

geen blijvende gevolgen bekend zijn. De literatuur over groeipijnen is uitermate beperkt.

Het doel van deze oproep is over dit onderwerp meer gegevens te verzamelen.

De vraag is deze: wanneer u in het CB of in de Schoolartsdienst spontaan of desgevraagd klachten hoort die u aan groeipijnen doen denken, wilt u dan de gegevens daarover toezenden aan Mw. E.D. Koster-Blok, arts (adres: van Poelgeestlaan 47, 2352 TA Leiderdorp)? De verzamelde gegevens worden dan geselecteerd en gecombineerd. Hiervan krijgen de inzenders een overzicht; zo mogelijk zullen gegevens over het verdere beloop worden gevraagd.

Bij voldoende reactie op deze oproep zal dit tenslotte kunnen leiden tot een artikel over deze kwaal waarover nog zo weinig bekend is.

De basisgegevens die gevraagd worden zijn in het kader vermeld. Als u in uw opgave(n) de aangegeven nummering aanhoudt behoeft u de vragen niet te herhalen. De sluitingsdatum voor inzending is gesteld op 1 juni a.s.

AANGEBOREN SCHEEFHALS

Wanneer een jonge zuigeling zijn of haar hoofd steeds naar één kant gedraaid houdt, zal dit de ouders en anders bv. het CB-team wel opvallen.

Tilt men het kind rechtop dan blijkt dat het hoofd in de regel ook enigszins scheef wordt gehouden.

Inspectie van de schuine halsspier (m. sternocleidomastoideus) links en rechts brengt dan aan het licht dat deze eenzijdig te strak en te straf is. In de eerste levensweken is er vaak een zwelling in zichtbaar die door een bloeding is veroorzaakt. Het gaat bij aangeboren scheefhals (torticollis congenita) dikwijls, maar lang niet altijd, om een kind dat in stuitligging werd geboren.

Voor de behandeling is een vroeg overleg met kinderarts en chirurg nodig, het kan kort na de geboorte nog zin hebben het hoofd in een correctieve stand te leggen en met uitwendige hulpmiddelen zo te fixeren. Op den duur zal een operatieve ingreep aan de m. sternocleidomastoideus doorgaans nodig zijn, die men niet mag uitstellen tot er een scoliose en gelaatsasymmetrie zijn opgetreden¹.

Er is echter nog een ander punt van praktische betekenis voor de patiënt, door kinderchirurgen van het Emma Kinderziekenhuis in Amsterdam naar voren gebracht². Dat is de vrij grote kans dat een kind met scheefhals ook een aangeboren heupdysplasie heeft. Van de 12 kinderen die tussen 1975 en 1977 voor een aangeboren musculaire scheefhals werden behandeld, bleken er 4 een heupdysplasie of heupluxatie te hebben. Dit samengaan is in de buitenlandse literatuur al vaker beschreven, maar was tot dusverre in ons land niet genoemd.

Het is zaak om aan de risicofactoren voor congenitale heupdysplasie: heupdysplasie in de familie, meisje, eerstgeborene, in stuitligging geboren, nu de aangebo-

ren scheefhals toe te voegen. Bij een dergelijk verhoogd risico is gericht onderzoek op heupdysplasie aangewezen.

Literatuur

1. Nederlands leerboek der orthopedie. Redactie: M.J. Kingma. 2e druk, pp 144. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht 1977
2. Moorman-Voestermans, C.G.M. & A. Vos: Torticollis en heupdysplasie. Ned.T.Geneesk. 122 : 2047, 1978

EPILEPSIE EN VERDRINKING

G.A. de Jonge

Een zeer praktische vraag van ouders en opvoeders: is het verantwoord dat een kind dat lijdt aan epilepsie meedoet met zwemmen? Is het risico dat dat kind tijdens het zwemmen een toeval krijgt wel te nemen? Verdrinken er wel eens kinderen met epilepsie en hoeveel?

