

‘Ik heb zo’n pijn tussen m’n oren’

Onbegrepen lichamelijke klachten in de GGZ

Agatha Hollander is werkzaam als GZ-psycholoog en klinisch psychologe i.o. bij GGZ Friesland-Noord, Leeuwarden Omgeving. Alberte Jansingh is eveneens GZ-psycholoog en klinisch psychologe i.o. en werkte tot voor kort bij de GGZ Acute Zorg Zuidoost Friesland. Haar huidige werkplek is Rintveld te Zeist (Altrecht).

Patiënten die met onbegrepen lichamelijke klachten bij de GGZ worden aangemeld, hebben vaak al een lange zoektocht naar de oorzaak van de klachten in het medische circuit achter de rug. Een verwijzing naar de GGZ roept bij deze patiënten veelal het idee op dat de artsen denken dat hun klachten tussen de oren zitten. Dat patiënten zich bij verwijzing naar de GGZ snel miskend voelen in hun klachten, wordt ons inziens gevoed door de kloof die er bestaat tussen de somatische en geestelijke gezondheidszorg. De somatische en geestelijke gezondheidszorg verlopen vaak gescheiden van elkaar, waarbij de eerste in de meeste gevallen door de laatste wordt gevolgd. Dit werkt het gevoel van niet begrepen of serieus genomen worden bij patiënten in de hand en versterkt de idee van een dichotomie van lichaam en geest. Het groeiende besef dat medisch onverklaarde lichamelijke klachten het gevolg

zijn van een samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren heeft ertoe geleid dat de diagnostiek en behandeling van deze klachten multidisciplinair worden benaderd. Met dit uitgangspunt is in Friesland een behandelcircuit opgezet waarin GGZ Friesland-Noord, Medisch Centrum Leeuwarden en Revalidatie Friesland met elkaar samenwerken. In dit samenwerkingsverband en in samenwerking met de GGZ Zuidoost Friesland zijn wij gaan onderzoeken of we vanuit de GGZ een passend groepsbehandelaanbod kunnen bieden aan patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten.

Om tot een gedegen groepsbehandeling te komen hebben we ons eerst gericht op de bestaande literatuur ten aanzien van de behandeling en resultaten van behandeling bij patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten. Vervolgens hebben we een behan-

delprotocol geschreven, waaraan we een *pilotstudy* hebben gekoppeld.

Samenvatting van de literatuur

Doelstelling van behandeling

Voorafgaand aan de behandeling is het van belang behandeldoelen vast te stellen. Het formuleren van behandeldoelen vindt in de meeste gevallen plaats in overleg met de patiënt en op grond van een holistische theorie of een model. Als uitgangspunt voor bijna alle theoretische modellen over onbegrepen lichamelijke klachten geldt het biopsychosociale model van Engel (1977). Dit model gaat er vanuit dat klachten het gevolg zijn van een samenspel tussen biologische, psychologische en sociale aspecten.

De formulering van de doelstellingen variëren van algemeen tot meer specifiek:

- zicht krijgen op het verband tussen lichamelijke en psychosociale factoren (Brouwer en Casteelen, 2003)
- het herstellen van de verstoorde ‘link’ tussen denken en voelen (Grabhorn, 1998)
- komen tot een gezamenlijk onderzoek naar de vraag in hoeverre de klachten lichamenlijk, dan wel psychologisch bepaald worden met als uiteindelijke doel het gestagneerde ‘ervaren’ weer in beweging te krijgen (Van der Moolen, 1998)
- het bewust maken van onbewuste wensen en fantasieën (Falck, 1996)
- het veranderen van disfunctionele cognities en vergroten van coping en gevoel van *self efficacy* (Prins et al., 2002).

Slechts sporadisch wordt ‘afname van

lichamelijke klachten’ als doel geformuleerd. De uiteindelijke doelstelling van de meeste behandelingen is het vergroten van de actieradius en het nastreven van persoonlijke doelen (levensvervulling).

