

# **RICHTLIJN SPECIFIEKE GROEP FUNCTIONELE KLACHTEN<sup>1</sup>**

## **VAN KINDEREN EN JEUGDIGEN**

Maart 2005

<sup>1</sup> Klachten die waarneembaar (te maken) zijn.

Ter geleide.

Bij de presentatie aan de PAZ-ledenvergadering in november 2004 van de voorliggende proeve van aanpak van functionele klachten bij kinderen en jeugdigen, ontstond veel discussie. Er bleek onduidelijkheid te bestaan over de doelgroepen en er was verschil van mening over de te kiezen behandelingsstrategie.

Als Bestuur hechten wij eraan te benadrukken dat het in de richtlijn gaat om een uitgebreid in de klinische setting uitgeteste methode, waarmee zeer goede resultaten zijn en worden behaald en die is beschreven en verantwoord in het proefschrift van collega Dr. H. Benders genaamd 'Functionele klachten bij kinderen'. Het gaat om een specifieke doelgroep, namelijk om kinderen die vanwege fysiek zichtbare uitvalsverschijnselen worden opgenomen in een ziekenhuis en bij wie na uitgebreid multidisciplinair onderzoek is geconcludeerd dat er geen lichamelijke oorzaak voor de klachten is en dat er wel aanwijzingen zijn voor psychogene factoren. In de voorliggende versie is de specificiteit extra benadrukt.

Uit de discussie werd duidelijk dat er collegae zijn die stellig andere behandelingsstrategieën voorstaan. Het Bestuur zal een aantal collegae betrokken bij de discussie, vragen andere visies te vervatten in een richtlijn, cq richtlijnen. Het uiteindelijke doel is te onderzoeken of en zo ja, er een beslisboom te ontwerpen is waarin de verschillende richtlijnen kunnen worden opgenomen.

Bestuur van de PAZ

## **Voorwoord**

Deze richtlijn is geschreven op verzoek van het PAZ-bestuur aan de commissie Kwaliteit. Ze omvat aandachtspunten en indicaties voor kinder- en jeugdpsychologen en klinisch psychologen omtrent diagnostiek en klinische behandeling van kinderen en jeugdigen met functionele klachten.

Deze richtlijn is geschreven door PAZ-collega's op basis van praktijkervaring en wetenschappelijke kennis.

Het is een plezierige en leerzame ervaring geweest om gedurende de periode van een jaar met collega's intensief in gesprek te zijn over een specifieke patiëntengroep en kennis en ervaring op schrift te zetten.

De voor u liggende richtlijn is het resultaat van de samenwerking tussen vier collega's, die zich terdege realiseren dat er meerdere wegen zijn die naar Rome leiden. Desalniettemin hopen wij dat ze voor velen een leidraad kan zijn.

De werkgroep bestond uit:

Dr. H. Benders, Grolloo

Drs. C.M.C. Portegijs, Haarlem

Drs. M. Sondaar, Deventer

Drs. C.A.J. den Uyl, Assen

## **INDELING RICHTLIJN:**

- Inleiding.
- Definitie.
- Achtergrond/visie.
- Multidisciplinaire samenwerking.
- Psychodiagnostiek.
- Klinische behandeling.
- Literatuuroverzicht.
- Bijlagen.

## **Inleiding**

Functionele klachten van kinderen en jeugdigen zijn veelal zeer imponerend voor ouders, maar ook voor medici en verpleegkundigen. De somatische stoornis is dikwijls zo heftig dat het vrijwel uitgesloten lijkt dat er geen somatische oorzaak is. Wanneer dat echter steeds onwaarschijnlijker blijkt te zijn, is het van wezenlijk belang dat de psycholoog in consult wordt gevraagd. Hoe eerder, hoe beter. De psycholoog zal een centrale rol gaan spelen.

De bedoeling van deze richtlijn is om een zo concreet mogelijk plan van aanpak te bieden vanaf het moment dat de psycholoog in beeld is.

Om verschillende redenen is ze geschreven voor de klinische behandeling; bij poliklinische behandeling zijn er te veel factoren niet onder controle te krijgen.

Klinische behandeling kan systematisch en in teamverband gebeuren. Fysiotherapie is binnen handbereik en kan frequent worden ingezet.

Er zijn vier paragrafen. Allereerst geven wij de definitie van de functionele klacht en de achterliggende visie. Vervolgens bespreken we de multidisciplinaire samenwerking, die voorwaarde is om tot goed resultaat te komen. Paragraaf drie bevat de richtlijnen voor psychodiagnostiek en ten slotte beschrijven we het behandelingsproces.

### **Definitie**

Onder een functionele klacht verstaan we een cognitief of lichamelijk ongemak, dat niet te herleiden is tot in het lichaam gelegen deficiënties, ofschoon het voor de hand ligt de oorzaak ervan te zoeken in somatische sfeer.<sup>1</sup> De klacht is objectief waarneembaar of objectief waarneembaar te maken. Dit protocol richt zich op kinderen/adolescenten in de leeftijdsgroep 9 tot ongeveer 18 jaar.

Kenmerken van een functionele klacht zijn:

- Zij moet fysiek zichtbaar (te maken) zijn,
- zij heeft een functie voor het kind,
- en er moeten bij voorkeur positieve aanwijzingen zijn voor psychogene factoren, (anamnese, diagnostisch onderzoek en observatie).

De functionele klacht kan op de volgende gebieden voorkomen:

- Zintuiglijk functioneren (visusuitval, gehooruitval, etc.),
- uitval van ledematen (uitval van benen/armen),
- en andere uitingsvormen zijn o.a. spugen, bloed spugen, kuchen, pseudo-epileptische aanvallen.

