

## Situatie-gericht of situatie-bewust?

### De toepasbaarheid van de consultatiemethode in de consultatieve psychiatrie

door M. W. Hengeveld

#### Inleiding

Consultatieve psychiatrie is die tak van de psychiatrie, die zich bezighoudt met patiënten die behandeld worden op niet-psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis. De theorievorming in de consultatieve psychiatrie is de laatste twee decennia sterk beïnvloed door denkbeelden uit de sociale en preventieve psychiatrie. Terwijl buiten het ziekenhuis Caplan (1963) de methodiek ontwikkelde van de *mental health consultation*, die gericht is op diverse soorten hulpverleners, raakte ook de psychiatrisch consultant, werkend in een algemeen ziekenhuis, geïnteresseerd in de directe omgeving van de patiënt: de behandelend arts, de medische staf en de verpleging.

#### Omgevingsproblemen

Vooral de vraag waarom een arts op een gegeven moment een psychiatrisch consult aanvraagt heeft veel auteurs beziggehouden. 'The reason expressed in the written consultation request may have little to do with what the consultant comes to see as the major problem' schrijven Schiff en Pilot (1959). Rooymans (1972) concludeert: 'Eén ding is wèl duidelijk: het feit dat de arts een psychiatrisch consult aanvraagt zegt niet alleen iets over de patiënt. Het zegt ook iets over de dokter. Het zegt iets over hun relatie.' In zijn pleidooi voor de toepassing van de consultatiemethode van Caplan in het algemeen ziekenhuis gaat Van Ravenzwaaij (1977) nog verder: 'Waarvoor men geroepen wordt is meer het probleem van de dokter dan van de patiënt'.

In nogal wat artikelen wordt getracht meer greep te krijgen op de motieven die de arts ertoe brengen een psychiater in consult te roepen, afgezien dan van de redenen die direct uit de geconstateerde of vermoede psychiatrische pathologie van de patiënt

---

Schrijver is psychiater en verbonden als wetenschappelijk medewerker voor de consultatieve psychiatrie aan de afdeling Psychiatrie II van het Academisch Ziekenhuis, Rijnsburgerweg 10, Leiden (hoofd: Prof. Dr. H. G. M. Rooymans).

voortvloeiën. Abrahams en Golden (1963) beschrijven bijvoorbeeld welk gedrag van patiënten vaak emotionele reacties geeft bij de behandelaars. Bibring (1956), Greenberg (1960), Meyer en Mendelson (1961) en Lowe e.a. (1971) richten zich vooral op de (onbewuste) processen die zich afspelen tussen de patiënt en de behandelaars. Rooymans (1972) geeft een opsomming van de emotionele motieven die naar zijn indruk bij de consultaanvraag een rol speelden.

Tot een bevredigende indeling van deze gevoelens en gebeurtenissen rondom en in interactie met de consultpatiënten, in dit artikel verder omgevingsproblemen te noemen, komt de literatuur vooralsnog echter niet.

In de mental health consultation, die vanaf het begin gericht is geweest op de consultvragers, is natuurlijk meer ervaring op dit gebied opgedaan. Gersons (1977) geeft in zijn proefschrift hiervan een overzichtelijke samenvatting. Naast gebrek aan kennis en gebrek aan vaardigheid noemt hij als meer emotionele factoren: gebrek aan zelfvertrouwen en gebrek aan objectiviteit bij de consultvragers. Ook verschillen in werkopvattingen of hiërarchie-problemen binnen de organisatie kunnen leiden tot consultatie-vragen.

#### *Hoe vaak?*

Niet alleen de indeling van omgevingsproblemen blijkt moeilijk. In de praktijk van de consultatieve psychiatrie doen zich allereerst vragen voor als: hoe komt men er achter of omgevingsproblemen een (min of meer belangrijke) rol spelen bij het consult, en: hoe vaak stuit men op dit fenomeen? Hieraan besteedt de literatuur minder aandacht.

Schiff en Pilot (1959) zeggen: 'In those instances in which the reasons seem unclear it may be useful to look at the consultee's impliciet concerns'. Ook Radebold (1971) meent: 'Hinter diffusen Anfragen verbergen sich oft private Probleme des Kollegen'. Meyer en Mendelson (1961) en Lowe e.a. (1971) wijzen erop dat er vooral bij spoedaanvragen communicatieproblemen of conflicten rondom de patiënt blijken te bestaan. Rooymans (1972) stelt: 'Uit de onduidelijke of vreemde vragen krijgt men de indruk dat het probleem soms meer moet worden gezocht bij de dokter dan bij de patiënt. Beter gezegd: in de relatie tussen de dokter (en verplegenden) en de patiënt'.

