

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Stand van zaken bij somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten

Verbeteren van de effectiviteit van
cognitieve gedragstherapie

JAAP SPAANS & KEES JAN VAN DER BOOM

Samenvatting

Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) komen in de praktijk van de huisarts of de medisch specialist vaak voor. Een stijgend aantal Nederlandse behandel- en onderzoeksinstellingen specialiseerden zich het afgelopen decennium in deze klachten. Cognitieve gedragstherapie (CGT) neemt een vooraanstaande plaats in bij behandeling van SOLK; het is op dit moment de best onderzochte en meest toegepaste behandelmethode. CGT blijkt weliswaar effectief, maar de effectgroottes zijn vaak nog bescheiden. Tegen de achtergrond van recente richtlijnen, zorgstandaarden en handboeken onderscheiden we een aantal aandachtspunten bij de verbetering van CGT. Deze liggen op het gebied van motiveren voor behandeling, de therapeutische relatie, multidisciplinaire samenwerking, gepersonaliseerd behandelen en specifieke doelgroepen. Tevens gaan wij in op beperkingen van CGT.

Trefwoorden: SOLK, lichamelijke klachten, cognitieve gedragstherapie, effectiviteit, verbetering

INLEIDING

De belangstelling voor somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) in Nederland is het afgelopen decennium toegenomen. SOLK kan onder professionals en bij het brede publiek op meer erkenning

rekenen dat het om echte lichamelijke klachten gaat. Negatieve stigma's als aanstellerij, inbeelding en simulatie lijken daarmee afgenomen. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is momenteel de best onderzochte effectieve behandelmethode bij SOLK. Zowel tweede generatie als derde generatie gedragstherapie wordt in Nederland toepast, zij het op een nog steeds te beperkte schaal, gezien het grote aantal patiënten. Bovendien zijn de gemeten behandel-effecten vooralsnog bescheiden. Er is dus reden om stil te staan bij de huidige cognitief-gedragstherapeutische theorievorming en behandeling van SOLK, en om aandachtsgebieden te formuleren bij verbetering van de behandel-effecten. Eerst gaan we in op de gangbare terminologie en schetsen we kort de prevalenties. Daarna staan we kritisch stil bij gangbare (leertheoretische) modellen die aan CGT voor SOLK ten grondslag liggen, om vervolgens de behandeling met CGT te beschouwen, inclusief de effectiviteit en het meten ervan. Op grond van recente inzichten uit handboeken, richtlijnen en zorgstandaarden zullen we vervolgens een aantal aandachtsgebieden omschrijven om CGT voor SOLK te verbeteren. Tot slot gaan we in op beperkingen van CGT voor SOLK.

TERMINOLOGIE

.....

Veelvoorkomende lichamelijke klachten die onvoldoende somatisch zijn verklaard, zijn chronische pijnklachten, chronische vermoeidheid, buik-, maag- en darmklachten, en uitvalsverschijnselen. Afhankelijk van de context zijn voor dergelijke klachten verschillende termen in omloop, zoals 'medisch onverklaarde somatische symptomen', 'psychogene klachten', 'psychosomatische aandoeningen', 'functionele symptomen', 'somatoforme stoornissen' en 'vage klachten'.

Richtlijnen en zorgstandaarden hanteren sinds 2010 de benaming 'soma-tisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten' (SOLK; Fisher, Boerema, & Franx, 2010), omschreven als: lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij na adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaart. Het kan ook gaan om klachten waar wel een lichamelijke aandoening aan ten grondslag ligt, maar waarbij de klachten ernstiger of langduriger zijn, of het functioneren sterker beperken, dan op grond van de aandoening verwacht mag worden. De *Zorgstandaard somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK)* (2018) beschouwt SOLK als een werkhypothese en niet als een diagnose; dit helpt therapeuten alert te blijven op mogelijke veranderingen die kunnen wijzen op een onderliggend ziektebeeld. Medisch specialisten typeren SOLK doorgaans als een *functioneel somatisch syndroom*, zoals het chronischevermoeidheidssyndroom, fibromyalgie, aspecifieke lage rugpijn, spanningshoofdpijn en het prikkelbaredarmsyndroom.