Methoden en resultaten

In de literatuur worden verschillende technieken genoemd die werkzaam kunnen zijn in de behandeling van patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten:

- graduele *exposure* aan pijn en inspanning, en activering
- cognitieve therapie
- tijd- in plaats van klachtencontingent handelen bij Chronisch Vermoeidheids Syndroom en bij pijn
- bespreken van het levensverhaal van de patiënt, gericht op het vormen van hypothesen rond vroeg aangeleerde copingmechanismen (leefstijl). Vervolgens wordt gezocht naar alternatieven op het gebied van denken, voelen en doen. (Fall, 2005)

Wat betreft de resultaten van behandeling zijn slechts beperkte gegevens beschikbaar. Dit hangt samen met het feit dat het moeilijk is de patiëntenpopulatie goed in kaart te brengen gezien de grote variatie aan klachten op zowel lichamenlijk als psychosociaal gebied.

Vanuit andere theoretische kaders dan de (cognitieve) gedragstherapie is nauwelijks tot geen onderzoek gedaan naar de effecten van behandeling bij patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten. Wel zijn er gevalsbeschrijvingen beschikbaar. Wat

betreft de onderzoeksresultaten vanuit de cognitief-gedragstherapeutische hoek kan gezegd worden dat deze gering positief, maar bemoedigend zijn. (Jaspers, 1998; Blijenberg, 2002)

Op het gebied van groepsbehandeling is eveneens nog weinig onderzocht. Voor zover bekend lijkt de methode effectief. Blijenberg et al. (2003) spreken van gunstige ervaringen met groepsbehandeling van CVS-patiënten, gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Söderberg & Evengard (2001), Brouwer & Casteelen (2003) en Winkler & Jap Tjong (2001) benadrukken het belang van lotgenotencontact bij patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten.

Behandeling

Wij hebben ervoor gekozen het begrip ‘onbegrepen lichamelijke klachten’ te gebruiken, omdat het een patiëntengroep betreft die kampt met lichamelijke klachten waarvoor met de huidige stand van de medische wetenschap geen verklaring gevonden kan worden. Dit laatste is naar ons idee van wezenlijk belang omdat wij, net als de patiënt, er vanuit gaan dat er nog steeds een mogelijkheid bestaat dat deze oorzaak wel wordt gevonden. Als we dit niet zouden doen, dan zou de patiënt zich wederom onbegrepen kunnen voelen, wat succesvolle behandeling in de weg staat.

Ons uitgangspunt is dus dat de klachten er zijn, om welke reden dan ook. Samen met de patiënt proberen we onze kijk op deze klachten te verbreden. Zodat we ze niet

meer zien als een geïsoleerd fenomeen, maar als klachten die niet los staan van de persoon, ontwikkeling en huidige levensituatie. (Van Houdenhoven, 2001) Kortom: we streven naar ‘begrepen’ lichamelijke klachten, want het begrijpen van klachten betekent in veel gevallen meer grip hebben op de klachten. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid er invloed op uit te oefenen en de kwaliteit van leven te verbeteren.

Doelstelling

Het doel van de behandeling is het streven naar een betere kwaliteit van leven en een afname van de gevolgschade van de lichamelijke klachten op biologisch (lichamelijk), psychologisch en sociaal vlak. We hopen dit te bereiken door de copingstrategieën van de patiënt te versterken en diens autonomie en gevoel van *self efficacy* te vergroten.

In de groep wordt gewerkt aan:

- het verkrijgen van meer zicht en grip op de relatie tussen psychosociale factoren en lichamelijke klachten
- zicht krijgen op persoonlijke ontwikkeling/leergeschiedenis
- het bijstellen van disfunctionele cognities
- het in kaart brengen en nastreven van persoonlijke doelen (levensinvulling).

Uit de literatuur komt het belang van activering naar voren, bijvoorbeeld door middel van psychomotore therapie of fysiotherapie. Om onderzoektechnische redenen hebben wij ons gericht op een ‘uitsluitend’ psychologische benadering, waarbij we overigens wel de meeste patiënten stimuleren om in de thuissituaties in beweging te komen.

Indicatie

De patiënten worden naar ons verwezen vanuit de verschillende algemene ambulante teams in de setting (GGZ Friesland), de dagbehandeling of de polikliniek voor patiënten met chronische pijn en functionele klachten.

Patiënten worden geïndiceerd wanneer er sprake is van invalidering in werk en/of sociaal functioneren door medisch onverklaarde lichamelijke klachten. Hierbij kan gedacht worden aan relationele problemen, angst- en spanningsklachten, somberheid, minderwaardigheidsgevoelens en sociaal isolement. Patiënten moeten openstaan voor de visie dat lichamelijke, psychische en sociale problemen niet los van elkaar gezien kunnen worden. Verder is het van belang dat patiënten in staat zijn in een groep te functioneren en ondanks hun lichamelijke klachten elke week aanwezig kunnen zijn.