Volgens Greenberg (1960) ontdekt men deze omgevingsproblemen bij zijn *situation-oriented approach*: hij adviseert bij ieder consult gesprekken te voeren met consultvragers, verpleging, patiënt en eventuele andere behandelaars, zoals maatschappelijk werkers. Daarbij is vooral informele informatie 'tussen de bedrijven door' volgens Meyer en Mendelson (1961) van groot belang.

De literatuur over de mental health consultation wijst erop dat de consulent moet denken aan gebrek aan objectiviteit bij de consultvragers als deze erg geëmotioneerd is, een angstige, geïrriteerde, depressieve of beschaamde indruk maakt en irrationele, ste-

reotype of sombere verwachtingen heeft over de mogelijkheden van zijn cliënt (Caplan, 1963).

Voor zover mij bekend is alleen door Rooymans (1971) en in eigen onderzoek (Hengeveld en Schalken, 1979) een poging gedaan de frequentie van optreden van een dergelijke 'emotionele involvering' van de behandelaars te bepalen. Dit leverde twee treffend overeenkomende percentages op: respectievelijk 34,5 % en 31 %.

### *Wat er aan doen?*

Bij ongeveer éénderde van de consulten in twee Nederlandse academische ziekenhuizen is er derhalve sprake van min of meer belangrijke emotionele verwickelingen rondom de patiënt. Dat leidt tot de kernvraag van dit artikel: Wat moet de psychiatrisch consulent in de praktijk met dit gegeven? Kan hij iets aan deze situationele factoren doen? Zo ja, wat; zo nee, waarom niet?

De literatuur geeft hierover weinig uitsluitel. Bibring (1956) behandelde deze kwesties in groepsbesprekingen met de artsen, ongeveer zoals in een Balintgroep. Beigler e.a. (1959) stellen dat de consulent kan intermedieren in stafconflicten en 'eenvoudige tegenoverdrachtsproblemen' kan bespreken. Meyer en Mendelson (1961) beschrijven het consult als een groepsproces, waarbij het in consult vragen van de psychiater al vermindering van de spanning geeft en de gesprekken met de verschillende partijen tot verbetering van de communicatie leiden; daarnaast verminderen angst en schuldgevoelens bij de behandelaar als het gedrag van de patiënt begrijpelijk wordt gemaakt.

Ook op dit gebied geeft de literatuur over de consultatie-methode meer praktische en technische adviezen. De consulent kan bijvoorbeeld de 'entre-nous-methode' toepassen ('we maken wel vaker mee hoezeer een cliënt een appèl op ons kan doen'), de consultvrager steunen door het probleem te herkennen of voorbeelden geven van vergelijkbare gevallen waarin het wèl goed ging ('parabeltechniek').

### *Toepasbaar?*

Waarschijnlijk is het in de consultatieve psychiatrie moeilijker om dit soort technieken toe te passen. Welke weerstanden ontmoet de psychiatrische consulent bij zijn pogingen om situatie-gericht te werk te gaan? Slechts een enkele auteur gaat hierop in. Schiff en Pilot (1959) wijzen erop dat het in een ziekenhuis niet de gewoonte is om bij een consultaanvraag stafconflicten expliciet te maken. Ook de relatie tussen consulent en consultvrager speelt een grote rol; meestal is die niet van dien aard dat een consultvrager geneigd is om zijn zorgen met de consulent te bespreken. Lowe e.a. (1971) hebben nadrukkelijk geprobeerd zoveel mogelijk 'indirecte consultatie' te verrichten, zonder de patiënt zelf te zien. De problemen die zij hierbij ontmoetten waren: direct patiëntencontact is regel in een ziekenhuis; frequente wisselingen in het afdelingspersoneel zijn niet bevorderlijk voor het leggen van vertrouwensrelaties; door een zwaar belast programma heeft men

geen tijd om met de psychiater te praten; bovendien zou de psychopathologie van de patiënten de psychiater er toe dwingen de patiënt zelf te zien. Overigens benadrukken zij wel dat deze bezwaren nogal eens rationalisaties zijn van de consulent om zijn gevoelens van onzekerheid af te weren. 'Misschien is het zo dat de psychiater zich conformeert om acceptabel te blijven voor zijn collega-specialisten', veronderstelt Van Ravenzwaaij (1977). Karasu e.a. (1977) hebben door middel van vragenlijsten onderzocht: 'What do physicians want from a psychiatric consultation service'? Zij lieten hun somatische collega's opgeven hoeveel belang dezen hechtten aan zeventien mogelijke consultatieve activiteiten. Hun conclusie luidt: 'Both medical and surgical physicians rated at least important those activities where staff members are the primary recipients of the consultants' services'.

