

Psychosomatische klachten: over moeilijkheden en mogelijkheden bij de hulpverlening

DOOR JOOP STAM, HUISARTS TE AMSTERDAM*

CASUISTIEK

De volgende casuïstiek illustreert het grillige verloop en de zeer wisselende achtergrond van psychosomatische klachten.

Een 24-jarige vrouw met een voorgeschiedenis zonder bijzonderheden komt met klachten van toenemende migraine. Het lichamelijk onderzoek en een röntgenfoto van de neusbijholten leveren geen afwijkingen op. Gevraagd wordt of ze „ergens mee zat”, en er wordt verder doorgevraagd over de relatie met haar echtgenoot, de sfeer op haar werk, de kinderen en de huisvesting: „Niks aan de hand, dokter”. De week daarop komt zij weer op het spreekuur; zij is nu echter zeer opgewonden, heeft een sterke kinderwens en wil dezelfde dag nog met de pil stoppen. Zij heeft hierover ruzie met haar man. Voor beiden wordt een afspraak gemaakt bij de maatschappelijk werkster, die het echtpaar in behandeling neemt. Het echtpaar maakt een crisis door waarvan met name patiënte de symptomen vertoont. Enige tijd later volgt echtscheiding.

Een 58-jarige man heeft veel pijn in zijn rechter arm. Onderzoek, ook specialistisch, levert niets op. Er zijn „wat moeilijkheden” op het werk, maar „daar gaat het niet om”. Fysiotherapie heeft geen effect op de klachten. Hij komt vervolgens gedurende een aantal weken ongeveer een half uur per week op het spreekuur. De pijnklachten worden nader besproken en de arm wordt nog een paar maal onderzocht. Verder worden besproken: zijn relatie met de controlerend geneeskundige, zijn visie op mensen die in de ziekte lopen („Ik zag ze als lanterfanters”). Hij is opvallend kwaad als hij over zijn werk praat in vergelijking met de „lieve”, naïeve indruk die hij gewoonlijk op het spreekuur maakt. Hij is een ongeschoold, maar gespecialiseerd

werker in het bontvak. Hij wordt zwaar onderbetaald, heeft geen CAO, werkt de laatste zeventien jaar ongeveer tachtig uur per week en verdient al die jaren hetzelfde loon. Bij recente ziekte van zijn vrouw, die hem veel hielp met het thuiswerk, heeft hij aan zijn baas gevraagd of hij wat minder mocht doen. Dit werd hem geweigerd. Vanaf die tijd dateren zijn klachten.

Zijn inzicht in de relatie klacht en oorzaak lijkt na het spreekuur-contact meer te vervagen dan ik leuk vind, maar dat is mij wel meer overkomen. Elke keer is de pijn in de arm de introductie op het spreekuur. „Ik vind het vervelend dat ik kom klagen over mijn arm, maar ik ben geen dokterloper, dat weet U”. Intussen houd ik contact met de controlerend geneeskundige. Langzamerhand wordt hij minder klagerig over zijn arm en neemt hij meer afstand van zijn werk. „Ik kan niet meer terug, ook al niet door mijn arm en ik wil ook niet”. Patiënt krijgt nu soms plezier in zijn eigen agressieve fantasieën omtrent zijn baas. Nieuwe ervaringen worden besproken en door mij gestimuleerd. Zo ziet hij bepaalde televisie-programma's die hij nog nooit had gezien wegens tijdgebrek. Hij noemt het een „belevenis”.

Een 25-jarige man komt op het spreekuur met duizelingen en hartkloppingen die bij nader doorvragen duidelijk op hyperventileren blijken te berusten. Patiënt wordt uitgelegd wat dat is en het hyperventileren wordt ter plaatse geproduceerd. „Alles gaat verder goed”. Plastic zak en eventueel diazepam (Valium) 10 mg worden geadviseerd. De aanvallen worden echter frequenter, hij wordt daardoor steeds angstiger en het slapen gaat slechter. Tot nu toe zijn er volgens hem geen spanningen. Ook in een dieper gaand gesprek is zijn gedrag niet in tegenspraak met wat hij zegt (dat er dus geen duidelijke moeilijkheden

