

## *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

## *Hypokaliëmischespierparalyse 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

RENES gemaakte opmerkingen hebben meer betrekking op de profylaxe van deze ernstige complicaties.

Inderdaad kan men, door deze patiënten vanaf het eerste moment na de operatie frequent de ampulla recti te laten ledigen en door het voorschrijven van een zoutarm (met name chloorarm) dieet met eventueel suppletie van kalium en bicarbonaat, de ernst van de metabole afwijkingen verminderen

Eveneens is het juist, dat men door middel van verschillende inplantatie-technieken van de ureters in de darmlis, al of niet gepaard gaande met een anus praeternaturalis

proximaal van de anastomose, in de meeste gevallen vermindering van de diarree, stricturen en reflux van de darminhoud kan voorkomen. Zolang echter urine in aanraking komt met darmslijmvlies, kunnen metabole stoornissen ontstaan en deze zijn door bovengenoemde ingrepen nooit geheel effectief te voorkomen.

Zelfs bij de Brickerse lis, waarvoor toch een kleine darmlis wordt gebruikt en een snelle evacuatie van de urine plaatsvindt, komen deze metabole afwijkingen voor.

Leiden, februari 1973

F. E. ZWAAN

## BERICHTEN

### Buitenland

#### WERELDBERICHTEN

*Xerophthalmia Club.* Xerofthalmie is een wijd verspreide en tevens veronachtzaamde oorzaak van blindheid die voorkómen kan worden, en dus de aandacht vraagt van oogartsen, kinderartsen, voedingsspecialisten en hygiënisten. Op het eerste congres ter bestrijding van blindheid, in augustus 1971 te Jeruzalem gehouden, werd door een groep deelnemers een „Xerophthalmia Club” gevormd. De leden van deze club stellen zich tot taak, overal waar zij werkzaam zijn, te trachten, de xerofthalmie te herkennen en te helpen bestrijden. De club geeft een kwartaalblad uit, dat door de Royal Commonwealth Society for the Blind wordt gesteund en aan iedereen wordt gezonden die in het vraagstuk geïnteresseerd is en bereid is tot uitwisseling van ervaring. Het eerste nummer, in juni 1972 verschenen, vermeldt de namen van 101 leden, in 36 landen. Secretaris is Dr. (Mrs.) A. PIRIE, c/o Nuffield Laboratory of Ophthalmology, Walton Street, Oxford, Britain. Aldus een bericht in *Tropical and Geographical Medicine* (dec. 1972, bl. 418). In hetzelfde nummer staat op bl. 344 een voordracht van Prof. Dr. H. A. P. C. OOMEN afgedrukt, gehouden op de conferentie van voedselkundigen van de WHO te Hyderabad, in maart 1972, over het onderwerp „Hypovitaminosis A as a public health problem”.

#### DUITSLAND (B.R.)

*Australia-antigeen bij suikerzieken.* In de universiteitskliniek te Heidelberg hebben HASSLACHER en medewerkers bij 282 niet-geselecteerde diabetespatiënten nagegaan of zij het Australia-antigeen herbergden. Aanleiding tot dit onderzoek was het reeds lang bekende feit dat diabetespatiënten vaker dan de gemiddelde bevolking aan hepatitis lijden. Een voor de hand liggende verklaring is, dat de hogere morbiditeit het gevolg is van de omstandigheid dat er bij suikerzieken vaker wordt geprikt en gespoten dan bij normale personen. Van de 282 onderzochte suikerzieken bleken 17 (6,03 pct) „positief” te zijn, dat is 7 maal zo vaak als gezonde bloeddonors, die als controlegroep worden beschouwd. (Bij onderzaging bleek zelfs dat 58 van de 282 patiënten, dat is 20,6 pct, tevoren reeds aan geelzucht hadden geleden.) Bij één op de drie positieve gevallen werd een titer van 1:512 of hoger vastgesteld. Bij 17 van de suikerzieken met Australia-antigeen waren er 10 die regelmatig met insuline waren behandeld, terwijl de overige 7 uitsluitend orale antidiabetica gebruikten. De auteurs menen dan ook dat de verhoogde hepatitis-morbiditeit bij suikerzieken niet kan worden verklaard door een grotere kans op parenterale besmetting, en veronderstellen dat diabeteslijders een verminderde weer-

stand tegen het hepatitisvirus hebben. (*Dtsch. med. Wschr.*, 16 febr. bl. 301.)

#### GROOT-BRITTANNIË

*Epidemische verkeersongevallen.* In de meeste „ontwikkelde” landen wordt een derde tot de helft van de sterfte van mannen tussen 15 en 24 jaar veroorzaakt door verkeersongevallen. Het aantal ten gevolge van een ongeval omgekomen autobestuurders onder de 25 jaar is in het Verenigd Koninkrijk in de periode 1960-1970 meer dan verdrievoudigd. Indien een dergelijke sterfte door een ziekte zoals poliomyelitis was veroorzaakt, zou men van een epidemie spreken en zouden de alarmklokken worden geluid. Het Verenigd Koninkrijk slaat dan nog ten opzichte van andere West-europese landen een betrekkelijk goed figuur, al is in de genoemde periode het gezamenlijke aantal sterfgevallen op de weg met 9 pct toegenomen, voor voetgangers zelfs met „maar” 8 pct, en al is dit aantal voor auto-inzittenden 86 pct hoger geworden, vermoedelijk ten gevolge van botsingen tussen personenwagens en vrachtauto's (zie deze rubriek, bl. 206). Wat dodelijke ongevallen van kinderen betreft, slaat het Koninkrijk een slecht figuur. Alleen in Duitsland is het nog erger. Maar in Frankrijk is het aantal slechts een kwart van het Engelse! Merkwaardig is, dat Engeland het enige van de Europese landen is, waar voetgangers overal en wanneer zij dat maar willen, een weg mogen oversteken. Een editorial in het *British medical Journal* (17 febr. bl. 370) is somber gestemd over de naaste toekomst en verwacht dat de verkeerssterfte voorlopig zal blijven toenemen. (Bij het lezen van dit editorial drong zich bij mij de vraag op: wanneer er op een slagveld voortdurend doden vallen, is dat dan niet een reden om dit slagveld te mijden? M.M.H.)

*Teratogene invloed van varicella-zostervirus.* Volgens M. O. SAVAGE en medewerkers lijdt het geen twijfel dat varicella bij een vrouw in het begin van de zwangerschap foetale misvormingen kan teweegbrengen. Zij beschrijven een geval van een dergelijke infectie bij een zwangere vrouw, wier kind bij geboorte niet alleen een te laag gewicht had, maar bovendien een misvormde linker arm met rudimentaire vingers, en ingezonken, gedepigmenteerde huidvlekken op een been en op het hoofd, terwijl aan het linker oog het Horner-syndroom werd vastgesteld. Het kind stierf na drie maanden. (*Lancet*, 17 febr. bl. 352.)

#### IRAN

*Zink-deficiëntie.* Zink is een onmisbaar element voor de normale lichaamsontwikkeling. Bij een tekort aan zink in het voedsel blijft de lichaamsgroei achter. Het zink is nodig voor de synthese van nucleïnezuur en eiwit. HALSTED e.a.