

Psychiatrische psychotherapie bij somatiserende patiënten

door A.E.M. Speckens en A.M. van Hemert

Samenvatting

In dit artikel wordt ingegaan op psychiatrische psychotherapie bij somatiserende patiënten. Specifieke aandacht wordt besteed aan het opbouwen van de vertrouwensrelatie met somatiserende patiënten. De klachten van patiënt dienen serieus genomen te worden. Het benoemen van psychische en sociale factoren als gevolgen in plaats van oorzaken van de klachten kan het engageren van de patiënten vergemakkelijken. Gestreefd dient te worden naar een gemeenschappelijk verklaringsmodel voor de klachten, op grond waarvan een behandelplan kan worden opgesteld. Daarnaast komt de psychiatrische diagnostiek bij somatiserende patiënten aan de orde en worden enkele specifieke behandelingen besproken die in recente onderzoeken effectief bleken te zijn.

Inleiding

'Somatiserende patiënten' is een term die gebruikt wordt voor patiënten met zeer uiteenlopende problemen: mensen die niet af te brengen zijn van hun overtuiging dat zij kanker hebben, die lijden aan een scala aan onverklaarde klachten of die zich bij de huisarts melden met hartkloppingen, maar uiteindelijk blijken te lijden aan een paniekstoornis (Rooijmans e.a. 1996). Het enige kenmerk dat al deze patiënten delen, is het feit dat zij klachten hebben en deze klachten toeschrijven aan een lichamelijke ziekte. Het is dan ook voorstelbaar dat zij zich niet spontaan aanmelden voor inzichtgevende psychotherapie, maar zich veelal wenden tot het medisch circuit, bijvoorbeeld de huisarts of een specialist in het ziekenhuis.

Somatiserende patiënten kunnen echter wel degelijk baat hebben bij een psychotherapeutische benadering van hun klachten. In het contact met somatiserende patiënten is een psychotherapeutische attitude, gekenmerkt door acceptatie en empathie, van wezenlijk belang. Kennis van de fenomenen overdracht en tegenoverdracht kan de communicatie met somatiserende patiënten aanzienlijk vergemakkelijken. Psychotherapeutische interventies kunnen gebruikt worden om patiënten te

motiveren tot andere behandelmethoden, bijvoorbeeld medicamenteuze therapie, of kunnen toegepast worden ter aanvulling op andere behandelingen. Bij het stellen van de behandeldoelen dient echter rekening gehouden te worden met de mogelijkheden en de beperkingen van de patiënt. Zoals nog zal worden besproken, is bij een subgroep van somatiserende patiënten het structureren van het contact en het coördineren van de medische zorg rond patiënten het hoogst haalbare. In dit artikel wordt onder psychiatrische psychotherapie dan ook verstaan: psychotherapeutische interventies toegepast in het kader van een psychiatrische behandeling, waarbij rekening wordt gehouden met de beperkingen waarvoor de betreffende psychiatrische stoornis de patiënt stelt.

Het belangrijkste struikelblok voor het bieden van psychiatrische psychotherapie aan somatiserende patiënten is het engageren van de patiënten. Hoe krijg je hen zover een psychologische of psychiatrische behandeling voor hun klachten te accepteren, of zelfs maar een diagnostisch gesprek met een psychiater te voeren? Vaak roepen somatiserende patiënten bij hun behandelaars gevoelens van onmacht, frustratie of verveling op (Visser en Bouman 1994).

In dit artikel zal dan ook ruim aandacht worden besteed aan het opbouwen van de vertrouwensrelatie met de somatiserende patiënt. Hoe stel je psychische en sociale factoren aan de orde? Hoe stel je een gemeenschappelijk verklaringsmodel op voor de klachten, waarop je vervolgens een behandelplan kunt baseren? Uit onderzoek is gebleken dat, indien zij op de juiste wijze worden benaderd, de meeste patiënten met onverklaarde klachten bereid zijn een psychologische behandeling voor hun klachten te accepteren (Speckens e.a. 1995a).

