patiënten er op aan te dringen, dat zij leren de urine in het rectum op te houden.

Een dergelijke training moge zin hebben, maar is de continëntie eenmaal bereikt, dan kan men deze patiënten beter adviseren, zo mogelijk om het uur de ampul, hetzij spontaan, hetzij met behulp van een ingebrachte rectumcanule te ledigen. Met deze maatregel wordt de resorptietijd vermindert en de hyperchloremische acidose kan daardoor belangrijk verbeteren.

In de tweede plaats bestaat er een vrij effectieve chirurgische methode ter behandeling van de acidose, namelijk het sluiten van het rectum dicht boven de anastomosen, waarbij dan een anus praeternaturalis op het sigmoïd moet worden aangelegd en meestal een stuk rectosigmoïd moet worden verwijderd. Door deze operatie wordt het resorbierend oppervlak aanzienlijk vermindert, terwijl tevens de urine- en faecesstroom weer worden gescheiden, zodat de kans op verdere ascenderende infectie afneemt.

Tenslotte zij erop gewezen, dat het is bewezen, dat bij het aanleggen van een uretersigmoïdeostomie de techniek volgens MATHISEN (1953) waarbij een in het lumen van de darm uitstekende tepel wordt geconstrueerd, de kans op ascenderende infectie aanzienlijk vermindert.

Het bovenstaande heeft overigens niet de bedoeling, de uretersigmoïdeostomie aan te bevelen boven de operatie volgens Bricker.

Literatuur: MATHISEN, W. (1953) *Surg. Gynec. Obstet.* 96, 225. — ZWAAN, F. E. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 151.

Hengelo (O), januari 1973

G. J. RENES

De opzet van de publikatie was in principe het uiteenzetten van de ontstaanswijze en behandeling van de acute situatie ten gevolge van de metabole stoornissen, welke kunnen ontstaan na implantatie van ureters in een darmlis, speciaal bij de modificatie volgens Coffey. De door collega