Samenvatting. Psychosomatische klachten komen frequent voor en zijn vaak „hardnekkig”. Mede onder sterke invloed van het team waarin de schrijver werkt (onder andere multidisciplinair spreekuur) en door rapportage achteraf van de patiënten die psychosomatische klachten hadden, heeft hij een werkwijze ontwikkeld, die de hulp in deze gevallen kan vergemakkelijken. De werkwijze is gebaseerd op een analyse die de moeilijke situatie beschrijft, waarin patiënt en arts zich bevinden in een geval van een psychosomatische klacht. Tot besluit worden enige opmerkingen gemaakt over de psychosomatische hulpverlening voor dit soort klachten vanuit het gezichtspunt van de structuur van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Op eigen verzoek gaat patiënt vervolgens naar de internist, die geen somatische ziekte kan vinden en de „diagnose” bevestigt. Patiënt komt terug op het spreekuur en vraagt aan mij wat er verder moet gebeuren. Ik zeg dat ik er mee zit en adviseer hem „toch maar” naar het spreekuur van de psycholoog te gaan en zijn echtgenote mee te nemen. Nauwkeuriger opnemen van de anamnese door de psycholoog levert op dat aan het hyperventileren een opgezette buik voorafgaat. Na overleg tussen psycholoog en mij worden er nog maagfoto's gemaakt, die geen afwijkingen opleveren. De patiënt heeft intussen ontdekt dat na boeren de klachten van de opgezette buik minder worden en dreigend hyperventileren verdwijnt. Hij heeft nu een „boertechniek” ontwikkeld en drinkt geen koffie meer. Hij heeft geen klachten meer van hyperventileren. Waarom deze patiënt een luchtslikker is, is nooit duidelijk geworden; wel dat zijn secundaire psychosomatische klacht ten gevolge van hyperventileren verdween toen hij de primaire klacht - aërofagiekon beheersen.

INLEIDING

In dit artikel wordt in navolging van andere auteurs (*Kuypers; Van Lidth de*

* Gezondheidscentrum Helmersstraat

Jeude) gekozen voor de term psychosomatische klacht boven de term nerveus-functionele klacht (*Smits*). Beide termen omvatten dezelfde categorie klachten. De term psychosomatische klacht heeft mijns inziens enkele voordelen. Het denken van mensen wordt mede bepaald door de termen die zij gebruiken om bepaalde verschijnselen te beschrijven: De patiënt „labelt” zijn klacht somatisch. De arts gaat hierbij gedeeltelijk met de patiënt mee als hij de klacht psychosomatisch noemt. Als de arts de term nerveus functioneel hanteert, staat hij diametraal ten opzichte van de „labeling” van de patiënt en dit kan de werkwijze van de arts in hoge mate bepalen. (Deze bewering heb ik kunnen toetsen in een discussie met een aantal collega's). Voorts wordt bij de hulpverlening voor de psychosomatische klacht ook gebruik gemaakt van „somatische” hulp onder andere met medicatie, dieet en massage om aldus de psychosomatische klacht te verlichten. Aldus psychosomatische hulp voor de psychosomatische klacht.

Psychosomatische klachten beschouw ik als een lichamelijke uitdrukking van problemen die zijn ontstaan in relatie met de omgeving. Dit gebeurt op een wijze en in een mate die in wisselwerking met de omgeving is aangeleerd, vaak in een ver verleden. Die problemen worden uitgedrukt in iets wat ervaren wordt als een lichamenlijk onaangename sensatie. Velen zullen hiervoor op het spreekuur van de huisarts komen, velen zullen dat ook niet. In vele gevallen ervaart de patiënt zijn klacht als een stoornis van het eigen lichaam zonder dat hij een relatie ziet met moeilijkheden en conflicten; deze blijven onbewust. Het lichaam is als het ware de taal die de man spreekt en waarvoor hij een appèl doet op de huisarts.

Psychosomatische klachten zijn mijns inziens een teken, een bewijs van afweer van problematiek en tevens het gevolg van die afweer. Zij hebben als functie het conflict onbewust te houden: de aandacht voor de lichamenlijke stoornis vreet energie; de psychosociale problemen blijven onbewust.

