

Somatoforme stoornissen

Somatisatiestoornis, somatoforme pijnstoornis, conversie en overige somatoforme stoornissen en hun kenmerken

1.1 Inleiding

In de algemene inleiding vermeldden we al dat somatoforme functiestoornissen bij ouderen helaas niet altijd herkend worden, omdat ze vaak parallel lopen met klachten van angstige, depressieve en obsessieve aard. Somatoforme functiestoornissen kenmerken zich verder door het uiten van veel en/of het te sterk benadrukken van lichamelijke klachten. Dit is een tweede aspect dat het moeilijk maakt om de somatoforme stoornis in de praktijk goed te herkennen. Immers ouderen hebben vaak daadwerkelijk lichamelijke problemen. Bij patiënten die uitdrukkelijk lichamelijke klachten uiten of uitvalsverschijnselen presenteren, kun je jezelf de vraag stellen: gaat het om reële of te sterk geuite lichamelijke klachten en waar om *niet*-reële lichamelijke klachten? Het is belangrijk om de (lichamelijke) klachten altijd serieus te nemen. Onze taak als hulpverlener is om te onderzoeken waardoor de klachten veroorzaakt worden, zodat we de patiënt een adequate behandeling en begeleiding kunnen aanbieden. De klachten zelf behoren dus altijd als reëel te worden beschouwd. Voor de patiënt zijn ze dit ook; ze komen voort uit de beleving, die in dit geval gestoord is. Het ervaren en uiten van lichamelijke klachten kan bijvoorbeeld een obsessief, dwangmatig karakter hebben.

In dit hoofdstuk staan we stil bij het begrip 'somatoforme stoornis', in relatie tot beleving. We besteden aandacht aan de kenmerken en symptomen van de somatisatiestoornis, de pijnstoornis en de conversiestoornis en sluiten af met het benoemen van de kenmerken van andere somatoforme stoornissen.

1.2 Somatoforme stoornissen in relatie tot beleving

We hebben het allemaal wel eens moeilijk. Er zijn perioden in ieders leven dat het allemaal niet meezit en dat we allerlei spanningen en onaangename gevoelens ervaren. De meesten van ons lukt het wel om vroeg of laat over deze spanningen en gevoelens te praten. Praten, misschien eens goed huilen en vervolgens de kracht vinden om de problemen onder ogen te zien, zorgen ervoor dat we kunnen werken aan onze psychische problemen. In zo'n periode merk je vaak wel dat je wat lichamelijke klachten krijgt. Je hebt ineens rugpijn, je nek zit vast, je kunt maar moeilijk in slaap komen en je bent snel moe. Dit soort klachten zijn heel normaal, ze horen als het ware bij psychische problemen. Men spreekt in dit geval ook wel van 'functionele' klachten, dat wil zeggen dat er voor de klachten geen organische oorzaak is te vinden.

De Dynamische Systeem Analyse laat ons inzien dat de verschillende levensgebieden nauw met elkaar verbonden zijn en voortdurend invloed op elkaar hebben. Het is dus eigenlijk niet vreemd dat verdriet soms leidt tot hoofdpijn en slapeloosheid. Of dat er spanningen ontstaan in je relatie omdat je partner zo graag wil dat je over je verdriet praat, terwijl jij daar nog niet klaar voor bent. Je durft het misschien nog niet onder ogen te zien of erover te praten.

Als we echter naast de psychische spanningen lichamelijke klachten ervaren, zijn we snel geneigd om ons vooral daarop te richten. Het is nu eenmaal veel gemakkelijker om jezelf en je omgeving wijs te maken dat je een griepje hebt of door je rug bent gegaan dan dat je moet bekennen dat je het psychisch allemaal niet helemaal meer op een rijtje hebt. Daarnaast is het ook nog zo dat je door het uiten van je lichamelijke klachten (tijdelijk) extra aandacht krijgt van je omgeving en minder hoeft te doen; je bent immers ziek! Je eigen behoefte aan (veel) aandacht speelt hierbij ook een grote rol.

Even naar de huisarts gaan voor een poeder of een verwijskaart voor de fysiotherapie is voor ons gevoel legitiemer dan een doorverwijzing halen voor het maatschappelijk werk of de Riagg. Psychische problemen zijn vaak ingewikkeld en worden door de omgeving niet altijd even goed begrepen. Een lichamelijke ziekte wordt eerder geaccepteerd. Een stijve nek of een griepje heeft op zo'n moment een nuttige functie: het helpt je om aan de echte problemen te ontkomen. De meesten van ons zullen uiteindelijk erkennen dat het niet gaat om die zwakke rug of stijve nek en zij zullen, al of niet met hulp, gaan werken aan de psychische problemen. Deze 'dagelijkse' voorbeelden hebben echter nauwelijks iets met de psychiatrie en met somatoforme stoornissen te maken. Wel is er sprake van een glijdende schaal, waarbij de duur en de ernst van de negatieve gevolgen voor het dagelijks functioneren en voor de kwaliteit van leven bepalen of je kunt spreken van een psychiatrische aandoening.

1.3 Somatoforme stoornissen

Er is ook een groep mensen die weigeren te geloven en te erkennen dat bij hun lichamelijke klachten psychische problemen een rol spelen. Zij zetten bij voorkeur hun psychische pijn en wanhoop langdurig om in fysieke pijn en fysiek onvermogen. Zij lijden aan een somatoforme stoornis. 'Somatoform' wil zeggen dat het psychische probleem een somatische vorm heeft aangenomen. Angst, paniek en andere psychische problemen worden vertaald in vele lichamelijke klachten (somatisatie) en kunnen in de ernstigste vorm zelfs leiden tot bijvoorbeeld loopstoornissen, zintuiglijke stoornissen en verlamingsverschijnselen (conversie). De lichamelijke klachten willen maar niet overgaan en de patiënten bezoeken keer op keer huisarts en specialisten; zij voelen zich vaak boos en onbegrepen als dezen geen organische oorzaken kunnen vinden en gaan op zoek naar een andere arts. De patiënten zijn medisch gezien zeer grote consumenten en vaak zie je dat ze een lange medische voorgeschiedenis hebben, waarin zij nodeloos talloze onderzoeken, behandelingen en ingrepen hebben ondergaan, dit zonder resultaat. Ondertussen kunnen er wel als gevolg van al die ingrepen en behandelingen of van het feit dat functies niet gebruikt worden, echte organische klachten zijn ontstaan, en dan is het onderscheid tussen 'functionele' klachten en organische klachten moeilijk te maken. Als deze aandoeningen niet als een psychische stoornis worden onderkend, dan worden ze gemakkelijk beschouwd als aanstellerij, 'hysterie', en degene die eraan lijdt, wordt niet altijd even prettig behandeld.

