

Effectief geruststellen van patiënten met functionele klachten in het Algemeen Ziekenhuis

door A. P. J. Höppener en P. du Jour

Inleiding

Regelmatig worden vele artsen geconfronteerd met patiënten bij wie geen duidelijke oorzaak voor hun lichamelijke klachten wordt gevonden. Soms wordt de diagnose 'functionele klachten' gebruikt.

Vaak komt het er niet van om deze patiënten uitvoerig te behandelen. Wel wordt meestal geprobeerd hen gerust te stellen. Dit gebeurt veelal op een van de volgende manieren:

- nadruk op de resultaten van het somatisch onderzoek, dat geen 'duidelijke' afwijkingen heeft opgeleverd; eventueel wordt verwijzing naar een somatisch specialist voorgesteld, of herhalingsonderzoek afgesproken over zekere tijd;
- naast het meedelen van de resultaten van het lichamelijk onderzoek wordt toegevoegd dat het 'zenuwen' zijn of dat het 'psychisch' is;
- na het vermelden van de 'negatieve' resultaten van het onderzoek wordt overgeschakeld op het navragen van eventuele problemen in de leef- en werksfeer van de patiënt.

Vanuit een somatische invalshoek wordt geprobeerd een oplossing aan te reiken. Dit kan soms voldoende zijn. De patiënt is gerustgesteld. Soms zal hij met deze weinige hulp zelf een relatie leggen met psychosociale problemen danwel persoonlijkheidskenmerken en tot aanpassing in staat zijn.

Een deel van de patiënten zal zich echter afgescheept en teleurgesteld voelen. Zij kunnen maar niet begrijpen waarom ze wel klachten hebben terwijl er geen afwijkingen gevonden worden. Een onderscheid tussen somatische en psychische oorzaken is veelal te bedreigend. Er bestaat een sterke weerstand tegen het bespreken van een rechtstreekse relatie tussen lichamelijke klachten en problemen.

De auteurs zijn respectievelijk als psychiater en als psycholoog werkzaam op de PAAZ van het Gemeente Ziekenhuis te Dordrecht, Bankastraat 57, 3312 GA Dordrecht. Dit artikel is een bewerking van een lezing voor de sectie PAAZ en liaison psychiatrie te Amersfoort op 20-11-1982.

Voor de patiënten die in het Algemeen Ziekenhuis zijn terecht gekomen geldt dat al een selectie heeft plaatsgevonden. Het onderzoek bij de huisarts was niet voldoende. Deze groep patiënten lopen een verhoogd risico voor somatische fixatie en voortduren van hun klachten (Grol, 1981). Bij hen zal in het tweede echelon juist extra aandacht besteed dienen te worden aan het geruststellen. Hiervoor wordt het begrip 'effectief geruststellen' ingevoerd. De volgende operationele definitie kan hierbij gehanteerd worden: Patiënten met functionele klachten zullen effectief gerustgesteld zijn indien zij na het bezoek aan de medicus niet langer binnen het somatisch kanaal een verklaring voor hun klachten blijven zoeken. Opengelaten wordt of zij vervolgens andere verklaringsmodellen willen overwegen, er probleembesef ontstaat over psychosociale factoren, danwel de klachten meer naar de periferie in hun aandachtsveld verschuiven. Concreet is een patiënt effectief gerustgesteld als hij stopt medici te consulteren voor de oorspronkelijke klachten. Een en ander is te objectiveren door te onderzoeken of het aantal artsconsulten per tijdseenheid significant is afgenomen na een poging tot effectieve geruststelling. In dit artikel zal een gespreksmethode worden beschreven waarbij ernaar gestreefd wordt patiënten met functionele klachten 'effectief' gerust te stellen, opdat zij niet langer binnen het somatisch (ziekenhuis) kanaal een verklaring van hun klachten blijven zoeken.

Het geruststellen van de patiënt

Allereerst zullen we proberen antwoord te vinden op de vraag, welke elementen deel dienen uit te maken van een methode waarbij effectief geruststellen van de patiënt mogelijk wordt. Hierbij zou ingegaan kunnen worden op de werkzame factoren in de relatie arts-patiënt, hoe deze relatie in de loop van de jaren is veranderd, en wat hiervan de gevolgen zijn. Hewer (1982) heeft in dit verband onderzocht, welke elementen de relatie tussen een alternatieve geneeskundige en zijn patiënt bepalen. Daarbij komen vooral naar voren: het enthousiasme van patiënt en therapeut, de persoonlijke aandacht die sterk patiëntgericht is en het feit dat de patiënt ervaart meer tijd te krijgen voor het bespreken van zijn klachten dan bij de officiële geneeskundige instanties. In het kader van dit artikel zullen we ons hierna beperken tot enkele punten die van specifiek belang zijn bij het geruststellen van de patiënt.

Groll e.a. (1981) noemen de volgende punten:

- uitleg rondom het doel en de gang van zaken bij het onderzoek;
- het geven van een prognose;
- het bespreken van het natuurlijk beloop;
- het geven van preventieve adviezen;
- stimuleren van patiënt om zelf na te denken wat er aan de hand is (actieve houding); hierbij hoort ook goed luisteren door de medicus, serieus nemen van de patiënt en actief stimuleren door de medicus;
- structureren van het gesprek;

- hanteren van de machtsstrijd tussen patiënt en medicus; hiertoe worden ook gerekend: zoeken van een compromis, meegaan, bespreken van eigen gevoelens, aangeven van de eigen grenzen en bespreken van de ontstane relatie.