In de tweede plaats zal aandacht worden besteed aan de diagnostiek. Net als bij andere patiënten die zich in de psychiatrie presenteren, is psychiatrische diagnostiek bij somatiserende patiënten van groot belang. Het onzorgvuldige gebruik van de term 'somatiserende patiënten' kan zijn repercussies hebben in de zin van een slordige of, nog erger, geen diagnostiek. Bij veel patiënten die zich met onverklaarde lichamelijke klachten presenteren, blijkt sprake te zijn van een psychiatrische stoornis, zoals een stemmings- of een angststoornis (Van Hemert e.a. 1993). Slechts een minderheid van de patiënten lijdt aan een somatoforme stoornis in engere zin, zoals hypochondrie of een somatisatiestoornis.

Ten slotte zal ingegaan worden op de behandeling van onverklaarde lichamelijke klachten. In aanvulling op de reguliere behandel mogelijkheden voor psychiatrische stoornissen zal naar aanleiding van recente onderzoeksresultaten dieper worden ingegaan op enkele specifieke behandelingen voor somatoforme stoornissen, zoals de psychodynamische behandeling, de cognitieve gedragstherapie en de structurerende behandeling.

Anamnese

Het serieus nemen van de klachten – In het gesprek met somatiserende patiënten is het cruciaal dat de klachten waarmee zij zich presenteren, serieus genomen worden. Maar al te vaak wordt patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten door personen uit hun omgeving, inclusief hun dokters, impliciet of expliciet te kennen gegeven dat zij hun klachten ingebeeld hebben, dat zij maar doen alsof, of dat zij aanstellers zijn. Het spreekt vanzelf dat patiënten zich hierdoor niet begrepen voelen. Het is dan ook zaak in het eerste contact met de patiënt expliciet te verwoorden dat aan de realiteit van de klachten niet wordt getwijfeld. Het is noodzakelijk uitgebreid aandacht te besteden aan de aard van de lichamelijke klachten. Wanneer zijn de klachten precies begonnen, hoe is het verder gegaan? Zijn er bepaalde omstandigheden waarin de klachten met name voorkomen? Zijn er factoren aanwijsbaar die de klachten doen toe- of afnemen? Zijn er naast de hoofdklacht nog andere klachten waar patiënt last van heeft?

Veel patiënten met onverklaarde klachten hebben wat betreft de reactie van anderen op hun klachten talrijke onbevredigende of frustrerende ervaringen achter de rug. Deze ervaringen, met name die welke zijn opgedaan in de gezondheidszorg, bepalen voor een belangrijk deel de houding en de verwachtingen van de patiënt in het eerste contact met een psycholoog of psychiater. Het is dan ook van groot belang patiënten de ruimte te geven deze ervaringen te ventileren, zonder daarbij overigens andere behandelaars af te vallen. Wat voor dokters hebben zij al geconsulteerd in verband met hun klachten? Wat voor onderzoeken of behandelingen werden ingesteld en wat was daarvan het resultaat? Waren de patiënten tevreden over hun behandeling? Hebben zij wegens hun klachten ook alternatieve genezers bezocht? Zijn er op dit moment nog behandelingen gaande? Ook verdient het aanbeveling in het eerste gesprek met patiënten te vragen naar de manier waarop zij zijn verwezen naar de psycholoog of psychiater, naar hun reactie op de verwijzing en naar de verwachtingen over een eventuele behandeling.

Het exploreren van de lichamelijke klachten van patiënt, het inventariseren van de medische voorgeschiedenis en het bespreken van de verwachtingen van patiënt met betrekking tot een psychologische of psychiatrische behandeling zijn essentieel voor het opbouwen van de vertrouwensrelatie. Het bespreken van bovenstaande onderwerpen kan soms een aantal zittingen in beslag nemen, maar is een stap die niet overgeslagen kan worden. Soms geeft deze inventarisatie zelfs aanleiding om aanvullende informatie aan te vragen bij eerdere behandelaars of, op strikt medische indicatie, nader aanvullend onderzoek te verrichten of patiënt te verwijzen naar een somatisch collega.