### **Achtergrond/visie**

Zodra het kind is geboren, ziet het zich geplaatst voor de opgave ontwikkelingstaken uit te voeren en tot een goed einde te brengen. Het gaat om een groot aantal van zulke taken die elkaar in de tijd opvolgen.

Ontwikkelingstaken omvatten een reeks van opgaven of problemen rond een bepaald thema die een persoon moet oplossen om op een later punt in de levensloop een optimale adaptatie te kunnen bereiken (Baltes, Reese en Lipsitt, 1980). Dat wil zeggen dat oplossing van vroegere ontwikkelingstaken veelal voorwaardelijk is of een instrument vormt voor de adequate oplossing van ontwikkelingstaken die zich later in de levensloop aandienen (Erikson, 1968). De kwaliteit van de oplossing is bepalend voor de aanpak van latere ontwikkelingstaken. Gezond functioneren is een evenwicht behouden tussen omgevingseisen en gedragmogelijkheden (Fournier, 1989). Vanuit de leertheorie wordt normale en deviante ontwikkeling gezien als een leerproces waarbij een respons geleerd wordt op basis van al aanwezige gedragingen (Bartels, 1990).

De spanning, die ontwikkelingstaken meebrengen, kan aanzienlijk variëren. Er kan sprake zijn van uitdagende spanning die als aangenaam wordt ervaren, maar ook van spanning die als een bedreiging wordt ervaren en als onaangenaam. Niet zelden is de kloof tussen de eisen van een ontwikkelingstaak en de gedragmogelijkheden van een persoon te wijd. Dan moet iemand kunnen beschikken over sociale ondersteuning door personen in zijn omgeving. Sociale ondersteuning bij uiteenlopende ontwikkelingstaken heeft een drietal gemeenschappelijke

<sup>1</sup> Binnen de psychiatrie wordt de functionele klacht ook geduid als conversie/psychosomatoforme stoornis. De klacht dient echter niet te worden geplaatst in psychiatrische context; ze wordt niet gezien als bijvoorbeeld stoornis of als van psychopathologische aard.

componenten (Van Lieshout & Smitsman, 1985):

1. Een affectief-emotionele component om een gevoel van veiligheid te bewerken, bij soms bedreigende ontwikkelingstaken,
2. een gedragsregulerings- of gedragscontrolecomponent, die in de vorm van co-regulering van gedrag door opvoeder en kind, het kind ertoe moet brengen het vereiste taakoplossingsgedrag uit te voeren,
3. en een informatieve component, die de aard van de taak verduidelijkt en de wijze waarop de taak volvoerd kan worden.

De kwaliteit van de sociale ondersteuning die een kind ervaart kan sterk uiteenlopen. Ondersteuning door ouders/leerkrachten is nodig om ontwikkelingstaken goed te doorlopen.

Wanneer een kind niet kan voldoen aan de ontwikkelingstaken en/of hierbij te weinig ondersteuning ervaart, geeft dat spanning. Wanneer deze spanning hevig is en/of van lange duur, kan dat als stresserend worden beleefd. Lazarus (1976) koppelt aan het optreden van een "stressor", een appèl dat de mogelijkheden van een individu te boven gaat en hem als zodanig voor een probleem stelt, het begrip "coping". Dat wat het individu doet om de situatie meester te worden, wordt meestal aangeduid met de term "coping". Houston (1987) spitst toe als hij zegt dat coping "eigenlijk een reageren is dat tot doel heeft psychologische stress ("negatieve feelings") te verminderen of te vermijden.

Wanneer het kind een functionele klacht ontwikkelt, gaat het om een typische coping-response. Immers het ontwikkelen en aanwenden van een functionele klacht berust als het ware op een keuze, gedaan uit een repertoire van potentiële reacties dat het kind voor het oplossen van een probleem ter beschikking staat. Het probleem kan zijn het niet voldoen aan een ontwikkelingstaak, maar kan ook liggen bij een activiteit die gewoonlijk goed loopt maar nu spanning of vermijding oproept, b.v. een proefwerk. Het ontwikkelen van een functionele klacht door het kind is één manier om het probleem aan te pakken, één van de mogelijke coping-responses. De functionele klacht staat dan voor de omzetting van een probleem uit het psychologisch bereik naar het somatische of mentale veld en wel zo dat de gepresenteerde klacht zichtbaar is of objectiveerbaar is (Benders, 1988). Daarnaast zijn er factoren die de functionele klacht in stand houden of versterken, zoals aandacht en secundaire ziekte winst en gezichtsverlies bij loslaten van de klacht (Bosch, 1995).

De behandeling richt zich op inzicht geven in het ontstaan van de klacht, gezondere coping aanleren om met het eigenlijke probleem om te gaan, loslaten van het symptoom en wegnemen van secundaire ziekte winst. In de behandeling, die gekenmerkt dient te worden door begrip voor de moeilijke situatie waarin kind en ouders verkeren, wordt er gebruik gemaakt van de volgende gedragstherapeutische technieken (Orlemans, 1976; Cladder, e.a., 1998):

- Psycho-educatie en cognitief herstructureren: uitleg geven over het ontstaan en de functie van de klacht en deze herlabelen als een incident,
- aanleren van effectieve copingstrategieën en controlevaardigheden,
- bekrachtigingstechnieken: belonen van gewenst gedrag,
- shaping (vormen): stap voor stap het gewenste gedrag weer aanleren, bijvoorbeeld bij weer leren lopen,
- uitdoving: negeren van functionele klacht,
- response cost: als "straf" beloningen of privileges onthouden,
- ontspanningsoefeningen.

## **Multidisciplinaire Samenwerking**

### Inleidend

Omdat het voor het kind om een klinisch verblijf in het ziekenhuis gaat, zullen vertegenwoordigers van andere disciplines dan alleen de psychologie het pad van het kind (kunnen) kruisen.