Krol (1979) wijst op de verschillen in het medisch referentiekader tussen arts en patiënt. De arts werkt vanuit zijn ervaring en kennis van symptomen (klachten) en de relatie tussen symptomen en ziektebeelden (syndromen). De patiënt zelf gaat vaak af op informatie over ziekten in familie, vriendenkring, enz. Ook op de informatie uit kranteberichten en televisie-uitzendingen. Arts en patiënt stellen vanuit deze, van elkaar verschillende referentiekaders hun eigen hypothesen op. De onderzoeker zal, wil hij misverstand voorkomen, moeten aansluiten bij de hypothesen van de patiënt. Dit vereist ondermeer zorgvuldig nagaan, waarom de patiënt nu bij hem komt en wat zijn vraagstelling is.

Tijdens het eerste gesprek blijkt soms dat de patiënt het in verschillende opzichten niet geheel eens is met de verwijzing naar een specialist, maar zich eraan heeft geconformeerd, bij voorbeeld gewoontegetrouw (gehoorzaam aan autoriteit) of uit angst voor sancties (ruzie met de huisarts, onenigheid met de bedrijfsvereniging over arbeidsongeschiktheid, en dergelijke).

Als de medicus zich aan de zijde van de patiënt schaaft en hem zijn gemengde gevoelens, twijfels en kritiek naar voren laat brengen, ontstaat een sfeer van vertrouwen, waarin de specialist als het ware een crediet opbouwt en de patiënt tenminste bereid is welwillend te luisteren naar de gezichtspunten, die de arts naar voren brengt over de mogelijke veronderstellingen aangaande aard, ontstaan en voortbestaan van de klachten. De kans is groot dat daarvan iets doordringt en blijft hangen.

Ingelfinger (1982) wijst op het belang van de houding van de arts bij het nastreven van het verminderen van de klachten. De arts moet tot op zekere hoogte autoritair en paternalistisch zijn. Hij vermijdt daarbij onaangepaste gedragingen zoals overmoed, onbeleefdheid, ijdelheid, willekeur of gebrek aan medeleven. Er wordt een aantal punten opgesomd waaraan de arts-patiënt relatie zal moeten voldoen. De patiënt moet

- in de arts geloven,
- vertrouwen stellen in diens advies en geruistellende woorden,
- hem een bijzondere kennis toeschrijven,
- een zekere mate van leiding aanvaarden.

Voor de arts geldt dat hij

- een bepaalde, concrete behandeling moet aanbevelen en onderschrijven, in plaats van de patiënt zonder meer tussen verschillende alternatieven te laten kiezen; de verschillende mogelijkheden moeten wel eerst worden opgesomd en de voor- en nadelen uitvoerig toegelicht;
- zich in de positie van de patiënt moet verplaatsen, hoe die zich voelt en reageert op de medische informatie en de behandeling;
- alle patiënten moet inlichten in alledaagse bewoordingen; daarbij is het tevens noodzakelijk dat hij de emotionele gesteldheid

van de patiënt aanvoelt, diens overtuigingen en moeilijkheden, en de opvattingen in zijn gezin.

In aanvulling hierop moet nog gewezen worden op het belang van het aanbieden van een verklaringsmodel aan de patiënt. Een voor de patiënt acceptabele verklaring voor de klachten zal pas kunnen ontstaan in een actieve wisselwerking tussen patiënt en therapeut (medicus). De bouwstenen voor deze verklaring worden gevormd door de levenservaringen, opvattingen, etc. van de patiënt. Patiënt en therapeut moeten zich ermee kunnen verenigen. Dit verklaringsmodel vormt de basis voor eventuele verdere stappen.

Het opstellen van een verklaringsmodel

Gedurende de afgelopen jaren hebben de auteurs gewerkt aan het opstellen van een verklaringsmodel dat gebruikt kan worden om patiënten gerust te stellen. Deze procedure zal hier worden beschreven. In de toekomst zal een en ander door middel van nader onderzoek geverifieerd moeten worden. De inhoud van het gesprek zullen we nu nader beschrijven waarbij via een voorbeeld nadere toelichting wordt gegeven.

Voor het eerste gesprek

Voor de komst van de patiënt wordt de verwijsbrief gelezen. Zonodig vindt tevoren overleg plaats voor aanvullende informatie. De patiënt wordt samen met zijn partner (ouders) uitgenodigd voor een eerste gesprek. Bij de uitnodiging is een vragenlijst gevoegd waarop biografische gegevens en klachten vermeld worden. Verzocht wordt deze ingevuld mee te brengen naar de eerste afspraak. Tevens wordt in het begeleidend schrijven uitgelegd wat het doel van het eerste gesprek is (oriëntatie) en wat de eventuele verdere procedure inhoudt (opstellen behandelplan, advies, verwijzing).