Uit eigen onderzoek (Hengeveld en Schalken, 1979) bleek ons dat de consultvragers bij ruim driekwart van de consulten tevreden waren over de diensten van de consulent, terwijl het een vorm van consultatieve psychiatrie betrof die voor het grootste deel patiënt-gericht was.

Kennelijk zitten de ziekenhuisartsen niet te springen om psychiatrische hulp bij hun eigen problemen met hun patiënten, iets wat in de Amerikaanse literatuur naar mijn indruk nogal eens verdoezeld wordt. Veel Amerikaanse artikelen hebben een zendelingsachtig coloriet, zoals: 'Consultation becomes the vehicle for understanding and sensitizing the staff to the complexity of patients as well as their own psychological reactions' (Nadelson, 1971). De vraag is of een psychiatrisch consulent in een Nederlands academisch of daarmee vergelijkbaar algemeen ziekenhuis dit tot zijn taak moet rekenen.

### Onderzoek

In een speciaal hiertoe opgezet onderzoekje is gepoogd een indruk te krijgen van de wenselijkheid van situatie-gerichte consultatieve activiteiten, en de mogelijkheden daartoe. Als de consulent-psychiater van mening is dat er sprake is van emotionele verwickelingen rondom de patiënt, wat kan hij dan daaraan doen? Moet hij er altijd iets aan willen doen? Wanneer kan hij wel iets doen en wanneer niet? Waar liggen de beperkingen?

### Opzet

In het onderzoek op het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam (Hengeveld en Schalken, 1979) vonden wij bij 21 van de in totaal 68 onderzochte consulten aanwijzingen dat de consultvrager of andere behandelaars emotioneel bij het consult betrokken waren.

Deze éénentwintig consulten zijn zorgvuldig geanalyseerd: zowel vragenlijsten, ingevuld door consultvragers en consulent vóór en na het consult, als ook het consultverslag en de ontslagbrief, geschreven door de consultvrager, zijn bestudeerd. Het bleek moge-

lijk een zestal consultants te selecteren die representatief zijn voor de situationele problematiek die de consultant in zijn werk ontmoet. Van deze zes consultants is een beknopt verslag gemaakt. Daarin werden vermeld: de aanleiding en de vraagstelling, zoals de consultvrager die had geformuleerd en had aangekruist op een vragenlijstje; de anamnese, het psychiatrisch onderzoek en de conclusies zoals de consultant die had beschreven; en tenslotte de omgevingsproblemen die naar de mening van de consultant een rol speelden.

Deze verslagen zijn voorgelegd aan vijf deskundigen, die allen geruime tijd werkzaam zijn (geweest) in de consultatieve psychiatrie in een academisch ziekenhuis in Groningen, Leiden of Amsterdam. Daarbij werd hun verzocht de volgende twee vragen te beantwoorden:

1. Wat voor verrichtingen (therapeutisch, eventueel ook diagnostisch) zou U willen uitvoeren bij dit consult?
2. Zou U iets doen aan de 'emotionele factor' rondom de patiënt; zo ja, wat; zo nee, waarom niet?

### Resultaten

Hieronder geef ik steeds een samengevat consultverslag weer, gevolgd door een typering van de omgevingsfactoren. Daarna wordt vermeld wat de antwoorden waren van de vijf experts op de twee vragen en tenslotte wat de consultant zelf heeft gedaan.

#### Consult A.

Het betreft een 68-jarige vrouw met een exacerbatie van een sinds 1½ jaar bestaande chronische myeloïde leukemie. Zij is in een slechte lichamelijke conditie, zij is depressief en maakt een paranoïde indruk.

Vraagstelling: advies over de behandeling, begeleiding tijdens het verblijf op de afdeling en eventueel antidepressieve medicatie.