Inmiddels is over de somatoforme stoornissen meer bekend geworden en weten we dat degenen die eraan lijden sociaal en psychisch vastgelopen zijn. Zij beschikken niet (meer) over de mogelijk-

heden om hun eigen problemen onder ogen te zien en adequate hulp te zoeken. Ze zijn vaak moeilijk te motiveren voor psychotherapeutische hulp. Hun beleving is gestoord en dit is van grote, negatieve invloed op hun dagelijks functioneren en kwaliteit van leven.

Opdracht 1

In dit hoofdstuk staan we stil bij onderwerpen als psychische pijn en spanningen die omgezet worden in lichamelijke klachten en verschijnselen. Ga nu eens na hoe dat eigenlijk bij jezelf zit. Hoe is het gesteld met jouw psychische gezondheid, ervaar je wel eens spanningen of onaangename gevoelens? Ga eens na hoe je daarmee omgaat en onderzoek of je ook wel eens psychische klachten hebt omgezet in fysieke pijn. Hoe ging je daarmee om, heb je bijvoorbeeld een huisarts geconsulteerd en heb je je lichamelijke klachten naar je omgeving geuit? Was je je bewust van het feit (toen of achteraf) dat je datgene wat er psychisch met je aan de hand was lichamenlijk duidde? Denk hier eens over na en leg vervolgens een relatie met je professionele situatie. Wat zie je bij patiënten op dit vlak en hoe ga je daarmee om? Heb je begrip voor deze patiënten of erger je je aan hun klaaggedrag?

Reflectieverslag

1 Welke lichamelijke klachten heb jij regelmatig?

2 Heb je het idee dat je je eigen psychische pijn wel eens omzet in lichamelijke klachten?

3 Hoe is de relatie met je professionele situatie?

4 Wat zijn je sterke en zwakke punten in je werk?

5 Voor welke patiënten ben je extra gevoelig?

6 Conclusie

1.4 Kenmerken van de somatisatiestoornis en de somatoforme pijnstoornis

Patiënten die lijden aan een somatisatiestoornis uiten veel en/of te nadrukkelijk lichamelijke klachten die lichamelijk niet verklaard kunnen worden. Er is ook sprake van een ernstige vorm van klaaggedrag. Belangrijke elementen van de omschrijving van de somatisatiestoornis zijn, mede gebaseerd op Lipowski (1988):

- het ervaren en uiten van lichamelijke klachten;
- het toeschrijven van de klachten aan een lichamelijke oorzaak hoewel die onaannemelijk is en niet gevonden wordt;
- het zoeken van medische hulp voor de klachten;
- het ondervinden van matige tot ernstige negatieve gevolgen voor het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven.

Het klagen is vaak in de jeugd jaren begonnen en in de loop van het leven steeds erger geworden. De patiënt klaagt meestal niet over één lichamelijk probleem, maar uit veelal meerdere lichamelijke problemen die naast elkaar, maar ook gelijktijdig kunnen optreden. Soms is er voor de patiënt in eens een crisissituatie waar hij acuut aandacht voor vraagt.

Patiënten kunnen klagen over pijn in het hele lichaam: obstipatie, problemen bij het plassen, oorsuizen, duizeligheid, slikproblemen, misselijkheid, overgeven, dubbelzien, hartkloppingen, jeuk, enzovoort. Het komt voor dat zij deze klachten op een theatrale (overdreven en manipulerende) wijze presenteren. Zij bezoeken keer op keer de huisarts of de specialist, zonder dat dit een oplossing biedt. Zij gebruiken vaak veel medicijnen en ondergaan nodeloos medische ingrepen. Als hardnekkige pijnklachten overheersen, spreken we van een *somatoforme pijnstoornis*. Zoals al eerder is gezegd, wordt de somatisatiestoornis bij psychogeriatrische patiënten niet altijd opgemerkt, omdat er vaak tegelijkertijd ook sprake is van reële lichamelijke problematiek. Daarnaast kunnen psychogeriatrische patiënten ook lijden aan een depressie in combinatie met angstklachten. De symptomen daarvan lijken erg op een aantal klachten van patiënten met een somatisatiestoornis. Verder kunnen de cognitieve problemen de communicatie met de hulpverleners verstoren.

Casus 1

Mevrouw G. is 73 jaar oud en woont samen met haar man in een vooroorlogse vierkamerflat in een grote stad. In de wat sombere, donker ogende en overvolle flat staan talloze Mariabeeldjes naast en door elkaar op het dressoir en in de kasten. Verder slingeren er overal zakdoekjes, neussprays, doosjes aspirines, zalfjes en warmtekussentjes rond, evenals populair medische lectuur.

Als de maatschappelijk werkster mevrouw G. komt bezoeken ligt deze op de bank. Zij heeft haar nachtkleding aan en ligt onder twee dekens met een drietal kussens in haar nek. Op het tafeltje naast de bank is ook een arsenaal aan poeders, pillen en zakdoekjes aanwezig. Ze verwelkomt de maatschappelijk werkster met bevende stem en vraagt meteen of deze haar even haar glas aan wil geven; ze heeft zo'n droge en pijnlijke keel, het is bijna niet te doen! Hoestend en proestend drinkt ze een slokje en ze vraagt om een rietje, dat direct door haar overbezorgde man aangereikt wordt.

Voordat de maatschappelijk werkster de kans krijgt om te gaan zitten, heeft mevrouw G. al een aantal lichamelijke klachten geuit. Het is zo erg, ze heeft almaar hoofdpijn, en als ze zo'n hoofdpijn heeft, dan heeft ze ook altijd last van oorsuizingen. Ze zal toch geen hersentumor hebben? Van dat idee wordt ze zo bang en daar wordt ze weer zo moe van dat ze echt niet anders kan dan op de bank liggen, waardoor ze weer pijn in haar rug krijgt. Wil de maatschappelijk werkster misschien even naar haar rug kijken, ze heeft namelijk ook het idee dat daar misschien wel eczeem zit, ze heeft daar altijd zo'n jeuk! Mevrouw begint te huilen, ze weet het allemaal niet meer, ze voelt zich hartstikke rot en niemand neemt haar serieus en doet er iets aan.

De aanwezige zoon van mevrouw kijkt het gebeuren lijdzaam aan en vertelt de maatschappelijk werkster later in de keuken dat de situatie met zijn moeder onhoudbaar wordt. Ze is altijd al klagerig geweest, hij kent haar bijna niet anders dan ziek. Hij heeft haar in zijn jeugd vaak vergezeld naar een dokter en heeft haar moeten helpen in het huishouden, omdat ze het vanwege allerlei pijnen niet aankon, maar de laatste tijd is het wel heel erg geworden. Zeker na het overlijden van haar jongste zoon, zijn broer, nu alweer twee jaar geleden. Ze wil hier niet over praten, maar ze krijgt steeds meer klachten; vooral het oorsuizen neemt toe. Zijn vader kan de zorg niet meer aan, zeker nu moeder ook nog toenemend verward aan het raken is en steeds opnieuw dezelfde vragen stelt en soms niet meer weet waar ze is of hoe laat het is. Het kan echt niet langer zo!

