

# Een boze vrouw met onverklaarde lichamelijke klachten

L. VAN DER POST, R. BEUNDERMAN

**SAMENVATTING** Naar aanleiding van een suïcidale uiting stuurt een huisarts een vrouw met onverklaarde lichamelijke klachten en extreem ziektegedrag naar de psychiater. De psychiater bejegt patiënte en haar familie op een gestructureerde, directieve manier, vanuit een houding die past bij het niet kunnen verklaren van de klachten. Er wordt een behandelcontract gesloten waarin vaste consultafspraken een centrale rol spelen. Met de vraag om verwijzing naar een somatisch specialist wordt op strategische wijze omgegaan. De beschreven aanpak leidt tot verminderde medische consumptie en is geschikt voor uitvoering door de huisarts in samenwerking met een consulterend psychiater.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 4, 229-233]

**TREFWOORDEN** onverklaarde lichamelijke klachten, somatisatiestoornis, ziektegedrag

Een probleem in de dagelijkse praktijk van huisarts en specialist is een groep patiënten die hardnekkig lichamelijke klachten presenteren waarvoor geen afdoende medische verklaring kan worden gevonden (Van HoudenHove 2001a, 2001b; Mayou e.a. 1995). Deze onverklaarde klachten worden vaak in verband gebracht met psychische of sociale problemen. Er wordt dan gesproken over somatiseren, 'het verlichamelijken van psychische klachten' (Blankenstein 2001).

Hoogduin (2001) constateert dat er verwarring bestaat rond de begrippen 'somatiseren' en 'somatisatiestoornis'. Onderzoek heeft geholpen deze verwarring wat op te helderen door een scherper onderscheid tussen patiëntengroepen te maken. Van Hemert e.a. (1996) deelden 158 nieuw naar de internist verwezen patiënten in 3 groepen in, op basis van lichamelijke en psychische klachten: (1) zij die medische consultatie zoeken voor somatisch onverklaarde klachten; (2) zij die medische consultatie zoeken voor dergelijke klachten

met daarbij een angststoornis of een depressieve stoornis; en (3) zij die medische consultatie zoeken voor deze klachten met daarbij een somatisatiestoornis of hypochondrie volgens de DSM-III-R. In vergelijking met de patiënten uit groep 1 en 2 gingen de patiënten uit groep 3 gedurende een follow-upperiode van 1,2 jaar tweeënhalf maal zo vaak naar de huisarts, bezochten zij tweemaal zo vaak een specialist en werden zij zesmaal zo vaak opgenomen in een somatisch ziekenhuis. Zo kon met ruime criteria een grote groep worden geïdentificeerd met een betrekkelijk normaal (gemiddeld) ziektegedrag, die met restrictieve criteria kon worden onderscheiden van een kleinere groep met extreem ziektegedrag.

De laatste groep vormt voor de (huis)arts een bron van machteloosheid en ergernis. Patiënten als de mevrouw in deze gevalsbeschrijving komen steeds weer op het spreekuur, laten zich niet geruststellen en blijven aandringen op verder onderzoek. De patiënten anderzijds, voelen zich

miskend door hun dokter, die geen ziekte kan vinden en hen niet kan genezen. Het is deze groep patiënten waarop de hier beschreven aanpak zich richt.

#### GEVALSBESCHRIJVING

Mevrouw, 51 jaar oud, strompelt op krukken, met een gezicht als een donderwolk de spreekkamer van de psychiater binnen. Haar man volgt met een bedremmeld gezicht, in zijn rechterhand houdt hij een plastic apothekerstasje met medicijndoosjes. Hun dochter sluit de rij, ze heeft tranen in haar ogen. Mevrouw is met spoed verwezen door haar huisarts, die bij de aanmelding het relaas doet van jarenlange vergeefse pogingen om de rug- en hoofdpijnklachten van mevrouw te doorgronden en te behandelen. Een recente opname van zes weken in een herstellingsoord 'om wat tot rust te komen' heeft een averechts effect gehad. Mevrouw is woedend over haar ontslag, dat ondanks het uitblijven van vermindering van haar klachten door de staf van de instelling is doorgezet. Tegen de huisarts heeft ze verklaard een eind aan haar leven te maken.

