

## Lichamelijke klachten, emoties en conflicten

*Von Holst* plaatste telkens twee halfaapjes (een zeer territoriale diersoort) in één kooi. Dit leidde tot de gebruikelijke strijd om de dominantie, die door één van de beide dieren werd gewonnen. Terwijl in de natuur de verliezer zo snel mogelijk wegvlucht, werd deze in het experiment binnen het territorium van de winnaar gehouden, beschermd door een afrastering van kippegaas. Deze situatie veroorzaakte bij de verliezers een opwindingstoestand met een zodanige fysiologische reactie dat zij binnen twee tot veertien dagen succombeerden in een uremisch coma ten gevolge van ischemie van de nierschors (zie ook *Levi*).

De lichamelijke klachten waarmee de patiënt naar de huisarts komt, berusten in minder dan de helft van de gevallen op aantoonbare ziekteprocessen. Vaak zijn zulke klachten gebaseerd op emoties, wat voor de hand ligt omdat bij emoties altijd lichamelijke veranderingen zijn betrokken (in tegenstelling tot de cognitieve processen waarbij dit niet het geval is). Terwijl iedereen de veranderingen in hartslag, ademhaling, vascularisatie, zweetklierfunctie enzovoort kent, die optreden bij emoties als angst en vreugde, wordt toch het belang daarvan gemakkelijk onderschat. Hoe ingrijpend zulke veranderingen kunnen zijn, toont het experiment van *Von Holst*.

De rol van de arts, zoals deze door de patiënt wordt gezien, zorgt ervoor dat op het spreekuur de lichamelijke klachten de nadruk krijgen en intermenselijke problemen op de achtergrond blijven. Om dezelfde reden wordt van de arts verwacht dat hij een medicament voorschrijft, ook al is dit voor klachten met een emotionele basis en heeft het, behalve bij kort durende crisissituaties, slechts zelden nut en vaak nadelen. Het is dus de taak van de arts te onderzoeken in hoeverre de klachten te maken hebben met emoties en de patiënt te assisteren bij het oplossen van de problemen die eraan ten grondslag liggen. Het gaat hierbij dus

niet om psychiatrische syndromen, maar om gewone moeilijkheden die zich in het leven van elk individu kunnen voordoen, maar waarvoor de patiënt (nog) geen oplossing heeft gevonden. Vooral wanneer de patiënt de vaardigheid mist die hierbij nodig is, kan de huisarts een belangrijke hulpverlenende rol spelen.

### PROF. C. BAKKER\*

Emoties worden grotendeels bepaald door drie factoren:

- de situatie waarin het individu zich bevindt;
- de persoonlijke betekenis van de situatie;
- de wijze waarop het individu de situatie aanpakt.

In de actualiteit van het leven zijn de eerste twee factoren altijd een eenheid; zo reageert men bijvoorbeeld op de dood van een familielid afhankelijk van de betekenis die hij of zij had.

Dat de reactie op de situatie de emoties sterk beïnvloedt, blijkt uit een eenvoudig voorbeeld. Als men in een drukke winkel op zijn beurt staat te

wachten en een nieuwkomer dringt voor, dan voelt men zich heel anders wanneer men die persoon erop wijst dat hij nog niet aan de beurt is, dan wanneer men zwijgt en het maar laat gaan.

Het is van belang deze eenvoudige feiten voor ogen te houden omdat zij impliceren dat er tenminste drie methoden zijn om emoties te beïnvloeden:

- de situatie veranderen;
- de situatie anders interpreteren;
- de situatie anders leren aanpakken.

Een zeer belangrijk deel der menselijke emoties wordt bepaald door het karakter der intermenselijke relaties. Hierbij zijn de meeste moeilijkheden het gevolg van een intermenselijk conflict. Een conflict als zodanig is niet te vermijden. Het is daarom van het grootste belang om het zo snel mogelijk te herkennen en tot een oplossing te brengen op zodanige wijze dat de relatie met anderen zo min mogelijk wordt verstoord terwijl toch het eigen belang voldoende wordt verdedigd.