De behandeling is niet geschikt voor patiënten die uitsluitend geholpen willen worden in het kader van lichamelijke klachtenreductie.

Aanpak

De behandeling bestaat uit twee individuele behandelplangesprekken, achttien wekelijkse groepsessies, een individueel nagesprek en een follow-up sessie drie maanden na afronden van de groep. De groep is gesloten en bestaat uit minimaal vijf en maximaal acht groepsleden.

Het eerste deel van elke sessie is directief. Hierbij wordt gewerkt met een draaiboek. De patiënten beschikken over een bijbeho-

rend werkboek. Het tweede deel van de sessie is non-directief, wat betekent dat er ruimte is voor persoonlijke inbreng van de groepsleden.

Structuur van de sessies

Directieve therapie (60 minuten)

Er wordt gewerkt met vaste onderdelen:

- ‘Hoe zit ik erbij?’: gericht op het leren onderscheiden van lichamenlijk ervaren en emoties
- huiswerkbespreking
- psycho-educatie aan de hand van vooraf vastgestelde thema’s
- voorbespreking huiswerk volgende sessie kiezen werkpunt (behandelplan ‘gestuurd’).

Non-directieve therapie (45 minuten)

- eigen inbreng
- aandacht voor interactiepatronen (in relatie tot ieders persoonlijke problematiek).

In de individuele behandelplangesprekken, voorafgaand aan de groep, is er aandacht voor de ziekte theorie van de patiënt. De therapeut geeft diens visie op de klachten aan de hand van het biopsychosociale model. Er wordt getracht in samenspraak met de patiënt tot een behandelplan te komen met duidelijke doelen, waar zowel patiënt als therapeut achter kunnen staan.

Vignette

Marijke (44) is naar de groep verwezen door de psychiater. Ze heeft sinds vijf jaar pijnklachten in haar gewrichten, vooral in

haar handen en voeten. Ook is ze snel vermoeid. Marijke heeft weinig plezier meer in haar leven. Haar werk is ze kwijtgeraakt nadat ze in de ziekte was geraakt. Ze ligt veel in bed vanwege haar pijn en vermoeidheid. Echt slapen lukt niet. Ze piekert vooral. Hobby's heeft ze niet, ook nooit gehad. Soms gaat ze fietsen met haar man, maar het liefst komt ze de deur niet uit. Ze zegt dat ze het een wonder vindt dat haar man nog bij haar is: 'Er is immers niets aan met mij'. Ook naar de kinderen, twee dochters die studeren en op kamers wonen, voelt ze zich schuldig.

In het behandelplangesprek komt naar voren dat Marijke ongelukkig is met de huidige situatie. We spreken af dat ze gedurende de behandeling gaat onderzoeken waar ze zich beter of gelukkiger door kan voelen. In het gesprek wordt duidelijk dat het vele in bed liggen leidt tot piekeren. Het is verstandig de tijd in bed te reduceren en te koppelen aan vaste tijdstippen. Daarnaast wordt besproken dat Marijkes slechte conditie en het feit dat ze weinig buiten de deur onderneemt, kan leiden tot een lichamenlijk en geestelijk gevoel van malaise. Marijke zal gaan werken aan het verbeteren van haar conditie (buiten de deur en niet op haar hometrainer thuis), waarbij ze graag wil leren zelfstandig dingen te ondernemen. Ze wil op termijn graag minder afhankelijk worden van haar man. Verder spreken we af dat ze haar 'gepieker' inhoudelijk gaat onderzoeken en gaat delen in de groep.

Directieve therapie

Om een helderder beeld te geven van wat er

in de directieve therapie plaatsvindt, lichten we een aantal onderdelen eruit.

1. Een uitgebreide kennismaking

Bij de kennismakingsoefening hebben we gekozen voor een oefening waarbij de groepsleden moeten gaan staan en waarbij de nadruk ligt op het (mogen) aangeven van grenzen op zowel het lichamenlijk ('Ik kan niet langer staan, mag ik een stoel erbij pakken?') als psychologische vlak ('Die vraag wil ik nu nog niet beantwoorden').

