

Onverklaarde lichamelijke klachten: een omvangrijk probleem, maar nog weinig zichtbaar in opleiding en richtlijnen*

R.C.van der Mast

Zie ook de artikelen op bl. 657 en 671.

Onverklaarde lichamelijke klachten (ook wel 'functionele syndromen' genoemd) kunnen niet verklaard worden in termen van gedefinieerde medische ziekten; ze komen veel voor. Als deze klachten chronisch worden, kunnen ze leiden tot grote emotionele problemen, invaliditeit en arbeidsongeschiktheid, met vaak sociale isolatie en grote gezondheidszorgkosten als gevolg. Onverklaarde lichamelijke klachten kunnen zeer uiteenlopen, van voorbijgaande klachten tot chronische, ernstige, somatoforme stoornissen. De verschillende functionele syndromen blijken veel symptoomoverlap te hebben en zijn vaak niet toegankelijk voor gebruikelijke medische behandelingen. De conclusies van een Tijdschriftconferentie die gewijd was aan onverklaarde lichamelijke klachten luiden: (a) patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten accepteren de diagnose 'onverklaarde lichamelijke klachten' niet, omdat artsen onvoldoende kennis, ervaring en vaardigheden hebben om bij hen een geaccepteerde diagnose te stellen en hen adequaat te behandelen; (b) patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten behoren niet per definitie bij de psychiater, behalve als er sprake is van een chronische, ernstige, somatoforme stoornis. Zij hebben dikwijls multipole complexe problemen en zouden het best behandeld kunnen worden door een team van samenwerkende medisch specialisten en paramedici; (c) patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten kunnen effectief worden behandeld met cognitieve gedragstherapie. Hiervoor zijn verschillende cognitieve modellen beschikbaar. Het 'reattribuatiemodel' richt de aandacht vooral op het herstel van een leefbaar leven, terwijl het 'gevolgenmodel' als doel heeft de gevolgen van de onverklaarde lichamelijke klachten te reduceren. Een aanpak volgens het reattribuatiemodel kan worden gevolgd door die van gevolgenmodel; (d) de ontwikkeling van een richtlijn voor de diagnostiek en de behandeling van onverklaarde lichamelijke klachten zou ten goede komen aan de kwaliteit van patiëntenzorg, zou invaliditeit door de klachten verminderen, zou mogelijkheden voor re-integratie bevorderen en zou wetenschappelijk onderzoek stimuleren; (e) zowel in het medisch onderwijs als in de medisch-specialistische vervolgopleidingen is de theoretische en praktische training op het gebied van onverklaarde lichamelijke klachten momenteel onvoldoende. Wetenschappelijk onderzoek is hard nodig om te komen tot een evidence-based richtlijn.

Ned Tijdschr Geneeskd. 2006;150:686-92

Overall in de gezondheidszorg ontmoeten artsen patiënten met lichamelijke klachten die met de huidige diagnostische mogelijkheden niet verklaard kunnen worden. Deze patiënten voelen allerlei lichamelijke veranderingen, zoals moeheid en pijn, terwijl artsen voor deze subjectieve ervaringen geen objectieve lichamelijke afwijkingen kunnen vinden.¹ Onverklaarde lichamelijke klachten zijn ook bekend als 'functionele beelden', 'somatisatie' en 'somatoforme stoornissen'.

Onverklaarde lichamelijke klachten kunnen zeer uiteenlopen, van lichte, voorbijgaande klachten bij patiënten die na een bezoek aan de huisarts gerustgesteld zijn, tot ern-

stige, chronische en invaliderende aandoeningen bij patiënten die al talloze nutteloze onderzoeken en behandelingspogingen hebben ondergaan.² Onverklaarde lichamelijke klachten komen veel voor, maar de meeste gaan vanzelf over, zonder dat verdere diagnostiek en behandeling nodig zijn. Er ontstaat een probleem als de klachten chronisch worden en de patiënt volhardt in zijn of haar zoektocht naar een lichamelijke oorzaak, terwijl de arts gefrustreerd raakt, omdat de klachten ondanks uitgebreid en herhaald onderzoek niet te diagnosticeren zijn als een bekende, classificeerbare ziekte.

Deze groep patiënten met chronische onverklaarde lichamelijke klachten vormt een serieus gezondheidszorgprobleem en een maatschappelijk probleem. Langdurig arbeidsverzuim, blijvende arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en sociale isolatie liggen op de loer en maatschappelijke ontwrichting en grote emotionele en financiële kosten zijn vaak het gevolg.

* Verslag van de Tijdschriftconferentie gehouden op 28 oktober 2005 te Amsterdam.

Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Psychiatrie, Postbus 9600, 2300 RC Leiden.
Mw.dr.R.C.van der Mast, psychiater (r.c.van_der_mast@lumc.nl).

Onverklaarde lichamelijke klachten zijn van alle tijden. Ze gaan vaak schuil onder allerlei modeziekten met soms dramatische benamingen, die een periode veel aandacht krijgen en dan epidemische vormen aannemen. Een recent voorbeeld hiervan is het chronische-vermoeidheidssyndroom, ook wel bekend als 'myalgische encefalomyelitis'. Ieder medisch specialisme kent zijn eigen 'functionele syndromen': de gastro-enteroloog het prikkelbaredarmsyndroom, de reumatoloog fibromyalgie, de gynaecoloog het instabielebekkensyndroom, de neuroloog het chronisch whiplashsyndroom, de infectioloog het chronische-vermoeidheidssyndroom en het postlymesyndroom, de allergoloog het chemische-overgevoeligheidssyndroom, de cardioloog onverklaarde pijn op de borst en de bedrijfsarts en de psychiater het burn-outsyndroom.¹ Opvallend is dat het bij deze functionele syndromen deels gaat om overlappende klachten, zoals (chronische) pijn, vermoeidheid, algemene malaise, slapeloosheid, vergeetachtigheid, prikkelbaarheid en concentratieproblemen. De belangrijkste vraag voor de (behandelend) artsen van deze patiënten is hoe wij hen weer regisseur in plaats van slachtoffer van eigen lijf en leden kunnen maken.

Tijdschriftconferentie. Op de tijdschriftconferentie werd, na 4 inleidingen, met elkaar van gedachten gewisseld over mogelijkheden voor een betere diagnostiek en behandeling van chronische onverklaarde lichamelijke klachten. Verschillende verklarings- en behandelingsmodellen voor onverklaarde lichamelijke klachten passeerden de revue. Ook werd gesproken over de gebrekkige aandacht voor dit probleem in het medisch onderwijs, de medisch-specialistische opleidingen en het wetenschappelijk onderzoek.

DIAGNOSTIEK VAN ONVERKLAARDE LICHAAMELIJKE KLACHTEN: SOMATISATIE, SOMATOFORME STOORNISSEN EN SAMENHANG MET ANGST, DEPRESSIE EN STRESS

In zijn inleiding benadrukte Van Hemert dat 'somatisatie' een parapluterm is, waaronder in verschijningsvorm en ernst zeer wisselende beelden schuilgaan. Bij somatisatie is er in ieder geval sprake van lichamelijke klachten die de arts niet kan verklaren door pathologische bevindingen, maar die door de patiënt worden toegeschreven aan een lichamelijke ziekte, waarvoor hij of zij medische hulp zoekt. Er is dus een verschil in inzicht tussen de patiënt en de dokter over de oorzaak van de lichamelijke klachten. Lichamelijke klachten komen veel voor. In het 'Somatisatieonderzoek Universiteit Leiden' (SOUL) werd met de 'Lichamelijke klachten vragenlijst' (LKV) in de algemene bevolking gevraagd naar 51 gespecificeerde lichamelijke klachten in de afgelopen week: gemiddeld had de Nederlandse man regelmatig of vaak 2,5 lichamelijke klachten en de Nederlandse vrouw 4,3. Voor patiënten die de huisarts bezochten waren

deze cijfers 4,0 en 5,7. Maar lichamelijke klachten zijn nog geen onverklaarde lichamelijke klachten; bij de huisarts was in 30% van de consulten sprake van onverklaarde lichamelijke klachten en in medisch-specialistische poliklinieken in 37-66%. Overigens gaan veel van deze klachten vanzelf over.

Als de patiënt langdurig onverklaarde lichamelijke klachten heeft en er hierdoor belangrijke functionele beperkingen zijn, spreekt men van een somatoforme stoornis. Bij de verschillende (volgens DSM-IV gediagnosticeerde) somatoforme stoornissen (ongedifferentieerde somatoforme stoornis, pijnstoornis, somatisatiestoornis, conversie, hypochondrie en stoornis in de lichaamsbeleving) zijn de klachten dus relatief ernstig.