Alle disciplines zijn goed geïnformeerd over het doel van en de werkwijze tijdens de opname.

### De medicus

In de eerste plaats is er de medicus, kinderarts of revalidatiearts, maar soms ook een arts van een andere specialisering – afhankelijk van het type klachten waarmee het kind komt.

Hoewel de medicus zich, voordat de psycholoog er aan te pas komt, in diagnostisch opzicht al krachtig heeft geweerd en tot het vermoeden is gekomen, dat er geen medische oorzaak is aan te wijzen voor de klachten van het kind, wil dat niet altijd zeggen dat die medische oorzaak er in 't geheel niet is. Ook kan het zijn dat aan een ziektebeeld zowel somatische als psychologische aspecten zijn te onderscheiden. Tevens gebeurt het wel dat het kind tijdens de psychologische behandeling “vlucht” naar (soms onduidelijke of disproportionele) klachten van lichamelijke aard. Het is dan aangewezen dat de dokter hier zijn oordeel geeft en – als het kan – helpt het kind weer terug te brengen naar het psychologisch spoor. Niet vergeten mag worden dat het niet zelden de medicus zal zijn die kind en ouders moet motiveren een psychologische aanpak in te zetten. De arts kan voor ouders en kind de brug zijn die soma en psyche verbindt.

### De verpleegkundige

Deze verricht de taken die haar/hem in het algemeen zijn opgedragen; scholing op dit specifieke terrein is niet nodig. Hem/haar kan gevraagd worden te letten op het algehele waarneembare gedrag van het kind (observeren/registreren van inconsistenties in het gedrag bijvoorbeeld en omgang tussen ouders en kind). Er wordt naar gestreefd zoveel mogelijk “vaste” verpleegkundigen aan het bed van het kind te hebben zodat er een vertrouwensband met het kind kan ontstaan, waarvan in voorkomende gevallen gebruik kan worden gemaakt (navraag bij het kind bijvoorbeeld op specifieke punten).

De direct betrokken verpleegkundigen zijn op de hoogte van relevante gegevens.

### De fysiotherapeut

Op de fysiotherapeut wordt bij iedere functionele klacht een beroep gedaan. De entree van de fysiotherapeut wordt door de psycholoog met ouders en kind besproken. De voorkeur gaat uit naar één (of twee) “vaste” therapeut(en).

Bijna alle kinderen hebben klachten, waarop “fysiotherapie” in één of andere vorm toepasbaar is. Hoewel er zeer feitelijk wordt behandeld en het kind op de klacht en op zijn lichaam wordt aangesproken, kent de fysiotherapeutische aanpak zijn rituele kanten, die een psychologisch surplus kunnen opleveren. Tweemaal per dag wordt fysiotherapie gegeven in de oefenzaal/het zwembad. Daarnaast wordt er flink wat “huiswerk” opgegeven en loopt de behandeling in het weekend gewoon door.

Verbetering in de somatische sfeer wijst er meestal op, dat er ook binnen psychisch bereik (van kind en ouders) iets begint te veranderen. Er dient op te worden gelet dat psychologie en fysiotherapie in de pas lopen met elkaar en op elkaar zijn afgesteld (dagelijks overleg).

### De pedagogisch medewerker

Waardevolle informatie kan afkomstig zijn van één (zo mogelijk vaste) pedagogisch medewerker. Zij is overdag in een positie tegenover het kind die vergelijkbaar is met die van de verpleegkundige. Als bijzonder voordeel geldt dat de pedagogisch medewerker de mogelijkheid heeft het kind te observeren in uiteenlopende spelsituaties. Niet zelden is zij degene die inconsistenties in het gedrag van het kind bemerkt, omdat het in vrije situaties als het ware vergeet dat het klachten heeft of de controle op de bij de klachten behorende symptomen onwillekeurig even opgeeft.

### De psycholoog

Het gaat om een behandeling van psychologische aard. Het ligt dan ook voor de hand de regie aan de psycholoog toe te vertrouwen. Hij/zij dient de lijnen van de algehele aanpak uit te zetten en deze te coördineren op basis van alle informatie die hem/haar ter beschikking komt van de kant van zowel de medebehandelaars als van die van kind en ouders. Omgekeerd dient de psycholoog informatie die hij/zij ter beschikking heeft aan medebehandelaars door te geven. Dit betekent dat de vinger voortdurend aan de pols moet worden gehouden en er frequent uitwisseling en overleg is.

De psycholoog toetst welke effecten de behandeling heeft op kind en ouders en hij/zij kan op grond van zijn/haar inzichten richtlijnen geven aan de andere behandelaars.

### Afsluitend

Van groot belang is dat de neuzen van alle behandelaars in dezelfde richting wijzen en dat er gesloten wordt opgetreden (voorkomen van onzekerheid, twijfel, etc. bij kind en ouders). Frequente uitwisseling en terugkoppeling van gegevens onder behandelaars is nodig om de aanpak succesvol te doen verlopen.

## **Psychodiagnostiek**

De fasen van diagnostiek en behandeling zijn niet strikt af te bakenen. Aangezien de medicus op zijn terrein de oorzaak niet vindt, moet men wel alle kaarten zetten op een psychologisch te definiëren beeld, een functionele klacht ontstaan door psychogene factoren. Dat de klachten van psychogene aard zouden kunnen zijn, is voor patiënt en zeker voor ouders vaak schokkend. Het is dan ook essentieel het proces van afbraak van de somatische hypothesen en opbouw van de psychische hypothesen niet alleen zorgvuldig te stimuleren, maar het ook zorgvuldig te volgen en te begeleiden. Dit betekent dat diagnostiek en behandeling hand in hand gaan. Tijdens het proces van diagnostiek blijft de psycholoog alert op somatische verschijnselen en zo nodig wordt de arts in consult gevraagd. Een enkele keer blijkt tijdens de psychologische interventie, dat het toch om een somatisch beeld gaat (een zeldzaam beeld bijvoorbeeld). Alertheid en voorzichtigheid zijn derhalve geboden.

