

Een didactische benadering bij onbegrepen lichamelijke klachten

G KALSBECK, MM KLAVER

Inleiding

Onbegrepen lichamelijke klachten komen veel voor en de meeste onbegrepen klachten gaan niet vanzelf over.^{1,2} De behandeling is veelal symptomatisch, zelden effectief en meestal zelfs teleurstellend.

In deze bijdrage bespreken wij een aanpak die is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie.^{1,3-5} Uitgangspunt is de observatie dat sommige patiënten meer baat hebben bij een goed leergesprek dan bij medisch ingrijpen.⁶ Op basis hiervan groeide bij ons het idee om onbegrepen lichamelijke klachten te benaderen vanuit een *didactische* visie. Zo kwamen wij ertoe om een project 'Spreekuur Onbegrepen Lichamelijke Klachten' (SOLK) op te zetten. In deze klinische les beschrijven wij de opzet van dit spreekuur.

Casus 1

Maria is naar aanleiding van een krantenartikel over het SOLK-project naar het spreekuur gekomen. Ze vertelt dat ze al zes jaar op gezette tijden last heeft van hevige hoofdpijn, die ze plastisch *band*-hoofdpijn noemt. Bij tijd en wijle wordt ze er erg verdrietig van. Maria is 35 jaar, heeft een fijne echtgenoot en runt een drukke parfumzaak. Ze zegt: 'Ik heb een prettige werkomgeving, een prima woonomgeving, leuke vrienden, maar die hoofdpijn is dagelijks aanwezig en vergalt mijn leven.'

Maria heeft een groot aantal therapieën en therapeuten beproefd – van Cesar-therapie tot behandeling door een magnetiseur, van psycholoog tot haptonoom – en ze heeft uiteenlopende medicijnen geprobeerd, maar niets hielp. Maria is een vlotte vrouw, die wil aanpakken; niets is haar te veel. Dat er niets te vinden is, roept bij haar spanningen en emoties op.

Gevraagd naar hoe zij in het leven staat, zegt ze onder andere: 'Ik was altijd al een "race-kind", druk en driftig. Maar toen had ik nergens last van. Die hoofdpijn is zes jaar geleden ontstaan.' Een relatie tussen bepaalde omstandigheden zes jaar geleden en de hoofdpijn valt niet te ontdek-

Samenvatting

Kalsbeek G, Klaver MM. Een didactische benadering bij onbegrepen lichamelijke klachten. *Huisarts Wet* 2000;43(7):310-3.

In dit proefproject worden mensen met onbegrepen lichamelijke klachten benaderd vanuit een *didactische* visie. In deze benadering ligt de nadruk op zelfwerkzaamheid en eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het omgaan met de klacht. De bevindingen zijn hoopgevend. Het blijkt mogelijk om de denkbeelden van de cliënt over de klacht zodanig te veranderen, dat deze opnieuw actie onderneemt. De door de cliënt zelf geïnitieerde acties leiden ertoe dat een deel van de hardnekkige klachten afneemt of zelfs verdwijnt.

G. Kalsbeek, didacticus Zorgservices Twente;
M.M. Klaver, neuroloog Streektziekenhuis
Midden Twente, Postbus 546,
7550 AM Hengelo.
Correspondentie: M.M. Klaver.

ken. 'Mijn man pakt ook alles aan en die mankeert niets.' Maria en de didacticus praten dan een poosje over verschillen in karakter en de manier waarop mensen allerlei gebeurtenissen om hen heen verwerken: dat doet de een gemakkelijker dan de ander. Maria trekt een voorzichtige conclusie: 'Misschien heb ik al die drukte, driftigheid en onrust wel opgestapeld en is zes jaar geleden de grens van mijn tolerantie bereikt.' De didacticus beaamt het niet, maar zegt dat dat best mogelijk is.

Het gesprek gaat verder over haar huidige gedrag. 'Hoe pak je dingen aan?' Dan vertelt Maria dat ze alle tijd precies indeelt, dat ze veel activiteiten afhandelt in de trant van 'even gauw dit en even gauw dat', dat ze zich erg snel ergert aan bepaalde omstandigheden en dat dat dan weer spanningen oproept. Aan het einde van de dag is ze totaal uitgeput. Daarom kan ze er naast haar werk niets bij doen. Ze zegt: 'Ik kan na mijn werk niets meer, ik ben te moe en daar ergert ik me aan.'