Praten over de gevolgen in plaats van over de oorzaak – Naast de lichame-

lijke klachten dienen in de eerste gesprekken natuurlijk ook psychische en sociale factoren te worden besproken. Het is niet raadzaam, en ook niet zinvol, om met patiënten een discussie aan te gaan over de vraag of de klachten 'psychisch' dan wel 'lichamelijk' zijn. Afgezien van het feit dat men dat vaak niet weet, heeft het voor het instellen van een behandeling geen of weinig consequenties. Bovendien kan het de vertrouwensrelatie met de patiënt ernstig beschadigen als de behandelaar er prematuur van uitgaat dat de klachten psychogeen zijn. Het ontbreken van een lichamelijke verklaring voor de klachten wil niet zeggen dat de klachten *dús* psychogeen zijn. De conclusie dat lichamelijke klachten worden veroorzaakt of beïnvloed door psychische factoren, kan pas worden getrokken als hiervoor daadwerkelijk aanwijzingen zijn.

Het bespreken van psychische en sociale factoren als mogelijke gevolgen van de klachten in plaats van als oorzaken kan helpen om patiënten te engageren. Wat hebben de klachten voor effect op de stemming? Maken zij zich erg ongerust over de klachten? Zijn er bepaalde activiteiten die zij niet meer ondernemen sinds zij klachten hebben? Wat zijn de gevolgen van de klachten voor een eventuele partner of kinderen, wat betekenen ze voor het werk en voor de sociale contacten van patiënten?

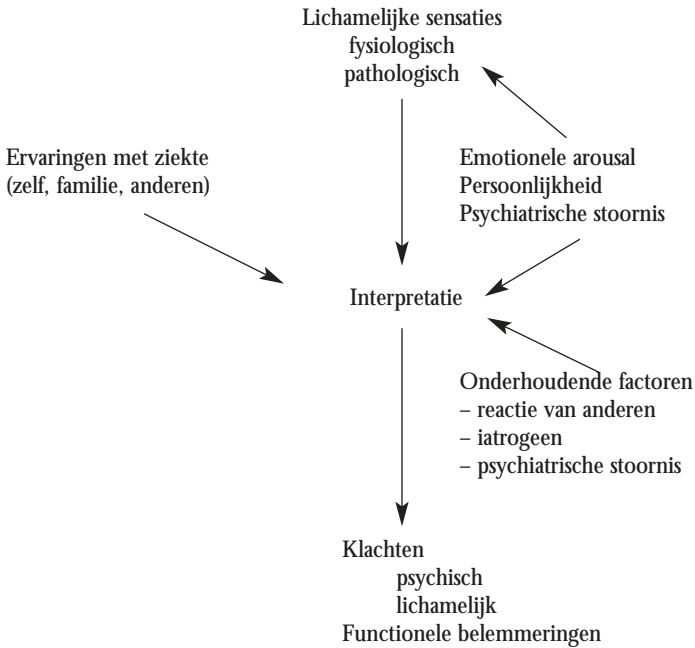
Vervolgens kan met patiënten besproken worden dat de gevolgen de klachten veelal onderhouden of zelfs verergeren. In ieder geval vormen de gevolgen van de klachten een onderdeel van de last die ervaren wordt. Een mogelijk doel van de behandeling kan zijn deze last te verlichten of de vicieuze cirkel tussen de klachten en de gevolgen te doorbreken.

Een gedeeld verklaringsmodel voor de klachten – Een mogelijk verklaringsmodel voor onverklaarde lichamelijke, of functionele, klachten is voorgesteld door Mayou e.a. (1995) (zie figuur 1).

Volgens dit model worden lichamelijke sensaties, die kunnen bestaan uit normale variatie van fysiologische processen, onbegrepen of onbetekende pathologische verschijnselen of lichamelijke klachten bij psychiatrische stoornissen, door patiënten geïnterpreteerd als teken van een lichamelijke ziekte. Deze interpretatie kan op haar beurt aanleiding geven tot psychische en lichamelijke klachten, en functionele belemmeringen. Een aantal psychosociale factoren verhogen de kans dat patiënten lichamelijke sensaties als bedreigender interpreteren dan daadwerkelijk het geval is, zoals hun persoonlijkheid en vroegere ervaringen met ziekte. Deze en andere factoren kunnen de misinterpretatie van de lichamelijke sensaties, eenmaal ontstaan, ook instandhouden.