### Vraagstelling

Welke psychogene factoren zijn aanwijsbaar en welke indicaties voor behandeling zijn er?

Psychodiagnostisch onderzoek richt zich op twee aspecten:

1. Zicht krijgen op factoren en stressoren die de klachten uitlokken.  
Welke eisen worden er aan het kind gesteld, impliciet en expliciet?  
Aan welke verwachtingen moet het voldoen, emotioneel, sociaal en cognitief?  
Hoe zijn/waren de voorwaarden waaronder het kind zijn taken moet/moest volbrengen?
2. De gedragingen van ouders en kind kunnen op consequentie en houdbaarheid onderzocht worden. Gelet op de ernst en de aard van het ziektebeeld kan men verwachten dat kind en ouders bepaalde gedragingen of altijd of nooit zullen tonen en niet dat zij die gedragingen soms wel en soms niet demonstreren.

Het psychodiagnostisch onderzoek dient zo te zijn ingericht dat er een maximale kans is op inconsistenties te stoten en de stressor van de klacht te achterhalen. Dit betekent een breed opgezet onderzoek dat een scala aan hypothesen kan toetsen. Het is niet noodzakelijk dat zowel stressor als inconsistenties worden aangetoond om te kunnen concluderen dat onderhavige klachten worden gevoed uit psychologische grond. Het is goed mogelijk te bewijzen dat er psychologische gronden bestaan voor de klachten op basis van bijvoorbeeld het feit dat de inconsistentie onomstotelijk is aangewezen, zonder dat precies kan worden gezegd van welke stressor sprake is.

Het diagnostisch proces omvat de volgende fasen:

- Aanmelding,
- (hetero) anamnese,
- observatie,
- testpsychologisch onderzoek.

### Aanmelding

Tact in het onder woorden brengen van de motivering om de psycholoog te betrekken bij de behandeling is een vereiste. De medicus moet voorafgaande aan de verwijzing met de psycholoog overleggen. De medicus en de psycholoog lopen als het ware een poosje samen op om abrupte overgang te vermijden en het schisma psyche-soma te vermijden.



Direct na aanmelding door de medicus schrijft de psycholoog het kind een brief met een aantal vragen waarbij gerefereerd wordt aan de verwijzer (zie bijlage 1). De vragen hebben alle een specifieke functie en door de toon van de brief wordt een zekere barrière opgeworpen met betrekking tot behandeling, bedoelt om een optimale motivatie te creëren. Het kind moet laten zien dat het er iets voor wil doen. Om een indruk van de motivatie te verkrijgen, wordt het kind gevraagd de brief snel te beantwoorden. De antwoordbrief van het kind wordt geanalyseerd om te bepalen of de procedure voortgezet kan worden, waarbij vooral gelet wordt op aspecten van motivatie.

Dan volgt een tweede brief aan het kind waarin een datum en tijdstip voor (psychologisch) onderzoek genoemd worden. Duidelijk wordt aangegeven dat het van de onderzoeksuitslag afhangt of tot nadere bemoeienis zal worden overgegaan (zie bijlage 2).

In beide brieven aan het kind wordt het kind gevraagd de ouders kennis te laten nemen van de inhoud ervan.

### (Hetero) Anamnese

Op de dag van het psychologisch onderzoek wordt de ontwikkelingsgeschiedenis van het kind met de ouders besproken, terwijl het kind met de psychologisch assistente aan het werk gaat. Deze geschiedenis wordt zo gedetailleerd mogelijk nagelopen, terwijl ook de context waarin een en ander zich afspeelde zo goed mogelijk in kaart wordt gebracht. Dit is nodig omdat de elementen die een rol spelen in het ontstaan en onderhouden van het ziektebeeld soms al heel vroeg in de historie van het kind kunnen opduiken.

De volgende aspecten komen aan bod:

- Zwangerschap en geboorte,
- ontwikkeling van de taal, motoriek en zindelijkheid,
- eet- en slaappatroon,
- communicatie en spelgedrag,
- contactname met leeftijdgenoten en volwassenen,
- ziekte en ongevallen,
- ziektegedrag,
- pedagogische context en gezinsfactoren,
- hoe gaat het kind met de klacht om,
- reacties van anderen op het kind.

Vervolgens kunnen ook andere bronnen worden gebruikt, bijvoorbeeld de school en overige belangrijke anderen. In alle gevallen is het van groot belang te achterhalen in welke omstandigheden het kind zoal verkeerde en in relatie met welke omstanders de klacht zich ontwikkelde, omdat de berichten daaromtrent hints of aanwijzingen kunnen bevatten, die diagnostisch van belang zijn. Er vindt ook een gesprek tussen het kind en de psycholoog plaats.

### Observatie

Gedurende het hele proces van diagnostiek en behandeling is het noodzakelijk informatie te verzamelen. De informatie wordt bekeken in het licht van de vraagstelling en nagegaan wordt of deze is te verbinden met inconsistenties en stressoren. Observatie van kind en ouders helpt lijn te ontdekken in de gepresenteerde klachten.

Observaties worden verricht door een ieder die met de patiënt en zijn ouders te maken heeft. De psycholoog verzamelt de gegevens uit de observaties en gebruikt

die bij het toetsen van zijn hypothesen (zie multidisciplinaire samenwerking). Naast het zoeken naar inconsistenties en stressoren wordt bij het kind gelet op:

- Stemming/stemmingswisseling,
- gespreksthema's,
- wijze van contactname,
- bezigheden en dagbesteding,
- relatie met leeftijdgenoten,
- omgang met medicatie.