Somatoforme stoornissen komen in de huisartsenpraktijk bij 16% van de patiënten voor; dit betreft vooral de ongedifferentieerde somatoforme stoornis. Opvallend is dat een kwart van de patiënten met een somatoforme stoornis ook angstig of depressief is, terwijl de helft van de angstige en depressieve patiënten ook een somatoforme stoornis heeft.³ Het aantal lichamelijke klachten hangt nauw samen met de aanwezigheid van klachten van angstige of depressieve aard. Hoe meer emotionele klachten, hoe meer lichamelijke klachten. Er is geen duidelijke relatie tussen de aard van de lichamelijke klachten en de emotionele klachten: alle lichamelijke klachten komen meer voor bij emotionele klachten.⁴

Een mogelijk verklaringsmodel voor het ontstaan van onverklaarde lichamelijke klachten is de somatosensore-filterhypothese, die is geïnspireerd door het werk van Barsky over somatosensore amplificatie en van Damasio over somatosensore signalen. Volgens de somatosensore-filterhypothese worden er bij verhoogde activiteit van het limbische systeem (bij stress) minder somatosensore signalen 'weggefilterd'. Hierdoor komen er meer signalen door in de cerebrale cortex, wat tot sterkere symptoomperceptie leidt. Symptoomperceptie en ziekte-interpretatie veroorzaken klagen en ziektegedrag.

Volgens Van Hemert horen alle artsen basisvaardigheden te hebben in het omgaan met onverklaarde lichamelijke klachten. Psychiatrische deskundigheid is bij uitstek nodig voor patiënten met somatoforme stoornissen en bijbehorende gedragsproblemen.

BENADERINGSMODELLEN VOOR ONVERKLAARDE LICHAAMELIJKE KLACHTEN

Van Rood belichtte in haar inleiding 3 frequent gebruikte verklarings- en behandelmodellen voor onverklaarde lichamelijke klachten.

(Oorzakelijke)stressmodel. Het (oorzakelijke)stressmodel veronderstelt dat er een psychische oorzaak (dit is stress) voor de onverklaarde lichamelijke klachten is bij een patiënt met bepaalde persoonskenmerken, zoals de neiging om op

spanning te reageren met lichamelijke klachten. In dit model probeert de behandelaar, meestal de huisarts, de patiënt in te laten zien dat de stressvolle omstandigheden hebben geleid tot de lichamelijke klachten, wat 'reattributie' wordt genoemd. De (huis)arts behandelt de patiënt met cognitieve interventies of verwijst hem of haar voor verdere behandeling naar de ggz. De verwachting is dat een dergelijke aanpak leidt tot vermindering van het aantal consulten en tot acceptatie van eventuele verwijzing naar de ggz, en dat bespreking van de onderliggende psychische problemen uiteindelijk resulteert in afname van de ernst en de frequentie van lichamelijke klachten.

Coping-met-ziektemodel. Bij het coping-met-ziektemodel wordt herstel van de onverklaarde lichamelijke klachten niet verwacht, omdat de oorzaak ervan onbekend is en derhalve niet behandeld kan worden. De behandelaar probeert de patiënt in te laten zien dat hij of zij de klachten moet accepteren en ermee moet leren leven. De behandelaar helpt de patiënt om de beperkingen als gevolg van de lichamelijke klachten te verminderen door bijvoorbeeld het gebruik van hulpmiddelen. Ook in dit model is de verwachting dat het aantal consulten en de beperkingen door de ziekte zullen afnemen. Anders dan bij het (oorzakelijke)stressmodel wordt er niet zozeer een afname van de klachten als wel een afname van de beperkingen als gevolg van de klachten verwacht.

Gevolgenmodel. Het gevolgenmodel gaat er eveneens vanuit dat de oorzaak van de lichamelijke klachten onbekend is en dus niet behandeld kan worden. Bij lang bestaande onverklaarde lichamelijke klachten zouden de in stand houdende factoren belangrijker zijn dan de factoren die eertijds tot de klachten hebben geleid. De behandelaar inventariseert samen met de patiënt de gevolgen van de lichamelijke klachten voor het dagelijks leven en beoordeelt of en hoe deze herstel belemmeren. Het doel van de behandeling is het opheffen van in stand houdende gevolgen. De verwachting is dat met het afnemen van die gevolgen ook de lichamelijke klachten en het aantal consulten zullen afnemen.

Een behandelaanbod op basis van het (oorzakelijke)stressmodel wordt door slechts 40% van de patiënten geaccepteerd,⁵ een behandelaanbod op basis van het gevolgenmodel door 80%.⁶ Het is niet bekend wat het percentage patiënten is dat een behandelaanbod op basis van het coping-met-ziektemodel accepteert.

Het (oorzakelijke)stressmodel is in principe ontwikkeld voor patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen; het coping-met-ziektemodel is ontwikkeld voor patiënten met verklaarde lichamelijke klachten, maar wordt ook toegepast bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten, en het gevolgenmodel is ontwikkeld voor patiënten met (deels) onverklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen, maar is ook toepasbaar bij verklaarde lichamelijke klachten. Omdat uit

onderzoek is gebleken dat met een benadering van onverklaarde lichamelijke klachten volgens het gevolgenmodel het effect op het herstel van de klachten groter is dan met een benadering volgens het (oorzakelijke)stressmodel⁷ * pleit Van Rood voor een benadering vanuit het gevolgenmodel.