Het onderwerp 'grenzen' is bij patiënten met onbegrepen lichamenlijke klachten vaak een kernthema. In het verleden zijn ze vaak over hun grenzen gegaan, of een ander is over hun grenzen gegaan. In het heden houden ze soms te star aan hun grenzen vast of ze durven hun grens juist niet aan te geven.

In het kader van de kennismaking krijgt iedere patiënt de gelegenheid om het behandelplan voor te leggen aan de groep. Er is hierbij uitgebreid aandacht voor de geschiedenis en de gevolgen van de klachten. Dit is iets wat patiënten in eerdere behandelingen vaak gemist hebben en wat veelal tot frustraties heeft geleid.

Het uitgebreid bespreken van het behandelplan is in deze groep zo van belang omdat deze patiënten geneigd zijn anderen (de therapeut, de 'expert') verantwoordelijk te maken voor het slagen van de behandeling. Door het behandelplan een duidelijke plaats te geven in de groep wordt het belang ervan onderstreept. De patiënt krijgt er meer binding mee, voelt zich er meer verantwoordelijk voor.

Het biopsychosociale model komt op deze manier ook verschillende malen aan de orde, waardoor patiënten de mogelijkheid krijgen om het model meer eigen te maken en eventueel hun eigen behandelplan bij te stellen en/of aan te vullen. Het stimuleert de nieuwsgierigheid naar en de discussie over de relatie tussen lichamenlijke klachten en psychosociale factoren.

2. Hoe zit ik erbij?

Elke sessie start met een rondje 'Hoe zit ik erbij?'

Vignet

Kees (33) zit sinds zijn puberteit al niet lekker in zijn vel. Hij voelt zich altijd moe en benoemt zijn klachten als het Chronisch Vermoeidheidssyndroom. Hij is afdelingschef op een administratiekantoor en zit elk jaar een tijdje in de ziekte vanwege zijn klachten. Hij gaat dan meestal op zoek naar een behandeling. Vaak is hij eerst enthousiast. Maar uiteindelijk heeft het nimmer het gewenste resultaat en de klachten blijven onveranderd bestaan.

In het rondje 'Hoe zit ik erbij?' zegt hij: 'Ik zit niet lekker in m'n vel...'

T: 'Waar merk je dat aan?'

K: 'Tja, wist ik dat maar! Ik zit gewoon niet lekker in m'n vel!'

T: 'Waar in je lijf voel je dat, dat je niet lekker in je vel zit?'

K: 'Ik voel me gejaagd!...benauwd!'

T: 'Je voelt je gejaagd en benauwd. Waaraan merk je dat in je lichaam?'

K: 'Nou, ik merk dat ik niet goed kan ademen, 't zit hoog....hier zo...'

T: 'En je gejaagdheid, waar zit die?'

K: 'In mijn buik.....en eigenlijk ook in m'n hoofd, het is zo druk op mijn werk....Eigenlijk ben ik ook veel te laat weggegaan van mijn werk. Dat gebeurt haast iedere week. Dan zit ik hier ook niet rustig. Ik heb ook last van mijn nek en schouders...'

3. Klachtenregistratie – twee sessies

Aan de patiënten wordt gevraagd hun klachten middels registratie in kaart te brengen. Ze worden gestimuleerd hun lichaam te monitoren en elke lichamenlijke klacht/spanning te registreren. Patiënten leren hierdoor hun lichaam beter kennen en fixaties op de bekende lichamenlijke klacht te doorbreken.

Vignet

Kees ontdekt gaandeweg dat hij niet alleen vermoeid is. Door vaker bij zichzelf stil te staan en zijn lichaam te scannen, ontdekt hij dat hij 'nerveus is in zijn buik' bij sociale aangelegenheden. Ook ontdekt hij dat hij dat hij vaak gespannen nek- en schouderspieren heeft en dat dit in veel gevallen samen gaat met hoofdpijn.

Verder wordt duidelijk dat Kees hoge eisen stelt aan zijn functioneren, omdat hij vindt dat hij immers de capaciteiten heeft om goed te presteren. Hulp heeft hij niet nodig om zijn werk aan te kunnen...

4. Fotolevensverhaal – vier sessies

Patiënten vertellen hun levensgeschiedenis aan de hand van zes foto's. De groepsleden geven feedback met als doel dat het betref-

fende groepslid meer zicht krijgt op de persoonlijke leergeschiedenis, sterke en zwakke eigenschappen en terugkerende patronen.