De vraag is dan wat ze nu nog van dokters en andere hulpverleners verwacht. Ze antwoordt: 'Ik geloof zo langzamerhand dat ze me niet kunnen helpen'. De didacticus vult aan: 'Op dit moment niet, wellicht later nog eens. Maar wat betekent dit nou voor jou?' Het antwoord is: 'Tja, dan moet ik het zelf maar doen.'

Op deze uitspraak borduurt de didacticus voort: 'Dat betekent dus dat je goed naar jezelf moet kijken, besef je dat wel? Het is soms gemakkelijker om via een pilletje zaken op te lossen dan kritisch naar jezelf te kijken. Het is belangrijk dat je een keuze maakt die op termijn loont.'

Nu Maria deze belangrijke stap heeft gezet, wordt gezamenlijk gezocht naar acties waarvan effecten verwacht kunnen worden. Ze noemt de volgende mogelijkheden: in de parfumzaak een hulp voor een of twee dagen nemen, zodat er tussen de bedrijven door even wat anders gedaan kan worden (ontspannen, c.q. loslaten), dagelijkse activiteiten minder minutieus plannen (er mogen best dingen anders gaan), rustiger naar het werk rijden en zich minder ergeren aan verkeersdeelnemers, probeer zaken los te laten. De didacticus vult aan: 'Bij ontspanningsmomenten jezelf niet meteen schuldig voelen omdat dat niets oplevert. En als je een ontspanningsmoment hebt ontdekt, dan dit uitbundig vieren. Geniet van die schaarse momenten en breid ze uit.'

Na afloop van het gesprek zegt Maria als een van de antwoorden op de enquêtevragen: 'Mijn klacht is niet zozeer helderder geworden; ik wist het eigenlijk wel, maar het is nu nog eens bevestigd. Ik weet nu in ieder geval wat ik met mijn klachten wil en ik ben ervan overtuigd dat deze aanpak kan leiden tot het (gedeeltelijk) oplossen van de klacht.'

Casus 2

Simon komt naar aanleiding van een interview op de radio naar het SOLK-spreekuur. Hij vertelt dat hij rugklachten heeft die steeds erger worden. De pijn trekt naar het linkerbeen en hij vermoedt dat het een

hernia is. Op zijn verzoek zijn er kort geleden foto's gemaakt van de heup en van het bekken, maar de uitslag was: niets te vinden. En toch moet er volgens Simon iets aan de hand zijn. Die pijn komt niet zomaar ergens vandaan. Hij heeft in het recente verleden veel zwaar werk moeten verzetten en ook nu moet hij nog weleens zwaar werk doen als magazijnbeheerder bij een frisdrankenfabriek. De doktoren hebben hem aangeraden in beweging te blijven en de huisarts vindt dat een scan niet nodig is.

Simon is 34 jaar; hij maakt een onzekere indruk en geeft te kennen faalangstig te zijn. Hij is een zorgelijk en zuchtend type. In zijn vrije tijd doet hij eigenlijk dingen in het verlengde van zijn dagelijkse werkzaamheden: statiegeldflessen en oud papier verzamelen voor het Rode Kruis. Als het gesprek op het onderwerp 'persoonlijkheid' komt, geeft hij toe dat hij zich nogal afhankelijk opstelt: 'Dingen overkomen mij, ik laat mij dat gebeuren.'

Als de didacticus vraagt hoe erg het dan met zijn been is gesteld, zegt hij dat het weliswaar lastig is, maar dat het te dragen is. De laatste tijd heeft hij wat meer last gekregen. De didacticus vraagt of Simon in zijn leven bepaalde relaties ziet. Zijn antwoord, na lang nadenken: 'Ik heb wel meer last gehad toen een goede vriend van mij is overleden.' Dat had hij zich zeer aangetrokken, en hij had daarover veel zitten piekeren. 'Zit u nu weer ergens over te piekeren, omdat u net aangaf weer meer last te hebben?' Na een beetje doorvragen vertelt hij hele verhalen over de slechte relatie met zijn directe chef: 'Ik moet veel onder druk werken en dat valt mij zwaar.' 'Heb je er dan al met je baas over gesproken?', is de volgende vraag. 'Nee, eigenlijk niet, hij moet maar komen, het is zijn schuld.'