ONVERKLAARDE LICHAAMELIJKE KLACHTEN VANUIT HET PERSPECTIEF VAN DE HUISARTS: DE REATTRIBUTIEAANPAK

In de huisartsenpraktijk betreft 12-50% van de consulten patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten. Van der Horst schetste in haar bijdrage vanuit het perspectief van de huisarts de aanpak van deze patiënten volgens het reattributiemodel. Onverklaarde lichamelijke klachten zijn lastig voor de huisarts, omdat er dikwijls (enige) diagnostische onzekerheid blijft en de huisarts zich met 'lege handen' voelt staan: de patiënt krijgt geen diagnose waarvoor een bekende en geaccepteerde behandeling, zoals een pil, beschikbaar is. Van der Horst waarschuwt voor een aantal valkuilen: onnodige diagnostiek, miskennen van de verandering in een langdurig bestaand klachtenpatroon en het niet herkennen van een angststoornis of depressie.

Bij de reattributieaanpak worden 3 fasen onderscheiden: (a) de fase van zich begrepen voelen; (b) de fase van het verbreden van de agenda; en (c) de fase waarin de link wordt gelegd. In de eerste fase luistert de huisarts actief naar het verhaal van de patiënt, vraagt dóór op de klachten en doet een gericht lichamenlijk onderzoek met als voornaamste doel dat de patiënt zich begrepen voelt. De lichamenlijke klacht is het uitgangspunt voor de analyse volgens het zogenaamde SCEGS-model (acroniem van de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensie). Daarbij wordt aandacht gegeven aan de somatische dimensie (bijvoorbeeld: de hoofdpijn is begonnen na een zware griep), de cognitieve dimensie (de gedachte bestaat dat de hoofdpijn niet normaal is en dat rust goed is), de emotionele dimensie (er is de angst een hersentumor te hebben en de zorg om de kinderen die achter zullen blijven), de gedragsdimensie (dagelijks gebruik van pijnstillers, stoppen met activiteiten, in de Ziektewet lopen) en de sociale dimensie (het betreft een alleenstaande moeder met weinig sociale steun).

Hierna wordt in de tweede fase de agenda verbreed, doordat de arts de waarnemingen samenvat, waarbij normale bevindingen in positieve bewoordingen worden weergegeven (spierspanning verklaart de hoofdpijnklachten, het hoofd is in orde) en emoties en klachteninterpretaties als correct worden benoemd (ongerustheid over een tumor die verergerd is na het overlijden van een zus). De klacht wordt expliciet als reëel benoemd en er wordt uitleg gegeven: er is een vicieuze cirkel waarin angst(toename) spierspanning en

hoofdpijn veroorzaakt, wat leidt tot (meer) angst voor een hersentumor en meer aandacht voor de hoofdpijn, waardoor de angst weer verder toeneemt.

In de laatste fase gaat de huisarts na of de patiënt zelf op basis van de observaties van de huisarts de link kan leggen tussen de klachten en zijn of haar emoties of gedrag, en of uit de reacties van de patiënt op de interpretaties van de huisarts blijkt dat hij deze link bevestigt. Daarmee ligt de weg open voor een andere dan een zuiver somatische aanpak van de klachten. Als de patiënt de link niet herkent kan de huisarts vragen klachten, gedachten en gedrag enige tijd te registreren in een dagboek.

Reattributie bij onverklaarde lichamelijke klachten is in de huisartsenpraktijk te trainen en wordt door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) cursorisch aangeboden. Uit onderzoek blijkt deze methode toepasbaar en effectief.⁹

ONVERKLAARDE LICHAAMELIJKE KLACHTEN VANUIT HET PERSPECTIEF VAN DE MEDISCH SPECIALIST: DE NOODZAAK VAN MEER AANDACHT HIERVOOR IN DE GENEESKUNDEOPLEIDING EN DE MEDISCH-SPECIALISTISCHE VERVOLGOELEDINGEN

Ook Bolk benadrukte in zijn inleiding de druk van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten op de gezondheidszorg: zij bezoeken 2,5 maal zo vaak de huisarts, 2 maal zo vaak een medisch specialist en worden 6 maal zo vaak opgenomen op een somatische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Maar wat kan de medisch specialist meer doen dan de huisarts? Hoewel dat in wezen niet zoveel is, heeft de medisch specialist meestal wel meer tijd voor een zorgvuldige speciële en psychosociale anamnese. Verder doet hij of zij een volledig lichamenlijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek, en geeft uitleg.