We hebben voor deze vorm gekozen om patiënten te stimuleren los te komen van woorden en te zoeken naar foto's die hun gevoelens verbeelden, daar ze veelal zeer verbaal zijn ingesteld. Het voelen, verbeelden en fantaseren is vaak een onontgonnen gebied. Het fotolevensverhaal geeft daarmee een breder perspectief op hun levensgeschiedenis en op vroeg aangeleerde coping mechanismen.

5. Cognitieve therapie – vijf sessies

Patiënten richten zich op het signaleren van situaties die ze moeilijk vinden en waarmee ze anders om zouden willen gaan. De situaties worden geregistreerd volgens het principe van 'de 5 G's'. Patiënten krijgen gaandeweg meer zicht op de samenhang tussen gebeurtenis, gedachten, gevoelens, gedrag en gevolgen. Uiteindelijk worden ze gestimuleerd disfunctionele gedachten uit te dagen en te vervangen door een beter alternatief.

6. Pureerecept – twee sessies

Het pureerecept is een paradoxaal signalearingsplan. Patiënten schrijven een recept waarin ze beschrijven wat zij moeten doen om hun klachten te doen toenemen of in stand te houden.

Vignet

Marijke schrijft 'Recept om me nutteloos en moe te voelen'.

Wanneer de wekker 's ochtends gaat, druk ik hem in de snooze-stand. Ik ga na hoe ik

me voel. Het zal niet meevallen op te staan! Wanneer de wekker weer gaat, druk ik hem weer terug in de snooze-stand. Als ik na een uur piekeren over de dag eindelijk opsta, richt ik me op de pijn in de gewrichten van mijn handen en voeten. Pijn betekent dat ik het heel rustig aan moet doen. Ik kan beter niet de deur uit gaan, want dat is vermoeiend. Wanneer iemand belt om een kopje koffie te drinken, zeg ik dit af, want ik ben moe. Ik zeg tegen mezelf: 'Je zorgt goed voor jezelf als je zo weinig mogelijk doet en veel rust neemt.'

Om tot rust te komen, ga ik op de bank zitten. Ik zie vuil op de grond liggen en voel me schuldig: ik ben geen goede huisvrouw. Vlak voordat de kinderen thuiskomen, hijs ik mezelf van de bank en ga nog snel het huishouden doen: afstoffen en de vloer schrobben. Daarna gauw eten koken. De complimenten die ik krijg voor mijn kookkunst, sla ik in de wind. Het stelt immers niet zoveel voor...

7. Afscheid

Patiënten worden gestimuleerd bewust stil te staan bij de behandeling: wat hebben ze er aan gehad, wat nemen ze mee en wat heeft de groep voor hen betekend? Wij achten dit van groot belang, daar patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten volgens ons een sterke neiging hebben zich tegen het einde van de behandeling (en soms al veel eerder) op de volgende behandeling te richten, zonder stil te staan bij de huidige behandeling en de betekenis ervan. Daarbij is het naar ons idee van belang ook de persoonlijke band die de groepsleden

met elkaar hebben te onderstrepen, omdat er een neiging bestaat de andere groepsleden slechts als instrumenten te beschouwen: 'Jij gaat mij vertellen wat ik moet doen om van mijn klachten af te komen, maar daarbij hoeven we niets met elkaar aan te gaan.'

Effectonderzoek

Om te onderzoeken wat het effect is van onze behandeling, hebben wij een *pilot-study* gedaan.

Het betreft een interventie- en effectonderzoek, met een *pretest-posttestdesign*. Er is geen controle conditie.

Inleiding en vraagstellingen

Bij de onderzoeksvraagstellingen zijn we uitgegaan van de algemene doelstelling van de behandeling: 'Een betere kwaliteit van leven en een afname van de gevolgschade van de lichamelijke klachten op biologisch (lichamelijk), psychologisch en sociaal vlak'. We trachten deze doelstelling te behalen door te werken aan het verbeteren van de copingstrategieën van de patiënt, het versterken van diens autonomie en het vergroten van *self efficacy*.