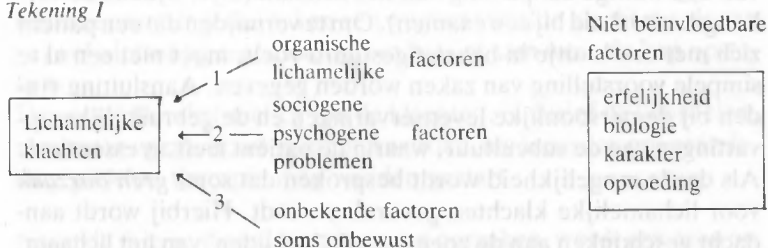
Eerste deel gesprek

Aan de patiënt wordt het doel van dit eerste gesprek nog eens herhaald. De inhoud van de brief van de verwijzer wordt globaal besproken, waarbij wordt vermeden opmerkingen van de verwijzer aan de orde te stellen, die wellicht diens vertrouwensrelatie met patiënt zouden kunnen verstoren. De vragenlijst wordt bekeken en zonodig wordt een korte toelichting gevraagd. Dan komt de therapeut terug op de aard van de klachten. Hij laat de patiënt, aangevuld door de overige aanwezige gezinsleden, nog eens vertellen wanneer de klachten begonnen zijn, hoe het beloop is geweest, welke onderzoeken plaats hebben gevonden, of hij van mening is dat er voldoende somatisch onderzoek is geweest, wat hij niet meer kan, hoe hij door partner of omgeving wordt opgevangen, etc. Met behulp van de vragenlijst wordt in grote lijnen de levensloop doorgenomen. Al doende begint de therapeut ideeën te ontwikkelen over de mogelijke oorsprong van de klachten, bekrachtigingsmechanisme en luxerende factoren.

Tweede deel gesprek

De therapeut komt weer terug op de lichamelijke klachten. Soms begint hij met een verhandeling over anatomie en fysiologie, samenhangend met de specifieke aard van de lichamelijke klachten van de patiënt. Uitleg wordt gegeven over het ontstaan van lichamelijke gevoelens. Het onderscheid tussen fysiologisch-anatomische afwijkingen en symptomen wordt verduidelijkt. Normale 'alarm' reacties van het lichaam worden beschreven. Met behulp van tekeningen op een bord wordt uitgelegd dat lichamelijke klachten op een drietal manieren kunnen ontstaan (zie tekening 1. De hier beschreven terminologie wordt zonodig nader verduidelijkt of aangepast aan het niveau van de patiënt).

Tekening 1



De signaalfunctie van lichamelijke klachten wordt uitgelegd. Zo helpt koorts om de mensen te wijzen op bij voorbeeld een griep. Bij in de zon liggen kan pijn ontstaan als teken van een naderende verbranding. Hoofdpijn kan optreden bij teveel spanning. De drie aangegeven mogelijke achtergronden van het signaal worden besproken.

Als eerste *de organische factoren*. Zo kan bij pijn in de buik een blindedarmonsteking passen. Deze is goed te behandelen met een operatie. Klachten in de hartstreek kunnen berusten op een stoornis in het functioneren van hart of coronair-vaten. Soms zijn de klachten te verminderen, door een rechtstreeks op het orgaan gerichte ingreep, chirurgisch of medicamenteus. Bij vele klachten is dit niet mogelijk. Er kunnen andere voorbeelden gegeven worden, die aansluiten bij de levenservaringen van de patiënt.

Vervolgens wordt ingegaan op de tweede groep de *psychogene en sociogene factoren*. In dit artikel zal in het vervolg steeds psychogeen worden gebruikt, wanneer deze combinatie van factoren wordt bedoeld. Bij de psychogene factoren wordt benadrukt dat hierdoor wel degelijk 'echte' pijn of lichamelijke klachten kunnen ontstaan. Met opzet wordt gekozen voor de term 'echte' pijn, omdat kan worden uitgelegd dat de patiënt weleens gehoord zal hebben van onechte of irreële pijn. Bij pijnklachten gaat het juist om de persoonlijke beleving van de patiënt. De patiënt alleen voelt zijn lichaam en derhalve hebben de klachten voor hem werkelijkheidswaarde. De therapeut kan zodoende nog eens benadrukken dat hij de patiënt serieus neemt. Onechte pijn of irreële lichamelijke klachten, zo vertelt hij, bestaan niet. Andere voorbeelden kunnen

