

# De behandeling van patiënten met chronisch klaaggedrag in een huisartspraktijk

F. VAN AKKEREN EN A. T. VEENINGA

De auteurs beschrijven een behandelingsmethode bij chronisch klaaggedrag die, gezien de beperkte tijdsduur, goed door de huisarts kan worden toegepast. Bij deze methode wordt gebruik gemaakt van elementen uit de gedragstherapie: in de inzichtfase leert de patiënt de samenhang tussen klachten en psychosociale factoren herkennen en begrijpen, en in de veranderingsfase leert hij zijn klachten actief beïnvloeden. De patiënten waren over het algemeen tevreden over de behandeling en de indruk bestaat dat hun klachten zijn afgenomen. De huisarts ervaart de beschreven aanpak als een adequate benaderingswijze bij chronisch klagende patiënten.

## Inleiding

Iedere huisarts kent patiënten die steeds weer aandacht vragen voor min of meer vage klachten waarvoor geen duidelijke somatische oorzaak wordt gevonden. De arts-patiënt relatie kan ernstig verstoord raken, als de communicatie niet verder komt dan dit soort klachten.<sup>1</sup> De behandeling blijft beperkt tot een medicamenteuze symptoombestrijding, terwijl de huisarts de patiënt probeert gerust te stellen met de mededeling dat er „niets aan de hand” is, of adviezen geeft als „je moet er mee leren leven”. Vaak volgt na verloop van tijd een – al dan niet afgedwongen – verwijzing naar een specialist.

De bekrachtigende werking die al deze medische aandacht op het klaaggedrag van patiënten kan hebben, is uitvoerig beschreven.<sup>1,2</sup> Mede hierdoor kan het klagen zich ontwikkelen tot een vaste gewoonte. Het lijkt daarom voor huisartsen van belang om chronisch klaaggedrag tijdig te onderkennen en er een adequate benaderingswijze voor te ontwikkelen.

## Chronisch klaaggedrag

Chronisch klaaggedrag dient naar onze mening tot de psychische stoornissen te worden gerekend.

Uit diverse studies blijkt dat ongeveer 25 procent van de nieuw aangemelde psychische problematiek een chronisch verloop gaat vertonen, dat wil zeggen langer dan een jaar blijft bestaan of zelfs verergert.<sup>3</sup> Onderzoek naar de omvang van deze problematiek in de huisartspraktijk is betrekkelijk schaars. Ormel en Giel schatten dat er in 15-25 van de contacten met huisartsen sprake is van psychische problematiek.<sup>3</sup> Of het de patiënt zelf in al deze gevallen duidelijk is dat het om deze problemen gaat wordt niet vermeld. Bij patiënten met chronisch klaaggedrag is hier doorgaans geen sprake van: hoewel bij lichamelijk onderzoek geen of onvoldoende aanknopingspunten voor de klachten worden gevonden, blijft de patiënt (aanvankelijk) overtuigd dat er iets moet zijn. Het begrip chronisch klaaggedrag treffen we ook aan bij Bremer, die het reserveert voor patiënten die jarenlang klagen, niet geholpen willen worden, en bij wie het klagen een neurotische communicatiefunctie vervult.<sup>4</sup> Daar het begrip echter in feite een gedrag aanduidt, lijkt het ons juister het te gebruiken voor patiënten die langdurig klagen, waarbij we intrapsychische en/of meta-communicatieve aspecten buiten beschouwing laten. Wij zijn van mening dat deze niet altijd dezelfde zijn bij chronisch klaaggedrag. Hoewel de omschrijving wat vaag is (langdurig uiteten van lichamelijke klachten, zonder dat er voldoende lichamelijke oorzaken voor

gevonden worden), menen wij dat het verschijnsel vaak zeer herkenbaar is voor de huisarts.

Over de prevalentie van chronisch klaaggedrag in de eerste lijn valt weinig te zeggen, daar men het begrip niet aantreft in morbiditeitsanalyses. Lamberts maakt terecht een duidelijk onderscheid tussen probleemgedrag waarbij het huisarts en patiënt duidelijk is dat het om psychische en sociale problemen gaat, en ziektegedrag dat niet berust op het bestaan van een duidelijk omschreven lichamelijke ziekte (ziektegedrag zonder ziekte met ziektegevoel).<sup>5</sup> Tot dit laatste kunnen de zogenaamde functionele klachten worden gerekend.