We wilden graag weten in hoeverre er na de behandeling sprake is van:

- afname van klachten en/of toename van mogelijkheden op gedragsniveau met betrekking tot het lichamenlijk welbevinden
- afname van psychologische klachten
- verbetering van het sociaal functioneren
- verbetering in het omgaan met problemen (*coping*)

- toename/versterking van de autonomie
 - toename van het gevoel van *self efficacy*.
- Om onze vragen te beantwoorden maakten we gebruik van de volgende vragenlijsten: SCL-90 (Arrindell & Ettema, 1986), BDI-II-NL (Bouman et al., 1985), Vragenlijst over de kwaliteit van leven, EQ-5d (Euroqol Group, 1995), Positieve Uitkomstenlijst (Appelo & Schouten, 2003), Algemene competentieschaal - 12 (Bosscher et al. 1997), Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (Luteijn et al., 1985) en de Utrechtse Copinglijst (Schreurs et al., 1993).

Beschrijving van de proefpersonen

Er hebben drie zoals hierboven beschreven groepen plaatsgevonden. In totaal werden 29 mensen naar deze groep verwezen, van wie er 22 geïndiceerd werden. Voorafgaand aan de groep vielen er zes mensen af: drie vanwege privéomstandigheden, twee omdat behandeling niet meer nodig was en één vanwege ernstige vermoeidheid en depressieve klachten. Eén patiënte viel uit na de derde sessie, daar ze zich niet thuis voelde in de groep en haar privéleven niet wilde delen met de groep.

Na de eerste pilot behandeling hebben we op basis van eigen inzicht en ervaring en feedback van de groep het behandelprotocol enigszins aangepast. Zo werd het behandelplan in gesprek met de therapeut voorafgaand aan de groep vastgesteld en werd de behandeling met drie sessies uitgebreid, omdat de beschikbare tijd te beperkt bleek om alle onderdelen goed tot hun recht te laten komen. Inhoudelijk vonden er geen

veranderingen plaats. De data van de eerste groep proefpersonen zijn daarom wel in het onderzoek opgenomen.

De uiteindelijke onderzoeksgroep bestaat uit vijftien proefpersonen: twaalf vrouwen en drie mannen. De leeftijd van de onderzoeksgroep varieert van 21 tot 56 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 37 jaar. De duur van de klachten varieerde van 2 tot 21 jaar, met een gemiddelde van 7 jaar.

Procedure

Gedurende de behandeling vonden vier metingen plaats. Een voormeting, voorafgaand aan de eerste sessie. Een tussenmeting, voorafgaand aan de tiende sessie en een eindmeting na de achttiende en laatste sessie. Twaalf weken na afronding van de behandeling werd voorafgaand aan een terugkomsessie een *follow-up* meting gedaan. De vragenlijsten werden groepsgewijs afgenomen door ervaren psychodiagnostisch medewerkers.

Statistische methoden

De onderzoeksgroep bestaat uit vijftien personen. Deze groep heeft te weinig power om statistisch significante resultaten te laten zien. Desondanks willen we toch iets zeggen over de resultaten aan de hand van de tot dusver verkregen data. Om de verschillen tussen de verschillende meetmomenten (t1 t/m t4) te berekenen hebben we gebruik gemaakt van de *paired t-toets*.

Resultaten

Op de psychoneuroticisme schaal van de SCL-90 vinden we een statistisch signifi-

cant verschil tussen de voormeting en follow-up meting ($p=.014$). De gemiddelde score daalt van 179,40 bij de eerste meting naar 152,87 3 maanden na afloop van de behandeling. Wanneer we deze scores plaatsen in de normgroep 'normalen', dan vallen beide scores binnen de norm 'hoog'. Ten aanzien van de score op de BDI vinden we eveneens een statistisch significant verschil tussen de voor- en follow-up meting. De totaalscore laat een afname van de ernst van depressie zien: van 17,79 voorafgaand aan de behandeling naar 12,00 drie maanden na de behandeling. Kijkende naar de richtlijnen voor afkapscores die aanbevolen worden voor de totaalscores, betekent deze afname dat iemand van de categorie 'licht depressief' (14-19) naar de categorie 'minimaal depressief' (0-13) gaat. (Bouman et al., 1985) Deze afname in de totaalscore lijkt vooral te worden verklaard door een minder depressief gekleurde gedachteinhoud.

Om deze afname in depressieve klachten nog eens extra te onderzoeken, hebben we gekeken naar de subschaal depressie van de SCL-90 die klinisch nog wel eens wordt gebruikt als maat voor depressie (al is deze schaal hiervoor niet ontworpen). Op deze depressie schaal vonden we eveneens een statistisch significante afname in rapportage van klachten tussen de voor- en follow-up meting drie maanden na de behandeling ($p=.006$).