In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) worden stoornissen geïnclassificeerd aan de hand van de DSM. In de vorige versie (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 1994) was SOLK ondergebracht in de categorie *somatoforme stoornissen*. De huidige DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) classificeert SOLK onder de categorie *somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen* en onderscheidt daarbinnen de volgende stoornissen:

- ▶ Somatisch-symptoomstoornis
- ▶ Ziekteangststoornis
- ▶ Conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis)
- ▶ Psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden
- ▶ Nagebootste stoornis
- ▶ Ongespecificeerde somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornis

De ziekteangststoornis en de nagebootste stoornis onderscheiden zich van de andere stoornissen binnen de categorie, omdat er in hun geval niet per se sprake is van lijden aan duidelijke lichamelijke klachten. Bij deze stoornissen ligt de nadruk op angst, obsessie of nabootsing zonder (of met milde) lichamelijke symptomen. Deze stoornissen laten we daarom verder buiten beschouwing. Hetzelfde geldt voor de morfodysfore stoornis (stoornis in de lichaamsbeleving), die in de DSM-IV nog opgenomen was als een van de somatoforme stoornissen, maar in de DSM-5 is ondergebracht bij de categorie obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen.

De somatisch-symptoomstoornis is de meest voorkomende stoornis. Het belangrijkste kenmerk is de disfunctionele omgang met lichamelijke klachten: disproportionele en persisterende gedachten over de ernst van de symptomen, een voortdurend hoog niveau van angst over gezondheid en symptomen, en het besteden van excessief veel tijd en energie aan symptomen of gezondheid (American Psychiatric Association, 2014). De DSM-5 introduceerde een andere visie op al dan niet verklaarde lichamelijke klachten, die verschilt van wat gebruikelijk was tot en met de DSM-IV. Er is gekozen voor een positief criterium, namelijk een maladaptieve reactie op lichamelijke symptomen, in plaats van het voormalig negatief criterium van de medisch onverklaarde aard van de symptomen. Hiermee is het onderscheid tussen somatisch verklaarde en somatisch onverklaarde klachten vervallen, en wordt de kunstmatige scheiding tussen lichaam en geest meer losgelaten (Tak & van Geelen, 2017). Patiënten met verklaarde lichamelijke aandoeningen, zoals een hartziekte of diabetes, kunnen voldoen aan de criteria voor een somatisch-symptoomstoornis wanneer zij excessieve gedachten, gevoelens en gedragingen ten opzichte van hun aandoening laten zien.

Het gebrek aan overeenstemming in de gehanteerde terminologie weerspiegelt de (welhaast inherente) conceptuele kwesties en verschillen in visie op de problematiek, die ook actueel spelen (zie bijvoorbeeld: Bouman, van

Rood, Mulkens, & Visser, 2013; Wineke & van Dijke, 2015). Aansluitend op recente handboeken, richtlijnen en zorgstandaarden kiezen wij in dit bestek voor het gebruik van de aanduiding ‘SOLK’.

PREVALENTIE

Prevalentiecijfers van SOLK zijn in hoge mate afhankelijk van de criteria die studies hanteren. Dit in acht nemend wordt de prevalentie van SOLK onder de algemene bevolking geschat op ongeveer 20%-26% (Creed, Henningsen, & Fink, 2011), in de eerste lijn op ongeveer 40% (Olde Hartman et al., 2013) en in de tweedelijns medische zorg op naar schatting 35%-53% (Creed et al., 2011). SOLK komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (Steinbrecher & Hiller, 2011). Over het algemeen is de prognose redelijk gunstig: tussen de 50%-75% van de patiënten herstelt binnen een jaar na het zoeken van hulp (Steinbrecher & Hiller, 2011). Bij patiënten die niet herstellen, zien ervaren SOLK-therapeuten vaak symptoomonderhoudende factoren, zoals een slechte lichamelijke conditie, negatieve emoties, verstoorde cognities, overmatig zorggebruik, vermijdingsgedrag, te hoge eisen stellen aan zichzelf, moeite met hulpvragen, disfunctionele interacties, psychiatrische en somatische comorbiditeit, hechtingsproblematiek en trauma in de voorgeschiedenis (Janssens et al., 2017).