gegeven worden, die aansluiten bij het referentiekader van de patiënt. Bij de psychogene factoren worden voorbeelden gebruikt, die aantonen dat 'echte' pijn of klachten daardoor kunnen ontstaan (hoofdpijn na te hard werken, buikpijnklaften van een kind bij spanningen in het gezin). Er wordt gesproken over de angst, die vaak bij patiënten leeft, voor een aansteller te worden uitgemaakt. De relatie tussen spanning (stress) en lichamelijke klachten wordt verduidelijkt (bijv. de lichaemlijke verschijnselen die zich voordoen vlak voor een belangrijke gebeurtenis, zoals een examen). Aangegeven wordt hoe deze klachten kunnen verminderen (door het aanleren van een ander levensritme, door het leren anticiperen op gebeurtenissen, door het uit de weg ruimen van problemen e.d.), maar ook dat klachten soms normale bijverschijnselen kunnen zijn van een nuttige aanpassing van het lichaam (bijv. tijdens de verhoogde alertheid bij een examen). Om te vermijden dat een patiënt zich met een kluitje in het riet gestuurd voelt, moet niet een al te simpele voorstelling van zaken worden gegeven. Aansluiting vinden bij de persoonlijke levenservaringen en de gebruikelijke opvattingen van de subcultuur, waarin de patiënt leeft, is essentieel. Als derde mogelijkheid wordt besproken dat soms *geen oorzaak* voor lichamelijke klachten gevonden wordt. Hierbij wordt aandacht geschonken aan de zogenaamde 'geluiden' van het lichaam. Verteld wordt bij voorbeeld dat het lichaam als een grote fabriek of machine kan worden gezien. Hierbij komt het regelmatig voor dat iets kraakt of piept. Veelal hoeft hier dan geen duidelijk gebrek of defect aan ten grondslag te liggen, maar behoort het tot de normale gang van zaken en verdwijnt het vaak spontaan weer. In onze tijd hebben de mensen verleerd, dat zulke verschijnselen optreden. Men meent tegenwoordig dat voor alle kleine 'geluiden' van het lichaam een verklaring gevonden moet worden. Dit is enerzijds ook wel begrijpelijk, omdat de medische kennis enorm is uitgebreid, anderzijds een duidelijke misvatting, omdat het lichaam een ingewikkeld geheel blijft, waarbij het optreden van bijverschijnselen normaal is. In aansluiting kan worden ingegaan op de verhoogde aandacht voor lichamelijke klachten die bij sommige mensen bestaat, waardoor vicieuze processen ontstaan, die het voortbestaan van de klachten bevorderen (vgl. Orlemans en Ten Doesschate 1976).

Een andere verklaring voor de klachten kunnen *onbewuste, of niet meer relevante oorzaken* zijn, zoals ambivalente gevoelens, krenking, verdrongen agressieve gevoelens en rouwreacties (een voorbeeld is een jong meisje dat de keuze niet kan maken tussen in het ouderlijk huis blijven of zelfstandig gaan wonen, bij wie de negatieve gevoelens worden afgeweerd door middel van symptoomgedrag, waarbij lichamelijke klachten kunnen optreden). Een werkzame strategie is verhalen te vertellen over hoe het met andere patiënten is gegaan, bij wie dan in de meeste gevallen een enigermate succesvol behandelresultaat werd behaald.

Dergelijke verhalen dienen aan te sluiten bij de voorlopige hypothese van de therapeut, aangaande oorzaken, ontstaanswijze en

voortbestaan van de klachten. Een belangrijk voordeel van deze indirecte werkwijze met behulp van anekdotes en metaforen is dat de weerstand van een patiënt niet wordt gemobiliseerd, zodat hij meer ontvankelijk is voor de interventies van de therapeut (vgl. Haley, 1973).

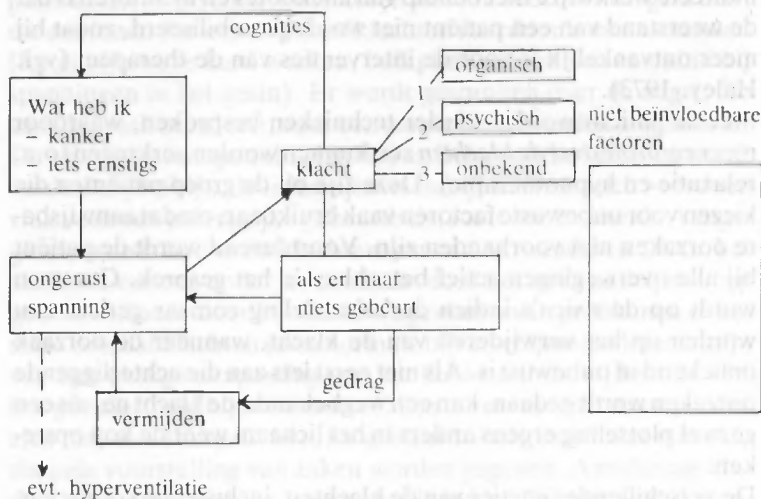
Met de patiënt worden verder technieken besproken, waardoor meer *controle over de klachten* zou kunnen worden verkregen (o.a. relaxatie en hypnotherapie). Deze zijn bij de groep patiënten die kiezen voor onbewuste factoren vaak bruikbaar, omdat aanwijsbare oorzaken niet voorhanden zijn. Voortdurend wordt de patiënt bij alle overwegingen actief betrokken in het gesprek. Gewezen wordt op de risico's indien de behandeling zomaar gericht zou worden op het verwijderen van de klacht, wanneer de oorzaak onbekend of onbewust is. Als niet eerst iets aan die achterliggende oorzaken wordt gedaan, kan een wegbehandelde klacht net als een gezwel plotseling ergens anders in het lichaam weer de kop opsteken.

De verschillende functies van de klachten, inclusief de voordelen, moeten in ogenschouw genomen worden, alvorens een op verandering gerichte therapie mag worden gestart.