Het grootste probleem en de lastigste valkuil zijn dat de relatie met de patiënt vaak voor beide partijen onbevredigend is: de patiënt met onverklaarde lichamelijke klachten is moeilijk te helpen, vaak ontevreden en regelmatig veel-eisend. De arts raakt gefrustreerd, geïrriteerd en wanhopig, en de situatie escaleert. Iatrogene factoren kunnen de klachten in stand houden of verergeren. Als de arts zich onzeker toont, als hij niet in staat is om een aanvaardbare verklaring voor de klachten te geven, als hij de patiënt niet overtuigt dat hij de klachten serieus neemt en deze accepteert zoals ze zijn, als hij zomaar geruststelt, tweeslachtige en tegenstrijdige adviezen geeft en als hij uitgebreid en herhaald aanvullend onderzoek laat verrichten, is het effect van de interventies op de onverklaarde lichamelijke klachten vooral negatief.

Het is opmerkelijk dat er desondanks in de medische opleiding en medisch-specialistische vervolgoeelingen zo weinig aandacht wordt besteed aan (de omgang met)

deze vaak complexe patiënten. Zowel studenten als artsen in opleiding tot specialist (AIOS'en) zouden onderwezen moeten worden in basisvaardigheden in het omgaan met functionele syndromen.

BESCHOUWING

Na de 4 inleidingen werd een aantal onderwerpen die reeds waren aangestipt, verder uitgewerkt.

Waarom accepteert de patiënt met onverklaarde lichamelijke klachten niet dat er geen somatische ziekte is? Het kan zijn dat de patiënt het etiket 'onverklaarde lichamelijke klachten' niet accepteert, omdat de dokter de patiënt niet adequaat over deze diagnose informeert. De gemiddelde arts heeft weinig kennis over patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten. Verwijzing naar een psycholoog biedt meestal ook geen soelaas, omdat een psycholoog in de ogen van de patiënt weinig goed kan doen. Volgens de patiënt gaat het immers om een somatische ziekte, waarvoor hij of zij bij een psycholoog weinig te zoeken heeft. Het is bovendien niet voldoende alleen de diagnose te stellen. De arts moet ook de kundigheid hebben om het medisch-diagnostisch onderzoek te stoppen en de gevolgen van onverklaarde lichamelijke klachten in goede banen te leiden. Er wordt hierbij benadrukt dat de arts aan de patiënt een acceptabel, dus ook voor leken begrijpelijk, verklaringsmodel voor de klachten moet kunnen geven, bijvoorbeeld met het eerder geschetste filtermodel: een filter die ver open staat, een versterker die te hard staat. Om de patiënt rijp te maken voor een effectieve behandeling, zoals cognitieve therapie, zal de arts hem of haar verder het vertrouwen moeten schenken dat hij de somatiek niet uit het oog zal verliezen en dat hij deze patiënt met deze klachten accepteert. Tegelijkertijd zal de arts niet méér diagnostiek mogen verrichten.

Het is belangrijk zich te realiseren dat vele kortdurende klachten zonder problemen overgaan zonder dat verdere diagnostiek en behandeling nodig zijn. Daarom is het misschien beter om te spreken van onverklaarde chronische klachten, omdat daarin het probleem zit voor behandelaars, verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen. Aan de term 'chronisch' kleef echter wel het nadeel dat de patiënt zou kunnen veronderstellen dat de klachten niet meer overgaan; daarom wordt voorgesteld te spreken van 'langdurige onverklaarde lichamelijke klachten'. Opvallend is dat patiëntenverenigingen functionele syndromen nogal eens ernstiger maken, wat belangrijke nadelige gezondheidsgevolgen en maatschappelijke gevolgen kan hebben; dit geldt bijvoorbeeld bij modeziekten. In plaats van 'onverklaard', een term die het perspectief van artsen en onderzoekers weergeeft, zou men ook kunnen spreken van 'onbegrepen', dat meer het patiëntenperspectief weergeeft. Geen van de gebruikte en voorgestelde termen ondervangt echter het probleem van stigmatisering.