In het gesprek met de psychiater toont mevrouw zich verbitterd over het onbegrip van de artsen. Ook de opvatting van de psycholoog van het herstellingsoord, dat haar klachten komen door de slechte relatie met haar man en door het feit dat haar dochter recentelijk het huis is uitgegaan, kan in haar ogen geen genade vinden. Ze vertelt woedend: 'Ik ben het herstellingsoord met een stok binnengegaan en ik ben er op krukken uitgekomen.' Ze eist op hoge toon een nieuwe opname. Haar man tracht haar te sussen, maar oogst woedende sneren. De dochter huilt.

#### Therapieverloop

Omdat de klachten van mevrouw vooralsnog niet kunnen worden verklaard, kan ook niet onmiddellijk tot behandeling worden overgegaan. Er moet eerst een uitgebreid onderzoek worden verricht. Dit wordt aan mevrouw uitgelegd,

waarbij tevens respect wordt getoond voor haar doorzettingsvermogen en dat van haar man en dochter die, ondanks teleurstellingen in de medische stand, volhardden in het zoeken van behandeling en genezing.

Tijdens de eerste contacten met mevrouw wordt het gesprek telkens teruggeleid naar de lichamelijke klachten. Hierbij wordt uitputtend doorgevraagd naar aard, omvang en tijdstip van de klachten. De door mevrouw en familie gesuggereerde samenhang met levensproblemen wordt voorlopig terzijde geschoven. Deze problemen kunnen immers ook het gevolg van de lichamelijke klachten zijn. Er wordt uitgebreid navraag gedaan naar resultaten van eerder onderzoek en naar het effect van behandelingen van huisarts of specialist.

De uitslag van deze uitgebreide inventarisatie wordt uiteindelijk als slecht nieuws gebracht: de dokters kunnen voorlopig geen verklaring vinden voor uw klachten. Met mevrouw wordt overeenstemming bereikt over wat wel en wat niet voor haar kan worden gedaan. Mevrouw en haar familie accepteren dat de dokters (voorlopig) niets kunnen doen om de klachten door behandeling te genezen. Er is overeenstemming over het doel van de voortgezette gesprekken, namelijk 'het zo goed mogelijk leren leven met de klachten en zorgen dat de algemene lichamelijke conditie verbetert, zodat het lichaam beter tegen de pijn is opgewassen'. Met de huisarts wordt afgesproken dat mevrouw elke drie maanden lichamenlijk zal worden onderzocht.

**Medicijngebruik** Er is met een vaste regelmaat contact met mevrouw. Het voorgaande contact tussen mevrouw en de behandelend artsen verliep volgens het patroon: contact volgt op ziektegedrag. Als ze geen ziektegedrag toonde, had ze geen contact met de dokter; als er klachten waren, was er wél contact. In het geval van mevrouw leek de aandacht (het consult) van de dokter ziektegedrag te bekrachtigen. Door de vaste afspraken worden frustrerende tussentijdse appèls voorkomen.

Omdat bij de anamnese is gebleken dat me-

vrouw in het verleden tevergeefs meerdere pijnstillers, antidepressiva en tranquillizers gebruikte, wordt het medicijngebruik uitgebreid besproken. Geen van die medicijnen had geholpen. Daarom is er bij het ontbreken van inzicht in de oorzaak van de klachten geen grond voor het voorschrijven van nieuwe medicijnen. Mevrouw is het hiermee eens.

Over het algemeen kan worden gesteld dat het bot weigeren van het schrijven van recepten voor dergelijke patiënten valt af te raden, omdat de relatie dit niet verdraagt. Bij de vraag om nieuwe medicijnen helpt de benadering ‘als-u-per-se-wil-dan-mag-u-van-mij-maar-ik-zie-er-niets-in’. Deze benadering is van toepassing bij niet-verslavende pijnstillers en andere symptoombestrijders. Tegen mevrouw wordt gezegd: ‘Ik begrijp dat uw vraag om nieuwe medicijnen betekent dat u wanhopig bent en dat u alles wilt proberen om uw klachten weg te krijgen, terwijl u weet dat medicijnen nooit geholpen hebben. Ik zou alleen geen middel weten dat helpt.’ Gevolg is dat ze er niet meer op terugkomt.