Bij mensen met chronisch klaaggedrag spelen functionele klachten doorgaans een grote rol, maar het hebben van een functionele klacht zeg nog niets over de mate waarin geklaagd wordt. Bovendien komt het soms voor dat duidelijke lichamelijk omschreven afwijkingen gepaard gaan met excessief klagen dat niet in verhouding staat tot de ernst van de afwijking.

## Behandelingsmethode

In de Nederlandse literatuur is weinig te vinden over uitgewerkte gestructureerde behandelingsmethoden die door huisartsen worden toegepast bij de behandeling van psychische problemen. In 1971 beschreef van Lidth de Jeude de ontwikkeling van een benaderingswijze van patiënten met psychosomatische verschijnselen.<sup>6</sup> Sindsdien zijn nog enkele publicaties verschenen over groepsbehandelingen van patiënten met lichamelijke klachten.<sup>7,8</sup> Meer gegevens zijn bekend over het functioneren van psychologen in de eerste lijn, al wordt niet altijd duidelijk van welke behandelingsmethoden zij zich bedienen.<sup>9-11</sup>

Lamberts en Hartman hebben onderzoek verricht naar huisartsgeneeskundig handelen bij psychische problemen; zij geven de volgende globale indeling: farmacotherapie 37 procent, psychotherapie 17 procent en advies en voorlichting 32 procent. Psychotherapie wordt niet nader omschreven dan „een systematisch gesprek met patiënt”.<sup>12</sup> Onduidelijk is welke criteria hiervoor gelden. Elders in de literatuur worden steun, geruuststelling en luisteren wel genoemd als belangrijkste aspecten van verbale therapieën. Onderzoek naar de effecten van de behandeling van psychische problemen en de 1e lijn zijn zeer schaars. Huygen, Smits en Huygen en Van Weel hebben, naast het vastleggen van sub-

\* De auteurs zijn respectievelijk huisarts te Amsterdam en psychiater verbonden aan het RIAGG Westelijk Utrecht.

jectieve ervaringen, gepoogd een wat meer objectieve indruk te krijgen van veranderingen die in de behandelingsperiode plaatsvinden door medicijn-gebruik en consultfrequentie voor en na behandeling te registreren.<sup>13 14 8</sup>

Sinds 1979 past de eerste auteur in zijn praktijk bij chronisch klaaggedrag een niet-medische behandelingsmethode toe, die vooral gebaseerd is op elementen van de gedragstherapie en de directe therapie.<sup>15 16</sup> Dit gebeurt in nauw consultatief overleg met de tweede auteur, een psychiater. Vanuit de opgedane ervaringen ontstond geleidelijk aan een aanpak met elementen en procedures die in nagenoeg alle latere behandelingen werden toegepast, waardoor op den duur een goed hanteerbaar behandelingsplan ontstond.

Het aantal zittingen per behandeling bedraagt 8 tot 15, de duur per zitting

ongeveer 30 minuten en de frequentie eens per 7 tot 10 dagen. Bij elke behandeling wordt steeds uitgegaan van de klacht(en) die de patiënt naar voren brengt, en benadrukt wordt dat deze onaangename lichamelijke sensaties serieus genomen zullen worden. Als behandelingsdoel wordt geformuleerd: deze sensaties te doen afnemen.

In de eerste fase leert de patiënt de samenhang op te sporen tussen de intensiteit van zijn klachten en andere factoren, zoals situaties die als onaangenaam worden ervaren, angsten of verhoogde spierspanning. De behandelaar exploreert eerst samen met de patiënt de problemen en de context waarin deze plaatsvinden. Met behulp van voorbeelden wordt informatie gegeven over ontstaanswijzen van klachten (bijvoorbeeld angst → gestoorde ademhaling → hyperventilatie; situaties die als onaan-

genaam worden ervaren → spierspanning → hoofdpijn). Er worden huiswerkopdrachten gegeven (self-monitoring van bepaalde klachten en gedragingen), waardoor de patiënt zichzelf beter leert waar te nemen in zijn dagelijkse leven. De leerervaringen worden (schriftelijk) samengevat in een zogenaamd „spanningsmodel”, waarin de samenhang tussen klachten, angst, boosheid, onzekerheid en het gedrag van patiënt wordt weergegeven.