THEORETISCHE MODELLEN ACHTER CGT VOOR SOLK

Modellen op het gebied van aandacht, geheugen, cognities en gedrag

Een aantal generieke theoretische modellen zijn toepasbaar bij de verklaring van de ontwikkeling en vooral de instandhouding van SOLK, en bij het onderbouwen van hedendaagse CGT-behandelingen van SOLK. Voorbeelden zijn modellen op het gebied van aandacht, geheugen, cognities en gedrag.

Aandachtsmodellen beschrijven de rol van zintuiglijke perceptie en cognitieve processen, zoals selectieve aandacht, interpretatie en informatieverwerking bij de waarneming van lichaamssignalen; er wordt dan ook wel gesproken van perceptueel-cognitieve modellen (Rief & Broadbent, 2007). Volgens de meeste aandachtsmodellen kan verstoring van aandacht voor lichamelijke sensaties SOLK in stand houden.

Geheugentheorieën richten zich op geheugenverstoring bij SOLK. Zij kijken bijvoorbeeld naar de invloed van langdurige stress op verstoring van het herinneren van lichamelijke en emotionele processen. Het herinneren

van lichamelijke symptomen (zoals de aard, hoeveelheid en intensiteit ervan) lijkt bij patiënten met SOLK anders te verlopen dan bij mensen zonder SOLK (Rief & Broadbent, 2007). Patiënten met SOLK vertonen vaak een voorkeursgeheugenverstoring, herinneren zich bijvoorbeeld gezondheidsgerelateerde informatie selectief beter en herinneren zich vaker somatische oorzaken van hun lichamelijke klachten dan gezonde proefpersonen (Rief & Broadbent, 2007). Geheugenverstoringen kunnen leiden tot disfunctionele attributies over lichaamsprocessen, die vervolgens lichamelijke klachten in stand houden.

Bij cognitieve verklaringmodellen staat de interpretatie van lichamelijke klachten centraal. Catastrofen en inadequate oorzakelijke ziekteverklaringen voor lichamelijke symptomen worden bij SOLK als cruciaal beschouwd (Rief & Broadbent, 2007). Verwachtingsmodellen bestuderen de invloed van de verwachting van lichamelijke symptomen op de intensiteit ervan. De bovenmatige verwachting van patiënten met SOLK om lichamelijke klachten te ontwikkelen kan leiden tot het versterkt waarnemen van klachten (Rief & Broadbent, 2007). Relatief nieuw is het *predictive-coding*-model, dat beschrijft hoe eerdere fysieke ervaringen de waarneming van lichamelijke klachten beïnvloeden; opgeslagen ervaringen functioneren hierbij als impliciete voorspellingen (van den Bergh, Witthöft, Petersen, & Brown, 2017).

Patiënten met SOLK maken niet alleen meer gebruik van gezondheidszorg dan andere patiënten, maar zijn ook vaker ontevreden over het resultaat (Page & Wessely, 2003). Dit leidt vaak tot meer stress en lichamelijke klachten, wat weer leidt tot toename van hulpzoekend gedrag. Passieve en actieve vermijding zijn veelvoorkomende ziektegedragingen. Passief uit de weg gaan van situaties die lichamelijke klachten zouden kunnen oproepen, kan onder meer leiden tot een slechtere lichamelijke conditie en toename van bewegingsangst. Voorbeelden van actieve vermijding zijn overactiviteit, overmatig hulp of geruststelling vragen, overdreven zoeken naar en toetsen van medische diagnoses, aanklampend gedrag en obsessief monitoren van het lichaam.

Biopsychosociale model

Modellen die uitgaan van aandacht, geheugen, cognities en gedrag bieden een empirisch ondersteunde basis en meerdere aangrijpingspunten voor CGT-interventies. Tegelijkertijd schieten deze modellen tekort. Vaak zijn de CGT-modellen eenzijdig beïnvloed vanuit het onderzoek naar angststoornissen (Visser & Reinders, 2017), met veel aandacht voor angst, spanning, preoccupatie met symptomen (selectieve aandacht), angstige cognities en vermijding. Deze modellen benadrukken ook voornamelijk psychologische pathologische mechanismen en lijken te beperkt om verklaring te bieden voor alle vormen van SOLK. Er zijn immers voldoende aanwijzingen dat een breed scala aan factoren uit alle domeinen (biologisch, psychologisch en so-

ciaal) samenhangen met SOLK (Deary, Chalder, & Sharpe, 2007; Janssens et al., 2017). Uit de Nederlandse literatuur spreekt dan ook overeenstemming om SOLK te beschouwen als een multifactorieel fenomeen, met het biopsychosociale model als uitgangspunt (Zorgstandaard SOLK, 2018).