### Het oplossen van conflicten

Gewoonlijk maakt men onderscheid tussen twee soorten conflicten; conflicten met anderen en conflicten met zichzelf (intrapyschische conflicten). Dit laatste type conflicten gaat vooral gepaard met gevoelens van schuld en angst. Wanneer de huisarts constateert dat dit soort problemen een ernstige handicap zijn voor de patiënt is verwijzing naar een psychiater aan te raden. Veel vaker echter heeft men te maken met conflicten met anderen, in het huwelijk, het gezin, op het werk, met buren, vrienden enzovoort. Bij dit soort conflicten kan de huisarts zelf assistentie verlenen. De hier beschreven methode is gebaseerd op *Bakker* en *Bakker*.

De patiënt richt zich tot de arts met vage klachten; hoofdpijn, vermoeidheid, prikkelbaarheid, depressie, enzovoort. Zijn hierbij intermenselijke conflicten betrokken?

Gewoonlijk is de anamnese hier ontoereikend, omdat de patiënt niet getraind

\*Hoogleraar psychiatrie Universiteit van Washington, Seattle.

Figuur. Bladzijde uit een ingevuld dagboek.

uur	MAANDAG 7 juli	Hoofdpijn	Moehheid	Irritatie
8				
9				
10	gesprek M vader gisteren dronken	0	1	0
11	ik: wat deed je?	0	1	8
12	M naar café om hem te halen	2	3	2
13	ik laat hem toch alleen	4	4	1
14	M kan jij makkelijk zeggen!			
15	etc			
16	op	1	1	1
17				
18				
19	echtgenoot laat	0	2	1
20		2	3	4
21		4	6	3
22	naar bed			

is in het observeren van de relevante feiten. Meer gegevens zijn dus nodig voor men verder kan komen. De beste methode hiervoor is het bijhouden van een speciaal dagboek. Hiertoe verstrekt men de patiënt een notitieboekje en duidelijk geformuleerde instructies. Deze instructies houden in dat de patiënt wordt verzocht gedurende twee weken aantekeningen te maken in het notitieboekje. Deze aantekeningen moeten tenminste voor een deel van elke dag worden bijgehouden en liefst elk uur met een korte notitie worden aangevuld. Deze notities houden in: Een schatting van de intensiteit van de klacht of het gevoel dat men wil onderzoeken (hoofdpijn, vermoeidheid, depressie). Daar irritatie de meest betrouwbare indicator is van een conflict, wordt ook hiervan een intensiteits-schatting gemaakt. De intensiteiten worden aangegeven met gebruik van een - subjectieve - schaal van 10 punten. Hierbij is 10 de hoogste graad van het gevoel of symptoom dat de patiënt nog ooit heeft ervaren en 0 de volledige afwezigheid ervan.

Een beschrijving van de relevante situatie wanneer een intensiteit wordt geregistreerd boven de 3. Deze notitie kan in telegramstijl worden neergeschreven omdat zij alleen moet dienen om het geheugen van de patiënt bij te staan. Voorbeeld: 10 uur, telefoon, moeder, klaagt over vader, irritatie 6, moehheid 2.

Zonodig een wat meer uitgebreide beschrijving van transacties die van speciaal belang lijken en meer gecompliceerd zijn bijvoorbeeld een twist-gesprek (figuur). Vaak is het praktisch niet mogelijk een volledig dagboek bij te houden. De patiënt wordt dan gevraagd wat haalbaar lijkt (iedere dag van 16 tot 22 uur of om de andere dag) en hier wordt dan mee begonnen. Vaak geeft de anamnese al aan welk deel van de dag van belang is, wat natuurlijk het bijhouden van een dagboek vereenvoudigt. Het is natuurlijk essentieel dat men bij dit alles de medewerking van de patiënt heeft.

Het grote voordeel van deze methode is dat de arts na twee weken het dagboek snel kan doorkijken, waarbij de cijfers in de kolommen dienen als index. Zo ziet men onmiddellijk onder welke omstandigheden, waar, wanneer en met wie bijvoorbeeld de irritatie omhoog schiet. Op deze wijze worden samenhangen tussen situaties en klachten vaak ook snel duidelijk en kan men zien of er typische, vaak terugkerende conflicten zijn die tot de problemen bijdragen.

Als dit inderdaad het geval is is men gereed voor de volgende stap.

### De analyse van het conflict

Van het dagboek weet men al globaal over welke conflictsituaties het gaat. Dit kan worden gepreciseerd door de

volgende punten achtereenvolgens met de patiënt te bespreken.

