

# Gespreksvaardigheden voor de huisarts bij psychosociale problematiek

Remke van Staveren

## Inleiding

De huisarts ziet vrijwel dagelijks mensen met (complexe) psychosociale problemen. Deze patiënten presenteren zich vaak in eerste instantie met diverse, al dan niet functionele, somatische klachten. Daarnaast voelen zij zich moe, somber en/of angstig, hebben zij ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt en dreigen zij nu op verschillende levensgebieden vast te lopen. Psychologische en (psycho)sociale stoornissen zijn moeilijk te objectiveren en mede daardoor moeilijk te classificeren. De geschatte prevalentie in de huisartsenpraktijk loopt uiteen van 30% tot maar liefst 70%.<sup>1</sup>

Waarom zou de huisarts patiënten met psychosociale problemen zelf begeleiden als hij ze ook naar de GGZ-praktijkverpleegkundige, het algemeen maatschappelijk werk of een eerstelijnspsycholoog kan verwijzen? Het bewijs voor de effectiviteit van door de huisarts uitgevoerde gespecialiseerde interventies, zoals de oplossingsgerichte, reattributie- en cognitief-gedragstherapie, is beperkt en niet eenduidig.<sup>1</sup> De huisarts biedt, meer dan andere hulpverleners, persoonlijke en continue zorg. De huisarts kent niet alleen de patiënt, maar ook diens omgeving en wijze van omgaan met tegenslag, en is daardoor bij uitstek in staat een integrale benadering te bieden.

Gespreksvaardigheden die de patiënt stimuleren om zo veel mogelijk zelf met de problemen aan de slag te gaan en gebruik te maken van de eigen mogelijkheden, kunnen de huisarts bij deze veelal moeizame consulten ondersteunen. In dit artikel beschrijf ik geen nieuwe gespecialiseerde therapie, maar presenteer ik op

## Samenvatting

Van Staveren R. Gespreksvaardigheden voor de huisarts bij psychosociale problematiek. *Huisarts Wet* 2009;52(10):...

Het begeleiden van patiënten met psychosociale problematiek kan een traag en frustrerend proces zijn, maar ook veel voldoening geven, zowel voor patiënt als huisarts. Bij psychosociale problematiek is het in het algemeen raadzaam de patiënt op non-directieve wijze te begeleiden naar optimale zelfredzaamheid en zelfstandigheid. De huisarts heeft veel baat bij gespreksvaardigheden die deze doelen bevorderen. Aan de hand van een casus beschrijf ik gespreksvaardigheden uit verschillende therapeutische stromingen, zoals de oplossingsgerichte, motiverende en systeemtherapie.

GGZ inGeest, Walborg 2A, 1082 AM Amsterdam: R. van Staveren, psychiater i.o.

Correspondentie: r.vanstaveren@ggzingeest.nl

## Leerpunten

- Het begeleiden van patiënten met psychosociale problematiek is een belangrijke investering in de arts-patiëntrelatie.
- Bij psychosociale problematiek is het in het algemeen raadzaam de patiënt op non-directieve wijze te begeleiden.
- De huisarts heeft veel baat bij gespreksvaardigheden die zelfredzaamheid en zelfstandigheid bij de patiënt bevorderen.

electische wijze gespreksvaardigheden uit verschillende therapeutische stromingen, die gericht zijn op het bevorderen van de zelfredzaamheid en die de verantwoordelijkheid bij de patiënt laten. Deze vaardigheden zijn afkomstig uit de oplossingsgerichte, motiverende en systeemtherapie. Aan de hand van een casus leg ik verschillende technieken kort uit en doe ik suggesties voor wat de huisarts kan zeggen.

## Casus

Mevrouw Van Velsen heeft zich onlangs na een verhuizing bij uw praktijk aangemeld. U kent haar nog niet goed. Haar dossier is weliswaar bij haar vorige huisarts opgevraagd, maar het is nog niet in uw bezit. U weet van die paar keer dat ze bij u op het spreekuur verschenen is dat ze 54 jaar oud is, naar eigen zeggen last heeft van 'wекendelenreuma' en alleenstaande moeder is van twee volwassen zoons die niet meer thuis wonen.

Nu zit ze vertwijfeld tegenover u. Ze ziet er bleek en vermoeid uit. Ze weet niet goed waar te beginnen. 'Ik kan er zo langzamerhand niet meer tegen, dokter. Mijn jongste is aan de drugs, weet u. Al jaren. Hij komt en gaat. En als hij er is, jat hij ook wel eens wat.' Ze slaat beschaamd de ogen neer. 'Ik loop in de bijstand, en dat is geen vetpot, hè?' Ze zucht. 'Wat moet ik nou? Zo'n jongen gooi je er niet zomaar uit, toch? Het blijft m'n eigen vlees en bloed! Wat vindt u?'