Als iemand met psychosomatische klachten komt en men informeert of er moeilijkheden zijn en de patiënt zegt nee, dan zou men hierop kunnen antwoor-

den: „Dat is ook zo, want anders had U deze klachten niet”. Het is de vraag of dit een tactische opmerking is. Het is ook de vraag of dit antwoord wordt begrepen. Dat zal waarschijnlijk niet. Ook dit antwoord zal worden afgeweerd.

Voorts is het mijn ervaring, dat de opvatting van vele patiënten wat eigenlijk moeilijkheden zijn, een andere is dan de mijne. Met moeilijkheden bedoelen velen meestal financiële zorgen of heftige ruzies.

Perls heeft mijns inziens een goed idee waarom wij conflicten vermijden. Hij schrijft: „Het is de stok, die ook in de therapie weer altijd achter de deur staat als de „catastrofale” verwachting; catastrofale verwachting in de zin van: als ik het risico neem, zal niemand meer van mij houden; ik zal eenzaam zijn; ik zal sterven. Dat is de stok”.

In het boek „Gezinstherapie” van *Minnichin* wordt een model van het psychomatogene gezin geboden. Enkele kenmerken zijn:

1. „Dit gezin heeft een speciale gezinsorganisatie, namelijk het is een gezinskluwen. De gezinsleden zijn té betrokken op elkaar en reageren teveel met elkaar. De autonomie van het individu wordt sterk ingeperkt. Deze gezinnen zijn meestal ook sterk overbeschermend. De gezinsleden zijn in hoge mate bezorgd over elkaars welzijn. Bovendien worden deze gezinnen gekenmerkt door starheid. Deze gezinnen zeggen dikwijls van zichzelf dat ze geen verandering in het gezin nodig hebben of willen. Bovendien is kenmerkend het ontbreken van conflictoplossingen. Sommige gezinnen ontkennen eenvoudig ieder conflict, andere ruziën wel, maar slagen er in elke confrontatie te vermijden.

2. Behalve de speciale gezinsorganisatie zien we verder dat, in geval het kind een psychosomatische klacht heeft, het kind betrokken is in een ouderconflict.

3. De fysiologische kwetsbaarheid van de psychosomaticus”.

Ikzelf voel mij als arts regelmatig tekortschieten omdat er een appèl op mij wordt gedaan, waarmee ik als voornamelijk somatisch opgeleide arts niet veel kan. Je wordt geterroriseerd door afgeleide signalen van individuen, van gezin-

nen, waarvan de ware aard voor je verborgen blijft. Vaak bestendig je als arts de schijnoplossing en help je mee aan de belemmering van de groei van de patiënt en de sleutelfiguren uit zijn omgeving.

MOEILIKHEDEN: HET HARDNEKKIGE KARAKTER VAN PSYCHOSOMATISCHE KLACHTEN.

Waarom zijn psychosomatische klachten zo hardnekkig. Mijns inziens komt dit „door” de patiënt zelf, de arts, hun interactie, en de maatschappij.

1. *De patiënt.* De patiënt, die met de psychosomatische klacht komt, zegt tegen de als autoriteit ervaren arts: „help me, ik heb kanker of ik ben er bang voor, ik ben invalide of ik ben er bang voor, in elk geval: doe iets aan deze situatie”. Deze autoriteit zal de patiënt moeten verlossen van iets, waarvan de patiënt (nog) niet de verantwoordelijkheid op zich kan of wil nemen. Van wie de patiënt hoopt dat hij de antwoorden weet. Hij hoopt het niet alleen, maar hij verwacht het ook. Het is een geloof in de arts als autoriteit, zoals er altijd geloofd is in autoriteiten. Zoals Colijn zei vlak voor de oorlog: „Landgenoten, gaat U rustig slapen, U hoeft niets te vrezen”. Bovendien: de psychosomatische klacht heeft ook voordelen. De plaats van de patiënt in het gezin, op het werk en in de rest van de maatschappij wordt anders. Hij beschouwt zichzelf als een zieke. Over het algemeen zal de patiënt met psychosomatische klachten meer aandacht krijgen en zullen er minder eisen aan hem worden gesteld door zijn omgeving („depending en demanding”, *Kuiper*).