3 Waar liggen, nu je de DSA hebt ingevuld en dus een goed overzicht hebt, volgens jou de hoofdproblemen (we noemen deze 'thema's') en hoe ga je deze thema's formuleren, wat zijn (nog) aanwezige mogelijkheden?

4 Stel dat mevrouw G. bij jou is opgenomen op de afdeling, wat heeft zij in deze fase nodig volgens jou en wie schakel je daarbij in (denk aan multidisciplinair werken)? Hoe zou je een en ander aanpakken als mevrouw nog steeds thuis zou wonen? Hoe is je houding naar mevrouw G. toe?

5 Mevrouw G. is opgenomen op jouw afdeling; je collega's geven aan dat het steeds moeilijker wordt om haar te motiveren voor iets, ze klaagt zo ontzettend veel over allerlei kwaaltjes en doet bijna niets. Jij hebt ook al gemerkt dat je het moeilijk vindt. Wat voor gevoelens zouden er (kunnen) gaan spelen bij de hulpverleners op de afdeling en hoe denk je dat ze hiermee omgaan? Welke gevaren liggen op de loer?

6 Hoe ga jij om met vergelijkbare situaties waarin patiënten veel klaaggedrag vertonen en moeilijk te motiveren zijn om te werken aan hun psychische problemen en pijn?

1.5 Kenmerken van een conversiestoornis

Een andere somatoforme stoornis is de conversiestoornis. 'Conversie' betekent letterlijk 'omzetting'. De conversiestoornis treedt hoofdzakelijk bij vrouwen op en begint veelal voor het vijfendertigste levensjaar. Conversie kan echter ook op oudere leeftijd voor het eerst optreden. Binnen de psychogeriatric met haar vele somatische ziekten en functiestoornissen kan conversie een verraderlijk, moeilijk te herkennen beeld zijn. Bij conversie is sprake van een psychisch probleem dat zich omzet in een lichamelijke functiestoornis. Dit heeft soms een symbolische betekenis. Het gaat hier om iets wat buiten het bewustzijn wordt gehouden. Tegenwoordig gaat men ervan uit dat een ingrijpende of emotionele gebeurtenis in bijvoorbeeld de jeugd tot 'dissociatie' leidt. Tijdens de dissociatie wordt de gebeurtenis buiten het dagelijkse bewustzijn gehouden omdat het meegemaakte te veel pijn doet; de gebeurtenis wordt als het ware ontkoppeld van het bewustzijn. Deze ontkoppeling zou leiden tot een ongewild controleverlies over bepaalde lichaamsfuncties. Bij patiënten met conversie zien we dat ze lijden aan plotselinge gevoelloosheid, verlammingen, toevallen, bevingen, krampen, afonie (fluïsterstem) en – minder vaak – blindheid en doofheid. Meestal treden deze verschijnselen plotse-ling op na een zeer emotionele gebeurtenis of een conflict. De patiënt is er vaak – in tegenstelling tot wat je zou verwachten – vrij kalm en onverschillig onder.

Conversie is een reactievorm die bij iedereen voor kan komen als de draaglast uiteindelijk de draagkracht overschrijdt. Conversie is dan ook zeker geen opzet en mag nooit als aanstellerij gezien worden. Conversiepatiënten worden door de aard van de aandoeningen vaker door neurologen dan door psychiaters of psychologen gezien. In de meeste gevallen ontkent de patiënt dat er een relatie is met psychische problemen.

Casus 2

Mevrouw H. is 81 jaar en sinds drie maanden opgenomen op een begeleidingsafdeling in het verpleeghuis. Ze is weduwe en heeft drie dochters en vier kleinkinderen. De reden van opname is dat ze lijdt aan lichte tot matige cognitieve functiestoornissen die met zich meebrengen dat ze gedesoriënteerd is in plaats en tijd, en vergeetachtig is. Daarnaast neemt haar vermogen tot zelfzorg af en is er sprake van een licht decorumverlies. Ook heeft ze een depressieve stemming.

De levensgeschiedenis van mevrouw H. is belast. Zij is de oudste uit een gezin met acht kinderen. Armoede, verwaarlozing en misbruik door haar broer kleuren haar jeugdijaren. Als oudste dochter draait ze op voor het huishouden, daar haar moeder altijd ziek is. Ze krijgt hier geen enkele waardering voor. Ze trouwt met een man die ze leert kennen op de schaatsbaan. Kort daarna breekt de oorlog uit. Ze maakt een moeilijke tijd door, maar een aantal jaren na de oorlog is het echtpaar in staat om een eigen zaak te beginnen en kunnen zij hun drie dochters de welstand geven die zij zelf zo hebben gemist. Het enige probleem is in die periode eigenlijk dat mevrouw H. zo vaak door haar benen zakt en dan lange tijd niet kan lopen. Dit is lastig, aangezien ze niet alleen de zorg voor een gezin heeft, maar ook nodig is in de eigen zaak. Ze bezoekt vele artsen, maar nooit kan iemand haar eens helpen. Als ze 81 is, overlijdt haar echtgenoot aan kanker en nemen de lichamelijke verschijnselen toe.

Mevrouw beweert steeds vaker dat ze niet kan lopen en heeft ook onverklaarbare pijnen, waar geen paracetamol tegen helpt. En dan zijn er nog de cognitieve functiestoornissen. Doordat haar echtgenoot weggevallen is, kan ze niet meer alleen thuis wonen. Ze doet een groot beroep op haar dochters, die inmiddels alledrie overbelast zijn. De opname was dan ook een uitkomst. Zelf heeft ze de opname niet positief ervaren. Zij heeft zich hevig verzet door te proberen weg te lopen en tegen te werken bij de verzorging. De laatste weken is ze stil, passief en in zichzelf gekeerd. Ze scoort hoog op de depressieschaal als de psychologe deze bij haar afneemt. Ze ligt ook al een aantal dagen op bed, ze kan ineens niet meer lopen. Toen de ver-

1.6 Symptomen van somatoforme stoornissen op een rij

De meest gangbare kenmerken van de somatisatie- en pijnstoornis bij ouderen zijn in tabel 1.1 ondergebracht. (Deze tabel is gebaseerd op *Handboek psychopathologie deel 1* van prof.dr. W. Vandereycken e.a. (1998); de tabel in dit boek is weer gebaseerd op de DSM-IV).