Afhankelijk van het klachtenpatroon kan samen met de patiënt een dergelijk verklaringsmodel opgesteld worden. Het is uitermate belangrijk overeenstemming met de patiënt over dit model te hebben. Als dit het geval is, kan het model als basis gebruikt worden voor het opstellen

Figuur 1: Een etiologisch model van functionele lichamelijke klachten volgens Mayou e.a. (1995)



van het behandelplan. Naar gelang het gekozen aanknopingspunt kan dan met de patiënt gewerkt worden aan het ontwikkelen van de persoonlijkheid, het behandelen van een eventueel bestaande psychiatrische stoornis, het aanpakken van de interpersoonlijke problematiek of het opheffen van vermijdingsgedrag.

Diagnostiek

Ook bij patiënten die zich presenteren met onverklaarde lichamelijke klachten, is nadere psychiatrische diagnostiek noodzakelijk alvorens de meest geschikte behandeling te starten. Van patiënten met onverklaarde klachten op een polikliniek Algemene Interne Geneeskunde blijkt 41% te lijden aan een psychiatrische stoornis (Van Hemert e.a. 1993). Het merendeel hiervan, namelijk 37%, betreft stemmingsstoornissen en angststoornissen. Grotendeels in overlap, voldoet 18% van de patiënten aan de criteria voor een somatoforme stoornis volgens de DSM-III-R (12% aan de somatisatiestoornis en 7% aan de hypochondrie).

Tijdens de eerste gesprekken met de patiënt dient beoordeeld te worden of hij of zij voldoet aan de criteria voor een psychiatrische stoornis in engere zin. Van een somatisatiestoornis is volgens de DSM-

IV sprake wanneer patiënten op enigerlei moment in het beloop van de stoornis hebben geleden aan vier pijnsymptomen, twee gastro-intestinale symptomen, een seksueel symptoom en een pseudoneurologisch symptoom. De symptomen moeten voor het dertigste levensjaar zijn begonnen. Hypochondrie wordt gekenmerkt door de preoccupatie met de vrees een ernstige ziekte te hebben ondanks adequaat medisch onderzoek en geruststelling. Andere somatoforme stoornissen, zoals de ongedifferentieerde somatoforme stoornis, de conversiestoornis en de pijnstoornis, worden per exclusionem gesteld. Deze 'stoornissen' zijn moeilijker eenduidig te operationaliseren.

Afhankelijk van de gestelde diagnose wordt een voorkeursbehandeling bepaald, die kan bestaan uit medicamenteuze therapie, verschillende vormen van psychotherapie of een combinatie van beide.

Behandeling

Zoals gezegd kunnen, afhankelijk van de gestelde diagnose en het opgestelde behandelplan, verschillende psychotherapeutische behandelingen deel uitmaken van de uiteindelijke behandeling. In deze paragraaf gaan wij wat dieper in op enkele specifieke behandelingen voor somatiserende patiënten die in recente onderzoeken effectief bleken te zijn.

Psychodynamische behandeling – In een indrukwekkende studie analyseerden Guthrie e.a. (1993) de effectiviteit van psychodynamische psychotherapie versus een ondersteunende behandeling bij patiënten met een spastisch colon. De nadruk van de behandeling ligt op de ontwikkeling van de therapeutische relatie met de patiënten. Het totstandkomen van een gezonde therapeutische relatie met de behandelaar geeft patiënten gelegenheid inzicht te krijgen in hun problemen en de kwaliteit van hun interpersoonlijke relaties te verbeteren. Met het oog op de bijzondere groep patiënten werd de behandeling in een aantal opzichten aangepast. De psychotherapeut was al aanwezig bij het eerste bezoek van patiënten aan de polikliniek Gastro-enterologie. De eerste zitting van de behandeling nam een aantal uren in beslag om een goede basis te leggen voor de therapeutische relatie en het ter sprake brengen van overdrachtsgevoelens te vergemakkelijken. Buikklasten werden door de therapeut expliciet gebruikt als metaforen om een gemeenschappelijke taal tot stand te brengen met de patiënt, zoals in 'Je hebt er je buik vol van' of 'Je wordt er misselijk van'. Dit is vooral van belang voor degenen die moeite hebben met het verwoorden van hun gevoelens, ook wel alexithymie genoemd (Taylor 1984). Bij evaluatie na drie maanden bleken de behandelde patiënten minder klachten van diarree en buikpijn te hebben dan patiënten in de vergelijkingsgroep (Guthrie e.a. 1991).