Het gesprek gaat dan een poosje over zijn te afhankelijk opstelling, over zijn subassertiviteit en over het feit dat hij de dingen maar op zich af laat komen. Simon laat merken dat dit inderdaad frustrerend is, maar weet ook niet hoe het dan wel moet. Ze hebben het vervolgens over communicatie en over het feit dat zijn boodschap niet goed overkomt. In relaties

De kern

- Onbegrepen lichamelijke klachten komen veel voor, en gaan vaak niet vanzelf over.
- Een somatische aanpak bij deze klachten is zelden effectief; cognitieve gedragstherapie helpt wel vaak.
- Een alternatief is een *didactische* benadering, gericht op de zelfwerkzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.
- Patiënten waarderen een apart spreekuur voor onbegrepen lichamelijke klachten, waarbij een dergelijke benadering wordt toegepast.

(werk, familie, gezin) is het goed om duidelijk tegen elkaar te zijn. Aarzelend komt Simon tot de conclusie dat hij een beetje aan zichzelf zal moeten werken. 'Ja, maar hoe moet dat dan?', vraagt hij zich ietwat onzeker af. De didacticus brengt in dat hij eens moet nadenken over het volgen van een assertiviteitscursus. Een gesprek met de chef zal ook opluchting kunnen geven.

Aan het eind van het gesprek neemt Simon zich voor om de volgende acties te ondernemen: zoeken naar andere ontspanningsmogelijkheden dan alleen de klusjes voor het Rode Kruis (hoe leuk ook), een assertiviteitscursus volgen en een gesprek aanvragen met de chef, en ondertussen kritisch eigen gedrag beoordelen en werken aan een positief zelfbeeld. In overleg met de huisarts kan er eventueel een gesprek met een psychotherapeut volgen.

Interessant is dat bij navraag de rugpijn tijdens het gesprek totaal afwezig was.

Tijdens het na-onderzoek vertelt Simon dat hij inmiddels een goed gesprek met de chef heeft gehad. Vervolgens zegt hij letterlijk: 'Ik zal nog beter voor mezelf opkomen, de leuke dingen een hogere prioriteit

geven en mensen zoeken om mee te praten.'

Het spreekuur

De doelgroep van het project bestaat uit mensen met chronische klachten (meestal >2 jaar). De bedoeling is dat de cliënt inzicht verwerft in het eigen functioneren, met als resultaat een gedragsverandering die op lange termijn zou moeten leiden tot herstel of althans vermindering van de klachten. Belangrijk is dat de cliënt zich zelf aanmeldt, als aanzet tot het loslaten van de patiëntenrol. Dit kan betekenen dat er door zelfselectie sprake is van een 'gunstige' doelgroep in termen van motivatie.

Het spreekuur duurt een uur per cliënt en wordt afgesloten met het invullen van een enquêteformulier met vier uitspraken:

- Het beeld dat ik nu van mijn klacht heb, is helderder geworden (vijfpuntsschaal, lopend van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal mee oneens').
- Ik weet nu wat ik met mijn klacht wil (idem).
- Ik snap nu wat ik zelf kan bijdragen aan het (gedeeltelijk) oplossen van de klacht (idem).
- Het gesprek met de didacticus vond ik ... (vijfpuntsschaal lopend van 'bijzonder zinvol' tot 'zinloos').

Aan het bestaan van het spreekuur werd bekendheid gegeven door middel van interviews in regionale kranten en op de radio. De huisartsen in de regio werden geïnformeerd via een nascholingsbijeenkomst.

Per 1 september 1999 hadden 75 personen het spreekuur bezocht, 50 vrouwen en 25 mannen, in leeftijd variërend van 20 tot 95 jaar, en met uiteenlopende beroepen (onder anderen huisvrouw, afdelingschef, kantoormedewerker, constructeur, productiemedewerker). De gemiddelde duur van de klachten was meer dan twee jaar. Alle cliënten gaven aan dat ze op eigen initiatief naar het spreekuur waren gekomen, sommigen naar aanleiding van een krantenartikel, anderen naar aanleiding van het radioprogramma. Slechts een enkele

cliënt bezocht het spreekuur op advies van de huisarts.

Tijdens de projectfase betaalden de cliënten 30 gulden als tegemoetkoming in de administratie, de huur van de accommodatie en de schoonmaakkosten. Inmiddels heeft de ziektekostenverzekeraar AMICON toegezegd het spreekuur financieel te zullen steunen.

Aanpak

Tijdens het spreekuur passen wij een didactische aanpak toe. Het gesprek wordt zo ingericht dat zoveel mogelijk aspecten die betrekking kunnen hebben op de klachten, onder woorden worden gebracht.