Tabel 1.1 Diagnostische criteria voor de somatisatie- en pijnstoornis

<ul style="list-style-type: none"> • Het gedurende een langere periode vóórkomen van talrijke lichamelijke klachten.
<ul style="list-style-type: none"> • Van de klachten of symptomen kan het vóórkomen of de aangegeven ernst niet door (eventueel bestaande) organische pathologie verklaard wordt. De symptomen hebben geleid tot aantasting van de zelfstandigheid, de kwaliteit van leven en/of tot medische consumptie (raadpleging van artsen, gebruik van medicijnen).
<ul style="list-style-type: none"> • Symptomen uit de volgende lijst komen voor: <ul style="list-style-type: none"> – braken, misselijkheid, buikpijn, opgeblazen gevoel in buik, diarree, het niet kunnen verdragen van allerlei voedingsmiddelen; – pijn in de ledematen, in de rug, in gewrichten, bij het urineren, algehele pijn in het lichaam; – kortademigheid, pijn op de borst, hartkloppingen en duizeligheid; – geheugenverlies, slikklachten, stemkrachtverlies, wazig zien, flauwvallen, spierzwakte, moeite met urineren; – branderig gevoel aan geslachtsorganen of anus, onverschilligheid ten opzichte van seksueel contact.

Hier volgen de classificatiecriteria voor conversie volgens de DSM-IV.

Tabel 1.2 Diagnostische criteria voor de conversiestoornis (DSM-IV)

<ul style="list-style-type: none"> • Symptomen of klachten met betrekking tot willekeurige spieren of zintuigen, die een neurologische of andere medische aandoening doen vermoeden (<i>onder andere loopstoornis, arm/handstoornis, doofheid, blindheid, toevallen</i>).
<ul style="list-style-type: none"> • Psychologische factoren worden geacht een verband te hebben met de klachten, doordat het ontstaan of verergeren van de symptomen vooraf wordt gegaan door conflicten of stressoren.
<ul style="list-style-type: none"> • De symptomen zijn niet opzettelijk veroorzaakt of geveinsd.
<ul style="list-style-type: none"> • De klachten kunnen na adequaat onderzoek niet geheel worden verklaard door een neurologische of andere medische aandoening, en ze behoren evenmin tot een cultureel geaccepteerde wijze van reageren.
<ul style="list-style-type: none"> • De symptomen van klachten veroorzaken significant ongemak of hinder in sociaal of beroepsmatig functioneren, of vereisen medische zorg.
<ul style="list-style-type: none"> • De symptomen of klachten zijn niet beperkt tot pijn of seksuele disfunctie, treden niet uitsluitend op in het kader van een somatisatiestoornis en maken ook geen deel uit van een andere psychische stoornis.

Let wel, slechts een klein deel van de ouderen die lijden aan een somatoforme functiestoornis voldoet aan de criteria van de beelden in de DSM-IV. De ouderen met een onvolledig beeld (dat wil zeggen, die niet voldoen aan de criteria van de DSM-IV) verdienen eveneens professionele hulp! Ook de incomplete beelden en losse symptomen kunnen bij ouderen een grote negatieve invloed hebben op het functioneren, met gevolgen voor de kwaliteit van leven en de zelfstandigheid.

8 Hoe ga jij om met patiënten met somatoforme functiestoornissen? Praat je met ze, steun je ze, gebruik je specifieke interventietechnieken om hun gedrag te beïnvloeden of werk je meer vanuit je intuïtie?

9 Heb je het idee dat je huidige methodisch kader voldoende is om te werken met oudere patiënten met somatoforme functiestoornissen? Motiveer je antwoord en geef aan wat je mist en graag zou willen toevoegen aan dit kader en hoe je denkt dit te kunnen realiseren.

1.7 Andere somatoforme stoornissen

De somatisatiestoornis, de pijnstoornis en de conversiestoornis zijn de drie belangrijkste beelden die onder het begrip 'somatoforme stoornissen' opgenomen zijn. Binnen de somatoforme stoornissen zijn wat betreft de psychogeriatric verder van belang: *hypochondrie, het syndroom van Münchhausen en het Münchhausen-by-proxy syndrome*.

1.7.1 Hypochondrie

Bij oudere patiënten komt het ziektebeeld hypochondrie regelmatig voor (3-15%), vaak in samenhang met een depressieve stemming. Bij hypochondrie is er een overdreven bezorgdheid die gericht is op een bepaalde mogelijke ziekte of een lichamelijke disfunctie, en die veel aandacht van de patiënt opeist. Hypochondrische patiënten hebben klachten waarvoor geen lichamelijke oorzaak te vinden is. Hypochondrische ouderen kunnen veel aandacht besteden aan elk onbehagen of elke pijn en hierdoor geobsedeerd zijn. Zij uiten met name pijn en buikklachten. Ze leven als het ware in de overtuiging (vaan) dat ze aan een ernstige lichamelijke ziekte lijden. Deze patiënten zijn voortdurend op zoek naar geruststelling en vinden die zelden of nooit. Patiënten die lijden aan hypochondrie zijn, net als patiënten die lijden aan een somatisatiestoornis, medisch gezien grote consumenten. Hypochondrie mag echter niet verward worden met de somatisatiestoornis.

Bij de somatisatiestoornis leeft bij de patiënt ook een grote angst wat betreft de eigen gezondheid, maar is er vooral sprake van een grote hoeveelheid wisselende klachten. Dit is niet het geval bij hypochondrie, waarbij de patiënt veelal op een bepaalde ziekte of disfunctie is gericht. Soms is de patiënt zo overtuigd dat hij een bepaalde ziekte heeft dat die overtuiging de vorm van een waan aanneemt.

Casus 3

De heer G. woont sinds twee jaar op de basiszorgafdeling van een verzorgingshuis. Hij is nooit getrouwd geweest en heeft geen familie; de weinige vrienden die hij had zijn allemaal overleden. De heer G. heeft tot aan zijn pensioen in de havens van Rotterdam gewerkt. Zo heel af en toe krijgt hij bezoek van een vroegere buurman; dit vindt hij erg prettig, hij fleurt dan helemaal op. Hij staat in zijn omgeving bekend als iemand die over het algemeen niet erg vrolijk is en veel klaagt over zijn buik. Daarnaast is hij erg op zichzelf gericht; het komt maar zelden voor dat hij oog heeft voor anderen. Tot een aantal maanden terug was hij nog wel enigszins af te leiden van zijn klaaggedrag, maar dat wordt de laatste tijd steeds moeilijker. Hij is al een aantal maanden erg vergeetachtig en daarmee lijkt ook zijn klaaggedrag te zijn toegenomen. Hij is er momenteel van overtuigd dat hij darmkanker heeft. De huisarts heeft mede op verzoek van de verpleging wat bloed- en fecesonderzoek gedaan, waaruit zoals verwacht niets verontrustends naar voren is gekomen. De heer G. is echter niet gerust te stellen; sterker nog, hij is heel erg boos op iedereen, met name op de dokter. Wat een onkundige man en dat noemt zich dokter. Het is toch zeker zijn lijf en hij zal toch wel weten wat hij voelt! Op deze wijze gaat hij zeker dood!

