

FUNCTIONELE KLACHTEN IN HET ALGEMEEN COASSISTENTSCHAP

K.P.M. van Spaendonck,
Psycholoog
Instituut voor Medische
Psychologie

Correspondentie adres:
Faculteit der Geneeskunde en
Tandheelkunde
Postbus 9109
6500 HB Nijmegen

Functionele klachten zijn klachten zonder aantoonbare organische afwijkingen.

Hun verschijningsvorm is zeer variabel: migraine, huidafwijkingen, dwangstanden, duizeligheid, vermoeidheid, hartritmeklachten en vooral pijnklachten blijken vaak functioneel te zijn. Deze klachten vormen een zeer groot, zoniet het grootste contingent klachten, niet alleen bij de huisarts, maar ook bij menig specialist.

In de praktijk zitten veel artsen met de handen in het haar wanneer zij met zulke klachten te maken krijgen. Vaak bepalen zij zich bij gebrek aan alternatieven tot vragen zoals "hoe is 't thuis en op 't werk", vragen die vanwege hun globale strekking maar zelden wat bruikbaar opleveren.

In de medische curricula wordt aan deze klachten nochtans weinig aandacht besteed. Alles bijeen een gereede aanleiding om aankomende artsen liefst op een praktische manier met het fenomeen functionele klachten te laten kennismaken. Nu had men in de Nijmeegse PAOG-cursus "Kleine psychotherapie voor de huisarts" enige ervaring opgedaan met een op de werkwijze van artsen toegesneden aanpak van functionele klachten. Deze aanpak is meer gericht op het gedrag van de patiënt dan op diens beleving, meer op "doen" dan op "voelen". Uit de evaluatiecijfers viel af te lezen dat de inmiddels 240 cursisten globaal van oordeel waren dat de gekozen aanpak zowel praktisch als relevant voor de beroepsuitoefening was. Uit menige reactie kwam naar voren dat deze aanpak veel beter aansloot bij de actieve, "doenerige" werkwijze van artsen dan het veelal aangeprezen empathische model waarbij de arts zich min of meer als emotioneel klankbord aanbiedt en in het gesprek veeleer volgt dan stuurt.

OPZET

Ten behoeve van het ALCO werd deze PAOG-cursus herschreven waarbij de werkwijze in essentie eender is gebleven, maar de casuïstiek werd aangepast aan niveau en ervaring van de ALCO-cursisten. Het programma volgt het chronologisch verloop van het diagnostisch proces, althans binnen het raam van een vooral op het gedrag gerichte aanpak:

1. presentatie van de klacht
2. verlaten van het somatische spoor
3. klachtinventarisatie
4. gedragsstijlinventarisatie
5. (her)definiëring van het probleem

De eerste vier programma-onderdelen vallen in de eerste weken van het ALCO, het laatste onderdeel in een terugkomweek wanneer de cursisten er al een aantal grote coschappen op hebben zitten. Het laatste onderdeel wordt voorafgegaan door een half dagdeel terugblik en herhaling.

1. Presentatie van de klacht

Het is belangrijk dat de arts zich oefent in de signalen die iedere klachtpresentatie vergezellen. De presentatie van de klacht - ongeacht of deze nu somatogeen of psychogeen is - bevat naast de inhoud een aantal andere elementen waarop de arts attent moet zijn. Het gaat hier om aandachtspunten voor het gebruikelijke anamnesegebesprek.

- a. welke klachten worden gepresenteerd en in welke volgorde?
- b. welke emoties en cognities (gedachten, vermoedens, fantasieën enzovoorts) hangen met de klacht samen?
- c. wat verwacht de patiënt eigenlijk van de arts? Ingeval de arts vermoedt dat er psychische factoren in het spel zijn, komt er nog een vierde element bij:
- d. wat onthult de presentatie omtrent de gedragsstijl van de patiënt? Hierbij komen zaken aan de orde zoals lijdensdruk, (dis)simulatie,

dwingende of juist bagatelliserende klacht-presentatie.