Wie is de behandelaar van de patiënt met onverklaarde lichamelijke klachten? Veel artsen hebben afstand genomen van (langdurige) onverklaarde lichamelijke klachten, mede doordat die bij de psychiatrie (DSM) zijn ondergebracht als 'somatoforme stoornissen'. Daardoor zijn ze tot de deskundigheid van de psychiater gaan behoren. Het is echter de vraag of deze klachten wel bij de psychiater thuishoren, uitzonderd de ernstige langdurige beelden, zoals de conversieve stoornis, hypochondrie en ernstige chronische vormen van het chronische-vermoeidheidssyndroom. Er gaan zelfs stemmen op om de categorie 'somatoforme stoornissen' uit de DSM te schrappen, omdat het uitgangspunt dat klachten óf lichamen óf psychisch zijn niet houdbaar is en niet aansluit bij de indeling van de 'International classification of diseases' (ICD) van niet-psychiatrische stoornissen. De validiteit van de diagnose 'somatoforme stoornis' is bovendien laag gebleken.^{10 11}

Bij patiënten met langdurige onverklaarde lichamelijke klachten gaat het om zeer diverse problemen die een complexe multifactoriële samenhang hebben. Voor deze patiëntencategorie zou er in de tweede lijn een goed antwoord gevonden moeten worden in een geïntegreerde samenwerking tussen somatisch specialisten, psychiaters en paramedici.

Wat is de beste benaderingswijze en behandeling voor patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten? Het reattribuatiemodel is minder gericht op herstel dan het geschetste gevolgenmodel. Het is in het reattribuatiemodel niet het primaire doel om van de klachten af te komen, omdat dat op dat moment niet haalbaar wordt geacht. Daarom ligt de focus op herstel van een leefbaar leven. In de praktijk wordt eerst het reattribuatiemodel gebruikt, zodat de patiënt ervan doordrongen raakt dat er geen somatische verklaring is voor de klachten. Daarna kan alsnog het gevolgenmodel worden toegepast. Het gaat dus niet om het ene of het andere model; ze gaan heel goed samen en vullen elkaar aan.

Er werd gediscussieerd over het feit dat de behandelaar weliswaar de nadruk kan leggen op herstel en leefbaarheid, maar dat de meeste patiënten toch ook een oorzaak willen weten voor hun klachten. Idealiter is de patiënt meer bezig met hoe hij van de klachten afkomt dan hoe hij eraan gekomen is, maar dat blijkt niet de praktijk. Het is echter niet het doel van de geschetste behandelingen om achter oorzaken van de onverklaarde lichamelijke klachten te komen, hoewel het prettig is als hiervoor een cognitieve verklaring kan worden gegeven.

Moet er een richtlijn 'Onverklaarde lichamelijke klachten' komen en wat zal deze moeten bieden? Er wordt krachtig gepleit voor een richtlijn voor onverklaarde lichamelijke klachten. Een groot probleem hierbij is dat het volgens het NHG bij onverklaarde lichamelijke klachten niet om een ziekte gaat en dat er dus geen standaard voor kan worden gemaakt. Een richtlijn zou echter kunnen helpen bij de diagnostiek, de behandeling en het beleid van onverklaarde lichamelijke

klachten. Bovendien zou een richtlijn aandacht kunnen geven aan re-integratie van de patiënt met onverklaarde lichamelijke klachten, een belangrijk aspect, waarvoor tot nu toe weinig aandacht is en waarop volgens velen de nadruk zou moeten liggen. De arbeidsongeschiktheidsgraad in een populatie patiënten zou een criterium voor zorgkwaliteit kunnen zijn in artspraktijken.

Ook de fysiotherapeut ziet regelmatig patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten, wat zal toenemen met het nieuwe zorgstelsel, waarin patiënten geen verwijzing meer nodig hebben. Hij of zij zou zeer geholpen zijn met profielen van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten die baat hebben bij een bepaalde behandeling; een standaardbehandeling voor de hele heterogene groep patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten zal er niet zijn.

Bedrijfsgeneeskundigen en verzekeringsgeneeskundigen blijken overspoeld te worden door patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten. Hun visie is dat de aanpak en een richtlijn voor onverklaarde lichamelijke klachten gericht zouden moeten zijn op re-integratie van de patiënt. De vrees is dat bij een aanpak volgens het gevolgenmodel te veel wordt meegegaan met de patiënt, die dan weliswaar tevreden, maar niet hersteld is. Er wordt gewaarschuwd voor ontwikkeling van verschillende richtlijnen vanuit verschillende disciplines. Een gezamenlijke, algemene richtlijn voor onverklaarde lichamelijke klachten moet voldoen en alle bovengenoemde aspecten bevatten. De ervaringen met chronische lage rugpijn hebben geleerd dat het effect van een richtlijn heel gunstig is voor de kwaliteit van de patiëntenzorg (behandeling van de klacht), de eruit voortvloeiende mogelijkheden voor re-integratie en de beperking van arbeidsongeschiktheid, alsmede voor wetenschappelijk onderzoek.