De didacticus gaat uit van een probleemoplossende attitude met empathie, meedenken en directieve vraagtechnieken (doorvragen, parafraseren, samenvatten).⁸ Deze aanpak is gericht op het activeren van passieve kennis, dan wel het toevoegen van nieuwe elementen en/of het veranderen van denkbeelden (reattributie).¹⁰ Via voorbeelden, anekdotes en analogieën ontdekt de cliënt wat voor hem de beste aanpak is.⁶⁻⁹

Door het goed uitspreken van zijn klachtengeschiedenis kan de cliënt zien welk gedrag hij in het verleden toepaste om tot een oplossing te komen en hoe dit telkens vastliep (overzicht). In dit stadium maakt de didacticus duidelijk hoe hoofden bijzaken van elkaar kunnen worden gescheiden. Ook wordt zichtbaar of er een relatie is tussen de omstandigheden en de klacht (inzicht) en welk denkbeeld (cognitie) de cliënt over zijn klacht koestert. De didacticus vraagt om toelichting bij onduidelijkheden en inconsistenties. Hij geeft geen advies, want de ervaring leert dat de cliënt bij duidelijkheid spontaan met oplossingen en alternatieven komt.

De didacticus maakt gebruik van de volgende elementen: vertrouwen, verhelderen, emoties, denkbeelden, inzicht en overzicht, en verwachtingen. Hij gaat ervan uit dat de 'verwachting' het denkpaatje van de cliënt in hoge mate stuurt.

Opvallend is dat de cliënten van een bezoek aan een arts in eerste instantie iets anders verwachten (een medicijn, een medisch advies, een foto, een verklaring) dan van een gesprek bij de didacticus. De gedachten zijn nog niet 'voorgeprogrammeerd', hetgeen duidt op een afhankelijke rol jegens de arts. Deze afhankelijkheid zal de cliënt tijdens het spreekuur los moeten laten.

Een ander kenmerk is dat de cliënten zelf het initiatief voor het consult hebben genomen. De didacticus laat merken dat dit initiatief bijzonder gewaardeerd wordt en refereert er vervolgens steeds aan door de cliënt aan te spreken op zijn zelfwerkzaamheid. Hij stimuleert de cliënt het eigen verhaal, de eigen gedachten, de eigen motieven en het eigen gedrag zoveel mogelijk zelf onder woorden te brengen.

De klachtengeschiedenis met het zoeken naar een werkzame verklaring voor de klachten en voor de mislukte behandelingspogingen gebruiken we didactisch gezien voor het maken van 'overzicht'. Het blijkt dat onze cliënten in het verleden de klacht telkens in een beperkt perspectief hebben geplaatst. De didacticus trekt de klachten echter in een breder perspectief, waardoor de cliënten zelf kunnen ontdekken dat bepaalde onbesproken aspecten toch van betekenis kunnen zijn voor het denken over de klacht. 'Overzicht' ontstaat wanneer de cliënt neutraal zijn klachtengeschiedenis, inclusief zijn behandelingspogingen en zijn gedrag om van de klachten af te komen, registreert alsof het een ander betreft.

'Inzicht' wordt gezien als het onderkennen van een relatie tussen de klacht en psychosociale factoren, negatieve gevoelens en negatief coping-gedrag. Zo wordt in de tweede casus de klacht bij 'inzicht' in verband gebracht met werkdruk c.q. haasten (psychosociale factoren) en de slechte relatie met de chef (negatieve emotie). Bij 'overzicht' overziet de heer Simon de door hem genoemde knelpunten: afhankelijk gedrag, het gevoel van 'het overkomt me', geen eigen mening en geen tijd voor zichzelf. Hij bedenkt vervolgens als vanzelf een aantal acties die hij hierop kan ondernemen.

De genoemde knelpunten zijn posities die de cliënt inneemt. De didacticus kan hierop interveniëren. Vaak voorkomende posities zijn: de slachtofferrol van 'het overkomt me', de gedachte 'het lichaam is fout, dus de dokter moet het repareren' en een passieve houding bij uitspraken als 'ik zal het proberen', 'het heeft z'n tijd nodig' en 'u moet het zeggen'.

Beschouwing

Een van onze uitgangspunten bij de opzet van dit pilot-project SOLK is dat we een beroep doen op de zelfwerkzaamheid van de cliënt, wanneer deze eenmaal een helder beeld heeft van de situatie. Dit blijkt tijdens het gesprek. Gestimuleerd door het eigen initiatief om de stap te nemen het spreekuur te bezoeken en niet gehinderd door de 'verwijsafhankelijkheid' van de huisarts, komt de cliënt zelf met alternatieven die de klacht kunnen beïnvloeden. De alternatieven geven hem een goed gevoel en een positief perspectief.