1.7.2 Syndroom van Münchhausen en Münchhausen-by-proxy syndrome

Een zelden binnen de psychogeriatric voorkomende somatoforme stoornis is het *syndroom van Münchhausen*, ook wel *nagebootste stoornis* genoemd. Wij willen toch enige aandacht aan dit ziektebeeld besteden, omdat het voor te stellen is dat je er een keer mee in aanraking komt, bijvoorbeeld op een afdeling voor ziekenhuisverplaatste zorg. Ziekenhuizen hebben zo nu en dan met deze patiënten te maken. Het syndroom komt vooral voor bij jonge vrouwen die werkzaam zijn in een verpleegkundig beroep.

Het syndroom van Münchhausen is een gecompliceerd ziektebeeld, waarbij de patiënt herhaaldelijk heftige lichamelijke klachten en verschijnselen presenteert die veelal leiden tot acute opname in het ziekenhuis. Vaak wordt er na ingrijpende diagnostiek geen medische verklaring gevonden. Er kan sprake zijn van wonden die maar niet genezen, koortsaanvallen en niet-verklaarbare ziektesymptomen. De patiënt maakt zichzelf opzettelijk ziek. Hij brengt bijvoorbeeld bij zichzelf verwondingen aan die hij telkens als ze bijna genezen zijn opnieuw infecteert met bijvoorbeeld straatvuil. Ook kunnen patiënten zichzelf insuline inspuiten, waardoor zij in coma raken of bloed bij zichzelf aftappen, waardoor zij bloedarmoede krijgen.

Waarom deze mensen een ziekte fingeren en daarmee zelfdestructief zijn, is niet helemaal duidelijk; wel weten we dat ze ernstige psychische problemen hebben en vaak ook lijden aan persoonlijkheidsproblematiek, zoals een borderlinebeeld. Mensen kunnen psychisch zo in de knoei zitten dat zij zichzelf verwonden en ziek maken om op deze wijze aandacht en zorg te krijgen. Vaak werkt dit gedrag verslavend en dit ziektebeeld is dan ook moeilijk te behandelen.

Wij (beide auteurs) hebben het syndroom van Münchhausen tot nu toe nog niet in de praktijk gezien. Wat wij wel enkele malen hebben meegemaakt is het *Münchhausen-by-proxy syndrome*. Bij dit ziektebeeld is het niet de patiënt die zichzelf opzettelijk ziek maakt, maar is het een verwante die opzettelijk verwondingen of een ziekte veroorzaakt bij de patiënt. Het gaat hier om iets wat bijna nog minder voorstelbaar is dan het eerdergenoemde voorbeeld. In de literatuur over dit ziektebeeld zie je dat het hier meestal gaat om moeders die hun kind ziek maken. Het kind dient dan voor de moeder als het ware als een instrument om haar eigen emotionele problemen aan te kunnen. Het kind wordt ziek gemaakt en soms zo beschadigd dat de dood erop volgt. Dit zeer ernstige ziektebeeld zal

je in de psychogeriatric in deze vorm niet tegenkomen. Het is natuurlijk voorstelbaar dat het omgekeerde voorkomt, zoals in de volgende waargebeurde casus.

Casus 4

Mevrouw K. is sinds drie maanden opgenomen op de kortdurende-reactiveringsafdeling in het verpleeghuis. Het doel van de opname is dat ze na het volgen van een intensief behandelprogramma weer zelfstandig gaat wonen. Mevrouw is een zeer nerveuze dame die halfslachtig allerlei lichamelijke klachtjes uit, die ze nooit helemaal uitspreekt. Terwijl ze de klachten uit, kijkt ze altijd verlegen naar de grond en plukt ze aan haar kleding.

Mevrouw is gediagnosticeerd als iemand die lijdt aan een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis met theatrale trekken. Daarnaast somatiseert zij, is er sprake van depressiviteit en zijn er zeer lichte cognitieve functiestoornissen geconstateerd. Op somatisch gebied is er sprake van decompensatio cordis en diabetes mellitus, waarvoor ze tweemaal daags orale medicatie inneemt. Uit haar levensgeschiedenis valt op te maken dat ze een normale jeugd heeft gehad, op haar tweeëntwintigste getrouwd is en drie dochters kreeg. Daar ze altijd veel op bed lag en zich afhankelijk opstelde, is de zorg voor het huishouden en het gezin grotendeels neergekomen op de twee oudste dochters. De echtgenoot van mevrouw is na zeventien jaar huwelijk bij haar weggegaan. Het echtpaar is nooit gescheiden en de kinderen hebben hun vader nooit meer gezien. De oudste dochter is op haar zeventiende de verpleging ingegaan en altijd bij haar moeder blijven wonen. Naast haar baan als verpleegkundige hield zij het huishouden draaiend en nam ze de zorg voor haar moeder op zich, die steeds meer lichamelijke klachten ging uiten. Ook haar twee jongere zussen bleven een groot deel van de zorg leveren en bleven zeer betrokken. Op een gegeven ogenblik ging het niet meer, mevrouw zorgde steeds slechter voor zichzelf en lag daarbij hele dagen op bed. Het beroep dat zij op haar dochter deed, werd steeds groter en uiteindelijk stortte de oudste dochter volledig in en waren ook haar twee jongere zussen op de rand van overspannenheid.

Nu, enkele weken na de opname en na het volgen van een uitgebreid behandelprogramma, gaat het verrassend goed met mevrouw. Zij uit veel minder lichamelijke klachten; ze doet dat eigenlijk alleen nog maar op twee vaste momenten per dag, als de verpleging haar daar de gelegenheid toe geeft volgens een 'tweegesprekken' interventie. Daarnaast komt ze veel sterker over; ze kijkt je nu aan als ze met je praat en is inmiddels grotendeels ADL-zelfstandig. Ook begint ze wat kleine dingetjes in het huishouden te doen. Haar eczeem is grotendeels verdwenen en ook de bloedsuikers zijn genormaliseerd. Mevrouw is hier heel trots op.

Alledrie de dochters zijn door de systeemtherapeute begeleid om wat meer los te komen van hun moeder. Met twee van de drie dochters van mevrouw gaat het dan ook erg goed; ze geven aan dat ze erg blij zijn met de positieve verandering die hun moeder aan het ondergaan is en komen helemaal tot rust. Met de oudste dochter gaat het echter helemaal niet goed. Ze maakt een steeds nerveuzere en gespannen indruk en het is al enige malen voorgekomen dat ze zich op de afdeling helemaal heeft laten gaan. Ze huilt, maakt ruzie met de verpleging en beschuldigt iedereen ervan dat ze haar moeder van haar afpakken. Omdat het zo goed gaat met mevrouw zelf, mag ze ondertussen af en toe een dagje mee naar huis; de oudste dochter is hier erg blij over, vol enthousiasme maakt zij plannen met haar moeder en het lijkt allemaal weer rustig te worden.