Naast de drie genoemde groepen van oorzaken, wordt gewezen op het belang van wat genoemd wordt de niet beïnvloedbare factoren (predispositie en milieufactoren). Deze worden omschreven als eigenschappen die samenhangen met erfelijkheid, biologie (bouw van het lichaam), karaktertrekken en opvoeding (gezin). Dit punt wordt aangegrepen om uit te leggen dat lichamelijke klachten vaak slechts zeer langzaam of niet geheel verdwijnen. Van meet af aan moet bij voorkeur *niet* gemikt worden op het volledige verdwijnen van de klachten. Deze zijn immers een uitdrukking (epifenomeen) van bepaalde processen. Een verminderde hinder of verminderde gevoeligheid kan *wel* expliciet worden nagestreefd. Min of meer in het midden wordt gelaten of de klachten uiteindelijk geheel zullen verdwijnen, nadat de pathogene processen zullen zijn veranderd. Uitleg kan gegeven worden over de mechanismen, waardoor steeds opnieuw de aandacht gericht wordt op de eigen lichamelijke gevoelens, soms in bepaalde delen van het lichaam, dan weer verspringend naar andere gebieden. Soms kunnen klachten maanden of zelfs jaren afwezig zijn en dan plotseling weer ervaren worden. De recidief kans wordt besproken, waarbij gewezen wordt op de positieve invloed van een veranderde attitude en meer kennis over het hoe en het waarom van de lichamelijke klachten. In termen van draagkracht en draaglast kan nog nader worden ingegaan op de weerbaarheid van het individu in relatie tot zijn leefomstandigheden (vgl. Kraft, 1972; Selye, 1978). Er wordt in dit stadium overgegaan tot uitbreiding van de tekening (zie tekening II).

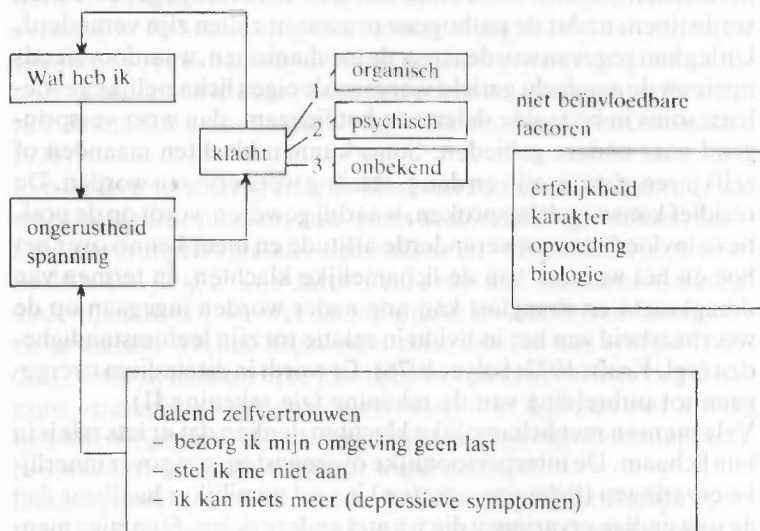
Vele mensen met lichamelijke klachten denken dat er iets mis is in hun lichaam. De interpersoonlijke overeenstemming over innerlijke ervaringen (lichaamssensaties) is veel moeilijker haalbaar dan de uitwendige ervaringen die we met andere delen. Sommige men-

Tekening II



sen hebben de neiging de innerlijke ervaringen onjuist te benoemen. Bij voorbeeld, je hebt spierpijn, eerst denk je nog het zal wel een kou zijn, dan blijft de pijn bestaan en ga je je afvragen heb ik iets anders, je maakt je ongerust en wordt gespannen. Van het verhaal bij de eerste tekening weet de patiënt al, dat spanning kan leiden tot klachten en zo wordt de cirkel gesloten. Benadrukt wordt, dat mensen, zolang ze blijven denken dat hun klachten een somatische oorsprong hebben, gevangen zitten in een vicieuze cirkel van lichamelijke klachten, gedachten, spanningen en weer klachten. Bij patiënten met hyperventilatieklachten wordt aangegeven hoe deze klachten met name door de spanning onderhouden kunnen worden

Tekening III



(vgl. Hoogduin, 1977). Bij verwachtingsangst en fobisch gedrag wordt gewezen op het proces van vermijden en hoe hierdoor wederom een vicieuze cirkel ontstaat.

De therapeut spreekt vervolgens met de patiënt over hoe deze zich onder zijn klachten voelt. Een aantal van hen zullen vertellen dat ze bang zijn voor een aansteller te worden gehouden, dat ze het gevoel hebben niets meer waard te zijn, dat ze bezorgd zijn anderen tot last te zijn, etc. Op het bord worden de bestaande schema's nu aangevuld met het begrip *zelfvertrouwen* (tek. III). Dit begrip dient als centraal aangrijpingspunt voor de behandeling in het derde deel van het gesprek. Of het nu gaat over klachten die het gevolg zijn van aantoonbare organische afwijkingen, of zogenaamde 'spontane' pijnklachten en psychomatische of functionele klachten, in alle gevallen raakt de patiënt verwickeld in een invalideringsproces met allerlei secundaire negatieve spiraalprocessen als gevolg (vgl. Fordyce, 1980). De therapeut legt uit dat door de gewaarwordingen en ervaringen die patiënt zojuist verteld heeft, zijn zelfvertrouwen op den duur vanzelfsprekend gedaald moet zijn. Meestal knikt de patiënt instemmend. De therapeut legt uit dat de klachten leiden tot meer spanning, nervositeit of angst en dat deze zo ook versterkt worden. Steeds meer zal de patiënt zichzelf en zijn leven als een last gaan ervaren en een depressie ontwikkelen.