## Invoegen

Tja, wat vindt u? Mogelijk hebt u de neiging, net als ik, om bij zo'n directe vraag op de inhoud in te gaan en om op verontwaardigde toon met mevrouw Van Velsen van gedachten te wisselen over hoe zij zo snel mogelijk een halt kan toeroepen aan het grensoverschrijdende en destructieve gedrag van haar verslaafde zoon. Als u haar meteen een advies geeft of probeert gerust te stellen, zegt u echter impliciet dat de problemen wel meevallen.<sup>2</sup> Het getuigt van respect en acceptatie als u het probleem (aanvankelijk) bij de ander laat. Wie dat niet doet loopt bovendien het risico op betrekkingniveau te zeggen: 'U kunt volgens mij uw eigen problemen niet de baas. Laat mij ze maar oplossen, dan gaat het vast beter.'<sup>3</sup>

Het is raadzaam om u te verdiepen in de belevingswereld van de

patiënt (invoegen). Bijvoorbeeld door waardering te tonen voor het feit dat de patiënt met dit moeilijke probleem bij u is gekomen. Daar zijn moed, vertrouwen en doorzettingsvermogen voor nodig. Bij het invoegen kunt u als leidraad gebruiken: ventilatie (stoom afblazen), validatie (erkennen en steunen) en eventueel toetsing van de realiteit (erkennen van de hardnekkigheid van dergelijke problemen en de beperkingen van de hulpverlening).<sup>4</sup> Soms volstaat een 'eenvoudige' validerende opmerking als: 'Tjonge! Dat lijkt me écht een verschrikkelijk lastig dilemma waar u voor staat.'

Als u een willekeurige vraag niet, of nog niet, inhoudelijk wilt beantwoorden, hebt u in het algemeen drie mogelijkheden. U kunt op betrekkingniveau reageren met een (validerende) opmerking als: 'Hm, goede vraag, dat zou ik in uw situatie ook niet zo een-twee-drie weten!' Ook kunt u de aandacht van de patiënt op een gerelateerd affectbeladen onderwerp richten. Bijvoorbeeld door mevrouw Van Velsen te vragen wat haar andere zoon van de situatie vindt. U toont daarbij niet alleen interesse in haar situatie, maar maakt tevens een eerste inschatting van het aanwezige sociale netwerk.<sup>5</sup> Ten slotte kunt u de verantwoordelijkheid bij de patiënt terugleggen door te vragen wat hij of zij er zelf van vindt en zo op natuurlijke wijze overgaan op de volgende fase: inventariseren.

### Inventariseren

Indien u als huisarts besluit de patiënt met psychosociale problemen zelf een tijd te begeleiden, dan kunt u de gezamenlijkheid van deze inspanning benadrukken.<sup>6</sup> Door bijvoorbeeld vijf gesprekken van een halfuur voor te stellen, definieert u de periode.<sup>7</sup> Als u het als een experiment beschrijft, maakt u het minder beladen. Een experiment mag immers mislukken, waarna je zo nodig 'gewoon' een volgend experiment uitvoert.<sup>8</sup>

Zowel de oplossingsgerichte als de motiverende benadering raden aan om bij het inventariseren van de problemen, en later van de mogelijke oplossingen, een houding van niet-weten aan te nemen en onbevangen te luisteren.<sup>9,10</sup> Het helpt om te bedenken dat het niet *uw* problemen zijn en dat niemand, waarschijnlijk ook de patiënt niet, van u verwacht dat u ze gaat oplossen. U benadrukt de competentie van de patiënt subtiel door te vragen of hij momenteel ook nog met andere stressvolle zaken bezig is en welke hiervan het eerst moet worden aangepakt.<sup>5,9</sup>

Zodra de gelegenheid zich voordoet kunt u de situatie positief heretiketteren, uiteraard zonder te bagatelliseren.<sup>2,10</sup> Het woord 'probleem' wordt bij het heretiketteren zo veel mogelijk vermeden door de situatie te benoemen als een aanpassingsreactie aan moeilijke omstandigheden of als een poging zichzelf of een ander te beschermen.<sup>7</sup> Bij mevrouw Van Velsen kunt u bijvoorbeeld zeggen: 'U verdient respect omdat u ondanks alles toch voor uw zoon blijft zorgen. U hebt duidelijk de beste bedoelingen, maar helaas hebben die op dit moment niet het gewenste effect.' Om er eventueel een (tactvolle) confrontatie aan toe te voegen: 'Mogelijk houden ze de situatie zelfs in stand.'

