

drs. Famke Kwee

psychotherapeute, psycho-
analytica, praktijkhoudend in
Rotterdam

SOMS WIL EEN PATIËNT IETS ANDERS DAN GEZONDHEID

Overdrachtscommunicatie kan diagnostisch proces verstoren

Patiënten met gezondheidsvragen doen soms nog een heel ander appel op hun arts. Daarbij kan overdracht een rol spelen: ervaringen uit het verleden vervormen dan de beleving in het heden. Het is belangrijk dat een arts dit verschijnsel herkent, legt psychoanalytica Famke Kwee uit.

Stel, mevrouw Jansen, een geslaagde, 37-jarige projectmedewerker, komt bijna maandelijks op uw spreekuur met steeds wisselende, vage pijnklachten. Ze is altijd vrolijk, vriendelijk, goed verzorgd, verontschuldigt zich bij voorbaat: 'Het is misschien gezeur, maar voor de zekerheid ...'. U luistert bereidwillig, stelt wat vragen, doet soms een onderzoekje, geeft onschuldige, rationele verklaringen en mevrouw Jansen gaat gerustgesteld weer naar huis. U vindt het helemaal niet erg dat ze komt, maar na verloop van tijd begint er bij u toch iets te knagen. Ziet u iets over het hoofd, is het psychisch, misschien toch nog eens bloed laten prikken, waarom helpt het niet? Uw voorraad geduld begint te slinken, merkt u. En uw repertoire aan geruststellingen raakt ook op. U gaat er tegenop zien als mevrouw Jansen wéér komt en haalt haar met tegenzin op uit de wachtkamer. Wat gebeurt hier en wat kunt u doen?

Overdrachtscommunicatie

Het is in elk geval nuttig om u af te vragen of er misschien sprake is van overdrachtscommunicatie van de patiënt naar de huisarts. Bij overdracht triggert een

situatie of persoon in het heden een relatiepatroon of behoefte uit het verleden. Dat kan om iets simpels gaan: u lijkt op mijn moeder en daarom vind ik u meteen sympathiek. Of om iets complexers: ik gedraag me als het zonnetje in huis om zorg en aandacht te krijgen, want ik heb als kind geleerd dat ik er niet om mag vragen.

Overdrachtscommunicatie is per definitie onbewust. Degene die vanuit de overdracht communiceert, oefent onbewust druk uit op de ontvanger om zich naar de overdracht te gedragen. Omdat u op mijn moeder lijkt, verwacht ik onbewust dat u net zo zorgzaam voor mij bent als mijn moeder was. Of: door me als het zonnetje in huis te gedragen, verwacht ik alsnog de

Overdracht kan arts-patiëntrelatie verstoren

zorg en aandacht van u te krijgen die ik als kind gemist hebt. Iets dergelijks zou kunnen spelen bij mevrouw Jansen.

Sporen

Tallose interacties die we als kind met onze ouders of verzorgers hadden, lieten hun sporen na in de vorm van een emotioneel-relatieve bril waarmee we anderen bekijken en tegemoet treden. Deze bril geeft ons zowel bruikbaar als minder bruikbaar houvast in het contact met anderen. Wat het laatste betreft: omdat die bril al vroeg werd gevormd, zit er altijd een component 'vroegkinderlijk' denken in en dat geeft ook irreële angsten, verlangens en verwachtingen. Hoe gezonder iemand psychisch in elkaar zit, hoe meer de realiteit de kans krijgt om de vervormende werking van die emotioneel-relatieve bril te corrigeren. Die ander is niet mijn moeder en ik hoef geen moederlijke zorg van haar te verwachten; mijn subassertiële dwang bij autoriteitsfiguren werkt uiteindelijk averechts. Normaliter vindt die correctie vanzelf plaats; maar bij mensen die psychisch minder gezond in elkaar zitten, blijft de overdracht de realiteit 'overschrijven' en is vaker sprake van irreële gevoelens en veronderstellingen. Overigens kunnen ook bij gezondere mensen die onder grote druk staan overdrachtsfenomenen sterker spelen.

Iets mee doen

Overdrachten zijn meestal niet simpelweg een-op-een terug te vertalen naar



GETTY IMAGES

Bij overdracht triggert een situatie of persoon in het heden een relatiepatroon of behoefte uit het verleden.

het verleden. En het past niet bij de opleiding, taak en mogelijkheden van de huisarts om daar erg diep op in te gaan. Aan de andere kant is het wél zo dat u als huisarts de plank mislaat als u een overdrachtscommunicatie niet herkent. Het diagnostische proces en de werkrelatie kunnen erdoor verstoord raken. Het kan ertoe toe leiden dat u sommige

patiënten uiteindelijk liever ziet gaan dan komen, wat voor geen van beiden prettig is. En, niet onbelangrijk, overdracht kan door bijbehorende niet-reële verwachtingen het meewerken aan de behandeling behoorlijk in de weg zitten. Dus het is wel van belang dat u er iets mee doet. Maar dan moet u het natuurlijk eerst zien te herkennen.

Emotionele besmetting

Een eerste signaal dat er sprake is van overdrachtscommunicatie is dat een rationele, redelijke benadering niet helpt. Dat is ook logisch, want wat onbewust is, kan niet beïnvloed worden. Stel uw patiënt moet huilen en vraagt om een papieren zakdoekje. Als het om een reële behoefte gaat, dan helpt het als u het zak-

doekje geeft. Als het om een overdrachtsbehoefte gaat, helpt het zakdoekje even, maar volgt al snel een nieuwe vraag, om een glaasje water bijvoorbeeld, of om uw schouder. Beiden, patiënt en arts, beseffen in het laatste geval niet dat de onbewuste vraag nog niet geadresseerd is.

