



Het deurknop-fenomeen en intuïtie

De basis van iedere diagnose is de anamnese. Dit Griekse woord betekent letterlijk 'herinnering'. De anamnese vertelt, met de woorden van de patiënt, het verhaal over die patiënt. Meestal gaat het over de medische voorgeschiedenis en de relevante actuele problematiek. Wat mij betreft gaat een anamnese over alle aspecten van het leven. Dat wil zeggen fysiek, emotioneel, mentaal, sociaal en spiritueel. Alleen in het geval van acute en levensbedreigende pathologie en traumatologie wordt de (medische) anamnese zo nodig opgeschort naar een later tijdstip.

Vanuit de anamnese kunnen het lichamenlijk onderzoek en alle aanvullende onderzoeken mede geïnterpreteerd en begrepen worden. Zonder de anamnese ontbreekt de verankering en wordt het giswerk. Het is dus zaak om een goede anamnese op te stellen waarin de voorgeschiedenis, de huidige omstandigheden en het gehele plaatje zo breed mogelijk worden uitgevraagd. Het is wenselijk om al die vragen voorafgaand aan het eerste consult te laten beantwoorden. Tijdens de daaropvolgende consulten kunnen dan vervolgens allerlei aspecten verder besproken worden.

Het is bijzonder om vast te stellen dat de patiënt meestal niet direct alle informatie prijsgeeft. Soms heeft dit met het geleidelijk opfrissen van het geheugen te maken, maar vaak is de patiënt er niet aan toe om meer te zeggen dan voor dat moment. Desalniettemin is mijn ervaring dat de patiënt eigenlijk altijd 'vertelt' waar het aan schort, als je maar als behandelaar leert om te luisteren. Want naast of onder de diagnoses, die op dat moment als het meest waarschijnlijk door je hoofd gaan, observeer je, probeer je aan te voelen en sta je open voor een bredere dan strikt logische interpretatie. Dit wordt door veel artsen en behandelaars als intuïtie omschreven. Niet zelden wordt pas bij het verlaten van de spreekkamer vitale informatie gedeeld; dit wordt het 'deurknop-fenomeen' genoemd. Het moment van afscheid is dus een moment om opletend te zijn.

Mijn patiënte van 35 jaar kwam met whiplashklachten. Ze was onderweg naar haar drukke baan, binnen de bebouwde kom, in een kop-staart aanrijding terecht gekomen. Op het eerste gezicht leek de 'schade' reuze mee te vallen. Daarom was ze maar doorgereisd naar haar werk, waar zij in de loop van de dag toch wel wat hoofdpijn kreeg. Voor de zekerheid liet ze een foto maken in het ziekenhuis, daar was niets op te zien. Toen ze toenemende klachten kreeg van duizeligheid, hoofdpijn en vermoeidheid, werd ze steeds bozer. Ze bezocht een aantal fysiotherapeuten die er geen van allen 'doorheen kwamen'.

Tijdens mijn eerste consult was ze afwerend, ze wilde gewoon per direct van de klachten af en vond mijn vissende vragen naar andere achtergronden maar niks. Deze vragen stelde ik omdat de ervaring leert dat bij een whiplash allerlei, in het hoofd-halsgebied opgeslagen, herinneringen 'geactiveerd' kunnen worden. Dan is het dus vanzelfsprekend om hier aandacht aan te besteden en behulpzaam te zijn in het herkennen en loslaten ervan. Nadat ik mijn patiënte magnesium, vitamine B12 en ginkgo biloba had voorgeschreven en haar voeding had bijgesteld, kalmeerde ze een beetje. Vervolgens liep ze tamelijk ontspannen naar de deur toe, en terwijl ze mij een hand gaf zei ze: 'Je wilt niet weten wat een mens allemaal op z'n nek meesjouwt'. Ik tegen haar: 'Hoor je wat je zegt? Je vertelt iets over je nek'. Ze keek me betrappt aan. Om haar niet in haar schulp te doen terug kruipen, zei ik: 'Voel je vrij om hier naar te kijken en als je wilt dat ik meekijk, is dit natuurlijk goed'. Na verloop van tijd kon ik haar, naast de door mij gecontinueerde behandeling, naar een goede fysiotherapeut-haptonoom verwijzen, die zowel fysiek als emotioneel met haar werkte. Haar whiplashklachten zijn volledig hersteld.