2. *De arts.* „Doe iets aan deze situatie dokter”, en de dokter doet iets, want hij kan niet niets doen. Er gebeurt altijd iets tussen hem en de patiënt. Wat moet hij echter doen? De hulpverlener zal vaak niet weten wat er precies aan de hand is en nog minder vaak weet hij de oplossing. Ingeval van een psychosomatische klacht weet de patiënt meer, maar wil of kan het nog niet aan. En de patiënt is zijn eigen autoriteit, alleen zijn macht durft hij nog niet te gebruiken. De arts wordt dus door de patiënt, de sleutelfiguren uit diens omgeving en door zichzelf op een

verkeerd spoor gezet. Gaat de arts zijn autoriteit en deskundigheid beschermen, dan leidt dat weer tot een verergering van de psychosomatische klachten. De arts zou eigenlijk moeten omschakelen van autoriteit-somaticus naar de onwetende helper; werkelijk een reuzenzwaai.

Bovendien heeft de arts de angst dat hij iets somatisch over het hoofd ziet (zijn leermeesters zagen ook nooit iets over het hoofd). Deze autoriteit heeft een aantal antwoorden klaar op de vragen die niet-autoriteiten hem stellen. Dat heeft hij geleerd. Op nog veel meer vragen kent hij het antwoord niet. Een van die vragen is wat de relatie is tussen menselijk onwel bevinden en de lichamelijke stoornis, de afwijking die de patiënt heeft. Vanuit het complexe geheel mens is het „soma” eruit gehaald en op grond daarvan denken wij een hoeveelheid kennis te hebben. Dat dit verbrokkelde kennis is, is duidelijk. Kortom, de medische „wetenschap” kan wel iets, maar niet veel zeggen over de aard van het menselijk onwel bevinden.

De arts is ook niet opgeleid voor dit werk en gezamenlijke exploratie van conflicten kost veel tijd en emotie voor de patiënt en voor de arts. Zo ontstaat er een bijna onoplosbaar probleem. De patiënt met psychosomatische klachten wil een arts en de arts kan bijna niets doen, met grote kans de toestand te verslechteren.

3. *De arts-patiënt relatie.* En dan zou eventueel de reuzenzwaai in de arts-patiënt relatie moeten volgen. De patiënt met psychosomatische klachten manoeuvreert de arts op een voetstuk; de arts zelf zal het standbeeld van zijn eigen autoriteit moeten oplazen. Hij zal tijd voor dit type patiënt moeten nemen en voor zijn eigen emoties daarbij. Hij zal zijn somatische leermeester als belangrijk voor één aspect van de werkelijkheid moeten leren zien en hij zal de verantwoordelijkheid die de patiënt op hem afschuift moeten teruggeven aan de patiënt. Deze nieuwe houding wordt de arts niet in dankbaarheid afgenomen. De patiënt reageert meestal met verontwaardiging en afwijzing. Bijvoorbeeld: „Ik ben toch echt geen simulant, maar ik voel die pijn echt”; „Ik kan toch echt niet werken”; „Als U het niet weet, kan ik

dan geen specialist krijgen”; „Mijn zuster heeft het ook”, en „Het zit in mijn gestel”.

Kortom, de patiënt zet, overtuigd van eigen gelijk, de arts onder druk en de sfeer wordt gespannen. Dit kan gemakkelijk uitdraaien op een welles-nietes spelletje. Veel hangt in deze fase af van de houding van de arts; hij zal geduld moeten opbrengen.

4. *De maatschappij.* Niet alleen de arts doet mee aan het versterken van psychosomatische klachten, eigenlijk de gehele maatschappij. Voor de zieke is men „aardig”, voor degene die conflicten heeft is men bang. De omgeving reageert op de zieke met bescherming; ingeval van een werkelijk conflict reageert men met een tegenactie. Voor een hartoperatie krijgt men honderd dagen vrij; een dag verlof krijg je voor de dood van een geliefde, als je dat laatste kan bewijzen.

MOET ER IETS AAN PSYCHOSOMATISCHE KLACHTEN WORDEN GEDAAN?