Zijn onderwijs, opleiding en wetenschappelijk onderzoek (nog) nodig voor onverklaarde lichamelijke klachten? De meeste deelnemers waren van mening dat al in de basisopleiding geneeskunde onderwijs gegeven zou moeten worden in de benadering, de diagnostiek en de behandeling van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten. Dat gebeurt nu niet. In de verschillende medisch-specialistische opleidingen zouden de functionele syndromen kunnen worden opgenomen in de curricula van bijvoorbeeld psychiaters, internisten, neurologen en orthopeden. Liefst zouden medisch specialisten moeten leren om in samenwerking met elkaar patiënten met chronische onverklaarde lichamelijke klachten te behandelen. Huisartsen worden op dit moment tijdens de opleiding beter voorbereid op het omgaan met onverklaarde lichamelijke klachten.

Voor wetenschappelijk onderzoek naar onverklaarde lichamelijke klachten ontbreekt op dit moment veelal een goede structuur of behandelsetting waarin het onderzoek kan worden uitgevoerd. Tot nu toe is alleen de behandeling van onverklaarde lichamelijke klachten door de psychiater

of de psycholoog onderzocht. Wat de effectiviteit is van behandeling door andere disciplines als interne geneeskunde of neurologie is nog niet nagegaan. Dat is wel nodig en waardevol. Als voorbeeld kan chronische rugpijn dienen; dit is inmiddels een geaccepteerde diagnose, waarnaar veel onderzoek is gedaan. Gezien een te maken richtlijn is het relatieve gebrek aan onderzoek op het gebied van onverklaarde lichamelijke klachten een groot manco. Er wordt voor gepleit wetenschappelijk onderzoek, vooral ook in vergelijking met andere landen, te doen.

SLOT

De Tijdschriftconferentie over onverklaarde lichamelijke klachten was een levendige en stimulerende bijeenkomst van vele specialisten. Zij waren het erover eens dat gerichte aandacht voor onderwijs, opleiding en onderzoek op het gebied van chronische onverklaarde lichamelijke klachten de kwaliteit van de behandeling van de zeer complexe patiëntengroep sterk kan verhogen. Ook is het tijd voor een richtlijn voor onverklaarde lichamelijke klachten, ook al betreft het geen 'erkende ziekte'.

Aan de conferentie namen deel (in alfabetische volgorde): mw.I.A.Arnold, huisarts, Leids Universitair Medisch Centrum; hr.prof.dr.J.H.Bolk, internist, Leids Universitair Medisch Centrum; hr.prof.dr.J.W.J.Bijlsma, reumatoloog en klinisch immunoloog, Universitair Medisch Centrum Utrecht; hr.prof.dr.F.S.A.M.van Dam, klinisch psycholoog, Universiteit van Amsterdam; hr.S.Floer, arts-stagiair Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG); hr.prof.dr.J.van Gijn, neuroloog, Universitair Medisch Centrum Utrecht, hoofdredacteur NTvG; hr.drs.I.Hazemeijer, filosoof, Zwolle; hr.dr.A.M.van Hemert, psychiater, Parnassia Psycho-medisch Centrum, Den Haag; mw.dr.H.E.van der Horst, huisarts, VU Medisch Centrum, Amsterdam; hr.dr.F.J.Huyse, psychiater, Universitair Medisch Centrum Groningen; mw.dr.F.Kievits, medisch bioloog, redacteur Berichten NTvG; hr.M.M.Klaver, neuroloog, Ziekenhuisgroep Twente, Hengelo; hr.drs.S.Knepper, verzekeringarts, Laren; hr.prof.dr.J.A.Knotnerus, huisarts, Universiteit Maastricht, voorzitter van de Gezondheidsraad; hr.drs.H.van Maanen, wetenschapsjournalist, Amsterdam; mw.dr.R.C.van der Mast, psychiater, Leids Universitair Medisch Centrum; hr.prof.dr.J.W.M.van der Meer, internist, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen; hr.prof.dr.A.J.P.M.Overbeke, bijzonder hoogleraar Medisch-wetenschappelijke Verslaglegging, Radboud Universiteit Nijmegen, uitvoerend hoofdredacteur NTvG; mw.dr.Y.R.van Rood, klinisch psycholoog, Leids Universitair Medisch Centrum; hr.prof.dr.H.G.M.Rooijmans, emeritus hoogleraar Psychiatrie, Rijksuniversiteit Leiden, voorzitter van de Raad voor Gezondheidsonderzoek; hr.W.H.A.M.M.Smeets, M.Sc., algemeen directeur masteropleiding Manuele Therapie, Amersfoort; prof.dr.S.Thomas, huisarts, Erasmus MC, Rotterdam; hr.T.J.Snijders, assistent-geneeskundige/promovendus, afd. Neurologie, Universitair Medisch Centrum Utrecht; hr.dr.H.Veeken, huisarts, uitvoerend hoofdredacteur NTvG; hr.prof.dr.F.W.A.Verheugt, cardioloog, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen, hoofdredacteur NTvG; hr.dr.H.C.Walvoort, dierenarts-patholoog, wetenschappelijk eindredacteur NTvG; hr.dr.C.P.van Wilgen, onderzoeker/fysiotherapeut/psycholoog, afd. Anesthesiologie en Revalidatie-fysiotherapie, Universitair Medisch Centrum Groningen.