Het biopsychosociale model, gebaseerd op de theorie van Engel (1977), gaat ervan uit dat bij ziekte en stoornissen in het menselijk functioneren biologische, psychologische en sociale factoren altijd een significante rol spelen. Bij een probleemanalyse volgens het biopsychosociale model is onderscheid te maken tussen predisponerende of voorbeschikkende factoren, luserende of uitlokkende factoren en bestendige of in stand houdende factoren. Ook biedt het model gelegenheid tot een gepersonaliseerde verklaring (zie ook de paragraaf over gepersonaliseerd behandelen hieronder). Daarbij kunnen per patiënt actuele vicieuze cirkels aan de hand van de drie factoren in kaart worden gebracht. Heeft de patiënt bijvoorbeeld hoofdpijn (biologische factor), dan kan hij reageren met de gedachte: 'Ik kan nu niet functioneren' (psychologische factor), en zijn afspraken afzeggen, met sociale isolatie tot gevolg (sociale factor). Dit kan somberheid en hoofdpijn versterken (psychische en biologische factoren). Het biopsychosociale model biedt een breder perspectief op SOLK dan gangbare CGT-modellen, die veel minder zowel persoonlijke biologische, psychologische als sociale factoren verbinden. Het biopsychosociale model is een bruikbaar algemeen kader voor het per patiënt in kaart brengen van vermoedelijke etiologische factoren, zonder daarmee een generiek pathogenetisch model te bieden. Een brede multifactoriële kijk op de problematiek lijkt vooral van belang bij ernstige en complexe problematiek, zoals langdurige SOLK met psychiatrische comorbiditeit en langdurige invalidering.

Om recht te doen aan de wetenschappelijke aanwijzingen dat sociale factoren een sterke rol spelen bij ontstaan en in stand houden van SOLK (Mobini, 2015) zou daarom meer integratie gezocht kunnen worden van CGT-modellen met het ontwikkelingspsychologisch perspectief van gehechtheid en mentaliseren, het sociale perspectief van de systeemleer en het intrapersonlijke perspectief van persoonlijkheidsproblematiek. Verder kunnen CGT-modellen profiteren van meer integratie met psychofysiologische invalshoeken, zoals stressfysiologie, centrale sensitiviteit en psychoneuroimmunologie (Houtveen & van Doornen, 2017). CGT-modellen zouden ook gebaat zijn bij meer integratie met dissociatiemodellen. Veel patiënten met SOLK, met name bij conversieve klachten, vertonen namelijk dissociatieve symptomatologie (Nijenhuis, 2000).

Positieve gezondheid

Ten slotte valt op dat de leertheoretische verklaringsmodellen voor SOLK overwegend pathologische mechanismen beschrijven, wat de indruk wekt dat gezondheid slechts bestaat uit de afwezigheid van ziekte. Om de posi-

tieve kanten van gezondheid te benadrukken is het concept ‘positieve gezondheid’ gepostuleerd: het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Huber et al., 2011). Gezondheid wordt in deze benadering mede bepaald door kwaliteit van dagelijks functioneren, sociaal-maatschappelijk functioneren, welbevinden, zingeving, mentaal functioneren en lichaamsfuncties. Functieanalyses van sterke kanten van patiënten met SOLK (positieve CGT) zijn weliswaar in opkomst, maar worden nog zelden beschreven of toegepast. Voor SOLK-patiënten, die vaak gevangen zitten in hardnekkige vicieuze cirkels van lichamelijke, psychische en sociale problemen, lijkt aandacht voor positieve gezondheid een zinvolle benadering.

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE

.....