Volgens de oplossingsgerichte benadering is het niet effectief om

al te lang bij psychosociale problemen en hun oorzaken te blijven stilstaan, aangezien de oorzaak van een dergelijk probleem veelal niets zegt over mogelijke (deel)oplossingen.<sup>9</sup> U kunt de patiënt vragen of hij al heeft nagedacht over mogelijke oplossingen en hem voorstellen samen onbevangen te gaan brainstormen, ook al lijken bepaalde ideeën op het eerste gezicht misschien niet praktisch of haalbaar.<sup>3,10</sup> Als u zogenaamde coping-vragen gebruikt, maakt u tegelijkertijd een inventarisatie van de sterke kanten van de patiënt: 'Wat hebt u al geprobeerd? Wat heeft tot nu toe geholpen? Hoe hebt u het voor elkaar gekregen om dit alles zo lang het hoofd te bieden?'<sup>9</sup> Hoe-vragen zullen de inventiviteit en het vernuft van de patiënt benadrukken, terwijl waarom-vragen meer diens motivatie peilen. U kunt samen op zoek gaan naar eerdere successen en uitzonderingen, naar momenten waarop het iets minder slecht gaat: 'Dus gisteren/vroeger ging het beter. Hoe is u dat toen gelukt?' Bij wijze van interventie kan de patiënt datgene proberen wat indertijd ook geholpen heeft.<sup>9</sup>

### Interveniëren

Het inventariseren van fasen en het interveniëren zijn in de praktijk niet van elkaar te onderscheiden. Door samen een inventarisatie van mogelijke oplossingsstrategieën te maken brengt u structuur aan, helpt u hoofd- van bijzaken te onderscheiden, geeft u de patiënt hoop en stimuleert u zijn zelfredzaamheid. Een goede inventarisatie is feitelijk al een uitstekende interventie, zeker als de patiënt na afloop in staat is om zelf te bedenken hoe hij (al is het maar een kleine) verbetering in de moeilijke situatie kan brengen.

In sommige situaties wilt u de patiënt misschien een advies of opdracht geven. Het geven van advies is echter vaak een riskante aangelegenheid. U loopt het risico de autonomie van de patiënt te ondermijnen. Wanneer mensen merken dat hun keuzevrijheid in gevaar komt, hebben ze de neiging hun vrijheid te onderstrepen: 'Ja, maar...'. U zou in zo'n situatie de patiënt kunnen proberen te 'overtuigen' van wat onomstotelijk waar is, namelijk dat hijzelf degene is die bepaalt wat er gebeurt: 'U bent een vrij mens, het is uw eigen keus. Ik kan de beslissing niet voor u nemen, zelfs al zou ik het willen.'<sup>10</sup>

U kunt de kans dat de patiënt naar uw advies luistert vergroten door hem nieuwsgierig te maken, bijvoorbeeld door even te zwijgen of tijdelijk op iets anders over te gaan: 'Ik zou er iets over kunnen zeggen, maar ik weet niet of ik voldoende inzicht heb in uw situatie. Misschien kan ik het maar beter achterwege laten...'<sup>11</sup> Soms helpt het als u uw advies of opdracht als suggestie brengt, liefs validerend: 'Waarschijnlijk bedenkt u zelf wel iets beters, maar misschien is dit het proberen waard', of indirect: 'Ik heb een patiënt gehad die ook met zo'n probleem zat, maar wat hij er aan gedaan heeft lijkt mij voor u niet zo geschikt.'<sup>11,12</sup> Gek genoeg werkt een als gemakkelijk gepresenteerd advies demotiverend, terwijl een 'moeilijk' advies de patiënt juist prikkelt (en bovendien meer voldoening geeft bij een succesvolle uitvoering).<sup>11</sup> Door het advies slechts eenmalig te geven vermijdt u de schijn van drammerigheid.<sup>3</sup>

U kunt het gesprek beëindigen met de vraag of de ingeslagen weg nog steeds de juiste lijkt en of de patiënt voorlopig zo verder kan. Daardoor legt u subtiel de verantwoordelijkheid bij de patiënt.<sup>3,13</sup>

### Vervolg casus

Ondanks alle goede bedoelingen lukt het mevrouw Van Velsen maar niet zich los te maken van haar zoon. De situatie is zelfs verslechterd nadat de sociale dienst besloten heeft hun beider uitkeringen te korten omdat ze 'samenwonen'. Mevrouw Van Velsen is ten einde raad en wil er het liefst niet meer over praten. Ze komt nu vanwege toegenomen pijnklachten en slaapproblemen.