S.Floer droeg bij aan de verslaglegging van deze conferentie.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 11 januari 2006

Literatuur

- 1 Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*. 1999;354:936-9.
- 2 Rosendal M, Olesen F, Fink P. Management of medically unexplained symptoms. Includes diagnosis, specific treatments, and appropriate communication. *BMJ*. 2005;330:4-5.
- 3 Waal MW de, Arnold IA, Eekhof JA, Hemert AM van. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry*. 2004;184:470-6.
- 4 Waal MW de, Arnold IA, Spinhoven PH, Eekhof JA, Hemert AM van. The reporting of specific physical symptoms for mental distress in general practice. *J Psychosom Res*. 2005;59:89-95.
- 5 Blankenstein AH, Horst HE van der, Schilte AF, Vries D de, Zaat JO, Knottnerus JA, et al. Development and feasibility of a modified reattribution model for somatising patients, applied by their own general practitioners. *Patient Educ Couns*. 2002;47:229-35.
- 6 Speckens AE, Hemert AM van, Bolk JH, Hawton KE, Rooijmans HG. The acceptability of psychological treatment in patients with medically unexplained physical symptoms. *J Psychosom Res*. 1995;39:855-63.
- 7 Schilte AF, Portegijs PJ, Blankenstein AH, Horst HE van der, Latour MB, Eijk JT van, et al. Randomised controlled trial of disclosure of emotionally important events in somatisation in primary care. *BMJ*. 2001;323:86.
- 8 Speckens AEM, Hemert AM van, Spinhoven Ph, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HGM. Gunstige effecten van cognitieve gedragstherapie voor onverklaarde lichamelijke klachten; een gerandomiseerd onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk*. 1996;140:1227-32.
- 9 Blankenstein AH. Somatising patients in general practice. Reattribution, a promising approach [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2001.
- 10 Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry*. 2005;162:847-55.
- 11 Huyse FJ. De DSM-IV-classificatie dient te worden gewijzigd voor onbegrepen klachten. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2005;149:2478-9.

Abstract

Unexplained physical symptoms: a widespread problem but still low-profile in training programmes and guidelines. – Unexplained physical symptoms or functional somatic syndromes that cannot be explained in terms of a defined medical disease are common. If persistent, they can cause significant distress and disability, and lead to absenteeism and social isolation as well as major health-care costs. Unexplained physical symptoms form a spectrum from transient unexplained mild physical symptoms to chronic severe somatoform disorders. Various functional somatic syndromes overlap one another substantially in symptomatology and are often resistant to conventional medical therapy. The 'Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde' (Dutch Journal of Medicine Association) recently held a special conference on unexplained physical symptoms. The conclusions were: (a) patients are reluctant to accept the diagnosis of unexplained physical symptoms, because physicians do not have

sufficient knowledge, expertise, and skill to diagnose and treat them, (b) patients with unexplained physical symptoms do not necessarily need to be treated by a psychiatrist except in cases of chronic and serious somatoform disorder. Patients with unexplained physical symptoms, who often have multiple and complex problems, are best treated by a team of physicians and allied paramedical professionals; (c) patients with unexplained physical symptoms can be treated effectively by specialists using cognitive behaviour therapy. Different cognitive models are available; the 're-attribution model' focuses on the re-establishment of a liveable life, while 'the consequence model' is directed at reducing the consequences of the unexplained physical symptoms. Management using the attribu-

tion model may be followed up by the consequence model approach; (d) the development of a practice guideline for the diagnosis and treatment of patients with both acute and chronic unexplained physical symptoms would improve the quality of patient care, reduce disability, increase the possibility of reintegration, and stimulate scientific research; (e) both theoretical and practical training in the diagnosing and managing of unexplained physical symptoms is inadequate in both university curriculums and postgraduate training programmes for medical specialists. Scientific research for the development of an evidence-based practice guideline is urgently needed.

Ned Tijdschr Geneesk. 2006;150:686-92