

Acute psychiatrie per telefoon: ear-to-ear contact

door H.N. Sno

Gepubliceerd in 1994, no. 9

Samenvatting

De telefoon lijkt een bij uitstek geschikt hulpmiddel om acute psychiatrische zorg te verlenen. De voordelen van telefonische contacten verklaren waarschijnlijk deels de toenemende behoefte aan telefonische hulpdiensten. Op grond van de speciale vaardigheden die vereist zijn om op adequate wijze telefonisch hulp te verlenen, pleit de auteur ervoor een stage bij een telefonische hulpdienst als onderdeel van de basisopleiding op te nemen.

Inleiding

Veel mensen associëren psychotherapie met een sofa en acute psychiatrie met een injectiespuit. Weinigen zullen de telefoon als belangrijk onderdeel van de psychiatrische parafernalia beschouwen. In de meeste algemeen psychiatrische leerboeken wordt het telefonisch *ear-to-ear* contact slechts vermeld als een storende factor van het *face-to-face* contact (cf. Kaplan e.a. 1987). Incidenteel verschijnt er bij uitzondering een casuïstische mededeling in een psychiatrisch tijdschrift omtrent de mogelijkheden van telefonisch contact bij een psychotherapeutische behandeling (Mermelstein en Holland 1991). In leerboeken acute psychiatrie worden hieraan veelal slechts enkele alinea's gewijd (Meyerson e.a. 1976; Ingram Walker 1983; Gersons 1986).

In dit artikel wordt de aandacht gevestigd op de plaats en de mogelijkheden van telefonisch contact in acute psychiatrische situaties. Na een korte beschrijving van het verschijnsel telefonische hulpdiensten zal in de discussie nader ingegaan worden op de vaardigheden die vereist zijn voor het verlenen van acute psychiatrische hulp per telefoon.

De telefoon en acute psychiatrie

In het algemeen omvat een acuut psychiatrisch consult meer dan een *face-to-face* contact met de patiënt. Veel tijd kan in beslag genomen worden door telefonisch overleg met een supervisor, familie van de patiënt, eerdere hulpverleners of met instanties met een opnamemogelijkheid. Voor een eerstelijns hulpverlener biedt de telefoon eveneens de mogelijkheid om bij wijze van consult met een deskundige te overleggen over een acute situatie (Gersons 1986).

Ook voor een patiënt met acute psychiatrische problemen kan de telefoon een belangrijke uitkomst bieden. Redenen hiervoor kunnen onder andere zijn de geografische afstand en angst of schaamte voor een *face-to-face* contact. De telefoon is dan een makkelijk toegankelijk medium om direct hulp te vragen. Vrijwel iedere psychiater (i.o.) is tijdens zijn dienst waarschijnlijk wel eens gebeld door een patiënt die vertelde te veel pillen te hebben ingenomen of direct opgenomen te willen worden. Mede omdat er in de opleiding geen speciale aandacht aan wordt besteed hoe op dergelijke telefonische hulpvragen ingegaan zou kunnen worden, zal de reactie niet zelden primair bepaald worden door de vraag: hoe red ik mij hier uit? in plaats van: hoe kan ik het beste helpen? In een onderzoek van Spitz (1976) op een Eerste Hulp bleken gedurende één maand 79 telefonische contacten psychische of psychiatrische problemen te betreffen. Uit een oriënterend en niet gepubliceerd onderzoek kwam naar voren dat de Eerste Hulp van het AMC eveneens regelmatig gebeld wordt door patiënten met dergelijke problemen. Vaak ging het hierbij om gesprekken waarbij de EH-verpleegkundige

verwardheid constateerde of waarbij de patiënt om psychiatrische hulp of advies verzocht. Het merendeel van deze telefoongesprekken vond buiten kantooruren plaats.

De telefoon lijkt bij uitstek geschikt om acute psychiatrische hulp te verlenen. Acute psychiatrie is die activiteit die bestaat uit (sociaal-) psychiatrische diagnostiek en interventie ten behoeve van personen die in een zodanige crisis zijn geraakt, dat deze met psychiatrische symptomen gepaard gaat (Gersons 1986). Williams en Douds (1973) vatten de voordelen voor de patiënt van telefonisch *ear-to-ear* contact boven dit *face-to-face* contact als volgt samen:

- a. Er is meer controle bij de patiënt.
- b. Indien gewenst, is de anonimiteit gewaarborgd.
- c. Er is geen geografische drempel.
- d. De hulpverlener kan anoniem blijven.