Derde deel gesprek

Nadat het schema volledig op het bord staat, wordt aan de patiënt gevraagd wat hij op dat moment als meest waarschijnlijke oorzaak voor zijn klachten ziet. Bij de patiënten die (nog) niet tot de groep chronische pijnpatiënten behoren of tot de doctor-shopping groep, wordt dan vaak een psychogene oorzaak genoemd, of wordt aangegeven dat deze onbekend is. Aan de hand van de tekening wordt besproken welke stappen mogelijk zijn ter verbetering. Gewezen wordt op verschillende bekrachtigingspatronen en hoe deze kunnen worden doorbroken. Met name in het geval de patiënt geen factoren weet aan te geven, kan door middel van het begrip zelfvertrouwen op elegante wijze de omgeving (partner, gezin) worden ingeschakeld. Veel partners hebben aanvankelijk het idee dat ze niets kunnen of hoeven te doen aan de toestand van de patiënt. Op grond van tekening III is het echter gemakkelijk aannemelijk te maken dat de medewerking van de partner zeker mogelijk en zelfs essentieel is voor een succesvolle behandeling. De therapeut legt uit dat het zelfvertrouwen kan toenemen en dat positieve bekrachtigingen vanuit de omgeving hiervoor mede noodzakelijk en heel goed mogelijk is. Gevraagd wordt bij voorbeeld aan de partner of hij zijn waardering voor zijn vrouw duidelijker kan laten blijken. Bij chronische patiënten en patiënten die behoren tot de zogenaamde doctor-shopping groep, vormt het begrip zelfvertrouwen op deze wijze in feite een van de weinige gedragsmatige invalshoeken, waarvan gebruik kan worden gemaakt, eventueel in combinatie met indirecte benaderingswijzen zoals hypnose.

Valkuilen bij het geruiststellen

Bij het geruiststellen van patiënten kunnen een aantal fouten gemaakt worden, die vooral voortvloeien uit een al te enthousiast optreden van de therapeut, waarbij de patiënt het spoor bijster raakt. De volgende punten kunnen genoemd worden zonder dat hiermee gesuggereerd wordt een volledige opsomming te geven.

(a) *Kritiek op collega's.* De therapeut trekt in twijfel wat andere specialisten over de klacht gezegd hebben. Vaak betreft de patiënt deze kritiek op zichzelf en voelt zich geroepen die andere specialisten te verdedigen. Zo ontstaat al direct een zeker wantrouwen en spanning in de relatie.

(b) *Ontkennen van lichaamsbeleving.* De therapeut stelt te nadrukkelijk dat de klacht wel 'psychisch' moet zijn, gezien de verwijzing en de negatieve onderzoeksresultaten elders. Vereiste is juist erop te wijzen dat de klachten in ieder geval een lichamelijke component hebben. De therapeut dient juist te benadrukken dat hij de uitspraak onjuist vindt dat gezegd wordt dat bij voorbeeld buikpijn 'psychisch' is. Je voelt toch zeker de pijn in de buik. Hoe kan nu zoiets alleen maar in je hoofd zitten. Van der Burg (1976) wijst op het geringe nut van het streven naar een psychologische verklaring. Considerering van lichamelijke klachten als teken dat er psychisch iets mis is, ontnemt de patiënt de mogelijkheid er zelf nog iets aan te doen. Zo wordt in het begin van de therapie de hoop op vermindering van de klachten ontnomen. Vaak ontstaat ook een machtsstrijd, waarbij de therapeut moet bewijzen dat de klachten inderdaad 'psychisch' zijn.

(c) *Confronteren met psychische oorzaak.* Nadat tijdens het gesprek een mogelijke oorzaak wordt gevonden, brengt de therapeut deze abrupt in relatie met de klacht. Het kan zijn dat de patiënt er nog niet aan toe is dit verband te leggen, of juist al lang een relatie vermoedt, maar om de een of andere reden een oplossing voor zijn probleem uit de weg gaat. De klacht heeft dan de functie van bestendiging van de status quo.

(d) *Ontijdig blokkeren van lichamelijke klacht.* De therapeut laat door collega-specialisten aan de patiënt uitleggen dat de klachten niet op organische afwijkingen berusten en dat ze dus weer alles mogen doen. Voor sommige patiënten zijn de klachten het enige alibi om bepaalde zaken niet te doen. Zij kunnen niet op een andere manier hun probleem vermijden. Nu worden zij gedwongen om alles normaal te doen, terwijl de problemen nog niet zijn opgelost. Het gevaar bestaat dat ze in paniek raken en daardoor nog meer of andere klachten ontwikkelen. De functie van de klachten voor de zelfhandhaving en aanpassing van de patiënt wordt zo over het hoofd gezien.