2. Verlaten van het somatisch spoor

Als de arts bij onderzoek geen aanknopingspunten vindt voor een somatisch lijden, dan breekt het ogenblik aan om het somatisch spoor te verlaten. Veelal doen artsen dat door en passant de reeds gesignaleerde globale vragen te stellen. Wij pleiten voor een andere benadering die neerkomt op drie aanbevelingen:

a. markeer de koerswijziging: terwille van de duidelijkheid en van de samenwerkingsrelatie doet de arts er goed aan expliciet en met opgave van motieven aan te geven dat hij van gespreksthema wil veranderen.

b. voorkom weerstand: de voorgenomen koerswijziging stuit in zeer veel gevallen op weerstand bij de patiënt die zich niet serieus genomen voelt. Er zijn een aantal gespreksinterventies die men om die reden beter kan vermijden.

Voorbeeld: laat termen zoals "psychisch", "problemen", "spanningen" bij voorkeur achterwege, spreek liever in neutrale termen zoals "gedrag", "levenswijze", of "levensstijl".

Niet alleen roept deze terminologie minder weerstand op, maar zij is ook inhoudelijk juist. Veel klachten ontwikkelen zich immers niet in het verlengde van een psychotrauma of een knellend probleem, maar als gevolg van een inefficiënte aanpak van alledaagse besloomingen of juist als strategie om "spanningen" en "problemen" te vermijden.

c. sluit zoveel mogelijk aan bij mededelingen, verwachtingen en andere cognities van de patiënt en maak eventuele belemmerende cognities bespreekbaar.

3. Klachtinventarisatie

De wijze waarop de klachten zijn ingebed in het dagelijks leven van de patiënt geeft vaak aanwijzingen voor de dynamiek achter de klacht. Om die reden wordt de klacht B (=behavior) gesitueerd tussen de condities vooraf A (=antecedenten) en effecten nadien C (=consequenzen). Dit zogeheten ABC-sche-ma is leidraad bij de klachtinventarisatie en bij

een eventueel te verstrekken huiswerkopdracht aan de patiënt. Essentieel voor dit en ook het volgende onderdeel van het programma is dat de hulpverlener zich een heel concrete stijl van vragen eigen moet maken, juist omdat hij ook naar concrete gegevens op zoek is.

Voorbeeld: de vage klachtbeleving "ik zie het niet meer zitten" levert na concretisering het klachtgedrag "ik kom nooit voor twaalf uur mijn bed uit" op.

4. Inventarisatie van de gedragsstijl

Als bij de klachtinventarisatie is gebleken dat de klacht vaak vergezeld gaat van bepaalde condities en/of effecten verschuift de aandacht naar het gedrag dat de patiënt bij die gelegenheden ten toon spreidt. Wat doet hij dan, of wat laat hij na? Laat de patiënt onder analoge condities min of meer hetzelfde gedrag zien, dan spreken we van gedragsstijl. Het accent ligt wederom op het concreet doen en laten. Hoe redt de patiënt zich in die situaties?

Voorbeeld: "Als ik 't weer heb, dan ben ik niks meer waard" levert bij concretisering het volgende op: "... dan bel ik mijn man op zijn werk op zodat ie eerder thuis komt om het huishouden over te nemen."

Het voordeel van deze benadering is dat de hulpverlener zich baseert op concrete gegevens en niet op doorgaans toch sterk subjectief gekleurde persoonlijkheidstypologieën. Ook het gedrag in de spreekkamer kan aanleiding geven tot inventarisatie van de gedragsstijl.

5. (Her)definiëring van het probleem

Tot nu toe heeft de hulpverlener materiaal verzameld om vast te stellen welk gedrag of gedragsstijl vermoedelijk klachten met zich meebrengt. Aan het slot van deze diagnostische rit zal hij de patiënt aan de hand van dit materiaal mededelen wat er zijns inziens aan de hand is en eventueel wat de patiënt daar in termen van gedrag aan kan doen.

Er is echter een niet onaanzienlijke groep van patiënten die al aan het begin van de rit de presentatie van de klacht vergezeld doet gaan

van een probleem dat in hun ogen voor de klachten verantwoordelijk is. Nu blijken patiënten, net als de meeste mensen overigens, zo'n probleem zodanig in te kleden dat hun eigen aandeel daarin gemarginaliseerd wordt. "Oorzaak" van het probleem situeren zij in het gedrag van anderen, of in gebeurtenissen, of in hun nu eenmaal onveranderlijke karakter. Ook bedienen mensen zich van allerlei linguïstische strategieën, die de spreker als verantwoordelijk subject aan de handeling onttrekken zoals het onpersoonlijk subject, het passivum, modale hulpwerkwoorden, de retorische vraag enzovoorts.