In de laatste jaren zijn resultaten gepubliceerd van grondig onderzoek over verdrinking, waarbij veel aandacht is besteed aan de betekenis van epilepsie. Het meest omvattend is een onderzoek, dat gelijktijdig op het eiland Oahu van Hawaii en in de Australische stad Brisbane plaatsvond, met een gezamenlijk inwonertal van 1,6 miljoen^{1,2,3}. Dit onderzoek bestreek een periode van circa 5 jaar (1973-1977) en had betrekking op 300 kinderen van 0 tot en met 15 jaar, die ofwel verdrongen (34%) ofwel wegens bijna-verdrinking in een ziekenhuis werden opgenomen (66%). In alle gevallen werden inlichtingen verzameld over de toedracht en achtergrond van het ongeval. Dit ongeval speelde zich 26 maal af in een badkuip en 274 maal in buiten-water of zwembad.

De belangrijkste gegevens in verband met epilepsie zijn de volgende. In 12 gevallen (4,0%) van deze 300 ongevallen was epilepsie één van de factoren die aan het ongeval bijdroegen, waarvan 3 maal door het optreden van een epileptisch toeval in een badkuip en 9 maal in een zwembad of in open water. Van deze laatste 9 kinderen is er geen verdrongen en geen van hen hield er meetbare neurologische schade aan over; allen konden binnen 5 dagen het ziekenhuis verlaten. Uit deze gegevens en uit een veronderstelde frequentie van epilepsie bij 1 op 200 kinderen werd berekend, dat het risico van verdrinken of bijna-verdrinken voor kinderen met epilepsie circa viermaal zo groot is als voor kinderen zonder epilepsie. Hierbij moet de opmerking gemaakt worden dat tot dusverre gegevens over bloedspiegels van epilepsie-geesmiddelen bij drenkelingen met epilepsie ontbreken; we weten daardoor niet in hoeverre deze kinderen voldoende medicatie hebben.

De aanbevelingen die uit deze studies voortkomen en die worden bevestigd en aangevuld door anderen⁴ met grote ervaring op dit gebied, zijn als volgt samen te vatten.

1. Een kind met epilepsie mag gerust zwemmen mits voldaan is aan drie voorwaarden: de ziekte is goed onder controle (één jaar geen insult), het kind krijgt goede medicatie in een goede dosering en er is toezicht bij het water door een volwassene die weet dat dit kind één of meer epileptische toevallen heeft gehad. Deze laatste voorwaarde is in de praktijk van het school- en clubzwemmen echter moeilijk te realiseren.
2. Onderschat het gevaar van de badkuip niet. Een epilepsie-patiënt late men niet alleen in een badkuip waar meer dan 5 tot 8 centimeter water in staat. Overigens: zuigelingen en peuters late men nooit alleen in een kuip met water. Wees ook voorzichtig met douche-cabines van glas of hard-plastic: een insult tijdens het douchen kan dan ernstige verwondingen veroorzaken.
3. Het enige malen diep zuchten vóór het nemen van een duik, met de bedoeling daardoor langer onder water te kunnen blijven, is voor iedereen gevaarlijk, maar in het bijzonder voor zwemmers met epilepsie. Tegen deze methode moet dan ook nadrukkelijk worden gewaarschuwd.

Literatuur

1. Pearn, J.H.: Epilepsy and drowning in childhood. Brit. Med.J. I : 1510, 1977
2. Pearn, J.H., B. Bart & P. Yamaoka: Drowning risks to epileptic children: a study from Hawaii. Brit.Med.J. II : 1284, 1978
3. Nixon, J. & J.H. Pearn: An investigation of socio-democratic factors surrounding childhood drowning accidents. Soc.Sci.&Med. 12 : 387, 1978
4. Livingstone, S., L.L. Pauli & I. Pruce: Epilepsy and drowning in childhood. Brit.Med.J. II : 515, 1977

HET ONDERSTEUNEND GESPREK MET ADOLESCENTEN

G. van der Veer*

Deze voordracht werd gehouden op 15 september 1978 tijdens de Wetenschappelijke Dagen van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg te Noordwijkerhout. Publicatie hiervan vindt in onderling overleg tevens plaats in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde. Als motto koos de spreker de aansporing: 'kleur bekennen bij de hulpverlening aan jongeren.'