Telefonische hulpdiensten

De voordelen van telefonisch contact verklaren waarschijnlijk deels de toenemende behoefte aan telefonische hulpverlening van de afgelopen jaren. Deze behoefte wordt onder andere weerspiegeld door een toenemend aantal telefonische hulpdiensten. Tegenwoordig is er bijna voor elk probleem een apart telefoonnummer beschikbaar: de kinder-, de homo-, de AIDSinfo-, de bejaarden-, de mannen- en de geslachtsziekteninfo-lijn, 'vrouwen bellen vrouwen', Stichting 'Correlatie' en de opvoedtelefoon. Overigens is hulpverlening niet altijd het uitgangspunt. De motieven van met name seks- en relatielijnen via de zogenaamde 06-'praatnummers' zijn primair commercieel. Er zijn voorts aanwijzingen dat de behoefte om met deze 'praatlijnen' te telefoneren voor een toenemende groep mensen zodanig uit de hand is gelopen dat zelfs van een 'telefoonverslaving' wordt gesproken (Van de Wijngaart e.a. 1990).

Naast deze categoriale diensten zijn er ook vele algemene hulpdiensten: de telefonische hulpdiensten (THD). De medewerkers van een THD zijn doorgaans vrijwilligers. Zij worden meestal gesuperviseerd door een professioneel team, waar hulpverleners als pastoraal werkers, psychiaters en maatschappelijk werkenden deel van uitmaken. Een belangrijk voordeel van een THD is de mogelijkheid hulp te bieden aan dat deel van de gemeenschap dat niet bereikt wordt door de conventionele hulpverleningsinstanties. Bovendien kan een THD 24 uur per dag hulp, informatie en advies geven, dat wil zeggen ook wanneer andere instanties doorgaans gesloten zijn (Rosenbaum e.a. 1977).

De eerste telefonische hulpdiensten werden na de Tweede Wereldoorlog opgericht. De initiatieven hiertoe kwamen voornamelijk vanuit religieuze kringen, vanuit suïcidepreventiecentra of vanuit het algemeen maatschappelijk werk. In Engeland werd in 1953 de 'Samaritans' opgericht door dominee Chad Varah. De eerste Amerikaanse THD, 'the Rescue Incorporated' te Boston, werd in 1959 gestart door dominee B. Murphy. In Nederland werd in 1958 te Rotterdam de eerste THD opgericht door dominee Henk Teutscher. In 1992 waren er in Nederland 26 van dergelijke diensten en voerde bijvoorbeeld de sinds 1961 bestaande SOS THD Amsterdam bijna 17.000 hulpverlenende gesprekken (Van Grieken e.a. 1992).

Aanvankelijk waren de telefonische hulpdiensten specifiek gericht op suïcidepreventie. Al gauw bleek echter suïcidaliteit in een minderheid van de gevallen een reden te zijn om te bellen (Kaphan 1962; Pederson e.a. 1972; Rosenbaum e.a. 1977). De doelstelling is dan ook langzamerhand verschoven naar preventie in algemene zin en het doelgericht verwijzen naar hulpverleningsinstanties

(France 1975). Bij de SOS THD Amsterdam komt zelfdoding in 2% van de gesprekken aan de orde (Van Grieken e.a. 1992).

Discussie

Gezien de mogelijkheden van telefonisch contact in acuut psychiatrische situaties en de toegenomen behoefte aan telefonische hulpverlening bij psychiatrische en psychische problemen, is het opmerkelijk dat er tijdens de opleiding tot psychiater niet of nauwelijk expliciet aandacht wordt besteed aan het voeren van steunende en/of psychotherapeutische telefoongesprekken. Bij telefonische contacten gelden uiteraard dezelfde principes als voor *face-to-face* contacten (Gersons 1986). Er is echter ook een aantal specifieke omstandigheden die speciale vaardigheden vereisen. Zo wordt het psychiatrische onderzoek belemmerd door de afwezigheid van visuele informatie: uitsluitend op het gehoor moet het maximaal haalbare aan relevante informatie verkregen zien te worden. De hulpverlener kan zich machteloos voelen wanneer de patiënt hem confronteert met heftige emoties, dramatische mededelingen, danwel onvoorwaardelijke eisen, zonder dat hij in staat is fysiek in te grijpen. Niet zelden rijst hierbij het gevoel gemanipuleerd te worden. Het bellen kan echter ook een poging zijn om de toegankelijkheid van de dokter (of het instituut) te testen. Hierbij gaat het met name om permissiviteit of afwijzing (MacKinnon en Michels 1971). Voorts kan het er bij een patiënt met een gestoorde *object constancy* vooral om gaan of de dokter er nog wel is.