De consultant treft een vermoede, zieke vrouw aan, die het leven opgeeft omdat ze niet tot last wil worden voor haar familie. Op het moment van onderzoek is zij niet psychotisch; de volgende dagen is ze meer ontstemd en lijkt ze paranoïde wanen te hebben, waarover ze echter niets wil vertellen. De behandelend arts en de verpleging zouden willen abstineren en willen ingaan op de weinig omschreven, dysfore euthanasie-wensen van patiënte en vooral ook van haar familie. Ze mopperen op de haematologen die toch ingrijpende cytostatica kuren willen afspreken.

De omgevingsproblemen zijn als volgt te typeren: a) *emotionele problemen in de omgang met patiënten met een zeer ernstige ziekte*, en b) *verschillen in opvattingen over het beleid tussen de behandelaars*.

Vier deskundigen zouden de behandelaars helpen, door de consultvrager te steunen bij de begeleiding van de patiënt, door de verpleegkundige problemen te bespreken of door een maatschappelijk werk-contact met de familie te arrangeren. Twee van hen en de vijfde deskundige zouden eventueel peilen of dergelijke conflicten met de haematologen vaker voorkomen en, afhankelijk van de relatie die de consultant met de afdeling heeft, een bespreking hierover voorstellen. Alle vijf deskundigen zouden dus iets aan

één van de omgevingsproblemen hebben gedaan.

De consulent heeft in feite weinig aan de omgevingsproblemen gedaan. Hij kwam er niet goed achter wat er met patiënte en met haar omgeving aan de hand was. Omdat er in het geheel geen werkrelatie met de haematologen bestond, voelde hij zich niet competent iets aan de opvattingstegenstellingen te doen. De patiënte is enige dagen later overleden.

#### *Consult B.*

Het gaat om een 26-jarige man die is opgenomen voor een fractuur ten gevolge van een van zijn vele vechtpartijen met Hell's Angels. Vanaf zijn 12e jaar is hij in tehuizen of in psychiatrische behandeling geweest.

De vraagstelling luidt: gaarne advies van begeleiding na ontslag.

De consulent ziet een gebruikte, breedgebouwde man die al snel in tranen is. Zijn vriend zou woedebuien hebben onder invloed van alcohol en hem al twee maal in elkaar hebben geslagen. Hij zou echter te goedaardig zijn om wraak te nemen. In het contact is hij enerzijds aanklappend en afhankelijk, anderzijds sterk afhoudend en rancuneus.

De consulent bespeurt een sterke betrokkenheid van de consultvraagster bij het lot van deze stoere maar kinderlijke man.

Hier kan men het situationele probleem benoemen als: *sterke emotionele betrokkenheid van de consultvrager bij de patiënt.*

Drie deskundigen zijn van mening dat er aan deze emotionele involvering van de consultvraagster niets gedaan hoeft te worden. Twee echter zouden met haar wel de psychodynamiek van dergelijke patiënten en de gevoelens van machteloosheid die daar het gevolg van zijn bespreken. Hierover is dus verschil van mening onder de deskundigen. De consulent heeft niets aan de omgevingsfactor gedaan. Het leek hem onnodig (en misschien ook onverstandig) om de gevoelens van de consultvraagster te bespreken, omdat ze niet storend waren in haar werkzaamheden ten behoeve van de patiënt.

#### *Consult C.*

73-jarige man, opgenomen wegens cataracta senilis aan beide ogen. Na opname is patiënt 's nachts onrustig en onhoudbaar voor verpleging en medepatiënten.

De consultvrager verzoekt sederende medicatie en overplaatsing naar de psychiatrische afdeling.

De consulent treft een totaal gedesoriënteerde, fors gebouwde, sterke man aan, die ligt vastgebonden in bed. Hij wordt gehinderd door het oogverband, dat is aangebracht na de lensextractie aan het linkeroog. Het was de consulent bij een eerder telefonisch contact al opgevallen dat de behandelend arts de dreigende complicaties bij deze patiënt bagatelliseerde. Nu wenste men terstond een overplaatsing van de patiënt, nadat men hem gauw nog even had geopereerd, hetgeen waarschijnlijk bijdroeg tot de escalatie van zijn verwardheid.