Een tweede signaal is uw eigen tegenoverdracht. Gevoelens die door de patiënt in de huisarts geïnduceerd worden, noemen we tegenoverdracht. Als u zich, onbewust, naar de tegenoverdracht gaat gedragen, noemen we dat emotionele besmetting. Dat kan zowel positieve als negatieve vormen aannemen. Voorbeelden van positieve besmetting: u zet bij sommige patiënten een begrijpende, warme stem op, of u trekt uw kleren nog even recht voor u de patiënt ophaalt, of u loopt uit met uw consulten. Voorbeelden van negatieve besmetting: u bent bij een bepaalde patiënt altijd ongeduldig en veroordelend, u vergeet een recept mee te geven, u laat iemand terugkomen voor een vraag die u ook kort had kunnen beantwoorden. Als u zich ervan bewust bent dat u dit doet, noemen we het geen negatieve besmetting, maar wraakzucht, wat uiteraard ook voorkomt!

Bruikbaar signaal

Emotionele besmetting leidt dus tot afwijken van de manier waarop u normaal gesproken het contact en uw consulten structureert. Als een patiënt sterke druk op u uitoefent, kan dat er zelfs toe leiden dat u niet goed meer kunt nadenken en dat u zich van uzelf vreemd voelt. U ervaart immers gevoelens die van de patiënt zijn en uw eigen denken en gevoelens zijn naar de achtergrond gedrukt. In de klinische psychologische literatuur zijn hiervan veel voorbeelden te vinden.

Terug naar mevrouw Jansen. Ze ervaart de arts als ouderfiguur en haar onbewuste, irrationele verwachting is dat hij het gemis aan zorg in de kindertijd kan goedmaken. Ze oefent onbewust druk uit op de arts om extra voor haar te zorgen en haar veel aandacht te geven. De huisarts raakt enigszins emotioneel besmet en voelt zich

‘Ik weet niet wat er speelt, maar ik wil er vanaf’

in eerste instantie een goede vader die mevrouw Jansen telkens geduldig geruust stelt. Na verloop van tijd treden de vervreemding en het onbehagen op, die horen bij een mismatch tussen de bewuste en de onbewuste dialoog. Op bewust niveau is er een gezondheidsvraag en een medisch antwoord. Op onbewust niveau speelt er een steeds dwingend ouder-kinddynamiek, waarbij de arts na enige tijd denkt: ‘ik weet niet wat er speelt, maar wel dat ik er vanaf wil’. Dit kan zo’n sterk gevoel zijn dat hij ogenschijnlijk nog steeds aandachtig luistert naar mevrouw Jansen, maar ondertussen al aan het volgende consult denkt of aan het boodschappenlijstje voor het weekend. Een oplettende arts merkt het wanneer hij op die manier emotioneel besmet raakt. Emotionele besmetting kunt u per definitie alleen achteraf constateren; het vertelt u dat er overdracht in het spel is, mogelijk naast een reële gezondheidsvraag.

Bevragen

Het zou te ver voeren om als huisarts de emotionele besmetting te gaan duiden of interpreteren. Wat wel kan is het gedrag van de patiënt te benoemen en te bevragen. ‘Goh, ik merk dat u telkens met andere pijnklachten komt, terwijl er elke keer geen medische oorzaak voor te vinden is. Misschien moeten we daar op zichzelf eens naar kijken? Zou het kunnen dat u eigenlijk een andere vraag of probleem aan mij zou willen voorleggen? Heeft u een idee?’

Aansluitend kunt u vragen of er iets is in uw eigen gedrag wat daaraan bijdraagt. ‘Ik merk dat u hier regelmatig komt, zonder dat medische problemen een rol spelen. Is er iets in mijn gedrag wat daar-

toe aanleiding geeft? Of is er iets wat u van mij als dokter verwacht?’ Dit zijn vragen die de patiënt uitnodigen om de realiteit beter onder ogen te zien. De patiënt wordt zich er door deze vragen meer van bewust dat hij de realiteit van de arts-patiëntrelatie overschrijft met zijn eigen overdrachtsbehoeften en -verwachtingen. Andersom herstelt bij de huisarts het gevoel van controle door het stellen van dergelijke vragen. Hij begrenst de overdrachtscommunicatie.

Overdrachtscommunicatie kunt u dus zeker wel tackelen, maar dit vraagt wel tijd en bereidheid om te reflecteren over het contact met uw patiënten, juist omdat de emotionele besmetting die ermee gepaard kan gaan, vaak zo geleidelijk en subtiel gebeurt. ■

contact

info@praktijkdenkwijs.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

MEER WETEN?

In de periode maart-mei 2017 vindt meermalen, verspreid over het land, het symposium ‘Een psychoanalytisch perspectief voor de huisartsenpraktijk’ plaats, met regionale praktijkworkshops. Kijk op DOKh.nl voor meer informatie en aanmelding.

Literatuurtips

Wat voelt de dokter, Q. van Dam, Tijdschrift voor Psychotherapie, Bohn Stafleu Van Loghum, 2011 (37), p. 188-200.
Psychoanalyse in vogelvlucht, W. Gomperts, NPI, 2015.
A short Introduction to Psychoanalysis, J. Milton, C. Polmear, J. Fabricius, Sage Publications, 2011.
Dit is psychoanalyse, een inleiding tot de geschiedenis, theorie en praktijk van psychoanalyse, F. Schalkwijk, T. Janssen, Boom, 2006.