De inzichtsfase gaat geleidelijk aan over in de veranderingsfase, waarin patiënt leert zijn klachten te beïnvloeden. Signalen vanuit het lichaam worden anders gecodeerd (spanning in plaats van ziekte) en de patiënt leert zich te ontspannen, voornamelijk met behulp van de zogenaamde progressieve relaxatiemethode<sup>17</sup>, waardoor deze onaangename sensaties verminderen. Er wordt gewerkt met autosuggestie (positieve zelfuitspraken, geruststellende zelfinstructies) in situaties waarin de patiënt zich onzeker en angstig voelt. Ook leert de patiënt veranderingen aanbrengen in zijn leefpatroon die klachtverminderend werken, zoals het rustiger plannen en uitvoeren van activiteiten en adequater reageren in sociale situaties die als problematisch worden ervaren.

Niet zelden veranderen in de loop van de behandelingen de doelen waaraan gewerkt wordt, en komen ook intrapersoonlijke of relationele problemen aan de orde. Vaak worden ook gezins/familieleden in de behandeling betrokken, zeker als zij een bekrachtigende invloed op het klaaggedrag van de patiënt hebben (luisteren, geruststellen). Er worden dan afspraken gemaakt hoe zij er voortaan op zullen reageren (bijvoorbeeld negeren).

In het kader op deze pagina is schematisch weergegeven hoe een dergelijke behandeling kan verlopen.

## Resultaten

Sinds 1979 zijn 56 patiënten behandeld, 38 vrouwen en 18 mannen. De gemiddelde leeftijd bedroeg 39,2 jaar (spreiding 18-62 jaar).

De indruk bestaat dat de tevredenheid bij de patiënten over het algemeen groot is. Velen voelen zich na afloop beter en zelfverzekerder. Zij hebben inzicht gekregen in hun eigen spanningsmodel: „Ik hoef er niet meer mee te leren leven, maar kan mezelf veranderen en me daardoor prettiger voelen”. Zij hebben het gevoel, meer baas te zijn in eigen lichaam en kunnen spanning beter herkennen en hanteren.

### Het verloop van de behandeling

**Eerste zitting.** Nadere exploratie van de klacht(en) van de patiënt. Formuleren van de behandelingsdoelstelling: de klachten doen afnemen. Informatie geven over hoe klachten kunnen samenhangen met niet-lichamelijke factoren (spanningsmodel van klachten). Indien de patiënt deze visie accepteert, worden verdere afspraken over de behandelingsprocedure gemaakt en er wordt een contract voor de eerste 8-10 contacten opgesteld.

Huiswerk: schriftelijk het spanningsmodel verwoorden (samenvatting van wat in de zitting geleerd is). Voorbeelden van eigen spanningsklachten opschrijven.

**Tweede zitting.** Bespreken van het huiswerk en verder uitwerken van het persoonlijk spanningsmodel van de patiënt.

Huiswerk: self-monitoring van een bepaalde zeer hinderlijke, angstverwekkende klacht en hierop een geruststellende suggestieve zelfuitspraak laten volgen (hardop of in gedachten).

**Derde zitting.** Verloop en effect van de huiswerkopdracht navragen. Uitleg over relaxatietechnieken (progressieve relaxatie, autogene training); kiezen van een methode en deze (gedeeltelijk) trainen.

Huiswerk: self-monitoring en autosuggestie met betrekking tot een of meer klachten. Deze opdracht blijft vaak ook in de volgende zitting van kracht.

**Vierde zitting.** Huiswerkbespreking. Verder oefenen in ontspannen, waarbij de definitieve ontspanningsinstructie door de hulpverlener ingesproken wordt op een cassetteband. Deze instructie is op de ontspanningsmogelijkheden van de patiënt afgestemd. Tussen evaluatie met betrekking tot de behandelingsmethode, verloop van de klachten sinds het begin: tevredenheid, greep op de klachten?

Huiswerk: relaxatieoefeningen tweemaal daags (20 minuten).