Men kan zich afvragen of men iets aan de psychosomatische klacht moet doen. De patiënt zelf, de arts en de maatschappij zijn snel geneigd de psychosomatische patiënt tot zieke te bestempelen; bovendien kan de geneesmiddelenindustrie „geneesmiddelen” slijten, die eigenlijk lapmiddelen zijn voor een cliënt die conflicten heeft of zich zorgen maakt.

Ik ben van mening dat de huisarts zich wél moet bemoeien met de psychosomatische patiënt. Wanneer namelijk niet het conflict maar wel een lichamelijke functiestoornis wordt ervaren en de confrontatie met de omgeving wordt vermeden, zal door dit proces, dat zichzelf versterkt, de psychosomatische patiënt worden verhinderd zichzelf bewust te worden van zijn eigen behoeften in relatie met zijn omgeving.

Op een werkelijke confrontatie reageert de omgeving met tegenactie die meestal overgaat in bezinning op het eigen zijn. Bescherming maakt hem tot patiënt en kind: meer aandacht krijgt hij en minder eisen worden aan hem gesteld. Echte confrontatie leidt tot verandering van persoon en omgeving in een nieuw en bewust gekozen evenwicht. Beiden hebben geleerd, beiden zijn gegroeid.

Bovendien kunnen psychosomatische klachten vaak leiden tot psychosomatische ziekten, dat wil zeggen dat organische substraatveranderingen kunnen worden aangetoond (bijvoorbeeld: ulcus ventriculi et duodeni, astma) met de eventueel daarbij behorende levensbedreigende complicaties. Ook in maatschappelijk opzicht kan de patiënt komen vast te zitten in langdurig ziekteverzuim en inkomensverslechtering (absoluut of relatief).

In de discussie met anderen heb ik gemerkt dat sommige hulpverleners van mening zijn dat deze categorie patiënten zich niet wil laten helpen (vlucht in de psychosomatische klachten en psychosomatische ziekten); dus vergelijkbaar met mensen die zeggen dat zij problemen hebben, maar er niet voor „geholpen” willen worden. Uit het voorgaande volgt dat ik van mening ben dat de psychosomatische patiënt er meestal van overtuigd is dat hij een lichamelijke ziekte heeft, die „buiten hem om” is ontstaan en de illusie heeft dat hij/zij geen ernstige problemen heeft. De psychosomatische patiënt is mijns inziens niet vergelijkbaar met de eerder genoemde categorie patiënten die toegeven problemen te hebben, maar daarvoor niet willen worden behandeld. Uitzonderingen zijn er wel op deze regel; vooral daar waar sprake is van wat wel „renteneurose” wordt genoemd.

MOGELIJKHEDEN BIJ DE BEHANDELING VAN PATIËNTEN MET PSYCHOSOMATISCHE KLACHTEN

1. *Samenwerking met andere disciplines.* De wijkverpleegkundige kan vaak veel achtergrond-informatie geven over het gezin. In de moeilijke fasen zal de arts moeten worden gecoached en gesteund door iemand uit de gedragswetenschappelijke sector (maatschappelijk werker of psycholoog). Mogelijk kunnen zij ook samen met de patiënt praten. Er zal van tevoren zorgvuldig moeten worden nagegaan wanneer de arts en de psychosociale hulpverlener samen met de patiënt gaan praten. Naast de voordelen van wederzijdse steun en vergroting van deskundigheid bestaat namelijk ook de kans dat de patiënt wordt afgeschrikt als de maatschappelijk werker of de psy-

choloog er in een te vroeg stadium bijkomt: „Ik ben niet gek”; „Tussen ons is alles prima”.