Cognitieve gedragstherapie – De meest gedocumenteerde behandeling voor patiënten met een scala aan onverklaarde lichamelijke klachten is cognitieve gedragstherapie. Het opstellen van een verklaringsmodel zoals hierboven beschreven is bij deze vorm van therapie een specifiek onderdeel van de behandeling. Philips (1987) rapporteerde over de effectiviteit van gedragstherapie bij patiënten met chronische pijn. De behandeling bestond uit ontspanning, geleidelijke toename van activiteiten en lichamelijke inspanning, afbouwen van pijnstillende middelen, en toename van de controle over de pijn door cognitieve en gedragsmatige technieken. Deze aanpak resulteerde in een klinisch significante verbetering bij 83% van de patiënten, terwijl bij de niet behandelde patiënten geen verbetering werd waargenomen.

Sindsdien werd in een aantal gerandomiseerde onderzoeken bij patiënten met verschillende soorten lichamelijke klachten gewag gemaakt van de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie. Klimes e.a. (1990) toonden bij patiënten met atypische pijn op de borst aan dat cognitieve gedragstherapie resulteerde in een vermindering van de pijn op de borst, functionele belemmeringen en psychische klachten. Sharpe e.a. (1996) en Deale e.a. (submitted) demonstreerden goede resultaten van de behandeling bij patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom. En ook bij patiënten die zich met uiteenlopende onverklaarde lichamelijke klachten bij een internist presenteerden, bleek cognitieve gedragstherapie toepasbaar en effectief (Speckens e.a. 1995b).

Structurende behandeling – Smith e.a. (1986) onderzochten de effectiviteit van een behandeling voor patiënten met een somatisatiestoornis in engere zin. Zij onderstrepen het belang van het serieus nemen van de klachten en het achterwege laten van suggesties dat de klachten 'tussen de oren' zitten. De nadruk van de behandeling ligt bij het structureren van het contact en het coördineren van de medische zorg rond patiënten. Zij adviseren vaste afspraken met patiënten te maken, eens in de vier tot zes weken, en regelmatig lichamelijk onderzoek te laten verrichten. Laboratorium- en aanvullend onderzoek, evenals opnames en operaties, dienen bij deze patiënten vermeden te worden, tenzij deze strikt geïndiceerd zijn. Uit een onderzoek waarbij huisartsen bovengenoemde behandeling toepasten bij patiënten met een somatisatiestoornis, bleken de kosten van de gezondheidszorg te verminderen. Er werd echter geen verbetering waargenomen in de gezondheidstoestand van de patiënten en hun tevredenheid over de medische zorg.

Katon e.a. (1992) onderzochten een dergelijke aanpak bij patiënten die een extreem hoog artsbezoek vertoonden. Patiënten werden door een psychiater gezien die een diagnostisch interview afnam. Naar aanleiding van de bevindingen werd hierna door de psychiater, de huisarts en de patiënt samen een behandelplan opgesteld. Tot dit behandelplan konden bijvoorbeeld behoren het starten met psychofarmaca of de

verwijzing naar een psychiater of psycholoog, maar ook het maken van vaste afspraken met de huisarts en het terugbrengen van aanvullende onderzoeken, verwijzingen en ziekenhuisopnames. Bij evaluatie van deze benadering bleek echter het enige resultaat te zijn dat er in de behandelgroep meer antidepressiva werden voorgeschreven dan in de vergelijkingsgroep. Wat betreft psychische klachten, functionele belemmeringen en artsbezoek van de patiënten werd geen verbetering bereikt.