Mevrouw gebruikt nog wel benzodiazepinen. Deze helpen niet, maar ze kan ook niet zonder. Dit gebruik wordt bestempeld als ‘een verslaving’, natuurlijk buiten mevrouws schuld ontstaan. Het voorschrijven van deze medicatie wordt, om onthoudingsverschijnselen te voorkomen, als volgt voortgezet: recepten voor niet langer dan drie à vier weken in afgepaste en uitgetelde hoeveelheden, dosering nooit boven de bij intake vastgestelde dosering. Alleen bij aandrang van mevrouw zelf zal de dosis worden verlaagd.

*Verzoek om raadplegen andere specialisten* Het wekt geenszins de verbazing dat mevrouw na enkele maanden vraagt om nieuw onderzoek door de neuroloog. Met dit verzoek moet zorgvuldig worden omgesprongen: weigeren zet de behandelrelatie op het spel, zomaar doorsturen vergroot de kans op versterking van het ziektegedrag. Daarom wordt de instemming met de verwijzing gekoppeld aan voorwaarden. Mevrouw moet ten eerste verzekeren dat ze het geestelijk aan kan als

het onderzoek geen houvast oplevert. Ten tweede wordt aan mevrouw en de familie gevraagd: ‘Weet u zeker dat alleen het onderzoek van de neuroloog voldoende zal zijn?’ Mevrouw en haar man menen stellig van wel en zeggen toe ook bij een teleurstellende uitslag geen andere specialisten te willen raadplegen. Ten slotte wordt ook nog de fysieke belasting van het ondergaan van het gevraagde onderzoek onderstreept, met de woorden: ‘zeker gezien uw kwetsbare lichamelijke toestand’.

*Wisselen van (huis)arts* Gedurende de behandeling verandert mevrouw korte tijd van huisarts, maar later verzoent ze zich weer met hem. Voor het overige blijft ze haar behandelaars opmerkelijk trouw.

Het komt vaak voor dat patiënten als mevrouw op zoek gaan naar deskundiger dokters of genezers. Het is onverstandig om hier afwijzend of gekrenkt op te reageren. Immers, als onze kennis niet toereikend is om de klachten te verklaren, dan past geen misprijzende houding ten opzichte van het raadplegen van anderen. Laat de consulten bij anderen plaatsvinden zonder het contract met de patiënt te verbreken. Volg de tocht van patiënt en familie langs irisscopist, chiropractor, acupuncturist en homeopathisch behandelaar met respect. Vaak worden goede effecten bereikt en laat u daarover nauwgezet informeren.

## DISCUSSIE

De wijze waarop mevrouw is behandeld, werd eerder gepresenteerd (Van der Post 1989). Belangrijke elementen uit de benadering werden ook door anderen toegepast en onderzocht. Blankenstein (2001) noemt onder meer drie *randomised clinical trials* in haar dissertatie, waarin de onderzochte behandeling sterk lijkt op de hier beschreven aanpak. In deze trials adviseerden consulterend psychiaters na onderzoek van de patiënt aan huisartsen een aanpak bestaande uit korte consulten met een oriënterend lichamenlijk onderzoek elke vier à zes weken, het vermijden van onnodige verwijzingen en nooit zeggen ‘het is

psychisch'. Het effect was (in vergelijking met de gebruikelijke huisartsenzorg) een afname van medische consumptie. Het effect op de gezondheidstoestand van de patiënten was bij deze onderzoeken inconsistent en niet statistisch significant.

Deze drie elementen treft men ook aan in de beschrijving van het door Hoogduin (2001) geadviseerde *case management* bij de behandeling van patiënten met een somatisatiestoornis, al zijn ze daar summier beschreven.