Jensen maakt eveneens gewag van de relatie die er bestaat tussen het gevoel zelf controle te hebben over de situatie en de gevolgen daarvan voor de klacht.⁹ Het gevoel zichzelf beter te kunnen maken (zelfcontrole), blijkt bij het whiplash-syndroom de werkzame factor te zijn om herstel te bereiken.⁶

Onze didactische methodiek stemt overeen met de reattributiemethode van *Goldberg*.¹⁰ De reattributie herschikt en verandert het denkbeeld. Om deze verandering te bewerkstelligen dient de cliënt in vertrouwen vrijuit te kunnen spreken en zich begrepen te voelen. Alleen dan geeft hij zijn denkbeeld prijs en is hij toegankelijk voor verandering. *Goldberg* maakt hierbij gebruik van drie fasen, hetgeen een aantal gesprekken vergt. Wij proberen in slechts één sessie inzicht direct te expliciteren en toe te spitsen op het denkbeeld. Aan het denkbeeld is een negatief gevoel verbonden. Verandert het denkbeeld, dan verdwijnt het ziektebestendige effect van het negatieve gevoel.

De probleemoplossende methode van *Wilkinson et al.* is nauw verbonden met de

reattributiemethode.¹¹ De cliënt werkt via een aantal gesprekken doelgericht een stappenplan uit. Deze methode passen wij echter bewust niet toe, omdat de begeleiding van doelgerichte stappen een zekere afhankelijkheid inhoudt. Als leidraad in onze gesprekken beperken wij ons tot de zelfwerkzaamheid die de cliënt zelf aan geeft. Onze methodiek komt eerder overeen met die van *Speckens* en *Van der Burg-van Walsum*.^{1,4} Wij gaan uit van dezelfde werkzame factoren als zij, maar onze achtergrond, aanpak en gespreksfrequentie zijn anders. Werkzame factoren zijn:

- de grondhouding met vertrouwen en betrokkenheid;
- de cliënt vertelt zijn eigen verhaal en geeft zijn eigen mening;
- de verwachtingen die de cliënt heeft;
- de verheldering door middel van ‘inzicht’ en ‘overzicht’;
- resultaat door middel van alternatieven en positief perspectief, met name het gevoel er zelf iets aan te kunnen doen.

Wanneer we naar de doelstelling van het spreekuur kijken, lijkt het initiatief geslaagd. Het merendeel van de cliënten geeft aan dat er sprake is geweest van klachtenverheldering. Zij tonen een vorm van inzicht en overzicht. De stagnatie is op dat moment opgeheven, doordat de persoonlijke klachtengeschiedenis uitputtend is besproken en er een heldere relatie is ontdekt tussen het klachtenpatroon en psychosociale factoren, een relatie die tevoren nog nooit zo breed was uitgemeten.

Literatuur:

- 1 Speckens AEM, Van Hemert AM, Spinhoven PH, et al. Gunstige effecten van cognitieve gedragstherapie voor onverklaarde lichamelijke klachten; een gerandomiseerd onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:1227-310.
- 2 Kroenke K, Mangelsdorff D. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome. *Am J Med* 1989;86:262-66.
- 3 Van Dulmen AM, Fennis JFM, Bleijenberg G. Betere prognose van functionele buikklachten door aandacht voor psychische factoren. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:641-5.
- 4 Van der Burg-van Walsum M. Gesprekshulp door de huisarts: het vijfgesprekkenmodel. *Huisarts Wet* 1999;42:61-4.
- 5 Mayou R. Treating medically unexplained physical symptoms [Editorial]. *BMJ* 1997;315:621.
- 6 Klaver MM. Het whiplashsyndroom en zelfcontrole. *Huisarts Wet* 1998;41:501-4.
- 7 Schreuder Peters RPIJ, Boomkamp JW, Kalsbeek G. Psychologie de hoofdzaak. Houten: Stenfert Kroese, 1994.
- 8 Gramsbergen-Hoogland Y, Van der Molen HT. Gesprekken in organisaties. Groningen: Wolters Noordhoff, 1992.
- 9 Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Self-efficacy and outcome expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustments. *Pain* 1991;44:263-9.
- 10 Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatization: Teaching techniques of reattribution. *J Psychosom Res* 1989;33:689-95.
- 11 Wilkinson P, Mynors-Wallis L. Problem-solving therapy in the treatment of unexplained physical symptoms in primary care: a preliminary study. *J Psychosom Res* 1994;38:591-8.