#### Testpsychologisch onderzoek

Er vindt uitgebreid testpsychologisch onderzoek plaats, omdat elementen die met het ontstaan en onderhouden van de klacht te maken hebben, zich kunnen ophouden in uiteenlopende gebieden:

- Intelligentieonderzoek,
- persoonlijkheidsonderzoek,
- eventueel neuropsychologisch onderzoek,
- onderzoek naar relaties en interacties binnen het gezin.

Suggesties voor materiaal: WISC, CBSK, NPV-J, PMT-K, SVL, ADISC (angstschaal), ZAT, FRT, Gezinsklimaatschaal, CBCL en TRF.

Het beschikbare gamma aan toe te passen psychologische tests en het feit dat de uitslagen daarvan onderling kunnen worden getoetst en aan andere uitingen kunnen worden gerelateerd, geven de psycholoog de gelegenheid op zeer uiteenlopende wijze inzicht te verkrijgen in de mogelijkheden, ervaringen en belevingen van de patiënt. Opvallende positieve of negatieve uitslagen, contradicties, direct of indirect verkregen beschrijvingen geven mogelijkheid om het ziektebeeld op consequentie en houdbaarheid te toetsen, op de mate van consistentie. De bevindingen verwijzen niet zelden tevens naar de stressor achter de klachten of ze geven een aanwijzing waar en hoe nader te exploreren, teneinde meer zicht te krijgen op de oorsprong van de klachten.

Resultaten uit persoonlijkheidsonderzoek tonen nog al eens een persoonlijkheid die gekenmerkt wordt door koppigheid en eigengereidheid, berekenend en taxerend gedrag, sociaal wenselijk gedrag, recalcitrantie en volharding, zelfverzekerdheid en claimend gedrag.

Kenmerken die ook met een zekere regelmaat terugkomen zijn zelfdefensiviteit, gespannenheid, insufficiëntiegevoelens, belemmering (anderen dwars zitten) en beeldende fantasie. Daarnaast valt als typerend kenmerk op dat de stemming van het kind opgewekt is en dat het ook als zodanig door zijn ouders en anderen wordt beschreven, terwijl deze houding haaks staat op de ernst van de klachten en de zorgen die de omgeving daaromtrent heeft.

#### Resultaat diagnostisch onderzoek

Kort samengevat komt het er in essentie op neer:

- Dat de psycholoog de diagnose stelt en dat de duidelijke diagnostische bevindingen al of niet door ouders en kind worden geaccepteerd; dat ze bij acceptatie van de juistheid ervan al dan niet besluiten het kind te laten behandelen en dat ze bij niet accepteren van de juistheid ervan in het algemeen afzien van behandeling.
- Dat de psycholoog vooralsnog er niet of niet voldoende in slaagt de diagnose te stellen en dat toelicht aan de ouders. Dat hij desondanks voorstelt tot

behandeling over te gaan en dat ouders en kind hier al dan niet in kunnen meegaan.

Wat de psycholoog betreft: hij wil tot behandeling overgaan, behalve als ouders en kind niet accepteren dat de klachten een psychologische oorzaak kunnen hebben en teveel in het somatische spoor blijven denken. Daarnaast geldt als contra-indicatie voor behandeling een instabiele gezinssituatie.

Na het onderzoek gaat het kind met zijn ouders naar huis. Zij horen telefonisch binnen enkele dagen of besloten wordt tot behandeling over te gaan. Een schriftelijke bevestiging van dit telefoontje volgt, met daarin tevens de datum en tijdstip van opname (zie bijlage 3).

## Klinische behandeling

In de klinische behandeling valt er een drietal fasen te onderscheiden:

- Wat gebeurt er direct na aankomst,
- wat gebeurt er tijdens het verblijf,
- wat gebeurt er bij vertrek.

### Bij aankomst

Op de dag van opname wordt de gebruikelijke procedure bij opname op de kinderafdeling gevolgd. De psycholoog wordt gewaarschuwd dat ouders en kind zijn gearriveerd. De psycholoog begroet ouders en kind en legt duidelijk uit wat de afspraken zijn tijdens de eerste dagen van de behandeling:

- Het kind ligt alleen op een kamer,
- de deur is dicht,
- alleen voor toiletbezoek en douchen mag het kind van de kamer af,
- geen telefoon (denk ook aan mobieltjes),
- t.v. en post mag wel, laptop/computer niet,
- geen bezoek van medepatiënten.

(Dit lijkt heel streng. De achterliggende gedachte is volledige aandacht op de klacht richten en ruis zoveel mogelijk uitschakelen).

De ouder(s)/verzorger(s) mogen dagelijks een half uur op bezoek komen, liefst aan het begin van de avond. Overdag is het kind met de behandeling bezig.

De medicus-medebehandelaar (meestal de kinderarts) verricht indien nodig gebruikelijk of aanvullend somatisch onderzoek. De psycholoog introduceert nog diezelfde ochtend persoonlijk de fysiotherapeut bij het kind: "Hij/zij helpt jou de verschijnselen van je ziekte weg te werken door hard met jou aan te pakken." Een afspraak voor de eerste fysiotherapeutische behandeling, dezelfde dag, wordt gemaakt.

Vervolgens wordt er twee maal per dag fysiotherapie gegeven. Goede voorzieningen (oefenzaal/zwembad) zijn nodig. Fysiotherapeutisch huiswerk wordt altijd meegegeven (zo pittig mogelijk).