(e) *Integriteit in twijfel trekken.* Vaak zijn patiënten met lichamelijke klachten niet in staat hun normale werkzaamheden te verrichten. Soms wordt geprobeerd om de bekrachtiging, bij voorbeeld door ziektewet of andere hulp, te verminderen door de patiënt weer aan het werk te sturen. Indien dit in een te vroeg stadium gebeurt,

kan de patiënt zich miskend voelen en denken dat de therapeut hem beschouwt als iemand die van de sociale voorzieningen profiteert, of nog erger, zich aanstelt. Terwijl de ene patiënt gebaat is met een duwtje in de rug, moet de ander juist tijdelijk een bescherming (paraplu) geboden worden. Het is moeilijk om hiervoor in het algemeen criteria te noemen, maar voor de paraplu-functie geldt wel dat de bescherming gekoppeld moet worden aan therapeutische adviezen gericht op klachtenvermindering. Het advies 'doe het maar een tijdje kalm aan' zonder meer heeft het grote risico dat acute klachten chronisch worden ingebed in bekrachtigingspatronen. Terecht gaan controleartsen ervan uit dat na een aantal weken de drempel voor werkhervatting steeds hoger wordt en daarmee het risico van permanente arbeidsongeschiktheid groter.

(f) *Organische afwijking missen*. Mogelijke organische afwijkingen kunnen over het hoofd gezien worden, indien de problematiek niet vanuit een integrale geneeskundige denkwijze wordt benaderd. De therapeut dient deze mogelijkheid steeds in gedachten te blijven houden, ongeacht eventuele eerdere negatieve uitslagen van somatische onderzoeken.

(g) *Psychiatrisch syndroom missen*. De therapeut herkent niet dat er sprake is van een hypochondrische waan, of een gemaskeerde depressie. Met name bij hypochondrisch waanachtige ideeën bestaat het risico dat een uitleg over de relatie psyche-soma door de patiënt geïnterpreteerd wordt als bevestiging van zijn idee dat er een organische oorzaak ten grondslag ligt aan de klachten. Zo is het recentelijk een van de auteurs overkomen dat hij een patiënt met zogenaamde chronische pancreatitis klachten uitleg had gegeven over de relatie tussen spanning en lichaam. De fysiologie van de pancreas was daarbij uitvoerig ter sprake gekomen. De volgende keer vertelde de patiënt terloops dat hij zeer tevreden was geweest over de uitleg, over het functioneren van de pancreas. Hij begreep nu pas voor het eerst hoe ernstig zijn chronische pancreatitis was en vroeg hoe lang hij nog te leven had.

(h) *Persoonlijkheidsstructuur niet goed inschatten*. Een decompensatie van een patiënt met een hysterische persoonlijkheidsstructuur kan tot bijzondere problemen leiden. Op grond van de theatrale presentatie bestaat de neiging de klachten te overschatten, op grond van bekendheid met de persoonlijkheidsstructuur is de neiging tot onderschatten aanwezig.

Werkzame bestanddelen

In de beschreven gespreksmethodiek zitten een aantal mogelijk werkzame bestanddelen.

(a) *Non-specifieke factoren*. Veel wordt gebruik gemaakt van wat genoemd wordt de niet-specifieke factoren (Van Dijck e.a., 1980). Deze factoren hebben een belangrijk aandeel in de verwezenlijking van de positieve effecten. Men kan zeggen dat a-specifieke factoren specifiek geworden zijn (vgl. Van Dijck, 1982).

De volgende kunnen hiervan genoemd worden:

- goede informatie vooraf, bij voorbeeld door toesturen vragenlijst en informatiestencil;
- duidelijkheid verschaffen over de aard van het gesprek: oriëntatie en zonodig opstellen behandelplan, advies of verwijzing;
- het aanbieden van een verklaring voor de klachten waarbij de patiënt actief betrokken wordt zodat zoveel mogelijk bij zijn referentiekader wordt aangesloten;
- het in de hand werken van hoop en positieve verwachting door het geven van informatie over hoe de klachten kunnen verminderen; dit laatste gebeurt veelal aan de hand van voorbeelden hoe andere patiënten hun klachten hebben overwonnen; geen valse voorspiegelingen dat de klachten algeheel zullen verdwijnen;
- de patiënt het gevoel geven dat hij serieus wordt genomen door uitdrukkelijk te stellen dat uitgegaan wordt van de lichamelijke aard van de klachten;
- de tijd nemen om uitgebreid aandacht te besteden aan de verschillende factoren voor het ontstaan en voortbestaan van de klachten.

(b) *Circulaire processen doorbreken.* Voorts spelen factoren een rol die te maken hebben met het doorbreken van de circulaire processen, zowel op het cognitieve vlak, als met betrekking tot gedragsmatige, interactionele processen in de leefsituatie van de patiënt. Het leren inzien hoe het proces van etiketteren, anticiperen en aandacht geven inwerkt op de angst en op de klachten.

(c) *Therapeut-variabelen.*

- Het hanteren van afstand in de therapeutische relatie. Voor het ontwikkelen van een verklaringsmodel is het een essentiële voorwaarde dat de therapeut het geheel van psychologische en lichamelijke factoren blijft overzien en daartoe een zekere distantie houdt. Bij het overbrengen van het verklaringsmodel daarentegen is het inlevingsvermogen van de therapeut een uiterst belangrijke factor.
- Autoriteit. Door de presentatiewijze, de uitleg staande aan het bord, ontstaat al snel een soort leraar-leerling verhouding.
- Ter zake-kundigheid. De therapeut functioneert als een ervaren vakman die weet waarover hij praat.