De eerste tijd gaat het goed, maar nadat mevrouw een aantal malen een weekend weg is geweest, valt het de verpleging op dat ze ziek terugkomt. Ze is vaak misselijk, benauwd en transpireert hevig, ze heeft al een aantal malen gebraakt en ook haar eczeem lijkt weer te verergeren. De arts geeft de verpleging de opdracht om bij terugkomst van mevrouw haar bloedsuiker te bepalen en inderdaad blijkt deze bij controle extreem hoog. Mevrouw wordt gevraagd of ze zelf enig idee heeft waarom ze steeds zo ziek is als ze van haar dochter terugkomt en of er thuis iets vreemds is gebeurd. Ze ontkent dit in alle toonaarden en begint zelfs te huilen.

Als mevrouw tijdens een weekend bij haar dochter met spoed in het ziekenhuis wordt opgenomen omdat zij in coma is geraakt wordt besloten dat ze voorlopig niet meer mee naar huis mag en alleen onder toezicht van de verpleging bezoek van haar oudste dochter mag ontvangen. Na heel veel moeilijke gesprekken die de systeemtherapeute met de oudste dochter voert, durft deze toe te geven dat zij haar moeder ziek maakte door haar insuline te geven en haar de tabletten voor de decompensatio cordis te onthouden. Zij lijdt aan het Münchausen-by-proxysyndroom.

Samenvatting

Patiënten die lijden aan somatoforme stoornissen zetten hun psychische pijn om in lichamelijke klachten. Zij ervaren en uiten continu allerlei kwalen of pijnen die niet lichamenlijk te verklaren zijn. In de meest extreme vorm kan dit tot conversie lijden. Patiënten die lijden aan een somatoforme stoornis lijden ook vaak aan depressiviteit, angst en/of obsessie. Regelmatig is er ook sprake van persoonlijkheidsproblematiek. De somatoforme stoornissen vormen een lastig en complex ziektebeeld, omdat de patiënt er maar moeilijk van te overtuigen is dat bij zijn lichamelijke klachten psychische redenen een rol spelen. Vaak hebben deze patiënten een langdurige medische voorgeschiedenis en is de relatie die zij met artsen hebben uiterst moeizaam te noemen.

De patiënt kan ook daadwerkelijk reële lichamelijke problemen hebben die bovenmatig geuit worden. Dit is een tweede factor die het werken met deze patiënt moeilijk maakt. Wat is reëel en wat is niet reëel? In het geval van psychogeriatrische patiënten wordt het echter helemaal ingewikkeld. Ouderen hebben immers vaak meerdere lichamelijke aandoeningen (multipathologie) en lijden ook aan cognitieve functiestoornissen. Daarnaast zijn ze niet opgegroeid in een praatcultuur; voor velen van hen is het nog minder vanzelfsprekend om over je psychische problemen te praten dan voor de jongeren en volwassenen van nu.

Genoemde punten kunnen bij ouderen het ontstaan of het instandhouden van somatoforme functiestoornissen extra bevorderen. Een juiste diagnostiek, behandeling en begeleiding zijn van groot belang vanwege de negatieve gevolgen voor de zelfstandigheid en de kwaliteit van leven.

Het interventieproces

Behandeling, begeleiding en specifieke interventies voor verpleging en verzorging

3.1 Inleiding

In dit laatste hoofdstuk staan we stil bij de behandeling en begeleiding van psychogeriatrische patiënten met somatoforme functiestoornissen. Het is meestal niet eenvoudig goed om te gaan met patiënten die lijden aan deze stoornissen. Patiënten met somatoforme stoornissen zijn vaak niet gemakkelijk in de omgang, omdat zij veel klachten uiten en daarmee veel aandacht vragen. Dit gebeurt veelal op een dusdanige wijze dat je er niet omheen kunt. Soms zou je dat juist wel graag willen, omdat je bijvoorbeeld niet weet hoe je ermee om moet gaan of gewoonweg omdat je het even niet meer aankunt. Dat is op zich wel begrijpelijk, maar niet wenselijk natuurlijk. Deze patiënten zijn immers net als alle andere patiënten ziek en daardoor kwetsbaar. Hun kwaliteit van leven is (ernstig) aangetast. Ze hebben onze zorg hard nodig en als we het op een goede wijze aanpakken, vanuit een verantwoord methodisch kader, zul je merken dat deze stoornissen wel degelijk in positieve zin te beïnvloeden zijn. Daartoe staat ons interdisciplinair een aantal interventiemogelijkheden ter beschikking, die we in dit hoofdstuk zullen beschrijven. Omdat dit katern expliciet bedoeld is voor verzorgenden, verpleegkundigen en agogisch opgeleiden, zal het accent worden gelegd op interventiemogelijkheden op hun terrein. Dit doen wij door middel van het aanbieden van casuïstiek en interventiemethoden, die speciaal ontworpen zijn voor de hulpverleners die werkzaam zijn in de directe leefomgeving van de patiënt. In dit hoofdstuk wordt geen aandacht besteed aan de algemene belevingsgerichte benadering. Deze kan overigens wel naast de technieken die wij hier beschrijven worden toegepast in dat deel van het contact met de patiënt waarbij de somatoforme stoornis geen rol speelt.

3.2 Het interdisciplinaire team

De arts (verpleeghuisarts, psychogeriatr, klinisch geriater, huisarts of psychiater) is verantwoordelijk voor een juiste diagnostiek en hij is in de meeste gevallen ook eindverantwoordelijk voor de behandeling en zorg. In de meeste zorginstellingen wordt tegenwoordig interdisciplinair gewerkt en zal de arts zich in zijn diagnostiek en behandeling dan ook mede baseren op de observaties van de deelnemers van het interdisciplinaire team. In de thuissituatie is interdisciplinaire samenwerking moeilijker vorm te geven, maar ook hier liggen mogelijkheden om als verzorgende of verpleegkundige te overleggen met de huisarts en eventueel andere aanwezige hulpverleners (bijvoorbeeld de

De arts kan psycho-educatie geven aan de patiënt, in het bijzonder uitleg over de manier waarop het lichaam fysiologisch werkt. Deze psycho-educatie is een krachtig hulpmiddel. Verder is het belangrijk dat de arts alert is op een eventueel onderliggende gemaskeerde depressie, angst/paniek of obsessie. Bij ernstige of hardnekkige klachten zal hij de behandeling moeten ondersteunen met psychofarmaca; te denken valt dan aan een antidepressivum al of niet gecombineerd met een antipsychoticum (tegen wanen of betrekkingsideeën) of een angstdemper.