Oók de eerste dag houdt de psycholoog zijn inleidende verhaal. Formeel wordt meegedeeld dat de psycholoog meent dat de klachten moeten kunnen verdwijnen ("gelukkig is je lichaam in wezen in orde"), dat het de psycholoog verstandig lijkt dat het kind zich voor 100% inzet, dat de perspectieven niet gunstig zijn als we onverhoopt niet slagen, dat de psycholoog met optimisme aan het werk gaat. Voorts – erg belangrijk is gebleken – dient te worden gezegd dat na drie dagen behandelen de balans wordt opgemaakt. ("Dan moet blijken of er kans van slagen is. Als dat niet blijkt, zullen we de zaak opnieuw moeten bezien." Ofschoon deze mededeling neutraliteitskarakter heeft, mist ze haar uitwerking vrijwel nooit; het kind weet: "Ik moet vóór die tijd al iets laten zien!")

Inhoudelijk zal het kind het "gemiddelde verhaal" van de collega-patiëntjes worden verteld: "Dit is niet jouw geschiedenis, maar het is ongeveer wat ik tot nu toe van anderen heb gehoord". Dit bericht bevat mededelingen die impliciet troostend/geruststellend zijn: "Je bent de enige niet die in deze toestand verzeild is geraakt" en "heb jij dat nou ook, dat de mensen soms denken dat je je aanstelt?" Zeer noodzakelijk is het in dit gesprek het kind te richten op de psychologische componenten van het ziektebeeld: "Er zijn drie mogelijke achtergronden/oorzaken voor jouw klachten":

1. Er is iets helemaal mis in je lichaam, maar dat hoeven we niet aan te nemen, want dat is goed uitgezocht (verifiëren of kind – en ouders! – deze stelling

- geheel onderschrijven. Zo niet: medicus vragen direct aandacht te geven en het aspect uit beeld te werken).
2. Er is ooit iets mis geweest met je lichaam (beenbreuk, griep of zo) en je bent er in blijven hangen.
  3. Je had ooit een probleem en hebt dat toen “vertaald” naar een klacht in je lichaam “ of zo’n probleem is er wellicht nog” (aan kind aangepaste formuleringen gebruiken!).

Wat punt 3, maar ook punt 2 betreft, moet verduidelijkt worden dat het “helemaal niet zo gek is”, dat iemand zo’n vertaalslag maakt (van psychisch naar somatisch), maar dat het erg lastig is om op eigen kracht weer van de klachten af te komen, zeker als iemand er al lang mee zit en er al zoveel aan is gedaan om hem/haar ervan af te helpen (vele artsen en allerlei medicatie zijn meestal de revue gepasseerd): “Zo kun jij niet ineens tegen je ouders zeggen: ik ben er nu vanaf. Eigenlijk zit je een beetje gevangen”.

Vervolgens benadrukken: “Wij (als psycholoog) kennen deze gang van zaken, jij (patiënt) kunt er niet veel aan doen dat je nu in deze situatie zit” (jongere kinderen vooral hebben soms – zeker partieel – het gevoel gekregen: “Ik móet wel wat mankeren, anders waren ze niet zolang met mij bezig”), je kunt je hier veilig voelen, want we leggen ook alles zó aan je ouders uit, dat jij daarvan geen narigheid hoeft te ondervinden.” Direct ook wordt gewezen op het somatisch alibi dat kan worden aangereikt: “Je krijgt een verantwoorde medische verklaring voor je klachten mee, die jij en je ouders tegenover iedereen kunnen gebruiken” (angst voor psychologische/psychiatrische stigmatisering).

### Verblijf

In bovengenoemde fase wordt reeds het begin van een vertrouwensband tussen psycholoog en kind gesmeed. Van groot belang is ook dat de psycholoog voortdurend doet blijken de zaak geheel in de hand te hebben. Zowel in organisatorisch als in handelings(behandelings)opzicht moet alles perfect verzorgd zijn. De psycholoog bezoekt het kind dagelijks en heeft na elke fysiotherapeutische behandeling contact met de fysiotherapeut. Daarnaast is er overleg met de verpleging en zondig met de arts of andere medebehandelaar. Aan het eind van de derde dag wordt de balans opgemaakt en bekeken of er voldoende vooruitgang is geboekt en of de behandeling een kans van slagen heeft. Deze beleidslijn wordt ook geregeld aan het kind meegedeeld en gebruikt, als het vragen heeft over bijvoorbeeld verruiming van privileges. Het kind wordt het resultaat van het overleg meegedeeld en indien het oordeel positief is, wordt het isolement van het kind opgeheven. Het kind mag van de kamer af en weer meer bezoek ontvangen. Gewaarschuwd wordt wel dat vooruitgang geboekt moet blijven worden. De ouders worden ook op de hoogte gebracht van de nieuwe afspraken.

De psycholoog neemt, voor de behandeling, de psychologische optie zonder meer als uitgangspunt en bespreekt met toenemende klem (“morgen zijn we al drie dagen bezig” of “je moet onderhand je keuze maken: wil je ervan af of niet”) alle aspecten die in dezen van belang zijn: hoe de gang van zaken is geweest gedurende de tijd die het kind met de klachten zat; hoe het kind als het ware niet meer durft de klachten los te laten; hoe begrijpelijk dat is, maar ook hoe noodzakelijk het is, dat het zich vanaf nu anders opstelt; noemen van (vermoedelijke) stressor; confrontatie met relevante testpsychologische bevindingen en met eventueel-geconstateerde gedraginconsistenties (“hoe kun jij nu die knop boven je hoofd omdraaien als je zegt

direct flauw te vallen als je je even opricht!"); welke risico's het kind loopt bij voorduren van de klachten, etc.

Enerzijds: de druk van deze psychologische benadering, gevoegd bij de indringende fysiotherapeutische benadering en de (in vage termen gehouden) begrenzing van de tijd die we nog beschikbaar hebben.

Anderzijds: het uitspreken van verzorging van veiligheid (alibi) en het effectief blijken van steun en begrip van de zijde van de ouders (door de psycholoog geëntameerd) zorgen vrijwel altijd voor de sfeer die nodig is om het kind naar het punt van "beslissen" te drijven: "kan/durf ik het klachtenpatroon op te geven?"