Welke personen zijn bij het conflict betrokken. Dit is nodig omdat de patiënt vaak zo weinig vat op de situatie heeft dat zelfs niet duidelijk is wie precies de tegenstander is.

Over welk territorium gaat het. Dit is vaak het moeilijkste maar ook belangrijkste deel der analyse. Het maakt een groot verschil voor de wijze van oplossen van het conflict of het gaat over actieterrein, privé ruimte of psychologische ruimte. De patiënt verliest zich vaak in details. Een patiënte zal misschien zeggen: „Mijn man maakt zich altijd veel te bezorgd over de kinderen.” Een gerichte discussie laat zien dat het gaat om de eetgewoonten van de kinderen en dat de vrouw het als haar actieterrein beschouwt om daarover toezicht te houden en wil dat haar man dat aan haar over laat. Het wordt aanzienlijk eenvoudiger om het conflict op te lossen als men inziet dat het om dit actieterrein (beheer van toezicht over voedselopname der kinderen) gaat, dan als men gaat debatteren over de vraag of de man zich al dan niet te bezorgd maakt.

Met welke wapens wordt het conflict gestreden. In de genoemde situatie gebruikt de man onder meer schuldinductie: „Je zou toch veel meer aandacht moeten schenken aan wat die kinderen eten, straks krijgen ze één of andere ziekte en dan is het te laat”. Het herkennen van de gebruikte wapens maakt het mogelijk te bekijken hoe men zich daar het best tegen verdedigen kan.

Probeer de patiënt een eigen territorium te verdedigen of is hij of zij bezig er iets aan toe te voegen? Dit is van praktisch belang omdat de verdediging van het eigen terrein om assertief gedrag vraagt, terwijl verovering agressieve technieken vereist. Beide methoden zijn zeer verschillend en de toepassing van de verkeerde techniek kan het conflict intensifiëren in plaats van oplossen.

Als de analyse van het conflict zover is gevorderd, zijn de patiënt en de arts in de positie om samen te besluiten wat de patiënt wil bereiken en hoe dit het best kan worden gedaan. De gesprekken met de tegenstanders kunnen nu geanticipeerd en in detail worden besproken. Hierbij is het vooral nuttig de situaties vast in rollenspel door te ne-

men, waarbij de arts de rol van de tegenstanders speelt. De patiënt kan op deze wijze verschillende manieren van handelen en praten uitproberen alvorens deze in de werkelijke situatie te gebruiken.

Zowel de analyse van het conflict als de strategieën voor de oplossing ervan zijn gebaseerd op de territoriale principes beschreven door *Bakker en Bakker*. Voor de praktische uitvoering van dit proces is het nodig dat niet alleen de arts, maar ook de patiënt dit materiaal goed kent. In de „Adult development program” van de University of Washington, waar deze methode ontwikkeld werd, wordt dit gedaan door middel van didactische sessies in klasverband. Het is echter ook mogelijk om de patiënt het relevante materiaal te laten lezen en het zodanig met hem of haar te bespreken.

Het is belangrijk het nieuwe gedrag der patiënt te bekrachtigen door een afspraak te maken voor kort na de geplande confrontatie, om verslag uit te brengen over wat plaats vond en om onvoorziene moeilijkheden te bespreken.

Als men het resultaat van deze benadering wil evalueren is het interessant om de patiënt nogmaals het dagboek te laten bijhouden nadat het conflict is opgelost. Een vergelijking van de intensiteit van de symptomen voor en na de behandelingsperiode laat dan duidelijk zien of de patiënt verbeterd is of niet.

De beschrijving van de methode is hier noodzakelijk erg summier en voor de toepassing ervan is verdere studie nodig. Hopelijk echter is het duidelijk geworden in dit betoog dat het hier gaat om een benadering die relevant is voor de huisarts en dat deze kan worden toegepast binnen de traditie van de betrekkelijk beperkte hoeveelheid tijd die de arts beschikbaar heeft voor elke patiënt.

Bakker, C. B. en M. K. Bakker. *Verboden toegang*. De Nederlandse Boekhandel, Antwerpen, 1974.

Holst, D. von (1972) *J. comp. Physiol.* 78, 236-273.

Levi, L. *Emotions*. Raven Press, New York, 1975.