Samenvattend kunnen we zeggen dat we enige afname van psychologische klachten zien, zoals gemeten met de SCL-90 en de BDI-II. Op de NPV inadequatieschaal, die

klachten van neurotische aard meet, vinden we echter geen afname van klachten.

Wanneer we kijken naar de vraag of er een verbetering (verandering) heeft plaatsgevonden op het gebied van omgaan met problemen (*coping*), vinden we hiervoor alleen een aanwijzing op de schaal die 'sociale steun zoeken' meet. We vinden een statistisch significant verschil tussen de voormeting en follow-up meting ($p=.048$). Verder vinden we geen resultaten die wijzen op een afname van klachten en/of toename van mogelijkheden op gedragsniveau met betrekking tot het lichamenlijk welbevinden volgens de EQ-5d. Op het gebied van het sociaal functioneren/welbevinden vinden we eveneens geen statistisch significante verschillen tussen de verschillende metingen. Ook vinden we geen aanwijzingen voor een toegenomen gevoel van autonomie (PUL) en *self efficacy* (ALCOS-12). Beide zijn gelijk gebleven.

Conclusie en discussie

Laten we voorop stellen dat we gezien de kleine proefgroep en het ontbreken van een controlegroep geen harde uitspraken kunnen doen omtrent de gevonden resultaten. We signaleren een trend, die wijst op een afname van klachten op de SCL-90. Het lijkt daarbij vooral te gaan om een afname van gerapporteerde depressieve klachten. Onze veronderstelling dat de doelstelling van de behandeling, 'een betere kwaliteit van leven en afname van de gevolgschade van de lichamenlijke klachten op lichamenlijk, psychologisch en sociaal

vlak', zou worden bereikt door het verbeteren van copingstrategieën en het versterken van de autonomie en *self efficacy*, worden door de resultaten op dit moment niet ondersteund. We zullen meer data moeten verzamelen om de gevonden trend te bevestigen.

Terugblikkend op de opzet van ons onderzoek valt ons op dat de huidige statistisch significante verschillen gevonden worden tussen de voormeting en follow-up meting en niet tussen voor- en nameting. Dit zou kunnen betekenen dat onze behandeling pas op langere termijn zijn vruchten gaat afwerpen. Anderzijds zou het ook kunnen betekenen dat er tussen de nameting en de follow-up metingen gebeurtenissen hebben plaatsgevonden die het gevonden verschil kunnen verklaren. In het vervolgonderzoek willen we hiermee rekening gaan houden door de patiënten onder meer te vragen naar eventuele *life-events* en andere therapieën die ze mogelijk tussentijds gevolgd hebben.

Verder willen we nog stilstaan bij onze ervaringen omtrent de behandeling van patiënten met onbegrepen lichamenlijke klachten. Patiënten die gekenmerkt werden door een vrij passief-agressieve manier van omgaan met anderen hebben naar ons idee weinig of geen baat gehad bij de behandeling. Deze patiënten presenteerden hun klachten tijdens de indicatie als van meer neurotische aard. Gedurende de behandeling bleek sprake te zijn van een onderhuidse ontevredenheid die niet werd geuit in de groep, maar er buiten. Bijvoorbeeld tijdens de testmomenten in het bijzijn van

de psychodiagnostisch medewerker. Pas bij de evaluatie kwam iets van de onvrede over de behandeling naar voren.

Groepsleden met cluster B persoonlijkheidsstreken waren naar ons idee in de groep goed te hanteren, zolang patiënten open bleven over wat hen bezighield, ook wat betreft onvrede over de groep en de therapeuten. Doordat deze zaken bespreekbaar bleven, kon een aantal patiënten de opgedane inzichten positief voor zichzelf aanwenden.

Aansluitend bij wat er uit literatuuronderzoek naar voren kwam met betrekking tot groepsbehandeling, hebben wij het idee dat lotgenotencontact bij deze patiëntenpopulatie helend kan werken. Patiënten rapporteerden steun bij elkaar te vinden. Zij zijn naar ons idee eveneens goed in staat bij elkaar de vinger op de zere plek te leggen. Dit speelde vooral in het non-directieve gedeelte van de therapie, waarin ziekmakende gedragspatronen het meest duidelijk naar voren kwamen. Een aantal patiënten was daarbij goed in staat om naar aanleiding van de feedback van andere groepsleden een relatie te leggen tussen hun 'leef- en interactiestijl' en hun lichamelijke klachten, wat uiteindelijk een positieve invloed had op de manier waarop zij met hun klachten omgingen.