Meestal ontstaat dan een korte periode van crisis ("beoordelen") bij het kind.

Stimulans, (verbale) beloning, het tonen van begrip ("ik snap wel dat je je rot voelt, maar hier moet je doorheen") zijn nodig om het kind verder te helpen en de enige keuze te doen maken die te maken valt: het opgeven van symptomen en klacht.

De ervaring is, dat in de meeste gevallen een dag of tien (hooguit) voldoende is om het doel te bereiken. Het is van belang kind en ouders de indruk te geven dat het de "meest-gewone zaak van de wereld" is, dat het kind weer terug is bij "normaal" gedrag. Toelichting omtrent de psychologische dynamiek aan de ouders (in volstrekt-beschermdende zin naar het kind toe) is overigens vrijwel altijd nodig en nuttig.

Als het kind uit de crisis en op de goede weg is: het kind ook de verantwoordelijkheid geven zelf aan te geven, wanneer het denkt weer naar huis te kunnen gaan (niet meer dan enkele dagen uitstel als uiterste accepteren. Dikwijls wil het kind de volgende dag al opstappen!).

N.B. 1. Een kernpunt van de behandeling is tevens het kind bij alle gelegenheden te laten horen dat het om zijn lichaam/gezondheid gaat en dat het daarvoor van nu af aan zelf ook de verantwoordelijkheid moet nemen.

N.B. 2. Het kan niet geaccepteerd worden (dat is tevoren tegen ouders en kind gezegd), dat het kind met restverschijnselen naar huis gaat: geen gesleep met het onwillige been, geen medicijnen mee, geen gehang op de arm van een ander, etc.

Vraag de kinderen (als het even kan) één dag voor vertrek eens op te schrijven hoe een en ander zich heeft kunnen ontwikkelen zoals gebeurde en hoe het kind zich op deze punten de toekomst voorstelt.

N.B. Wat dit laatste betreft dient het kind door de psycholoog als het ware geprogrammeerd te worden: "Als alles weer in orde is, moet het al heel gek zijn wil dit – of iets dergelijks – nog eens terugkomen. Houd er rekening mee, dat je geloofwaardigheid op het spel staat als dit soort klachten terugkeert". Waarschuw het kind ervoor dat het met "gezondheid" heel serieus moet omgaan.

### Vertrek

Op de dag voor of van vertrek wordt het kind een medische verklaring voor het verblijf in het ziekenhuis gegeven (medische terminologie wordt aangehouden omdat psychologische achtergrond te delicaat kan zijn om naar buiten te brengen c.q. angst voor psychologische/psychiatrische stigmatisering). Deze verklaring – die op schrift gesteld wordt – kan het kind gebruiken naar de buitenwereld toe (bijlage 4). Het kind moet die verklaring uit het hoofd leren en ook aan de ouders wordt gevraagd deze verklaring te hanteren. De gebruikte medische terminologie wordt aan ouders en kind in begrijpelijke taal uitgelegd. (Overigens staat het ouders en kind vrij aan derden "gewoon" te vertellen wat er feitelijk aan de hand is geweest. Het blijkt evenwel dat

men frequent behoefte heeft aan deze “alibiverklaring” teneinde pijnlijke privé-zaken niet te hoeven prijsgeven.)

Met het kind en de ouders wordt afgesproken dat er over ± twee maanden één keer een controleonderzoek door de arts zal plaatsvinden. De ouders wordt gevraagd daar een afspraak voor te maken. Verder krijgt het kind twee geadresseerde en gefrankeerde enveloppen mee.

Na één week thuis (datum verzending op enveloppe aangebracht) en na ± zes weken thuis (datum idem) dient het kind schriftelijk aan de psycholoog te rapporteren hoe het is gegaan.

N.B. Bij vertrek wordt aan kind en ouders gezegd dat de hele zaak – hoe lang ze ook gelopen mag hebben – moet worden afgesloten, als incident moet worden behandeld.

(Vandaar dat de psycholoog de kinderen officieel niet terugziet. Dat neemt niet weg dat ze vaker schrijven en/of nog eens binnenwippen.)

Tot slot:

De huisarts van de patiënt dient het originele verloop van de interventie te kennen; hij/zij moet immers voort met kind en gezin. Hem/haar wordt gevraagd, indien nodig, naar derden toe eveneens de alibiverklaring te hanteren (deze dient altijd in medische zin correct te zijn en in ethische zin te verantwoorden).

## **Literatuuroverzicht**

- Benders, H. (1988). Functionele klachten van kinderen: psychologische diagnostiek en behandeling. Swets & Zeitlinger: Lisse.
- Bartels, A.A.J. (1990). Gedragstherapie, sociale competentie en ontwikkelingspsychologie. In: J. de Wit, N.W. Slot, H.P.M. Leeuwen en M. Merum Terwot (red.). Paedologie in de jaren negentig. Amersfoort: Acco.
- Cladder, J.M., Nijhoff-Huyse, M. & Mulder, G. (1998). Gedragstherapie met kinderen en jeugdigen. Swets & Zeitlinger: Lisse.
- Erikson, E.H. (1968). Identity, youth and crisis. Norton: New York.
- Fournier, E.P. (1990). Goodness of fit. Een theoretisch en praktisch belangrijk begrip uit de ontwikkelingspsychologie. Afscheidscollege. Universiteit van Amsterdam.
- Houston, B.K. (1987). Stress and coping. In C.R. Snijder & E. Ford (Eds.), Coping with negative life event (pp. 373-399). New York/London: Plenum Press.
- Lazarus, R.S. (1976). Patterns of adjustment. New York: McGraw-Hill.
- Orlemans, J.W.G. (1976). Inleiding tot de gedragstherapie. Deventer: van Loghum Slaterus.