**'... de patiënt
geeft meestal
niet direct alle
informatie
prijs...'**



‘In de oude oosterse filosofie wordt intuïtie als het hogere denken gezien...’

Een andere patiënte, een 55-jarige jurist bij een ministerie, had ik al een tijdje in de praktijk met buikklachten die stressgerelateerd waren. Terwijl we in gesprek waren, viel het me op dat ze ‘nasaal’ klonk. Ik vroeg haar of ze verkouden was, en ze zei dat ze dit al een paar weken had en dat het wel weer over zou gaan. Toch liet het mij niet los, temeer omdat ze geen zakdoek nodig leek te hebben. Aan het eind van het consult stond ze op, pakte haar tas en zei: ‘En die neus gaat vanzelf weer over’. Alsof ik alleen maar bevestigend hoefde te knikken. Maar dat deed ik niet, en achteraf bleek dit een gelukkige intuïtieve greep: ik vroeg haar om opnieuw te gaan zitten en pakte mijn onderzoekslampje om in haar neus te kijken. Daar zag ik een enorme tumor en schrok me wezenloos. Toen ik vertelde wat ik zag, leek ze niet heel erg geschokt; blijkbaar had ze wel gevoeld dat er iets mis was en had ze gehoopt om door mij gerustgesteld te worden. Diezelfde dag belandde ze in het ziekenhuis waar ze nog net een neus-sparende operatie kon ondergaan.

Het deurknop-fenomeen is berucht in de geneeskunde, want bij het verlaten van de spreekkamer kan niet alleen essentiële informatie worden gedeeld, maar wordt soms ook de eigenlijke reden van het consult verteld. Vaak gebeurt dit uit gêne over het onderwerp, bijvoorbeeld wanneer het seks-gerelateerd is, of omdat er andere rede-

‘... pas bij het verlaten van de spreekkamer wordt werkelijk vitale informatie gedeeld.’

nen zijn die het moeilijk maken om over de echte vraag te praten. Veel behandelaars ervaren het deurknop-fenomeen als uitermate hinderlijk en zelfs gevaarlijk, omdat er niet voldoende tijd meer is om op de echte vraag in te gaan, of omdat – zoals bij mijn tweede patiënt – het risico bestaat dat de informatie door verminderde aandacht van de behandelaar niet op waarde wordt geschat. Daarom is het belangrijk om aan het begin van het consult de onderwerpen voor het gesprek te inventariseren, te proberen om ‘achter de vraag te kijken’, en voldoende tijd over te houden om aan het einde na te gaan of er nog meer zaken zijn. Ik heb mijn patiënten altijd gevraagd om voor het consult een lijstje te maken en dit samen te bespreken.

Het gebruik van intuïtie wordt in de oude oosterse filosofie als het hogere denken gezien, dat zich onderscheidt van het lagere denken. Intuïtie is niet gebaseerd op logisch redeneren en ook niet op emotie. Men spreekt ook wel van ‘intuïtief begrijpen’. Als je kijkt naar de westerse definitie van intuïtie, dan worden zowel ‘direct weten, zonder redeneren’ genoemd, als ‘het vermogen om alle relevante informatie ineens te overzien’. Dit laatste impliceert ook de aanwezigheid van kennis over het onderwerp en bij medische besluitvorming is dit natuurlijk aan de orde. Er wordt op bescheiden schaal fundamenteel onderzoek gedaan naar het verschil tussen intuïtie en redeneren. Wanneer proefpersonen wordt gevraagd om de gelaatsuitdrukking van mensen op twee manieren te beoordelen, namelijk door redeneren en door intuïtieve perceptie, blijken verschillende hersengebieden te worden geactiveerd die onderling ook interacties hebben. Een heel scherpe scheiding tussen de twee, als het om hersenactiviteit gaat, lijkt er dus niet te zijn.

Veel behandelaars geven aan naast analytisch denken, gebruik te maken van intuïtie en dit ook belangrijk te vinden. Gelukkig maar voor de patiënt, want die moet het hebben van de grootst mogelijke coherentie bij de behandelaar.

Bronvermelding: zie pagina 37 en 38.