Bij dit consult speelt als probleem rondom de patiënt: *veronachtzaming van dreigende psychiatrische complicaties.*

Vier deskundigen denken dat er weinig aan deze omgevingsverwikkelingen valt te doen. Eén van hen meent dat overleg met de

staf of de hoogleraar is aangewezen, als dergelijke kunstfouten vaker voorkomen. De vijfde deskundige zou wel het gebrek aan kennis bij de consultvrager willen wegnemen, door dit met hem te bespreken. De consultant heeft tegen de behandelend arts zijn ernstige kritiek geuit op de gang van zaken: enige oplettendheid op de oogheekkundige polikliniek en kliniek had deze complicaties kunnen voorkomen. Hij voelde zich ook in een positie om deze aanmerkingen te kunnen maken, omdat men bij de overplaatsing van de patiënt van hem afhankelijk was. Of zijn opmerkingen effect hadden is natuurlijk de vraag. De consultvrager was in ieder geval zeer dankbaar en tevreden over het consult en beloofde dat deze slordigheid niet meer zou voorkomen.

#### *Consult D.*

Het betreft een 73-jarige man die is opgenomen voor een carcinoom-operatie. Hij zou lijden aan manisch-depressieve stemmingswisselingen. De vraagstelling is: gaarne medicatie-advies en begeleiding op de afdeling. Bij zijn onderzoek ziet de consultant een beleefde, joviale man vol megalomane verhalen over zijn roemrucht (para-)militair verleden. Hij praat omslachtig en is wat eufor en snel geëmotieerd. Later blijkt dat de hoogleraar het verblijf van de patiënt in de kliniek heeft verlengd op aandringen van diens echtgenote. Maar op de afdeling escaleert de problematiek: patiënt wordt eigenzinniger en irriteert de verpleging, met name de hoofdzuster, door zijn zeer ontremde opmerkingen. Mogelijk bestaat er ook ergernis over het eigenmachtig optreden van de hoogleraar. Na een onrustig weekend eist deze plotseling (in een gesprek waar patiënt bijzit) overplaatsing naar de psychiatrische afdeling.

De omgevingsproblemen zijn hier te rubriceren als: a. *emotionele problemen in de omgang met een lastige patiënt*; b. *hiërarchische problemen door persoonlijke betrokkenheid van de hoogleraar*.

De deskundigen herkennen het hiërarchische probleem en weten allen dat er nauwelijks iets aan te doen is. Twee van hen zouden wel het ziektebeeld met de behandelend arts en de verpleging bespreken om hen te steunen in de omgang met dergelijke patiënten. Omdat patiënt weigerde, kon de consultant de overplaatsing naar de psychiatrische afdeling gelukkig voorkomen. Hij adviseerde antipsychotische medicatie en plaatsing in een verpleegtehuis. Hij voelde zich niet capabel om iets aan de complexe situatie op de afdeling te doen en was al lang blij dat hij een conflict met de hoogleraar op diplomatieke wijze had weten te vermijden.

#### *Consult E.*

Hier gaat het om een 47-jarige ex-verpleegster, al jaren in behandeling voor recidiverende nierstenen. Na de laatste nieroperatie is ze wegens hardnekkige urineweg-infecties overgeplaatst naar de afdeling infectieziekten, waar ze zich zeer klagend, beschuldigend en negativistisch gedraagt.

De consultant vindt een felle, boze vrouw, vol klachten over de houding van de leerlingverpleegsters van tegenwoordig. Achter al deze woede zit duidelijk verdriet, moeite met het accepteren van haar slepende ziekte en zich in de steek gelaten voelen door de behandelend uroloog.

De consultvrager en de verpleging weten zich duidelijk geen raad met het negativistische gedrag van patiënte.

Bij dit consult speelde de volgende omgevings-problematiek: *emotionele problemen in de omgang met een zeer lastige, chronisch zieke ex-verpleegster.*

Alle deskundigen zijn van mening dat het zinvol zou zijn met de verpleging de problemen te bespreken die de behandeling van een ex-collega geeft. De consulent heeft inderdaad, naast een regelmatige begeleiding van patiënte, uitleg gegeven aan arts en verpleging van de achtergronden van het gedrag van patiënte. Hij heeft beide partijen hun grieven laten ventileren. Men was op deze afdeling dan ook zeer bereid om de behandelproblemen met de consulent te bespreken. Voor alle betrokkenen was dit een bevredigend consult.

#### Consult F.

Het betreft een 40-jarige vrouw met pseudo-epilepsie aanvallen:

De consultvrager belt op vrijdagmiddag en dringt aan op een spoedconsult, omdat de patiënt nu eindelijk bereid was de psychiater te spreken. Hij zoekt diagnostiek, behandeladviezen en psychiatrische begeleiding van patiënte.

Als de consulent na het weekend op de afdeling komt blijkt de consultvrager voor twee weken elders te werken.