## Bijlage 1

Beste .....,

Van dokter ..... kreeg ik onlangs een brief over jou. Daarin wordt medegedeeld dat je al vrij lang last hebt van .....

De vraag is of we vanuit de Medische Psychologie eens willen bekijken of we je misschien van je klachten (die voor jou natuurlijk best vervelend zijn) kunnen afhelfen.

Jij en de mensen in je directe omgeving (je ouders vooral) moeten echter goed gemotiveerd zijn.

Voordat we je een datum noemen dat je hier terecht kunt, willen we graag iets meer van jou weten. Daarom mijn vraag of je per brief zo spoedig mogelijk antwoord wilt geven op de volgende vragen:

1. Hoe lang heb je last van je klachten?
2. Beschrijf zo precies mogelijk welke klachten je hebt.
3. Heb je er zelf een idee van hoe de klachten ontstaan kunnen zijn?
4. Schrijf eens op wat je eigenlijk van je klachten vindt. Zijn ze erg hinderlijk? Zijn er (bijvoorbeeld) dingen die je vroeger wél kon doen en nu niet meer? En als dat zo is, wat vind je daar dan van?
5. Wil je er zèlf ook alles aan doen om van je klachten af te komen? (Als je hier in behandeling zou komen, moet je namelijk ook zelf hard werken om er vanaf te komen; natuurlijk word je door ons geholpen.)
6. Wat verwacht je ervan als je naar ons ziekenhuis komt; heb je ook wel hoop, dat je van je klachten afgeholpen kunt worden?
7. Gebruik je medicijnen en zo ja welke en hoeveel daarvan?  
Heb je er wel baat bij, denk je?
8. Wil je zo vlug mogelijk komen of kan het nog wel even wachten?

Nou, ....., doe er je best maar eens voor om al die vragen te beantwoorden. Als er nog andere dingen zijn die je me van tevoren wilt laten weten, kun je die óók gerust in de brief schrijven.

Als je antwoordbrief hier is aangekomen, zal ik die goed lezen en dan bepalen of je hierheen kunt komen. Ik beloof je dat je dan vlug terecht kunt voor een eerste kennismaking en een (aanvullend) onderzoek.

Na het onderzoek van die dag ga je weer terug naar huis, maar meestal kunnen we binnen enkele dagen zeggen of je hier behandeld kunt worden. En als dat kan, kun je meestal ook behoorlijk vlug terecht.

Ik wacht dus op je antwoord.  
Laat je deze brief ook aan je ouders lezen?

Dag, ....., tot ziens zullen we maar zeggen,

.....

- Een kopie van deze brief heb ik gestuurd aan: .....

- Mijn adres is: .....

## Bijlage 2

Beste.....,

Je brief heeft me bereikt. Bedankt daarvoor.

Je kunt hier voor een dag van onderzoek terecht op a.s. .... om ..... uur. Je kunt je dan melden bij onze psychologisch medewerker.

Tot ± 12.30 uur loopt het gebruikelijke psychologische onderzoek. Van ± 12.30 - 13.30 uur is er middagpauze, waarna het psychologisch gedeelte zal worden afgerond.

Om ..... uur zou ik graag met je ouders (of één van je ouders) een gesprek willen hebben.

Binnen enkele dagen zullen we je dan laten weten of we aan behandeling kunnen denken. De behandeling sluit dus niet aan op de onderzoeksdag.

Als je nog vragen hebt ....., kun je altijd even bellen.

Natuurlijk moet je deze brief ook aan je ouders laten lezen! Ik neem trouwens aan dat zij (of één van je ouders) met je meekomen.

Met vriendelijke groet,

.....

*N.B. Vergeet je niet je ponskaartje mee te nemen?*

### Bijlage 3

Beste.....,

Telefonisch heb ik met jouw vader/moeder afgesproken dat ik de datum waarop we met de behandeling in het ..... starten, nog even schriftelijk zou bevestigen.

Op .... word je opgenomen op de kinderafdeling. Je wordt daar om ..... verwacht. Je zal tijdens de opname te maken krijgen met de kinderarts (.....), de fysiotherapeut en uiteraard ook met mij.

Het is wel handig dat je wat spulletjes meebrengt om je bezig te houden.

Houd er rekening mee dat de eerste dagen **alleen** je ouders 1 x per dag op bezoek mogen komen.

Laat je deze brief ook aan je ouders lezen?

Met vriendelijke groet,

.....

## Bijlage 4

### Medische verklaring (alibi)

Enkele voorbeelden van een medische verklaring geautoriseerd door behandelend medisch specialist.

“Epileptoïde syncope (op epilepsie gelijkende bewusteloosheid), geleid hebbend tot verlies van controle op het eigen lichaam.

De behandeling is er op gericht geweest het controleverlies te herstellen en de epileptoïde syncope te doorbreken.”

(Dit kind werd opgenomen met de klacht: wegrakingen.)

“Reactieve katalepsie geleid hebbend tot stijfheid van de benen c.q. knieën.

De behandeling is er op gericht geweest middels spierspanning en -ontspanning deze katalepsie te doorbreken en controle over de benen terug te krijgen.”

(Dit kind werd opgenomen met gewrichtsklachten waardoor het niet meer kon lopen.)

“Pseudesthesie (onechte gevoelsgevoelsgewaarwording) in de handen en de armen, geleid hebbend tot gevoelloosheid en krachtsverlies van de handen en armen.

De behandeling is er op gericht geweest middels tactiele- en krachttraining de gevoelloosheid op te heffen en de pseudesthesie te doorbreken.”

(Dit kind werd opgenomen met gevoelsstoornissen in de handen, zich uitbreidend naar de armen, waardoor er gevoels- en krachtsverlies is opgetreden.)