

## De huisarts en functionele klachten: Een pijntje hier, een pijntje daar

Het is bepaald niet zo dat huisartsen de functionele klachten van hun patiënten niet in de gaten hebben. De 'diagnose' wordt eerder te vaak dan te weinig gesteld, namelijk bij bijna elke klacht die niet direct is terug te voeren op bekende pathologie. De kunst is dus niet om een functionele klacht te onderkennen, maar om te weten wat hierbij de beste aanpak is. *In de praktijk* zet het nog eens op een rijtje.

### De functie van de klacht

Waar de schoen ook wringt, kenmerkend voor dit soort klachten is dat ze een functie hebben, namelijk de aandacht afleiden van problematiek die de patiënt onbewust liever niet onder ogen ziet. Zo hoeft de boekhouder met schouderklachten niet zijn veel te ver doorgevoerde perfectionisme te onderkennen, de leraar met lagerugpijn hoeft haar conflictvermijdend gedrag niet onder ogen te zien, en de huisarts met spanningshoofdpijn hoeft niets te doen aan haar al te grote angst voor fouten. Juist omdat de klacht zo'n duidelijke functie heeft, is het niet erg waarschijnlijk dat met traditionele middelen genezing kan worden bewerkstelligd. Er moet dus iets anders gebeuren.

### Voorzichtig schakelen

Patiënten zijn meestal niet blij als hun klacht 'psychisch' wordt genoemd. ('Ik ben toch niet gek?!') Suggesties van de huisarts in die richting, hoe voorzichtig ook gebracht, hebben vaak een averechts effect. Er moet dus voor gezorgd worden dat de patiënt eraan toe is om op een andere manier naar de klacht te kijken. Daarbij zijn enkele voorwaarden noodzakelijk.

- ▶ De patiënt moet voldoende zijn gerustgesteld. De klacht moet dus zoveel medische aandacht hebben gekregen dat duidelijk kan worden gemaakt dat doorgaan op die weg geen zin heeft.
- ▶ Incorrecte ideeën van de patiënt over de oorzaak van de klacht moeten zijn weggenomen. Uit onderzoek blijkt dat als de huisarts onjuiste ideeën expliciet corrigeert, de medische consumptie afneemt.
- ▶ Er moet genoeg krediet zijn opgebouwd voor een niet-somatische benadering.

Als aan deze voorwaarden is voldaan, kan een andere aanpak worden geprobeerd. De succeschansen daarvoor zijn relatief hoog bij patiënten die minder dan een halfjaar bestaande klachten hebben en bij wie het gaat om één duidelijk probleem.

### Van klacht naar gedrag

Allereerst wordt voorgesteld de medische aandacht te stoppen en de blik te richten op de leefsituatie en het gedrag van de patiënt. De patiënt kan dit voorstel weigeren (met alle gevolgen voor medische consumptie van dien), maar als erop wordt ingegaan, is de kans op medewerking ook groter. Uitgangspunt bij de aanpak blijft de klacht, want dat is waar de patiënt zich op focust. De koerswijziging bestaat uit het 'verkennen van de context' van de klacht. Patiënten voelen zich

*Dit artikel bevat een samenvatting van het cahier 'En dat is niét psychisch, denkt u...? Over de begeleiding bij functionele klachten' van de hand van Luc van Berkestijn. Dit cahier maakt deel uit van de NHG-serie 'Huisarts en patiënt. Cahiers over communicatie en attitude' (telefonisch te bestellen via 030-288 17 00).*



op die manier serieus genomen en zo wordt de aandacht langzaam verlegd van de klacht naar het eigen gedrag.

### Klachtendagboek en diepte-interview

Het laten bijhouden van een klachtendagboek, heeft als voordeel dat de patiënt van meet af aan actief betrokken is bij de zoektocht naar de functie van de klacht. Het dagboek geeft huisarts én patiënt inzicht in de aard, frequentie, duur en intensiteit van de klachten in samenhang met de context. Op deze manier worden patronen zichtbaar gemaakt. Aan de hand van het dagboek wordt vervolgens een 'diepte-interview' gehouden: met concretiseren en doorvragen moet worden geprobeerd de context helder en volledig voor ogen te krijgen. Hulpmiddel daarbij kan het ABC-schema zijn:

A = antecedents (wat vooraf ging aan de klacht);

B = behaviour (de reactie van de patiënt op de klacht);

C = consequences (gevolgen van de klacht, inclusief reacties van de omgeving).

Meestal zullen na het diepte-interview nog een of meer vervolggconsulten nodig zijn. Goede gespreksvaardigheden zijn een zegen: samenvatten, doorvragen en concretiseren. Daarbij moet er steeds voor worden gewaakt dat niet de huisarts conclusies trekt, maar de patiënt. Deze moet immers zelf in de gaten krijgen in welke situaties de klacht opspeelt. Vervolgens kan worden gekeken naar de belevingsaspecten rond de geschetste situatie: een exploratie van emoties, waardeoordeelen en intenties. Zo wordt de patiënt er langzaam toe gebracht het eigen gedrag op adequaatheid te beoordelen.

### Heretiketteren van gedrag

Als de patiënt inziet dat het eigen gedrag niet adequaat is, is de grootste winst eigenlijk al geboekt. Vraag de patiënt hoe het eigen gedrag benoemd kan worden, welk etiket er in diens ogen op past. Is het misschien aannemelijk dat het gedrag verband houdt met de klacht? Zelfs als de patiënt het verband tussen gedrag en klacht in de gaten heeft, kan het soms nog lastig zijn om veranderingen te bewerkstelligen. Immers, de klacht heeft een 'functie' en de voordelen daarvan kunnen groot zijn. Maar vaak ook zal de patiënt bereid zijn te zoeken naar alternatief gedrag. De huisarts kan de begeleiding daarvan zelf op zich nemen, maar meestal is een verwijzing naar een psychotherapeut aangewezen. Deze zal de patiënt helpen om het nieuwe gedrag ook daadwerkelijk in praktijk te brengen. (AS)