De psychosociale werker en arts moeten goed op elkaar zijn ingespeeld en er zal een goede voorlichting naar de patiënt moeten komen over hun werkwijze. In een later stadium zou de psychosociale hulpverlener zelf verder kunnen gaan met de patiënt of zijn gezin, waarbij dan eventueel later de arts als consulent kan optreden, ingeval er weer psychosomatische klachten optreden. Idealiter (maar vaak lukt dat niet) kan de „overname” van de patiënt door de psychosociale hulpverlener dan plaatsvinden als de patiënt zijn gevoelens en gedachten over zichzelf in relatie met zijn omgeving tot uitdrukking kan brengen. Dat is dan het eindpunt van de gesprekken met de arts en het beginpunt van de therapie met de hulpverlener uit de psychosociale sfeer. Dit begin- en eindpunt is gemeenschappelijk. Het betekent ook dat de opvatting over psychotherapie in de eerste lijn van de gezondheidszorg bij beiden ongeveer dezelfde basis moet hebben: wat mensen aankunnen, in hoeverre mensen kunnen veranderen en op welke wijze; rol van het gezin en leefsituaties bij het ontstaan en het voortbestaan van problemen en bij de therapie; rol van jeugdtrauma's; rol van de therapeut (alweter of niet-probleemloze hulpverlener; wat maakt de arts of therapeut los? Eigen verantwoordelijkheid van de patiënt; rol van psychofarmaca; inhoud van termen als „hysterisch”, „schizofrenie”, „psychotisch”, en „psychopatisch”, enzovoort).

2. *Houding van de huisarts.* Hoe zal de houding van de huisarts zijn in geval van psychosomatische klachten? Veel zal afhangen van het aantal keren dat de patiënt of de gezinsleden door de arts zijn gezien. Komt de patiënt voor het eerst met deze psychosomatische klacht, dan zal meestal na een lichamenlijk onderzoek en eventueel een verwijzing, de patiënt gerustgesteld kunnen worden. Uitleg geven over het functioneren van het lichaam bij deze klachten is daarbij belangrijk. Met behulp van de zogenaamde fluctuerende houding, welke door *Van Lidth de Jeude* is beschreven, wordt de patiënt ermee geconfronteerd

na te gaan welke moeilijkheden er eventueel zijn. De arts kan vragen wat de patiënt naar hem toedrijft en wat hij zelf van deze klacht denkt.

Het recidiveren van psychosomatische klachten bij een patiënt of in diens gezin is iets wat mij in toenemende mate verbaast en bezighoudt. Hierdoor ontwikkelde ik een bepaalde werkwijze, mede beïnvloed door literatuurstudie, gesprekken met de werkers in ons gezondheidscentrum en de multidisciplinaire „psychosociale” sprekers. Het is verrassend dat na een periode van psychosociale klachten de patiënt soms veel informatie over die periode kan geven: waarom het zo moeilijk was en wat hij van de begeleiding van de arts heeft ervaren. De vaak indringende beschrijving door de patiënt van zijn impassegevoelens in de tijd van de psychosomatische klachten heeft mij vaak gestimuleerd de moeizame weg met een andere patiënt te vervolgen.

Als de patiënt telkens terugkomt met dezelfde psychosomatische klachten of als dat binnen het gezin wordt afgewisseld, is de fluctuerende benadering kennelijk niet voldoende. *Van Lidth de Jeude* schrijft hierover: „Merkt de huisarts weerstand op bij de patiënt wanneer hij diens emoties tracht te peilen, dan zal hij weer terugvallen op de somatische benaderingswijze, die dan een magisch karakter heeft. Zodra in een gesprek de gelegenheid zich voordoet, kan de huisarts weer proberen op de emoties terug te komen”. Met deze houding wordt naar mijn mening in sterke mate rekening gehouden met de weerstand van de patiënt, welke weerstand wordt beloond.

In het algemeen bepaalt de patiënt zelf de situatie: hij komt op het spreekuur wanneer hij wil en gaat weg wanneer hij wil en bepaalt in de tussenliggende periode wat de inhoud gaat worden van het gesprek. Er zal mijns inziens een actieve strategie van de huisartsen moeten komen die een aantal punten omvat:

a. De patiënt zal vaak zeggen dat hij de pijn echt voelt en dat hij niet simuleert. De hulpverlener zal van deze opmerking goede nota moeten nemen. Deze afweer zal de arts niet moeten interpreteren als een motie van wantrouwen. Verder zal de patiënt mogelijk vragen naar een ver-

wijzing, vragen of de arts zeker is van zijn diagnose, zeggen dat de dokter niet voelt wat de patiënt voelt („ik zit er mee”) en dat „iedereen wel eens moeilijkheden heeft”. De arts moet in woord en gedrag een houding naar buiten brengen dat hij weet dat er niets lichamenlijks aan de hand is, maar dat hij niet weet wat er nu precies wèl aan de hand is. Dat hij daarvoor niet verantwoordelijk is, maar dat de patiënt dat is. Kortom, hij moet het appèl op het medisch model bijsturen, niet zonder meer afwijzen. Soms is dat bijsturen niet meer mogelijk wanneer de arts al heel lang met het „somaliseren” van de klacht is meegegaan.