### Stagnatie

De kans is aanwezig dat de ingezette interventie vroeg of laat stagneert en dat de aandacht naar een van de andere probleemgebieden verschuift. Het loont desondanks om consequent de krachtige kanten van de patiënt en diens behaalde resultaten, hoe klein ook, als eigen prestatie te benoemen.<sup>13</sup>

Als de patiënt hiervoor openstaat, kunt u proberen de impasse te doorbreken door middel van de zogenoemde driekeuzeoptie (meer doen, minder doen, zo doorgaan). De machteloosheid die de patiënt voelt vanwege zijn 'falen' wordt daarbij gevoelsmatig omgezet in een actief keuzeproces (zelfs als daarna wordt doorgaan met hetzelfde).

Tegen mevrouw Van Velsen zou u het volgende kunnen zeggen: 'Het is een verschrikkelijk moeilijke situatie. U hebt drie mogelijkheden en alle drie zijn zwaar. Ten eerste: u kunt méér gaan doen, dat wil zeggen dat u nóg meer uw best doet om uw zoon de verslavingszorg in te krijgen. Ten tweede: u kunt minder gaan doen, dat wil zeggen dat u uw handen volledig van hem aftrekt. Ten derde: u kunt doorgaan zoals u nu doet, u bent gewoon nog niet toe aan het nemen van een beslissing en neemt hem zo nu en dan bij u in huis.' U geeft daarmee te kennen dat u begrijpt welke impact de keuze heeft en expliciteert de positieve intentie: 'Misschien is de aanpak die u nu hanteert wel de beste of in ieder geval de minst slechte. U laat zien dat u om hem geeft.'<sup>13</sup>

### Beschouwing

Het begeleiden van patiënten met psychosociale problematiek is, hoewel het een moeizaam en soms ronduit frustrerend proces kan zijn, een belangrijke investering in de arts-patiëntrelatie. Veel patiënten tonen zich, zelfs bij het uitblijven van concrete resultaten, uiterst dankbaar en zijn daarna toegankelijker. De huisarts

kan daardoor in een later stadium bijvoorbeeld gemakkelijker een verband leggen tussen lichamelijke klachten en psychosociaal functioneren.<sup>7</sup>

Begeleiding bij psychosociale problematiek vergt van de huisarts veelal een verandering van houding jegens de patiënt. In het algemeen gaat een huisarts directief te werk, omdat hij zich verantwoordelijk voelt voor het welzijn van 'zijn' patiënt. Bij psychosociale problematiek is het echter in het algemeen raadzaam de patiënt op een non-directieve wijze te begeleiden naar optimale zelfredzaamheid en zelfstandigheid.<sup>14</sup>

### Suggesties

1. Laat de patiënt eerst stoom afblazen (ventileren) en geef waar mogelijk erkenning en steun (valideren).
2. Erken zo nodig de complexiteit van de problemen en de beperkingen van de hulpverlening (realiteit toetsen).
3. Sta niet te lang stil bij problemen en de oorzaken daarvan. Zoek liever samen met de patiënt naar (deel)oplossingen.
4. Benoem de krachtige kanten van de patiënt en de behaalde resultaten, hoe klein ook, als eigen prestatie.

### Literatuur

- 1 Huibers MJH, Beurskens AJHM, Bleijenberg G, Van Schayk OP. Psychosocial interventions delivered by general practitioners (Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2009.
- 2 Jenner JA. Directieve interventies in de acute en de sociale psychiatrie. Assen: Koninklijke Van Gorkum, 2005.
- 3 Janssen H. Als praten bij je werk hoort. Amsterdam: Boom, 1987.
- 4 Linehan MM. Validation and psychotherapy. In Bohart AC, Greenberg LS (eds). Empathy reconsidered: new directions in psychotherapy. Washington, DC: American Psychological Association, 1997:353-91.
- 5 Shea S. Psychiatric interviewing. Philadelphia: Saunders, 1997.
- 6 Gersons BPR. Acute psychiatrie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- 7 Van der Burg-van Walsum M. Gesprekshulp door de huisarts: het vijf-gesprekkenmodel. Huisarts Wet 1999;42:61-4.
- 8 De Bont H, De Jong J, Verdegaal L. Crisisinterventie bij dag en ontij. Alphen aan de Rijn/Brussel: Samson, 1983.
- 9 De Jong P, Kim Berg I. De kracht van oplossingen. Amsterdam: Harcourt, 2004.
- 10 Miller WR, Rollnick S. Motiverende gespreksvoering. Gorinchem: Ekklesia, 2008.
- 11 Lange A. Gedragsverandering in gezinnen. Amstelveen: Martinus Nijhoff, 2006.
- 12 Lundberg GB, Saunders Lundberg J. Problemen laten bij wie ze horen. Utrecht: Spectrum, 1999.
- 13 Van Oenen FJ, Bernardt C, Van der Post LFM. Praktijkboek crisisinterventie. Utrecht: De Tijdstroom, 2007.
- 14 Wouda J, Van der Wiel H, Van Vliet K. Medische communicatie. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998.