Mijn voordracht van vanmiddag zal gaan over wat genoemd wordt 'het ondersteunend gesprek'. Daarbij heb ik een gespreksvorm op het oog die me van groot belang lijkt bij de hulpverlening aan adolescenten. Ik wil uiteenzetten wat de doelstelling van een ondersteunend gesprek is. En ik wil u een indruk geven hoe zo'n ondersteunend gesprek in zijn werk gaat.

* De auteur is medewerker aan het Instituut voor Medische Psychotherapie te Utrecht.

Om aan te geven wat een ondersteunend gesprek inhoudt, wil ik het eerst eens afzetten tegenover een aantal andere gespreksvormen die men binnen de hulpverlening aan adolescenten kan tegenkomen.

Om te beginnen noem ik het 'diagnostisch' gesprek. Bij het diagnostisch gesprek is de hulpverlener bezig informatie te verzamelen. Hij wil weten wat de klachten van de adolescent zijn, hij wil ook wat weten van de leefsituatie van de adolescent om de achtergronden van zijn klachten beter te begrijpen. En meestal rekent de hulpverlener het tot zijn diagnose om vast te stellen in welke opzichten de adolescent wel adequaat functioneert, welke positieve mogelijkheden hij bezit, wat zijn 'gezonde' kanten zijn. In het diagnostisch gesprek ligt het initiatief in grote mate bij de hulpverlener. De hulpverlener heeft een aantal vragen waarop hij antwoord wil hebben en die in de loop van het gesprek nader gespecificeerd worden. Zijn uitgangspunt is: 'wat is er met die jongen of dat meisje aan de hand'. Zijn perspectief is: 'hoe kan hij of zij het beste geholpen worden.' En het gesprek heeft daarbij een sfeer van wetenschappelijke objectiviteit.

Een heel andere gespreksvorm is het 'advies'-gesprek. Het vindt plaats nadat een hulpverlener informatie heeft verzameld. Hij heeft de adolescent die om hulp vraagt gesproken. Hij heeft als daar reden toe was contact gehad met de ouders of met leerkrachten of hij heeft overlegd met hulpverleners uit andere disciplines. De hulpverlener heeft alle informatie gewogen en zijn conclusie getrokken. Hij heeft nu een oordeel over de vraag hoe de adolescent verder het beste geholpen kan worden; dat oordeel wordt vertaald in een advies.

In een advies-gesprek gaat het er idealiter om dat de hulpverlener zijn visie op de problematiek uiteenzet en voor de hulpvrager acceptabel maakt. Eerst moet de hulpvrager de visie van de hulpverlener op de zaken overnemen; daarna zal hij het advies pas goed kunnen opvolgen, en eventueel moeten ook nog de weerstanden die de adolescent heeft tegen het uitvoeren van het advies besproken worden. Een adviesgesprek, zo zou men kunnen zeggen, heeft daarbij een sfeer van wetenschappelijk autoriteit.

In de praktijk gaat het bij advies-gesprekken meestal anders. Adolescenten willen vaak direct weten wat je hen aanraadt. En als dat niet overeenkomstig hun wensen is zijn ze lang niet altijd benieuwd om te horen vanuit welke overwegingen de hulpverlener tot zijn advies is gekomen. Als we het advies-gesprek van een korte typering willen voorzien, zou je het didactisch en inzicht bevorderend kunnen noemen. Het is althans de bedoeling dat het dat wordt. Met adolescenten kan het erop uitdraaien dat 'discussie' een rakere typering is. Ook in deze gespreksvorm heeft de hulpverlener het initiatief. Maar er is een flinke kans dat de adolescent het initiatief overneemt en de hulpverlener in een verdedigende houding dwingt.

Een derde gesprekstype zou ik het 'normerend' gesprek kunnen noemen. In dit gesprek wil de hulpverlener de adolescent confronteren met bepaalde normen, waaraan hij, de hulpverlener waarde hecht. Om een voorbeeld te geven: een adolescent die mij vertelt