b. Arts en patiënt kunnen samen nagaan in welke omstandigheden de psychosomatische klacht optreedt, wat die omstandigheden voor hem betekenen, wat hij dan voelt.

c. De arts zal moeten nagaan wat de gevolgen zijn van deze klachten: nagaan in welke mate er sprake is van secundaire ziekte winst; wat de gevolgen zijn voor het gezin, voor het werk; ook kan het zijn dat de patiënt liever in de ziekte wet loopt dan in de w.w. vanwege de hogere uitkering. In deze gevallen moet het voor de patiënt duidelijk zijn dat de huisarts met hem een vertrouwensrelatie heeft en dat deze niet één lijn hoeft te trekken met de verzekeringsgeneeskundige of de keurende arts.

d. Nagegaan moet worden hoe de patiënt artsen in het algemeen ziet. Of er een rancune bestaat tegen deze groep of maatschappelijke klasse. Bijvoorbeeld: een vrouw op wie is geëxperimenteerd in een concentratiekamp of een mannelijke patiënt die verbolgen is over het feit dat hij destijds door artsen voor de W.A.O. is afgekeurd.

e. Nagegaan moet worden hoe de arts-patiënt relatie is; hoe de patiënt reageert op de arts als persoon. De patiënt spreekt hierover soms in de vorm van toespelingen, met dubbele bodem-opmerkingen en nog vaker zijn in dit verband non-verbale signalen van belang. Belangrijk is ook bij zichzelf na te gaan hoe de gevoelens ten opzichte van deze patiënt zijn. Het kan soms verhelderend werken

eventuele verlangens of irritaties over de relatie te bespreken; de arts kan de patiënt met deze gevoelens confronteren. Soms is er sprake van „jokende” meta-communicatie.

f. Aangezien de arts de klacht van de patiënt als somatische klacht niet zonder meer honoreert, zou hij des te meer de persoon van de patiënt moeten steunen. Hij zal moeten interveniëren als de patiënt elke keer weer terugkomt op zijn lichamelijke klachten, maar de patiënt moeten stimuleren als deze praat over problemen. Hij zal dan ook niet te snel moeten interveniëren als de patiënt gaat praten over problemen van sleutelfiguren uit diens omgeving en over problemen uit het verleden. Als hij dat doelbewust wel doet kan hij aan het effect zien hoever de patiënt is met bewustwording van zichzelf, zijn moeilijkheden en mogelijkheden.

g. De arts kan zelf model staan door iets te vertellen over zijn eigen psychosomatische klachten en hoe hij daarmee omgaat.

h. Verder kan de arts ingaan op gevoelens van de patiënt die het hebben van problemen beschouwt als het hebben van een „slap karakter” of „je stelt je aan” (ongeveer de visie van de maatschappij).

Een en ander overziende is het duidelijk dat deze categorie patiënten behandelen een zeer tijdrovende bezigheid is. Of het de moeite loont weet ik niet met zekerheid. Ik kan alleen zeggen: ik geloof er meestal in. Ook als de weerstand van de psychosomatische patiënt te groot blijkt te zijn en er ogenschijnlijk weinig concreets uitkomt, hoeft dit nog niet te betekenen dat het verloren tijd is. Het is namelijk al van groot belang dat de patiënt zijn lichamelijke reacties onderkent, er tijd aan besteedt (aanvankelijk samen met de hulpverlener) en aldus in de toekomst mogelijk wel zijn lichamelijke reacties gebruikt in de bewustwording van zichzelf in relatie met zijn omgeving. Wat het resultaat is van het contact met de huisarts zoals door mij voorgesteld, kan soms pas in de verdere toekomst blijken.