**Vijfde zitting.** Effecten van de ontspanningsoefeningen navragen. Eventuele problemen erbij bespreken, zo nodig oefenen. Huiswerk: doorgaan met ontspanningsoefeningen en verschillende graden van spanning en ontspanning leren waarnemen, met de erbij behorende lichamelijke sensaties.

**Zesde zitting.** Bespreken van de vorderingen bij de ontspanningsoefeningen. Verder uitwerken van de graden van spanning-ontspanning en nader exploreren van de samenhang tussen spanning en gebeurtenissen in het dagelijkse leven. Wat kan hierin veranderen?

Huiswerk: ontspanningsoefeningen; afspraak over veranderingen in de leefsituatie, bijvoorbeeld in rustiger tempo werken, verlagen van eisen, leren nee durven zeggen.

**Zevende zitting.** Bespreken van de resultaten van de relaxatie-oefeningen op langere termijn (effect na een aantal weken). Self-monitoringsresultaten vergelijken met het niveau van de derde zitting (afname van de geturfd klachten?).

Huiswerk: relaxatie-oefeningen; dagelijks op vaste tijden de mate van spanning registreren bij zichzelf en werken aan vermindering van deze spanning.

**Achtste zitting.** Evaluatie. Bespreken of er nog specifieke problemen zijn blijven liggen, en zo ja, afspreken hoe hieraan verder gewerkt gaat worden; zo niet, na drie maanden nog een slotevaluatie afspreken.

Soms wordt na deze evaluatie nog een aantal zittingen gewerkt aan problemen die in de loop van de behandeling naar voren zijn gekomen en die niet uitsluitend klachten betreffen, bijvoorbeeld relatie/opvoedingsproblemen, non-assertiviteit.

**Tabel.** Scores van tien patiënten op de Symptom checklist, voor en na de behandeling.

Patiënt	Totale score		Sociale inadequatie		Somatisatie		Agorafobie		Hostiliteit	
	voor	na	voor	na	voor	na	voor	na	voor	na
A	259	191	19	21	43	29	22	14	10	8
B	124	99	10	9	44	17	7	9	5	5
C	167	118	11	9	43	16	7	6	7	8
D	223	132	14	12	43	24	23	9	9	7
E	191	147	12	9	33	19	13	11	5	4
F	272	173	28	13	60	27	20	11	10	9
G	242	168	17	16	48	19	11	9	16	12
H	264	156	29	13	56	26	14	12	12	11
I	270	204	23	15	54	36	16	15	11	9
K	235	154	28	12	49	22	9	8	7	8

Het toepassen van deze behandelingsmethode werkte voor de huisarts verhelderend en bracht een duidelijke structuur aan in de contacten met deze patiënten, waardoor op een constructieve wijze met de klachten kon worden omgegaan. De relatie met de patiënten verbeterde hierdoor, gevoelens van machteloosheid namen af en ook in andere gevallen werden spanningssyndromen gemakkelijker herkend.

Voor het welslagen van de behandeling lijkt een duidelijke positieve instelling ten aanzien van de gevolgde methode een basisvoorwaarde. Alleen indien de behandelaar de methode met overtuiging weet te brengen mag verwacht worden dat de patiënt er ook constructief mee aan de slag zal gaan.

Deze ervaringen zijn subjectief en er mogen geen conclusies aan verbonden worden met betrekking tot de effectiviteit van de behandeling. Geleidelijk aan ontstond de behoefte ook een meer objectieve indruk te krijgen van de veranderingen die optraden tijdens de behandelingsperiode. Er werd besloten hiervoor gebruik te maken van een zelfbeoordelingsschaal/klachtenlijst.

Gekozen werd voor de *Symptom checklist* in de Nederlandse vertaling.<sup>18</sup> Deze lijst bestaat uit 90 items die gescoord worden op een vijfpunts-schaal die loopt van „helemaal niet” via „een beetje – nogal – tamelijk veel” tot „heel erg”. De items betreffen klachten op zowel lichamelijk als psychisch gebied en een aantal items is ondergebracht in symptoomdimensies, te weten: sociale inadequatie, somatisatie, agorafobie en hostiliteit. De totale score geeft een globale indruk van het lichamelijk en psychisch (on)welbevinden.

De behandelaar vroeg de patiënten deze lijst voor en na de behandeling in te vullen. Opgemerkt dient te worden dat dit methodologisch eigenlijk onjuist is.