Uitgangspunt van CGT bij SOLK is dat het ervaren van lichamelijke klachten gezien kan worden als een *life event* (Visser & Reinders, 2017). Hoe reageert een patiënt hierop en welke gedachten treden dan op? Kan hij zijn gedrag aanpassen aan de veranderende omstandigheden? Heeft hij de vaardigheden om hiermee om te gaan? In een leertheoretische analyse van SOLK staan daarom disfunctionele cognities en disfunctionele gedragingen centraal (Visser & Reinders, 2017). Disfunctionele cognitieve patronen laten zich vooral zien in misinterpretatie van lichamelijke symptomen, selectieve perceptie van lichaamssensaties en onrealistische verwachtingen over lichamelijke klachten, en leiden al snel tot in stand houdende fysiologische en emotionele veranderingen.

Veelvoorkomend disfunctioneel gedrag bij zowel verklaarde als onvolgende verklaarde lichamelijke klachten is actieve dan wel passieve vermijding. Voorbeelden van passief vermijdingsgedrag zijn: niet meer sporten, sociale gebeurtenissen uit de weg gaan of niet om hulp vragen. Op korte termijn leidt disfunctioneel passief vermijdingsgedrag tot vermindering van angst, bezorgdheid of stress. Op den duur leidt het echter tot meer lichamelijke klachten, niet alleen door een slechtere lichamelijke conditie, maar ook vanwege psychische gevolgen, zoals toename van angst, stress of somberheid. Voorbeelden van actieve vermijding zijn: overactiviteit, overmatig hulp of geruststelling vragen, overdreven zoeken naar en toetsen van diagnoses, veelvuldig aanklappen, obsessief monitoren en actief controleren van het lichaam. Disfunctioneel actief vermijdingsgedrag leidt op korte termijn tot angst- of stressreductie en soms tot afname van lichamelijke klachten, maar kan op de lange termijn leiden tot uitputting, ongerustheid en angst, die lichamelijke klachten in stand houden. Voorbeelden van disfunctionele patronen zijn te zien in de casus van mevrouw de Wit:

Casus: Voorbeeld van disfunctionele patronen

Mevrouw de Wit is een 49-jarige groepswerkster. Ze kampt met ernstige onvoldoende verklaarde vermoeidheid, rugpijn en buikkrampen, na jarenlange overbelasting op haar werk in een zorginstelling. Onderdeel van de overbelasting is dat ze niet voldoende assertief optreedt bij het indelen van de dienstlijst. Ze is inmiddels niet meer in staat te werken.

Wat betreft disfunctionele cognities valt op dat mevrouw de Wit bij het ervaren van lichamelijke klachten denkt: 'Ik moet doorgaan en niets laten merken.' Dit heeft te maken met haar idee dat zij pas iets voorstelt als ze anderen kan helpen. Hierdoor stelt ze zeer hoge eisen aan zichzelf, zowel op het werk als thuis. Ze probeert daarbij zo weinig mogelijk stil te staan bij wat ze fysiek en emotioneel ervaart. Mevrouw de Wit vermijdt actief het ervaren van fysieke sensaties en emoties door het via een strak schema uitvoeren van huishoudelijke taken. Ze staat zichzelf daarbij niet toe rust te nemen, want niets doen betekent voor haar dat ze faalt in het helpen van man en kinderen. Ze zou zich dan erg schuldig en minderwaardig voelen. Zodoende gaat ze steeds over de grenzen van vermoeidheid en wordt ze steeds depressiever. Hierdoor interpreteert ze alles wat ze doet als negatief, zoals dat ze nu geen goede moeder meer is, en is ze nog minder in staat een passende balans tussen rust en activiteit te vinden.

CGT omvat een breed scala aan interventies, zowel op het gebied van gedrag als van cognities. Voorbeelden van interventies gericht op cognities zijn: psycho-educatie, cognitieve herstructurering, G-schema's en gedragsexperimenten. Voorbeelden van interventies om disfunctionele gedragspatronen te bewerken zijn: het doorbreken van vermijding (exposure) en het nalaten van controles en rituelen (exposure en responspreventie), het aanleren van probleemoplossende vaardigheden, het bevorderen van sociale steun, stressmanagement, leefstijlinterventies, en ontspannings- of mindfulnessoefeningen.