Voorbeeld: "het zou toch best kunnen zijn dat iets in me zich daartegen moet verzetten, of niet soms?"

Als de hulpverlener de probleemdefinitie van de patiënt ongewijzigd overneemt, zal hij vergeefs zoeken naar openingen of behandelingsdoelen. Had de patiënt immers nog openingen gezien, dan zou hij niet met het probleem op de proppen zijn gekomen. De hulpverlener ontkomt er in zo'n geval niet aan om het probleem te herdefiniëren, dat wil zeggen de elementen in het verhaal van de patiënt zodanig te herschikken dat er wel een opening of behandelingsdoel zichtbaar wordt. Voorbeeld: "Er wordt altijd aan me getrokken" wordt na herdefiniëring "ik trek geen grenzen".

Het betreft hier ongetwijfeld het moeilijkste deel van de cursus, maar de studenten herkennen snel waar het om te doen is, want zij hebben tijdens de voorafgaande coschappen al tal van in hun ogen hopeloze problemen aangehoord tijdens de anamnese of het lichamelijk onderzoek.

WERKWIJZE

De lezer vraagt zich vermoedelijk af hoe een en ander nu in zijn werk gaat. De studenten krijgen een werkboek waarin de hier summier aangeduide thema's uitvoerig worden toegelicht. Tevens bevat het werkboek richtlijnen voor klacht- en gedragsstijlinventarisatie, alsmede voor probleemherdefiniëring. De hoofdmoot van het oefenmateriaal bestaat uit een combinatie van papieren casus en verbatim's. In de papieren casus wordt inhoudelijke informatie verstrekt omtrent de patiënt en diens klachten. Aansluitend volgt een verba-

tim gespreksfragment. De studenten worden verzocht hun letterlijke reactie hierop te noteren. De keuze voor letterlijke reacties komt voort uit twee ervaringsgegevens. Allereerst blijken studenten - in weerwil van hun natuurwetenschappelijke vorming - er de grootste moeite mee te hebben om vragen te concretiseren, tenminste zodra zij het puur medische terrein verlaten hebben. Voorts kan de docent aan de hand van letterlijke reacties demonstreren hoe de student feitelijk omgaat met de weerstand van de patiënt. Bijvoorbeeld, de transformatie van het voornemen "ik zou willen weten hoe hij met zijn vrouw omgaat" in letterlijke vragen dienomtrent vergt heel wat gesprekstechnische afwegingen.

In tegenstelling tot alternatieven zoals rollenspelen en simulatiepatiënten heeft deze werkwijze bovendien het voordeel dat alle studenten van de groep tegelijk met hetzelfde probleem bezig zijn. Steeds volgt er een plenaire uitwisseling van verschillende reacties.

EVALUATIEBEVINDINGEN

Uit de allereerste evaluatieronde bleek dat de cursus zeer uiteenlopend gewaardeerd werd. Zoals ondermeer uit de zeer grote spreiding van de waarderingscijfers viel af te leiden. De verschillen bleken vooral samen te hangen met de persoon van de begeleider. Bij docenten die zelf praktische ervaring hebben met functionele klachten en met deze benaderingswijze wordt de cursus duidelijk meer gewaardeerd dan bij docenten zonder die ervaring. Mogelijk is ook de vertrouwdsheid van de cursist met het fenomeen functionele klachten van invloed. Het feit dat huisartsen de cursus systematisch hoger waarderen dan studenten zou daarop kunnen wijzen. Een voortdurend punt van discussie blijft op welk tijdstip van het ALCO deze cursus het meest op zijn plaats is, met name vóór of na de coschappen interne geneeskunde en neurologie. Dat immers zijn de coschappen waarin de coassistenten de meeste patiënten met functionele klachten zien. Is de cursus ervóór, dan is de herkenbaarheid van de problematiek voor studenten beperkt; is de cursus erna, dan is toepasbaarheid beperkt. De huidige inpassing in het totale programma berust vooral op roostertechnische overwegingen.