In de beschrijving van het trainingsprogramma dat Blankenstein (2001) ontwikkelde voor huisartsen ten behoeve van een effectievere behandeling van patiënten met een somatisatiestoornis, is de in deze gevalbespreking getoonde benadering bijna geheel terug te vinden in de eerste twee stappen van het behandelprotocol. Als derde stap laat Blankenstein de huisartsen een therapeutische techniek toepassen ontleend aan de cognitieve gedragstherapie, zogeheten 'reattributie'. Uit haar onderzoek, waarin het effect van deze therapeutische benadering in drie stappen vergeleken wordt met de gebruikelijke huisartsenzorg, blijkt niet alleen een afgenomen zorgconsumptie bij de patiënten uit de experimentele groep, maar ook toegenomen welbevinden en afname van ziekteverzuim (Blankenstein 2001).

## CONCLUSIE

Ook bij de begeleiding van de mevrouw in deze casus werd een vermindering van de medische consumptie bereikt: de consultfrequentie nam af, verwijzingen waren niet meer nodig en evenmin een opname in een herstellingsoord. Het lukte haar zelfs om het benzodiazepinegebruik te beëindigen en een verhuizing te volbrengen. Ze werd gedurende een follow-up van drie jaar gevolgd.

Door de gekozen benadering is enerzijds de hoop bij mevrouw ontnomen dat ingrijpen van de dokter de klachten kon verminderen. Anderzijds werd haar veel steun geboden en de hoop aangewakkerd dat zijzelf de klachten kon verdragen en misschien zelfs overwinnen. Haar doorzettingsvermogen en geestkracht werden geprezen.

De nadruk lag dus op de machteloosheid van de dokter en niet op het ongeneeslijke van haar klachten. Een dokter die geen diagnose kan stellen, kan immers niet voorspellen of klachten over zullen gaan of niet. Daarin schuilt de hoop!

## LITERATUUR

- Blankenstein, A.H. (2001). *Somatising patients in general practice*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit van Amsterdam.
- Hoogduin, C.A.L. (2001). Somatisatiestoornis. In Ph. Spinhoven, T.K. Bouman & C.A.L. Hoogduin (Red.), *Behandelingsstrategieën bij Somatoforme Stoornissen* (pp. 114-119). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Houdenove, B. van. (2001a). Chronische klachten en syndromen. *Psychopraxis*, 3, 233-236.
- Houdenove, B. van. (2001b). Somatoforme stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 83-93.
- Hemert, A.M. van, Speckens, A.E., Rooymans, H.G., e.a. (1996). Criteria voor somatiseren onderzocht op een polikliniek voor interne geneeskunde. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 1221-1226.
- Mayou, R., Bass, C., & Sharpe, M. (Red.). (1995). *The treatment of functional somatic symptoms*. Oxford: Oxford University Press.
- Post, L.F.M. van der. (1989). *Omgaan met onbegrepen lichamelijke klachten, een behandelprotocol*. Lezing voor het RINO Amsterdam.

## AUTEURS

L. VAN DER POST is als psychiater en opleider sociale psychiatrie werkzaam in de sectoren Volwassenen Centrum en Noord en in het cluster Onderzoek en Ontwikkeling bij Mentrum GGZ te Amsterdam.

R. BEUNDERMAN is als klinisch psycholoog en psychotherapeut werkzaam in de sector Jeugd en in het cluster Onderzoek en Ontwikkeling bij Mentrum GGZ te Amsterdam. Correspondentieadres: L. van der Post, Koninginneweg 168 boven, 1075 EG Amsterdam.

E-mail: lvd@xs4all.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-1-2003.

## SUMMARY

An angry woman with physical complaints of unknown origin. A case study – L. van der Post, R. Beunderman –

A general practitioner referred a female patient with physical complaints of unknown origin, and pronounced behavior suggestive of a very sick person, to a psychiatrist, after she expressed suicidal ideation. The psychiatrist approached the patient and her family in a structured, directive fashion, which was congruent with his not having a medical explanation for her complaints. A treatment contract was made in which regular appointments played a central role. The option of referring her to a somatic specialist was handled in a strategic way. This approach led to reduced consumption of medicine and is appropriate for use by a general practitioner who is in consultation with a psychiatrist.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 4, 229-233]

**KEY WORDS** behaviour suggestive of illness, physical complaints of unknown origin, somatisation disorder