De patiënte is een gespannen sombere huilende vrouw die uitgebreid vertelt over haar problemen met haar ouders en over haar zorgen dat haar ziekte een bedreiging vormt voor haar kostbare en gelukkige gezin. Ze wijst psychiatrische hulp af.

Het blijkt dat de verpleging weinig geduldig is met patiënte, die als een aanstelster gezien wordt.

De omgevingsfactor is hierbij als volgt te typeren: *emotionele problemen in de omgang met conversiesymptomen.*

Drie deskundigen zouden niets aan de omgevingsproblematiek doen. De twee anderen zijn van mening dat er wel, indien het contact dat toelaat, overlegd zou moeten worden met de verpleging om het klimaat te verbeteren. De consulent heeft niet met de verpleging over hun houding gesproken, omdat zijn relatie met hen zeer oppervlakkig was. Naar zijn idee bestond er ook onder de

Tabel

consult met omgevingsproblemen	situatiegerichte activiteiten: wel (+), eventueel (±), of niet (—)					verricht door de consulent:
	I	II	III	IV	V	
A. a.	+	+	—	+	+	—
b.	±	—	±	—	±	—
B.	—	—	—	+	+	—
C.	±	—	—	—	+	+
D. a.	—	+	—	+	—	—
b.	—	—	—	—	—	—
E.	+	+	+	+	+	+
F.	—	—	+	—	±	—



verpleging enige vijandigheid tegen de psychiatrie. Die werd wellicht gevoeld door een sterke ambivalentie bij de medische staf ten opzichte van hun psychiatrische vakbroeders.

De antwoorden van de deskundigen en de verrichtingen van de consulent bij de zes consulten zijn in de tabel op blz. 585 samengevat.

## Discussie

Het blijkt dat bij één consult (E) alle deskundigen en de consulent het erover eens zijn dat wel situatie-gerichte activiteiten verricht konden worden. Eveneens bij één consult (D) zijn allen unaniem van mening dat aan één van de omgevingsproblemen (b) maar beter niets gedaan kon worden.

Bij de overige consulten zijn de meningen verdeeld. Dat is niet verbazingwekkend, omdat het handelen van elke consulent sterk zal samenhangen met zijn persoonlijkheid en met zijn relaties met de consultvragers. Bovendien is het moeilijk om een oordeel te vormen over een 'papieren' consult.

Kijken we echter bij elk consult naar wat de mening is van de meerderheid van de deskundigen, dan blijkt het volgende. Slechts bij twee van de zes consulten (A en E) zou de meerderheid situatie-gerichte activiteiten ondernemen. Bij de overige vier consulten is het volgens de meeste deskundigen niet wenselijk iets aan de problemen rondom de patiënt te doen. De opinie van de deskundigen komt bij vier consulten grotendeels overeen met wat de consulent in feite heeft gedaan. In één geval (A) zouden de deskundigen méér en in één geval (C) zouden zij minder hebben gedaan dan de consulent aan de omgevingsproblemen bij het consult. *Dat er lang niet altijd iets aan de omgevingsproblemen gedaan moet worden, daarover bestaat tussen de zes consulent-psychiaters uit drie academische ziekenhuizen duidelijk overeenstemming.*

De voorzichtigheid waarmee zij te werk gaan en de grote mate waarin zij zich onthouden van op de omgeving gerichte activiteiten staan wel in opmerkelijke tegenstelling tot het enthousiasme waarmee in de Amerikaanse literatuur een situatie-gerichte consultatieve psychiatrie wordt gepropageerd. Wellicht hebben de Amerikaanse psychiaters meer mogelijkheden om situatie-gerichte activiteiten te ontplooiën. Toch blijft de vraag of de voornamelijk theoretische literatuur wel een getrouwe afspiegeling van de werkelijkheid vormt en of de Amerikaanse auteurs niet vaker op weerstanden en moeilijkheden stuiten dan de meeste van hun artikelen suggereren. De Nederlandse psychiater moet zich in zijn consultatieve praktijk in het academisch ziekenhuis in ieder geval heel wat bescheidener opstellen. In plaats van hardnekkig bij alle consulten een situatie-gericht model toe te passen, zal hij vaak strikt patiënt-gericht werken, soms meer gericht zijn op de consultvragers en soms ook wel op de gehele groep van behandelaars. Of, in de woorden van Karasu e.a. (1977): 'A variety of consultation-

liaison models need to be available to the psychiatrist. These models should be flexibly and differentially applied to the needs and desires of various services of individual physicians'.