Meer nog dan bij een *face-to-face* contact kunnen bij een telefonisch contact de gesprekstechnische vaardigheden, zoals het hanteren van stiltes, empathisch exploreren danwel adviseren of structurend confronteren, op de proef worden gesteld. Tegelijkertijd moet veelal *ad hoc* ingeschat worden wat de mogelijkheden van hulpverlening zijn, welke grenzen rationeel aanvaardbaar zijn en tot hoever de medische verantwoordelijkheid reikt.

Door de meeste psychiaters is de ervaring met dergelijke telefoongesprekken waarschijnlijk gebaseerd op 'schade en schande'. Wat gerichte begeleiding en, indien mogelijk, een korte training zouden de kwaliteit van de via de telefoon geleverde zorg kunnen verhogen. Op de televisie - een door veel psychiaters eveneens ondergewaardeerd telecommunicatiemedium - zag ik nog niet zo lang geleden in een aflevering van de Amerikaanse ziekenhuisserie 'St. Elsewhere' dat een stage bij een telefonische hulpdienst tot de opleiding van arts-assistenten behoorde. Het lijkt zinvol om te overwegen of een dergelijke stage in Nederland ook als onderdeel van de basisopleiding opgenomen zou kunnen worden.

Met dank aan prof. dr. B.P.R. Gersons voor zijn kritisch commentaar.

Literatuur

France, K. (1975), Evaluation of lay volunteer crisis telephone workers. *American Journal of Community Psychology* 3

, 197-220.

Gersons, B.P.R. (1986), *Acute Psychiatrie*. Van Loghum Slaterus, Deventer, p. 26, 151-152.

Grieken, D. van, H. Verkerk en L. Beems (1992), *Jaarverslag SOS Telefonische Hulpdienst Amsterdam*. Stichting SOS Telefonische Hulpdienst Amsterdam, Amsterdam.

Ingram Walker, J. (1983), *Psychiatric Emergencies*. Lippincott Company, Philadelphia, p. 199-200.

Kaphan, M.N., en R.E. Litman (1962), Telephone appraisal of 100 suicidal emergencies. *American Journal of Psychotherapy* 16, 591-599.

Kaplan, H.I., en B.J. Sadock (1988), *Synopsis of Psychiatry*, 5e editie. Williams and Wilkins, Baltimore.

MacKinnon, R., en R. Michels (1971), The role of the telephone in the psychiatric interview. In: *The psychiatric interview in clinical practice*. W.B. Saunders, Philadelphia, p. 341-450.

Mermelstein, H.T., en J.C. Holland (1991), Psychotherapy by telephone: a therapeutic tool for cancer patients. *Psychosomatics* 32, 4, 407-412.

Meyerson, A.T., R.A. Glick en A. Kiev (1976), Suicide. In: R.A. Glick, A.T. Meyerson, E. Robbins en J.A. Talbott (red.), *Psychiatric Emergencies*. Grune and Stratton, New York, p. 268-270.

Pederson, A.M., en H.M. Babigan (1972), Providing Mental Health Information through a 24-hour telephone service. *Hospital and Community Psychiatry* 23, 139-141.

Rosenbaum, A., J.F. Calhoun (1977), The use of the telephone hotline in crisisintervention: a review. *Journal of Community Psychology* 5, 325-339.

Spitz, L. (1976), The evaluation of a psychiatric emergency crisis intervention service in a medical emergency room setting. *Comprehensive Psychiatry* 17, 99-113.

Wijngaart, G. van de, M. Aydagül, M. Dings en D. Ketelaars (1990), 06-telefoonverslaving: de bellers aan het woord. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 45, 43- 49.

Williams, T., en J. Douds (1973), The unique contribution of telephone therapy. In: D. Lester en G.W. Brockopp (red.), *Crisisintervention and counseling by telephone*. Thomas, Springfield, Illinois, p. 80-88.

Summary: Emergency psychiatry by telephone: ear-to-ear contact

The telephone appears to be an important tool for acute psychiatric care. The merits of telephonic contacts probably explain in part the increasing need for telephone hotline services. Because of the specific skills necessary to provide adequate care by telephone, the author advocates the participation on a telephone hotline service as part of the psychiatric residency training.

De auteur, psychiater, is verbonden aan het Academisch Medisch Centrum, polikliniek psychiatrie, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-7-1994.