

Cognitieve gedragstherapie: Win-winsituatie voor huisarts en patiënt

Veel is al gezegd over de categorie patiënten die met lichamelijk onverklaarde klachten veelvuldig het spreekuur bezoeken. Ze doen een groot beroep op de professionaliteit, het inlevingsvermogen en geduld van de huisarts, en vergen veel aandacht en tijd. Aangetoond is dat cognitieve gedragstherapie helpt: de patiënt leert het eigen gedrag onder ogen te zien en uiteindelijk te veranderen. Henriëtte van der Horst en Nettie Blankenstein ontwikkelden voor het NHG een cursus over cognitieve gedragstherapie die huisartsen een effectief handvat biedt.

Henriëtte van der Horst en Nettie Blankenstein zijn verbonden aan de Onderzoeksgroep Huisartsgeneeskunde van het EMGO-Instituut van de VU. Daarnaast werkt Van der Horst één dag per week als huisarts in een Utrechtse praktijk en Blankenstein anderhalve dag per week in Badhoevedorp. Beiden zijn gepromoveerd op interventieonderzoek in de huisartsenpraktijk onder patiënten met functionele klachten. Van der Horst onderzocht gedragstherapeutische technieken als interventie bij het prikkelbaredarmsyndroom, Blankenstein de effecten van de reattribuïemethode bij somatiserende patiënten. Beiden hebben huisartsen getraind in cognitieve gedragstherapeutische interventies. Inmiddels hebben ze voor het NHG ook een training voor aanstaande docenten ontwikkeld zodat die de cursus kunnen geven via het reguliere nascholingscircuit.



Henriëtte van der Horst



Nettie Blankenstein

‘Zucht... daar komt hij weer!’

Welke huisarts heeft ze niet: de patiënten met chronische vermoeidheid, pijn waarvoor geen oorzaak is gevonden, lage-rugklachten of een prikkelbaredarmsyndroom. Het is slechts een kleine greep uit het brede scala aan klachten waarmee zo’n dertig procent van de patiënten op het spreekuur komt. De klachten hebben soms grote invloed op hun leefwijze: ze zijn ongerust en vermijden activiteiten die de klachten naar hun gevoel verergeren. Dat kan leiden tot conditieverlies en disfunctioneren in gezin en werk. Deze patiënten belanden gemakkelijk in een vicieuze cirkel en komen frequent op het spreekuur, vaak tot lichte wanhoop van hun huisarts.

Van der Horst: ‘Deze categorie patiënten telt voor huisartsen vaak twee keer zo zwaar in de werkdruk als andere patiënten. “Zucht...

daar komt hij weer!”, dat is werkdruk. De manier waarop deze patiënten omgaan met hun klachten heeft alles te maken met hoe zij over hun klachten denken.’

Cognitieve gedragstherapie gaat in op de gedachten van patiënten over hun klachten en welk effect dat vervolgens heeft op hun gedrag. Daarmee kan een huisarts de problemen bij de wortel aanpakken en patiënten weer meer grip op hun leven geven.

Waarom denk je dat?

Cognitieve gedragstherapie richt zich op het veranderen van de manier waarop een patiënt met een klacht omgaat. Essentieel daarbij is het onderkennen en bespreekbaar maken van de cognities. Cognities zijn alle gedachten die een patiënt over de klachten heeft, zoals over de oorzaak en het beloop, maar ook over de eigen beheersingsmogelijkheden. Deze gedachten gaan altijd gepaard met emoties.

Blankenstein: ‘Cognities, emoties en gedrag bepalen het beloop van een klacht en de last die iemand ervan heeft. Je kunt als huisarts pas iemands gedrag beïnvloeden wanneer je diens achterliggende cognities bespreekbaar kunt maken. Neem bijvoorbeeld rugklachten. Als huisarts denk je dan: bewegen is goed. De patiënt kan echter als cognitie hebben dat bewegen slecht is. Dan helpt het niet als je zegt dat iemand meer moet bewegen.’