### *Indicaties*

Op grond van het hierboven beschreven onderzoek en op grond van eigen ervaringen en gesprekken met andere consulent-psychiaters is het mogelijk enige aanwijzingen te geven wanneer een psychiatrisch consulent wél en wanneer hij beter niet situatie-gericht te werk kan gaan.

Een voorwaarde om situatie-gericht te kunnen werken is een regelmatig en soepel verlopend contact tussen consulent en consultvrager en diens afdeling. Op intensive-care afdelingen of op andere afdelingen waar men hoog-gespecialiseerde behandelingen toepast, zoals nierdialyse, krijgt de staf op den duur toenemend oog voor de psychosociale facetten van ziekte en accepteert men gemakkelijker situatie-gerichte psychiatrische hulp.

Als de consulent een zekere autoriteit heeft, bijvoorbeeld door zijn plaats in de academische hiërarchie, of autoriteit heeft verkregen door voorafgaande succesrijke interventies, dan geeft dat hem waarschijnlijk ook meer mogelijkheden. Het feit dat de psychiater soms door overplaatsing of medicatie een afdeling kan helpen die omhoog zit met een onhandelbare patiënt, kan er eveneens toe leiden dat de consultvragers meer bereid worden zich door hem te laten beïnvloeden (zie consult C.).

Een goede persoonlijke relatie met consultvragers, chef-de-clinique, hoogleraar en vooral ook hoofdverpleegkundigen geeft ook meer ruimte voor situatie-gerichte activiteiten. De opvattingen van de leiding van een afdeling over de psychiatrie in het algemeen zijn eveneens bepalend voor de mogelijkheden van de consulent.

Het gunstigste klimaat voor op de omgeving gerichte activiteiten ontstaat als een afdeling daar zelf om heeft gevraagd (zie consult E.). De consulent-psychiater heeft dan de gelegenheid de problemen rondom de patiënt te bespreken en eventueel kan hij, bijvoorbeeld in een klinische les voor de verpleging, daaraan algemene opmerkingen en adviezen verbinden.

### *Contra-indicaties*

Wanneer het bij een consult niet goed lukt een helder zicht te krijgen op de omgevingsfactoren dan spreekt het van zelf dat de psychiater weinig aan de situatie kan doen (zie consult A.). De consulent komt er soms niet goed achter, omdat men negatief staat tegenover de psychiatrie (consult F.). Bij een duidelijk vijandige, anti-psychiatrische houding van een bepaalde afdeling kan de psychiatrisch consulent niets anders doen dan deze frustratie geduldig ondergaan en een goede service blijven bieden, in de hoop daarmee langzamerhand enige medewerking te verkrijgen.

Een incidenteel omgevings-probleem, vooral wanneer het niet zeer storend werkt op de behandeling van de patiënt behoeft ook geen

psychiatrische aanpak (zie consult B.). De consulent is geen therapeut van zijn somatische collega; dat is een stelregel waaraan hij zich, net als in de mental health consultation, zeer zorgvuldig dient te houden. Dat beperkt hem vaak ook in het verzamelen van de informatie die hij nodig zou hebben om zich een oordeel te vormen over de betekenis van omgevingsproblemen.

Als de consulent van mening is dat er op een afdeling kunstfouten worden gemaakt door gebrek aan psychiatrische kennis of objectiviteit (zie consult C.), dan is het misschien het beste dat hij dit bespreekt met het verantwoordelijke hoofd van de afdeling. Toetsing van het medisch handelen is immers niet de taak van de psychiater (die als consulent een adviserende taak heeft), maar van de staf zelf.

Bepaalde structurele problemen, die regelmatig tot dezelfde stafconflicten leiden, zouden wel besproken moeten worden met de betrokken partijen (zie consult A.). Of dit mogelijk is hangt natuurlijk af van de relatie die de psychiatrisch consulent met de afdeling heeft.

### Conclusies

Aan de ziekenhuisomgeving van de patiënt in de consultatieve psychiatrie wordt de laatste twintig jaar vooral in de Amerikaanse literatuur veel aandacht besteed. Het belang van omgevingsproblemen bij het tot stand komen van een consultaanvraag wordt door de auteurs sterk benadrukt. In de theoretische literatuur is, naast een patiënt-gerichte, ook een op de consultvrager en een op de situatie gerichte benadering ontwikkeld. Maar als we ons afvragen hoe de psychiatrisch consulent er achter moet komen of deze omgevingsproblemen een rol spelen en wanneer hij er wel of niet iets aan moet doen, dan laat de literatuur ons in de steek.