Casus: Voorbeeld van een CGT-aanpak van disfunctionele patronen

In de CGT-behandeling van mevrouw de Wit staat de aanpak van haar disfunctionele cognities en actieve vermijding centraal. In twintig sessies leert zij via een G-schema cognities uit te dagen, zoals: 'Ik moet anderen helpen, anders ben ik waardeloos', en: 'Ik faal in de ogen van anderen als ik hen niet van dienst ben.' Ook voert zij gedragsexperimenten uit. Zo neemt zij thuis een halfuur rust op de bank terwijl man en kinderen thuis zijn. Daarna vraagt zij of het hen is opgevallen dat zij rust nam en wat zij hiervan vinden. Ze krijgt te horen dat zij haar rusten op de bank zien als 'goed voor jezelf zorgen', wat zij waarderen. Zodoende leert ze het idee relativiseren dat ze in hun ogen faalt als ze rust neemt. Verder wordt haar partner bij de behandeling betrokken en worden er afspraken gemaakt over hoe hij en de kinderen meer kunnen bijdragen aan huishoudelijke taken.

Vervolgens doet mevrouw de Wit tijdens de sessies met hulp van de therapeut lichaamsgerichte exposureoefeningen door met aandacht stil te staan bij verschil-

lende lichamelijke sensaties. Ze leert haar actieve vermijdingsgedrag thuis te doorbreken door tweemaal daags een mindfulnessoefening te doen, waarbij ze de aandacht richt op haar lichamelijke sensaties, gedachten en gevoelens. Vervolgens leert zij haar strakke schema van huishoudelijke taken los te laten en meer te handelen op grond van eigen lichaamssignalen en activiteiten die zij voor zichzelf prettig en waardevol vindt. Zo vindt ze meer balans tussen rust en inspanning, en tussen zorgen voor anderen en iets leuks doen voor zichzelf. Tevens neemt zij deel aan een assertiviteitstraining. Hier leert ze nee te zeggen tegen verzoeken van anderen. Na een half jaar zijn de lichamelijke klachten van mevrouw de Wit afgenomen, heeft zij een nieuw levensmotto – ‘zorgen voor mezelf is mijn fundament’ – en werkt zij halftijds op therapeutische basis.

Twee bij SOLK vaak toegepaste gedragstherapeutische benaderingen van fysieke activiteitenopbouw zijn *graded activity* (stapsgewijze opbouw van activiteiten) en *exposure in vivo* (blootstellen aan beweging bij bewegingsangst). Beide benaderingen worden in de praktijk toegepast door zowel CGT-therapeuten als fysiotherapeuten.

CGT helpt de patiënt primair om op een meer functionele manier met zijn klachten om te gaan. Een van de doelen van de therapie is het verbeteren van de kwaliteit van leven. Daarnaast richt CGT zich op klachtenreductie. Enkele voorbeelden van in Nederland breed toegepaste CGT-programma's voor SOLK zijn de programma's van Zonneveld (2011), de behandelprotocollen in Keijsers, van Minnen, Verbraak, Hoogduin en Emmelkamp (2017) en het CGT-protocol van Visser en Reinders (2015). Voor lang niet alle vormen van SOLK bestaan al specifiek toegespitste CGT-programma's (Zorgstandaard SOLK, 2018).

Derde generatie gedragstherapie

Binnen de zogenaamde derde generatie gedragstherapieën, zoals *acceptance and commitment therapy* (ACT) en *mindfulness based stress reduction* (MBSR), richt behandeling van SOLK zich op mindfulness en acceptatie. Niet de afname van lichamelijke klachten staat centraal, maar het aanleren van een niet-veroordelende, aandachtige en accepterende houding, en het leven vanuit persoonlijke waarden. ACT bij SOLK wordt in Nederland breed toegepast en kan ook multidisciplinair worden aangeboden. De vraag is of ACT en MBSR voor SOLK wezenlijk andere werkingsmechanismen hebben dan andere vormen van gedragstherapie. Zijn exposureoefeningen en het uitdagen van cognities wezenlijk anders dan aanvaardingsoefeningen en cognitieve defusieoefeningen (oefeningen in het beschouwen van gedachten als niet meer dan gedachten)? ACT-aanhangers noemen als voordelen dat ACT lichamelijke klachten in een bredere context plaatst, zoals omgaan met waarden; dat ACT beter verenigbaar is met non-verbale therapievormen en met een multidisciplinaire aanpak, beide aanbevolen in de SOLK-zorgstandaard (Zorgstandaard SOLK, 2018); en dat ACT beter wordt geaccep-

teerd door patiënten. Onderzoek heeft echter nog niet aangetoond of deze facetten daadwerkelijk bijdragen aan een effectievere behandeling. ACT of MBSR lijkt dan ook vooral geïndiceerd wanneer een op klachtenreductie gerichte CGT onvoldoende effect heeft, de patiënt is vastgelopen in zijn strijd met de klachten of de kwaliteit van leven ernstig is aangetast.