‘Wat je dan probeert te doen is de cognitie achterhalen: waarom denk je dat?’, vult Van der Horst aan. ‘Heb je dat gedaan, dan kun je jouw cognities er tegenover zetten en bespreken. Ten slotte maak je concrete afspraken over de manier waarop de patiënt met zijn klacht omgaat. De grote winst van deze aanpak is dat een patiënt zich begrepen voelt. Is dat namelijk niet zo, dan blijft de cognitie van de patiënt voortleven naast de jouwe als huisarts en verandert er niets in diens gedrag.’

Werken volgens het SCEGS-model

- ▶ **Somatiek.** De huisarts diept de klacht uit met behulp van de specifieke anamnese en gericht lichamelijk onderzoek. Daardoor voelt de patiënt zich begrepen.
- ▶ **Cognities.** De huisarts vraagt door over de ideeën die de patiënt over zijn klacht heeft. Welke verklaring ziet de patiënt voor de klachten, heeft hij ideeën over de mogelijke oorzaak?
- ▶ **Emoties.** Welke emoties roept de klacht op? Is de patiënt bijvoorbeeld wanhopig, moedeloos of juist opstandig?
- ▶ **Gedrag.** De huisarts vraagt naar de manier waarop iemand met zijn klacht omgaat. Helpt die manier of juist niet? Doet de patiënt bepaalde dingen wel of niet sinds hij de klacht heeft en is dat effectief?
- ▶ **Sociaal.** Welke gevolgen heeft de klacht in sociaal opzicht? Hoe gaat het bijvoorbeeld op het werk en thuis? Hoe reageert de omgeving?

Werken in fases

In feite sluit de interventie aan bij de manier waarop huisartsen al werken, vinden Blankenstein en Van der Horst. 'Alleen past de huisarts nu op een meer systematische en gestructureerde wijze een aantal basisvaardigheden toe.'

De basis van de therapie is het exploreren van de klachten van de patiënt en van diens verwachtingen van de hulpverlening aan de hand van het SCEGS-model (zie kadertekst).

In de tweede fase geeft de huisarts de patiënt uitleg over de klacht en over de oorsprong en het beloop ervan volgens de huidige medische inzichten. Ook geruistellen en het bijstellen van verwachtingen en cognities spelen in deze fase een belangrijke rol.

De derde fase bestaat uit plannen maken, ofwel samen met de patiënt technieken ontwikkelen om op een constructieve manier met de klacht om te gaan. Het doel is niet dat de klachten verdwijnen maar dat patiënt er minder last van heeft. Belangrijk is dat de afspraken concreet en realistisch zijn. 'U gaat elke dag een half uur fietsen', geeft meer kans op succes dan 'probeert u wat vaker te fietsen.'

Huisartsen kunnen de therapie verspreid over drie consulten toepassen. 'Maar soms is één consult bij een lichamelijk onbegrepen klacht ook al genoeg', aldus Blankenstein.

Passend bij de huisarts

Huisartsen zijn positief over het inzetten van cognitieve gedragstherapie. 'Je blijft namelijk dicht bij de klachten van de patiënt en de therapie sluit goed aan bij de werkwijze van de huisarts. Bovendien is het effect op de manier waarop patiënten met hun klachten omgaan in diverse onderzoeken aangetoond. Onder andere in onze eigen onderzoeken naar somatisatie en buikklachten, maar ook in onderzoeken naar interventies bij mensen met chronische vermoeidheid en rugklachten', aldus Van der Horst. 'De cursus kost weliswaar meer tijd dan de gemiddelde nascholing, maar in feite gaat het om basisvaardigheden die de huisarts inzet bij een breed scala aan klachten en die eigenlijk bij elk consult bruikbaar zijn.'