3. Gedragwetenschappelijke benade-

ringen welke de laatste tijd zijn ontwikkeld bij de behandeling van patiënten met psychosomatische klachten worden hier niet besproken. Volstaan wordt met verwijzing naar enkele auteurs (Stevens; Janov; Lowen; Höweler Van Dalen en anderen; Van de Burg en anderen).

ADDENDUM

Waarheen moeten de vele patiënten met psychosomatische klachten? In het gezondheidscentrum Helmersstraat werken voor 3600 patiënten en een geringe taak in het universitaire onderwijs drie huisartsen, een maatschappelijk werkster, een wijkverpleegkundige, een psycholoog voor de halve werkweek en twee praktijkassistenten. Als alles goed loopt, kan men als huisarts met de eerder beschreven werkwijze een flink eind uit de voeten. In geval van drukte door afwezigheid van teamleden of gedurende een griepperiode komt van deze aanpak niet veel terecht, zoals in het algemeen het geval zal zijn in de meeste huisartspraktijken.

Aan de andere kant hebben personen en instellingen, die zich met de geestelijke gezondheidszorg vanuit de tweede lijn bezighouden, deze patiënten niet als hun vaste cliëntèle. Het terrein waar vele psychosomatische patiënten vertoeven, is voor een groot gedeelte niemandsland van de hulpverleners. Erkenning van dit feit door de eerstelijnsgezondheidsorganisaties lijkt de eerste stap op weg naar duidelijkheid omtrent dit probleem. Daarna kan worden bekeken hoe de verantwoordelijkheid in de eerste lijn moet worden verdeeld.

Ik wil onderstrepen dat de zorg voor de psychosomatische patiënt voornamelijk in de eerste lijn moet blijven. Hoe ook de taakverdeling tussen huisarts en psychosociale hulpverleners in de eerste lijn zal uitvallen, er zal veelvuldig en persoonlijk contact tussen de hulpverleners moeten zijn. Er zal zorg moeten worden besteed aan de als zuiver lichamenlijk beleefde klacht; dus ook aan het lichamenlijk onderzoek en het vervolg daarop (werk voor de huisarts). Bovendien zullen tijdens de psychotherapeutische gesprekken lichamenlijke klachten vaak intensiever worden of verschuiven (ook dat is werk voor de huisarts).

Summary. Psychosomatic complaints: difficulties and possibilities of help. Psychosomatic complaints are common, and often „persistent”. Partly under the influence of the team in which the author works (multidisciplinary surgery hours, among other things), and by virtue of retrospective reporting by patients who had psychosomatic complaints, he evolved a procedure which can facilitate assistance in these cases. The procedure is based on an analysis which describes the difficult situation of patient as well as physician in a case of psychosomatic complaints. Some notes are presented on psychosomatic assistance in terms of first-echelon health care.

Burg, P. van de, P.B. Defares en anderen. Paper naar aanleiding van werkwinkel over psychosomatiek van de Nederlandse Vereniging voor Gedragstherapie.

Crolla-Baggen, M., P. van der Ven en T. Staps, redacteuren van „interventie en interactie”. Dekker en Van de Vegt, Utrecht 1975.

Höweler van Dalen, M. en anderen. Gedragstherapie, Samsom, Alphen a/d Rijn, 1973.

Janov, A. De Oerschreeuw. Bert Bakker, Den Haag, 1974.

Kuiper, P. C. Hoofdsom der psychiatrie. Erven J. Bijleveld, Utrecht, 1973.

Kuypers, C. A. (1966) huisarts en wetenschap 9, 42.

Lidth de Jeude, A. H. van. De huisarts in de maalstroom der emoties. Stenfert Kroese, Leiden, 1971.

Lowen, A. Genieten. Bert Bakker, Den Haag, 1974.

Minuchin, S. Gezinstherapie. Aula 511. Spectrum b.v., Utrecht/Antwerpen, 1973.

Perls, F. Gestalt Therapie Verbatim. Bert Bakker, Den Haag, 1973.

Smits, A. (1973) huisarts en wetenschap 16, 310.

Stevens, J. Bewust-zijn. Bert Bakker, Den Haag, 1973.

Vroon, P. A. (1975) Tijdschrift voor psychotherapie. 5, 195.