(d) *Indirecte benadering.* In de beschreven methode wordt over het algemeen in de eerste fase veel problematiek impliciet gelaten. Er vindt weinig confrontatie plaats. De hieraan ten grondslag liggende gedachte is, dat het doel niet in eerste instantie is patiënt meer weerbaar te maken, of problemen op te lossen, maar wel zijn gedachtengang te beïnvloeden over hoe te reageren op lichamelijke symptomen, zonder dat hij bij voorbaat zijn weerstand tegen een andere dan somatische verklaring, mobiliseert. Aangezien veel van deze patiënten toch al sterk in een eigen wereld leven is het raadzaam bij deze eigen wereld aan te sluiten. Langs indirecte weg is enige beïnvloeding van dit wereld- en zelfbeeld mogelijk, waarbij niet beladen, gedragsmatige en cognitieve, kleine verschuivingen worden bereikt op de lange duur. Bij de aanvang van een behandeling zullen specifieke technieken nodig zijn, gericht op het aanvaarden door de patiënt van de aangeboden behandelwijze. Niet alle

patiënten zullen even gemakkelijk het verklaringsmodel aanvaarden. Met name bij betrekkelijk recent ontstane klachten zijn de beste resultaten van deze benadering te verwachten. Hier is nog geen sprake van een al jarenlang bestaande bekrachtiging en irreversibel ziektegedrag.

(e) *Proces van onderhandelen*. Kennis, inzicht en ervaring van de therapeut moeten aansluiting vinden bij de beleavingswereld van de patiënt. Vooroordelen en naïeve verklaringen dienen gecorrigeerd te worden (vgl. Ingelfinger, 1982; Grol, 1981; Eisenberg, 1978).

Slotopmerkingen

1. Patiënten met een doctor-shopping syndroom vragen een aparte aanpak. Hierbij lijkt een juist veel meer autoritair opstellen van de medicus nodig, die daarbij gebruik maakt van zijn gezag en de klachten van patiënten benoemt als een ernstige verstoring van het evenwicht tussen lichaam, omgeving en psyche, waarvoor geen therapie mogelijk is. Rümke (1971) beschrijft dat het voor de behandeling van hypochondrie soms het beste is alle therapie te ontraden. Deze raad volgt de patiënt alleen op wanneer hij ondanks alle ambivalentie toch vertrouwen heeft in zijn behandelend arts. Het belangrijke doel is dan ook bij deze patiënten in eerste instantie het vertrouwen in de arts te versterken.

2. Het doel van de beschreven gespreksmethode is patiënten effectief gerust te stellen, zodat ze niet langer een verklaring voor hun klachten blijven zoeken binnen het somatisch kanaal. Nader onderzoek is vereist in hoeverre dit inderdaad met deze beschreven aanpak wordt bereikt. Daarbij kan ook een vergelijkend onderzoek worden opgezet, waarbij met verschillende methoden wordt gewerkt. Relevant lijkt tenslotte de vraag in hoeverre medische specialisten of anderen, zoals maatschappelijk werkenden en psychologen, in staat zijn of opgeleid zijn deze manier van geruststellen in hun werkwijze op te nemen.

Literatuur

- Burg, M. van der, (1976), Het beïnvloeden van cognitieve processen bij psychosomatische en functionele klachten. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2, 21-28.
- Dijk, R. van, O. v. d. Hart, K. v. d. Velden, D. N. Oudshoorn (1980). Wat is directieve therapie? (2) In: K. v. d. Velden (red.) *Directieve Therapie* 2. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Dijk, R. van, (1982), A-specifieke factoren, suggestie en placebo. (Lezing). Ned. Ver. voor Hypnotherapie. Delft.
- Eisenberg, L. (1978), Psychiatrie in de geneeskunde. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 20, 481-498.
- Fordyce, L. (1980), Gedragstherapie bij chronische pijnklachten. In: *Pijn-Informatorium* Stafleu/Samsom, Alphen a/d Rijn.
- Grol, R. (1981), *Huisarts en Somatische Fixatie*. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.
- Haley, J. (1973), *Uncommon Therapy, the Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson*. W. W. Morton, New York.

- Hewer, W. (1982), The relationship between the alternative practitioner and his patient. A review. (*Lezing*) XIV European Conference on Psychosomatic research, Noordwijkerhout.
- Hoogduin, C. A. L. (1977), De behandeling van cliënten met hyperventilatie aanvallen. In: K. v. d. Velden (red.) *Directieve therapie*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Ingelfinger, F. J. (1982), Arrogantie. *Ned. T. Geneeskunde* 126,2, 41-45.
- Kraft, Th. B. (1972), *Overspanning. Een Psychosomatische en Sociale Zaak*. De Erven F. Bohn NV, Haarlem.
- Krol, L. J. (1979), Ongerustheid e causa ignota. *Ned. T. Geneeskunde* 123, 21, 865.
- Orlemans, J. W. S. en ten Doesschate R. J. A. (1976), Hartziekte-fobie; een gedragstherapeutisch werkmodel voor behandeling. *Huisarts en Wetenschap* 19, 323-332.
- Rümke, H. C. (1971), *Psychiatrie deel II*. Scheltema en Holkema NV, Amsterdam.
- Selye, H. (1978), *Stress*. Het Spectrum, Utrecht.

Met dank aan prof. H. G. M. Rooymans voor zijn adviezen.