3.3.2 Psychotherapie

Ouderen zijn niet opgegroeid in een praatcultuur, waardoor velen van hen niet snel over hun problemen zullen praten. Ouderen die lijden aan een somatoforme stoornis hebben nog een bijkomend probleem door de aard van het ziektebeeld zelf. De somatische klachten zijn immers bedoeld om de achterliggende psychische klachten niet te hoeven ervaren! De patiënt zal dus moeten leren om de oude interpretaties stukje bij beetje los te laten en open te staan voor nieuwe duidingen, oftewel een andere betekenisgeving. Waar mogelijk zal de psycholoog samen met de patiënt werken aan het ontwikkelen van nieuwe interpretatieschema's en daarmee experimenteren. Hierbij moeten perioden van terugval geaccepteerd worden. In eerste instantie wordt geprobeerd zover te komen dat de oudere patiënt weer in voldoende mate zelfstandig kan functioneren; pas daarna kan men zich eventueel bezighouden met de 'inzichtvraag'.

De methode die is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie heeft bewezen het meeste effect te hebben. Bij deze methode ligt de nadruk op de gedachteschema's en bijbehorende emoties die de patiënt (vaak nauwelijks bewust) gewend is te gebruiken. Overigens kan psychotherapie het beste gecombineerd worden met therapieën die direct het functioneren erbij betrekken zoals psychomotore therapie en fysiotherapie, waar nodig aangevuld met een antidepressivum of angstdemper.

3.3.3 Expressieve therapieën

Naast verbale therapievormen bestaan er ook verschillende therapievormen die gebruikmaken van non-verbale middelen. De verzamelnaam voor deze therapievormen is 'expressieve therapieën', ook wel 'vaktherapieën' genoemd. Hieronder vallen muziektherapie, psychomotorische therapie, creatieve therapie en beeldend spel, dramatherapie en danstherapie. Ze kunnen worden ingezet als er bij de patiënten sprake is van problemen op het gebied van de persoonlijkheid of de beleving. Doel van de therapie is om een veranderingsproces bij de patiënten te bewerkstelligen. Ze leren hierbij (opnieuw) om te gaan met hun emoties, hun gedrag en hun lichaam. De therapeut maakt gebruik van beeldend materiaal, muziek of beweging. Dit zijn voor een mens aanvullende manieren om zijn belevingswereld tot uiting te brengen. Hierbij kun je denken aan het werken met papier of klei, zingen, luisteren naar of spelen met muziek, balspelen, werken met ballonnen of met ander bewegingsmateriaal. De therapeut stimuleert de patiënt binnen de veiligheid van het therapeutische contact om zijn gevoelens te uiten, zijn ervaringen onder woorden te brengen en nieuwe ervaringen op te doen tijdens het werken met beelden, muziek of beweging.

3.3.4 Psychomotorische therapie

Deze lichaamsgerichte therapievorm is een van de pijlers van de behandeling van somatoforme stoornissen. Patiënten die lijden aan deze stoornis hebben vrijwel geen positieve lichaamservaringen of -sensaties. Hun lichaam is een voortdurende bron van *niet-welbevinden*. Alle psychische pijn wordt immers omgezet in lichamelijke ervaringen en sensaties. Het lichaam is hiermee onbetrouwbaar ge-

worden. Dit proces wordt nog eens versterkt doordat op oudere leeftijd ziekten ontstaan.

De psychomotorische therapeut is erop gericht om mensen te leren dit negatieve lichamelijke welbevinden te doorbreken. Hij zal zich in eerste instantie richten op contact maken met de patiënt, om zo een samenwerkingsrelatie op te bouwen. Om deze relatie aan te kunnen gaan zal hij de klachten van de patiënt serieus moeten nemen zonder daarin grenzeloos te zijn. Als de patiënt zover is, begint de therapeut met het aanbieden van kleine oefeningen. Te denken valt dan aan je lichaam voelen (kracht, ontspanning), naar jezelf kijken of je lichaam masseren met een bal. Het gaat er hierbij vooral om de patiënt zijn lichaam te laten ervaren en als de patiënt het aankan, zal de therapeut het gedrag ook gaan duiden. Het gaat om het ervaren van eigen mogelijkheden en het opdoen van andere positieve lichamelijke ervaringen; hiermee worden negatieve lichamelijke klachten naar de achtergrond gedrukt.

De verpleging en verzorging kunnen op dit vlak ook iets betekenen, na overleg met de therapeut. Zo kan de verpleging de patiënt extra verzorgen door bijvoorbeeld een warm bad met oliën aan te bieden of door het lichaam met bodylotion in te smeren. Er kan extra aandacht gegeven worden aan het kapsel en aan de make-up en nagelverzorging. Ook kan de patiënt een handmassage aangeboden worden. Kleine complimenten over lichaam, kleding en kapsel kunnen ook als positief beleefd worden.

Waar het om gaat, is dat de patiënt leert dat het lichaam en de eigen mogelijkheden (zichzelf) als positief ervaren kunnen worden, dat hij het lichaam ook positief kan waarderen en kan leren leven met de klachten die hij heeft. Daarnaast is het de taak van de verpleging en de verzorging om de (delen van de) herwonnen zelfstandigheid te behouden.

3.3.5 Fysiotherapie

Fysiotherapie richt zich vooral op directe oefening van het lichaam, zoals de conditie, de mobiliteit van armen/benen en de rug. Hierbij kan de patiënt passief zijn of tot in hoge mate belast worden. De dosering van de inspanning wordt afgestemd op wat de patiënt aankan. Ook de fysiotherapeut investeert allereerst in het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Van hieruit zal hij de patiënt met somatoforme klachten begeleiden, structuren bieden of inzichten laten verwerven in zijn lichamelijk functioneren. Wat zijn zijn grenzen, waar liggen zijn mogelijkheden? Door lichamelijk bezig te zijn kan de patiënt zichzelf verrassen, grenzen verleggen, compensaties ervaren binnen de veilige oefensituatie. Overigens vertaalt zich dat niet altijd direct tot eenzelfde gedrag thuis of op de afdeling. Soms is 'transfer' naar de mantelzorg of de afdeling nodig, waarbij de fysiotherapeut samen met de verpleging of mantelzorg en de patiënt ter plaatse oefent.

3.4 Welzijnszorg

In de welzijnszorg zijn de activiteitenbegeleiders, de geestelijk verzorgers en de vrijwilligers werkzaam. De activiteitenbegeleider kan een belangrijke rol spelen bij patiënten die lijden aan een somatoforme stoornis, omdat hij gericht is op de mogelijkheden en het welbevinden van de patiënt, die daarentegen meer bezig is met zijn onmogelijkheden. De activiteitenbegeleider, ondersteund door vrijwilligers, kan samen met de patiënt onderzoeken waar zijn interesse ligt en of er nog mogelijkheden zijn tot het oppakken van een (oude) hobby. De patiënt is op deze wijze op een gezonde wijze met normale dingen bezig, hetgeen hem enerzijds afleiding geeft en anderzijds voldoening schenkt. De geestelijk verzorger kan met de patiënt proberen zingevingproblematiek positief om te buigen.