Als de behandelaar zich tevens als onderzoeker presenteert, kan dit de resultaten van de scoring beïnvloeden.

Medicijngebruik en consultfrequentie zijn door anderen in de huisartspraktijk ook wel gehanteerd als parameters voor behandelingseffecten.<sup>7, 12</sup> Omdat de hier beschreven behandelingen tevens gericht waren op een afname van het medicijngebruik en de contactfrequentie, zijn de gegevens hierover achteraf uit het kaartsysteem gelicht. De 22 patiënten voor wie dat mogelijk bleek, consulteerden de huisarts in het jaar vóór de behandeling gemiddeld 8,7 maal en in het jaar daarna 5,3 maal. In het eerste jaar gebruikten acht patiënten dagelijks psychofarmaca, in het tweede jaar waren dat er nog slechts vier. De gehanteerde meetmethode is echter niet zeer betrouwbaar.

De tabel geeft een overzicht van de resultaten bij de tien patiënten die zowel voor als na de behandeling de SCL-90 hebben ingevuld. Een globale beschouwing van deze tabel levert op, dat de totaalscore voor alle patiënten na de behandeling afneemt, dat wil zeggen dat zij na de behandeling minder gehinderd worden door lichamelijke en psychische klachten. Ook de factor somatisatie geeft een duidelijke afname te zien. Bij de andere dimensies zijn de verschillen minder duidelijk.

Deze resultaten zijn treffend, daar de behandeling in de eerste plaats tot doel had lichamelijke klachten te verminderen.

### Beschouwing

De hier beschreven behandelingsaanpak van chronisch klaaggedrag is op zichzelf niets nieuws. Het is een benadering, beperkt van omvang en tijdsinvestering, waarbij voornamelijk gebruik gemaakt wordt van leertheoretische principes en methoden. Er wordt uitge-

gaan van de klacht(en) en er wordt aandacht besteed aan cognitieve processen<sup>19</sup>, het gedrag van de patiënt en omgevingsfactoren die deze klacht(en) kunnen beïnvloeden. Deze aanpak is goed bruikbaar voor de huisarts. Zij vereist wel een positieve instelling ten aanzien van de behandeling en enige scholing in leertheoretische principes en oefening en ervaring met gedragstherapeutische technieken.

Een reden waarom huisartsen, naast andere disciplines (psycholoog, maatschappelijk werk), in staat zouden moeten zijn deze niet-medische behandelingswijze van klaaggedrag uit te voeren, is gelegen in het feit dat bij een aantal patiënten met chronisch klaaggedrag ook lichamelijke problemen een rol kunnen spelen. Van belang is dan dat men de medische en de niet-medische benaderingswijze strikt gescheiden houdt.

Wat betreft het effect van de hier beschreven behandeling kan worden opgemerkt, dat de patiënten over het algemeen zeer tevreden zijn na de behandeling. Gegevens verkregen met behulp van een zelfbeoordelingslijst, ondersteunen dit: na de behandeling rapporteren de patiënten minder klachten. Ook lijkt er na de behandeling een daling te bespeuren in het gebruik van psychofarmaca en in de consultfrequentie.

In hoeverre deze veranderingen consistent zijn, is thans niet te zeggen. Het verdient aanbeveling de follow-up over een langere periode uit te breiden door bijvoorbeeld de vragenlijst één jaar na behandeling nog eens te laten invullen en ook het medicijngebruik en de consultfrequentie te blijven vervolgen. Het meten van psychotherapie-effecten blijft echter een hachelijke zaak.

<sup>1</sup> Grol RPTM, red. Huisarts en somatische fixatie. 2e dr. Utrecht Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

<sup>2</sup> Fordyce WE. Behavioral methods in medical practice. In: Karasu TB, Steinmuller RI, eds. Psychotherapeutics in medicine. New York: Grune & Stratton, 1978.

<sup>3</sup> Ormel J, Giel R. Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts. Tijdschrift Psychiatri 1983; 10: 688-710.

<sup>4</sup> Bremer GJ. Klagen [oratie]. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1980.

<sup>5</sup> Lamberts H. De morbiditeitsanalyse – 1972 door de groepspraktijk Ommoord: een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde (I). Huisarts en Wetenschap 1974; 17: 455-73.