Met dank aan mevrouw M. Bühring en mevrouw L. Veselka, van Centrum voor Psychosomatiek, Eikenboom te Zeist voor het delen van hun kennis en ervaring.

agatha.hollander@ggzfriesland.nl
alberte@zonnet.nl

Literatuur

Appelo, M. & Schouten, P. (2003). De positieve uitkomsten lijst (PUL). *Gedragstherapie*, 36, 4, 309-319.

Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Blijenberg, G. (2002). Het chronisch vermoeidheidssyndroom: kenmerken, determinanten en behandeling. *Themanummer Chronische vermoeidheid, Gedragstherapie*, 35, 2, 141-146.

Blijenberg, G., Prins, J. en Bazelman, A. (2003). De Chronisch vermoeide patiënt. In: C. van der Feltz-Cornelis, en H. van der Horst (red). *Handboek Somatisatie-lichamelijke onverklaarde klachten in de eerste en tweede lijn*, 83-97. Utrecht: De Tijdstroom.

Bosscher, R.J., Smit, J.H. en Kempen, G.I.J.M. (1997). Algemene competentieverwachtingen bij ouderen, een onderzoek naar de psychometrische kenmerken van de Algemene Competentieschaal (ALCOS). *Nederlands tijdschrift voor de psychologie*, 52, 239-248.

Bouman, T.K., Luteijn, F., Albersnagel, F.A. & Ploeg, F.A.E. v.d. (1985). Enige ervaringen met de Beck Depression Inventory, BDI. *Gedrag*, 13, 13-24.

Brouwer, E. & Casteelen, G. (2003). Groepstherapie voor patiënten met een somatoforme stoornis. In: C. van der Feltz-Cornelis, en H. van der Horst (red). *Handboek Somatisatie-lichamelijke onverklaarde klachten in de eerste en tweede lijn*, 213-220. Utrecht: De Tijdstroom.

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Euroqol Group, (1995). *EQ-5D User Guide*. Rotterdam: Sanders Instituut, EUR.

Fall, K.A. (2005). Somatization Disorder: A Proposed Adlerian Conceptualization and Treatment. *Journal of Individual Psychology*, 61, 2, 149-160.

Falck, H.R. (1996). Psychoanalytic group therapy in the treatment of severe psychosomatic dysfunctions experiences since 1981. *Journal of Psychosomatic Obstet. Gynecology*, 17, 235-237.

Grabhorn, R. (1998). Affective experience in a case of group therapy with psychosomatic inpatients. *Psychoanalytic Inquiry*, 18, 490-511.

Houdenove, B. van (2001). *Moe in tijden van stress: luisteren naar het chronische vermoeidheidssyndroom*. Tiel: Lannoo.

Jaspers, J.P.C., (1998). Somatoforme stoornissen: problemen bij de diagnostiek en resultaten van behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 8, 492-496.

Luteijn, F., Starren, J. & Dijk, H. van (1985). *Handleiding Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (herziene versie)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Moolen, van der, C. (1998). Moeilijke cliënten? Over de cliëntgerichte behandeling van psychosomatische problematiek. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 36, 2, 115-132.

Prins, J., Blijenberg, G., Bazelmans, E., Elving, L., Boo, de, T., Severens, H., Wilt, van der, G.J., Spinhoven, P. en Meer, van der, J., (2002). Cognitieve gedragstherapie voor het chronisch vermoeidheidssyndroom: een 'multi-center randomized controlled trial'. *Themanummer Chronische vermoeidheid, Gedragstherapie*, 35, 2, 165-180.

Schreurs, P.J.G., Willige, G. v.d., Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). *Handleiding Utrechtse Coping Lijst UCL (herziene versie)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Söderberg, S. & Evengard, B., (2001). Short-term group therapy for patients with chronic fatigue syndrome. *Psychotherapy and psychosomatics*, 70, 108-111.

Winkler, M. & Jap Tjong, L., (2001). Onbegrepen lichamelijke klachten - een groepsbehandeling. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 30, 242-249.