## Uit de praktijk

### Kees Pietersen

Kees Pietersen is 18 jaar oud en werkt hard voor zijn eindexamen, dat hij over enkele weken moet doen. Hij woont thuis met zijn ouders en twee jongere broers. Kees is zelden ziek geweest: de laatste jaren is hij alleen met een ongeval bij de huisarts geweest. Als kind heeft hij mazelen en waterpokken doorgemaakt en enkele perioden met verkoudheid, hoesten en oorpijn tussen zijn vierde en achtste jaar.

Het is mei en mooi, warm, droog weer. De laatste tijd heerst er in de omgeving veel hooikoorts en keelontsteking. Kees komt bij zijn huisarts op het spreekuur met keelpijn, slikpijn en algemene malaise sinds één dag. Bij onderzoek blijkt hij temperatuursverhoging te hebben (38,2 °C). Kees maakt geen zieke indruk. Beide tonsillen zijn vergroot, rood en beslagen met geel exsudaat. De achterste pharynxwand is rood, gezwollen en beslagen met grijs-wit exsudaat. Enkele vergrote submandibulaire lymfklieren zijn palpabel. Er is geen exantheem.

DR. R. A. DE MELKER

#### Eerste vraag

- wat zijn uw diagnostische overwegingen?
- welke drie à vier diagnoses acht u het meest waarschijnlijk?
- kunt u deze diagnoses rangschikken in volgorde van waarschijnlijkheid? Geef daarbij uw argumentatie aan.

Kees vraagt de huisarts om penicilinetabletten. Hij is bang tijd te verliezen door zijn ziekte en wil snel beter zijn. „Ik weet dat u niet zo snel penicilline geeft. Mijn vriend kreeg het wel van de huisdokter en was direct weer beter.”

#### Tweede vraag

- hoe zoudt u op deze opmerking reageren?
- is het juist dat de patiënt met penicilline sneller beter zal zijn?
- welke argumenten pleiten voor, wel-

ke tegen een behandeling met penicilline?

– op welke wijze zoudt u eventueel penicilline geven?

De huisarts besluit om Kees een orale smalspectrum penicillinekuur te geven. Hij verzoekt hem, als hij nog last heeft, na vijf dagen terug te komen. Als Kees vijf dagen later terugkomt, voelt hij zich niet beter. Zijn keelpijn is verergerd en hij voelt zich belabberd. Hij is niet in staat om zijn werk op school en thuis te maken. Patiënt is nu zeer bezorgd voor zijn examen!

Bij onderzoek vindt de huisarts dat de pharynxwand en de tonsillen er beter uit zien. De regionale lymfklieren zijn nu echter veel groter en pijnlijker geworden. Kees transpireert veel 's nachts en slaapt slecht door de keelpijn en zijn verstopte neus.

#### Derde vraag

- welke verklaringen kunt u geven voor het feit dat de patiënt niet hersteld is?
- welke diagnose lijkt nu het meest waarschijnlijk?
- welk verder onderzoek acht u op grond van deze diagnose nodig?
- wat zegt u tegen Kees?

De huisarts verricht nader lichamelijk onderzoek, waarbij een iets vergrote milt en vergrote inuinale en axillaire lymfklieren worden gevonden, hepar niet palpabel. Tevens wordt bloedonderzoek aangevraagd. Als Kees twee dagen later terugkomt, heeft de huisarts de volgende uitslagen:

Bloedbeeld: Hb 8,8 mmol/h.

Differentiatie: totaal aantal leucocyten 12.000 mm<sup>3</sup>; polymorfie; neutrofielen 50 procent – monocyten 10 procent; lymfocyten 40 procent, enkele atypische cellen; BSE 20 mm/h.

Reactie van Paul Bunnell negatief.

Kees is nu ongeduldig en vraagt of hij niet beter naar een internist kan gaan.

#### Vierde vraag

- welke consequenties trekt u uit deze stap?
- welk onderzoek acht u nodig?
- wat is uw beleid?
- wat zegt u nu tegen Kees?

De huisarts vraagt na een week nog verder bloed- en urineonderzoek aan. Urine: Alb. – red. –; urobiline + biliburine +.

Bloed: hb 8,6 mmol/l BSE 28 mm/h.

Bloedbeeld: totaal aantal leukocyten