Conclusie

In sommige opzichten verschilt psychotherapie voor somatiserende patiënten niet van die van andere patiënten. Zo is een zorgvuldige psychiatrische diagnostiek ook bij somatiserende patiënten van groot belang en kunnen afhankelijk hiervan reguliere behandelmogelijkheden, zowel medicamenteuze als psychotherapeutische, deel uitmaken van de behandeling. Het opbouwen van de vertrouwensrelatie met somatiserende patiënten vereist wel specifieke aandacht van de behandelaar. Hierbij staat het serieus nemen van de klachten centraal. Het benoemen van psychische en sociale factoren als gevolgen in plaats van oorzaken van de klachten kan het engageren van de patiënten vergemakkelijken. Gestreefd dient te worden naar een gemeenschappelijk verklaringsmodel voor de klachten, op grond waarvan een behandelplan kan worden opgesteld.

Literatuur

- Deale, A., T. Chalder, I. Marks e.a. (submitted), Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a randomised controlled trial.
- Guthrie, E., F. Creed, D. Dawson e.a. (1991), A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 100, 450-457.
- Guthrie, E., F. Creed, D. Dawson e.a. (1993), A randomised controlled trial of psychotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 163, 315-321.
- Hemert, A.M. van, M.W. Hengeveld, J.H. Bolk e.a. (1993), Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic. *Psychological Medicine*, 23, 167-173.
- Katon, W., M. von Korff, E. Lin e.a. (1992), A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high utilizers. *General Hospital Psychiatry*, 14, 86-98.
- Klimes, I., R.A. Mayou, M.J. Pearce e.a. (1990), Psychological treatment for atypical non-cardiac chest pain: a controlled evaluation. *Psychological Medicine*, 20, 605-611.
- Mayou, R., C. Bass en M. Sharpe (1995), Overview of epidemiology, classification, and aetiology. In: R. Mayou, C. Bass en M. Sharpe (red.), *Treatment of functional somatic symptoms*. Oxford, p. 59.
- Philips, H.C. (1987), The effects of behavioural treatment on chronic pain. *Behavioral Research and Therapy*, 5, 365-377.

- Rooijmans, H.G.M., A.M. van Hemert en A.E.M. Speckens (1996), Wat is 'somatiseren'? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 1217-1220.
- Sharpe, M., K. Hawton, S. Simkin e.a. (1996), Cognitive behaviour therapy for the chronic fatigue syndrome: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 312, 22-26.
- Smith, G.R., R.A. Monson en D.C. Ray (1986), Psychiatric consultation in somatization disorder: a randomised controlled study. *New England Journal of Medicine*, 314, 1407-1413.
- Speckens, A.E.M., A.M. van Hemert, J.H. Bolk e.a. (1995a), The acceptability of psychological treatment in patients with medically unexplained physical symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 855-863.
- Speckens, A.E.M., A.M. van Hemert, Ph. Spinhoven e.a. (1995b), Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 311, 1328-1332.
- Taylor, G.J. (1984), Alexithymia: concepts, measurement, and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 725-732.
- Visser, S., en T.K. Bouman (1994), Tobben met hypochondere en somatiserende patiënten. *Direktieve therapie*, 14, 347-365

Summary

In this paper the psychological treatment of functional somatic symptoms is discussed. The first, and most important, step in the treatment is the engagement of the patient. The therapist needs to acknowledge the reality of the symptoms explicitly. The labeling of psychological and social aspects as consequences of the symptoms rather than possibly aetiological factors facilitates the engagement of the patients. It is necessary to share the formulation of the symptoms with the patients before developing a treatment plan. Attention is paid to some specific treatment methods for unexplained symptoms which have been demonstrated to be effective in some recently conducted randomised controlled trials.

A.E.M. Speckens en A.M. van Hemert zijn momenteel beiden werkzaam als arts-assistent in opleiding op de Jelgersmapolikliniek te Oegstgeest. Correspondentieadres: A.E.M. Speckens, Jelgersmapolikliniek, Postbus 1250, 2340 BG Oegstgeest.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-10-1996.