Winst voor iedereen

'De systematische aanpak is vaak een eye-opener voor huisartsen. Die spreekt hun erg aan', vertelt Blankenstein. 'Huisartsen beheersen de gesprekstechnieken over het algemeen goed, maar de patiënt bepaalt vaak het onderwerp van gesprek. Bij cognitieve gedragstherapie kun je het gesprek veel meer sturen en worden de consulten uitdagender. In de trainingen merken we dan ook dat huisartsen deze aanpak niet ervaren als iets dat ze er óók nog eens bij moeten doen, maar als iets dat juist winst oplevert. In mijn onderzoek bleek bijvoorbeeld dat wanneer een huisarts drie consulten met een gedragstherapeutische aanpak in een patiënt investeerde, deze in de twee volgende jaren minder vaak op consult kwam dan voorheen. De investering geeft dus niet alleen voldoening maar ook meer ruimte.'

Voor Blankenstein en Van der Horst raakt deze therapie de kern van het werk. 'Cognities en gedrag spelen bij het gros van de klachten

een grote rol, of het nu gaat om rugproblemen of diabetes. Speel je daar goed op in, dan heb je patiënten echt iets te bieden.'

De niet geschikte patiënt

Volgens Blankenstein is cognitieve gedragstherapie geschikt voor bijna alle patiënten. 'Alleen bij mensen met een somatisatiestoornis heeft de behandeling weinig effect. Zij hebben al vroeg in hun leven allerlei klachten ontwikkeld en willen daar veel aandacht voor. Die patiënten staan niet open voor welke aanpak dan ook. Maar bij anderen kun je het altijd toepassen, zij het natuurlijk met wisselend succes.' Cognitieve gedragstherapie geeft voor de hypochondrische patiënten misschien niet direct resultaat, maar kan wel een belangrijke meerwaarde hebben. 'Je kunt makkelijker bespreekbaar maken dat een verwijzing naar een psychiater nodig is', aldus Blankenstein. 'Meestal accepteren patiënten dat erg moeizaam.'

Van der Horst: 'In de trainingen is er altijd wel iemand die zegt dat de methode "bij deze ene patiënt" toch echt niet werkt, en dan wordt als voorbeeld diens moeilijkste patiënt genoemd. Zo'n huisarts denkt dan niet aan de honderd patiënten bij wie de aanpak wel aanslaat. Wij raden altijd aan om het maar gewoon te proberen. Bovendien werkt een geneesmiddel ook niet bij iedereen.' 'En heeft cognitieve gedragstherapie geen effect', vult Blankenstein aan, 'dan handhaaf je gewoon het oude beleid. Er is dan toch geen schade aangericht?'

De cursus 'Beleid bij patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten. Cognitief-gedragstherapeutische technieken' bestaat uit twee basistrainingen van elk vijf uur, twee vervolgbijeenkomsten van twee uur en daartussen een intervisiebijeenkomst van twee uur. De groepen bestaan uit maximaal twaalf huisartsen.

In de toekomst wordt de cursus aangeboden via het reguliere nascholingscircuit. Wie nu al meer informatie over de cursus wil, kan contact opnemen met het NHG (030-288 17 00).

Intensieve training

Van der Horst: 'De cursus vergt een forse tijdsinvestering, maar we hebben bewust gekozen voor dit onderwijskundige model. Want alleen als je het geleerde in praktijk brengt en met collega's kunt bespreken, heb je maximaal onderwijskundig rendement. Huisartsen die de cursus gevolgd hebben, geven steeds weer aan dat die investering zichzelf terugverdient doordat ze er meer sturing en regie in consulten voor terugkrijgen.'

Inmiddels trainen Blankenstein en Van der Horst ook aanstaande docenten. 'Verder geven we nog twee cursussen voor NHG-stafleden. Zij ontwikkelen richtlijnen en wetenschappelijk beleid en kunnen bijvoorbeeld in standaarden naar cognitieve gedragstherapie verwijzen. Bovendien ontwikkelen ze materiaal voor de implementatie van de standaarden en ook daarin kan cognitieve gedragstherapie een plek krijgen.'

Fenny Brandsma, journalist