Streng religieuze opvattingen kunnen worden gerelativeerd; godsdienstige rituelen kunnen de patiënt tot rust brengen.

3.5 Verpleging en verzorging

Verplegen en verzorgen is geen gemakkelijk beroep. Daar weet je vast alles van! Steeds opnieuw kom je als verpleegkundige of verzorgende in aanraking met mensen die op meerdere levensgebieden kwetsbaar zijn en hulp nodig hebben. Verplegen en verzorgen betekent vaak hard werken, meestal onder moeilijke omstandigheden. Als verpleegkundige of verzorgende moet je beschikken over een warm hart en een paar stevige handen. Als je die niet hebt, red je het meestal niet in dit moeilijke vak. Overigens zijn dit warme hart en de stevige handen ook het eerste wat door de omgeving opgemerkt en gewaardeerd wordt.

De lofzang van de samenleving over de zusters en broeders is luid en klinkt overal door. Dat is fijn, maar om goede hulp te kunnen verlenen aan patiënten met 'moeilijk gedrag' is het belangrijk dat je uitzoekt waar ze aan lijden, wat hun klachten zijn en waarbij ze hulp nodig hebben. En dan heb je aan een warm hart en een paar stevige handen niet genoeg! Wat je dan nodig hebt, is vooral je hoofd. Als je echt hulp wilt verlenen en er voor de patiënt wilt zijn, is je hoofd (dus je verstand) gebruiken minstens net zo belangrijk als hard kunnen werken en affiniteit met mensen hebben. Je moet in staat zijn om met de patiënt een professionele relatie aan te gaan, die gebaseerd is op empathie. Je moet op een juiste wijze kunnen waarnemen, interpreteren en observeren en je bevindingen kunnen overdragen naar je collega's. Met andere woorden, je moet methodisch kunnen denken en handelen. Je moet niet zomaar vanuit je intuïtie dingen doen omdat jij denkt dat ze zo goed zijn voor de patiënt, maar weloverwogen te werk gaan, uitgaand van een geformuleerd doel en een plan van aanpak dat je op een systematische wijze invult samen met het hele team.

Toch is methodisch handelen vaak het eerste wat we bij drukte laten schieten. Methodisch werken blijkt dan ineens lastig te zijn. De realiteit is echter dat als we de methodiek uit het oog verliezen het werk juist moeilijker, ingewikkelder en chaotischer wordt. We brengen geen ordening meer aan, verliezen uit het oog wat belangrijk is en voordat we het weten, doen we de verkeerde dingen, die uiteindelijk zullen leiden tot een escalatie van het gedrag van de patiënt. En daar heeft de patiënt veel last van, en hij niet alleen. Aangezien jij werkzaam bent in de directe leefomgeving van de patiënt zal ook jij daar veel last van krijgen. Het zal leiden tot een verzwaring van je werk en je arbeidsvreugde doen afnemen.

3.5.1 Veelvoorkomende goedbedoelde 'interventies'

Hier volgen enkele veelvoorkomende en goedbedoelde 'interventies' die helaas niet altijd het gewenste effect hebben. Overigens zijn deze interventies ons zelf ook niet helemaal vreemd en we willen met deze opsomming zeker geen veroordeling uitspreken! We willen je slechts laten inzien dat we zonder dat we ons er zelf van bewust zijn, soms dingen zeggen en doen die niet zo handig en verantwoord zijn.

Beter niet zeggen

- Tegen de patiënt met conversie: 'Kop op, u kunt het heus wel, laat u niet zo kennen, zeg!' (Dit werkt maar kort.)
- Of: 'Hè, wat gek, gisteren kon u nog lopen, wat is er nu ineens aan de hand?' (Ben je nu aan het spotten?)

- ‘Wat bijzonder, nu het u uitkomt, kunt u zich wel zelf wassen. Volgens mij neemt u de boel een beetje in de maling.’ (Reken er maar niet op dat deze opmerking bij de patiënt tot zelfinzicht leidt.)
- ‘U doet dat alleen maar om aandacht te trekken.’ (Klinkt wel een beetje kinderachtig, vind je niet?)
- ‘Oude mensen hebben altijd wat te zeuren.’ (Wie zeurt hier nu?)
- ‘Ik begreep van mijn collega’s dat u in principe alles zelf kunt, ik hoop niet dat u verwacht dat ik u ga wassen!’ (Ik denk dat de patiënt in dit geval inderdaad liever zichzelf wast, maar ja, hoe?)
- ‘Iedereen heeft wel eens een pijntje of een ongemak, geloof me, ik heb dat ook en hoort u mij daarover klagen?’ (De patiënt zal je wel horen, maar zeker niet begrijpen, is dat wat je wilt?)

En zeker niet doen

- Veel gaan corrigeren om de patiënt duidelijk te maken dat je zijn gedrag niet accepteert. (Corrigeren is vaak gebaseerd op onmacht en die is vaak weer gebaseerd op onwetendheid, en daar kun jij je eigenlijk niet meer op beroepen na het lezen van dit katern.)
- Lekker veel structuur gaan aanbrenge(n). (Er is niets mis met structuur, maar wel een beetje gedoseerd en met een visie graag.)
- De patiënt onder druk zetten, hem stevig aanpakken in de hoop dat hij dan ophoudt met dat gedoe. (Laat die hoop maar varen, de patiënt voelt zich al niet geweldig, maar als hij onder druk gezet wordt, bestaat de kans dat het na korte of langere tijd helemaal uit de hand gaat lopen.)

En ook niet

- De patiënt alles uit handen nemen omdat je het zo zielig vindt of omdat het dan sneller gaat. (Daar raken zowel de patiënt als jijzelf als het grotere geheel mee achterop.)
- Meegaan in de wens van de patiënt tot nader onderzoek en nadere diagnostiek en hier zelfs bij de artsen op aandringen. (Deze patiënten zijn medisch gezien grote consumenten, laten we dat vooral niet erger maken.)
- Meepraten met de patiënt. (Dat doen al genoeg mensen en daar schiet hij echt niets mee op.)
- Steeds meer pijnstillers geven, omdat de patiënt zo’n pijn heeft. (Het volgende probleem waarmee de patiënt dan te maken krijgt, is verslaving en omdat het zo al ingewikkeld genoeg is, kunnen we dit beter voorkomen.)
- Medelijden krijgen. (Dan verlies je het overzicht en de patiënt zal al snel volgen.)
- Boos worden en de patiënt (willen) slaan. (Dan overschrijd je een grens en zit je in grote problemen.)

Opdracht 9

Herken je sommige punten bij jezelf en/of je collega’s? Vast wel! Wat vind je daarvan, hoe voel je je daarbij, en wat zou je eraan kunnen doen om dit te voorkomen?