In de psychiatrische consultatieve praktijk in drie Nederlandse academische ziekenhuizen blijkt het niet altijd even gemakkelijk om de omgevingsproblemen te achterhalen, laat staan er iets aan te doen. Bij ongeveer één derde van de consulten kan de consulent, die er op gespist is, vaststellen dat er sprake is van duidelijke emotionele verwickelingen rondom de patiënt. Maar daarom dient hij nog niet in al deze gevallen omgevings-gericht te werk te gaan. Uit dit artikel kan een aantal relatieve contra-indicaties voor situatie-gerichte consultatieve activiteiten volgen. Deze zijn in een voorlopige poging als volgt samen te vatten:

1. de omgevingsfactor is te incidenteel of niet schadelijk;
2. de omgevingsfactor is niet goed te beoordelen;
3. de omgevingsfactor is niet behandelbaar, want:
  - a. er is te weinig relatie met consultvrager of afdeling;
  - b. er bestaat een te afwerende houding bij consultvrager of afdeling;
  - c. de consulent zou te zeer in een psychotherapeutische positie komen t.o.v. consultvrager of afdeling;
  - d. de consulent zou te zeer in een toetsende positie komen

t.o.v. consultvrager of afdeling.  
De verstandige consulent psychiatrie dient derhalve wel steeds *situatie-bewust* te zijn, maar niet altijd *situatie-gericht* te werken.

### Literatuur

- Abrahams, D. en Golden, J. S. (1963), Psychiatric Consultations on a Medical Ward. *Arch. Intern. Med.*, 122, 766-774.
- Beigler, J. S., Robbins, F. P., Lane, E. W., Miller, A. A. en Samelson, C. S. (1959), Report on Liaison Psychiatry at Michael Reese Hospital, 1950-1958. *A.M.A. Arch. Neurol. Psychiat.*, 81, 733-746.
- Bibring, G. L. (1956), Psychiatry and Medical Practice in a General Hospital. *New England J. Med.*, 254, 366-372.
- Caplan, G. (1963), Types of Mental Health Consultation. *Am. J. Orthopsychiat.*, 33, 470-481.
- Gersons, B. P. R. (1977), *De consultatiemethode in de preventieve psychiatrie*. Samson, Alphen aan de Rijn.
- Greenberg, I. M. (1960), Approaches to Psychiatric Consultation in a Research Hospital Setting. *Arch. Gen. Psychiat.*, 3, 691-697.
- Hengeveld, M. W. en Schalken, H. (1979), De psychiater bij de ziekenhuispatiënt; een exploratief onderzoek naar de klinische consultatieve psychiatrie. *Maandbl. Geest. Volksgez.*, 34, 200-220.
- Karasu, T. B., Plutchik, R., Siegel, B., Steinmuller, R. en Rosenbaum, M. (1977), What Do Physicians Want From a Psychiatric Consultation Service? *Compreh. Psychiat.*, 18, 73-81.
- Lowe, D. J., Sabot, T. J., Suchinsky, R. T., Wittner, W. K. en Zarcone, V. P. (1971), Problems in Achieving Indirect Psychiatric Consultation. *Hosp. Comm. Psychiat.*, 22, 91-94.
- Meyer, E. en Mendelson, M. (1961), Psychiatric Consultations with Patients on Medical and Surgical Wards: Patterns and Processes. *Psychiatry*, 24, 197-220.
- Nadelson, Th. (1971), Emotional Interactions of Patient and Staff: a Focus of Psychiatric Consultation. *Psychiat. in Med.*, 2, 240-246.
- Radebold, H. (1971), Probleme einer integrierter psychiatischer Tätigkeit im Allgemein-Krankenhaus. *Der Nervenarzt*, 42, 41-44.
- Ravenzwaaij, J. F. van (1977), Psychiatrisch consult of consultatie. In: Gerlings, P. J., Birkenhäger, W. J., Es, J. C. van en Joossens, J. van (1977), *Het medisch jaar 1977*. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht.
- Rooymans, H. G. M. (1972), Consultatieve psychiatrie. *Tijdschr. Psychiat.*, 14, 19-37.
- Schiff, S. K. en Pilot, M. L. (1959), An Approach to Psychiatric Consultation in the General Hospital. *A.M.A. Arch. Gen. Psychiat.*, 1, 349-357.