Beschikbaarheid van CGT

Hoewel er in Nederland het afgelopen decennium meerdere SOLK-centra in het leven zijn geroepen, lijkt het aanbod van CGT-behandelingen voor SOLK nog steeds te beperkt (Visser & Reinders, 2017). Ook de beschikbaarheid van CGT in de eerste lijn (huisarts en basis-ggz) is nog bescheiden, terwijl richtlijnen en zorgstandaarden CGT in de eerste lijn aanbevelen en patiënten met SOLK psychosociale hulp bij voorkeur in de eerste lijn ontvangen (Menon, Rajan, Kuppili, & Sarkar, 2017). Bovendien is de bereikbaarheid van CGT voor patiënten met SOLK problematisch. CGT-therapeuten zijn niet altijd bekend bij verwijzers, zoals huisartsen. Tevens is in menige regio de aansluiting van de eerste lijn op de tweede en derde lijn beperkt, of die van de basis-ggz op de specialistische ggz. In specialistische (ggz-)instellingen ontbreekt het vaak nog aan zorgpaden voor SOLK met toepassing van CGT.

Kortom, *stepped care* en *matched care* voor SOLK-patiënten, zoals aangeraden in de richtlijn en zorgstandaard (Fisher et al, 2010; Zorgstandaard SOLK, 2018), kennen in Nederland nog veel knelpunten. Het organiseren van regionale SOLK-netwerken met een gedeelde digitale infrastructuur zou volgens het Landelijk Netwerk Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (NOLK, het Nederlandse kenniscentrum betreffende SOLK) kunnen helpen de noodzakelijke afstemming van zorg verder te ontwikkelen (Tak, Spaans, & van Rood, 2016). In dit kader zou de bekendheid van CGT voor SOLK kunnen verbeteren met behulp van een regionale of landelijke digitale sociale kaart. Een spoedige landelijke invoering van het onlangs voor huisartsen ontwikkelde onlineprogramma *Grip op klachten* zou een bijdrage kunnen leveren aan het op gang brengen van doelmatige *stepped care*. Dit digitale SOLK-programma bestaat onder meer uit een gepersonaliseerde online zelfhulpmodule, begeleidde online-CGT en een verwijshulp, die patiënten verwijst naar de juiste face-to-facebehandelingen, zoals CGT in de regio (Rosmalen & van Gils, 2017).

Effectiviteit van CGT en het meten ervan

CGT is op dit moment de best onderzochte en meest toegepaste psychologische behandelmethode voor SOLK. Het is een effectieve behandelmethode, zo blijkt uit verschillende recente meta-analyses (Menon et al., 2017; van Dessel et al., 2014). De effecten op symptoomreductie zijn over het algemeen echter nog klein tot hooguit matig, en de verschillen in effect tussen

de studies zijn groot. Oudere overzichten op het gebied van somatoforme stoornissen lieten eveneens dit beeld zien, zoals de studie van Kroenke (2007). Ook voor bij SOLK vaak toegepaste graded activity en exposure in vivo laten systematische reviews van deze methoden matige effectgroottes zien, die op lange termijn afnemen (Köke, Huijnen, Geilen, & den Hollander, 2017). Op het niveau van meta-analyses van CGT bij specifieke SOLK is het effect aangetoond bij uiteenlopende stoornissen, zoals lage rugpijn, het chronischevermoeidheidsyndroom, werkgerelateerde vermoeidheid (burn-out), prikkelbaredarmsyndroom en fibromyalgie.

Bescheiden effectiviteit blijkt tevens uit systematische reviews van ACT en MBSR bij SOLK. Deze methoden zijn weliswaar niet superieur aan CGT (A-Tjak et al., 2015; Veehof, Trompetter, Bohlmeijer, & Schreurs, 2016), maar wel een gelijkwaardig alternatief voor CGT en vragen eveneens om verbetering van effectiviteit.

Voorts is niet aangetoond dat CGT het meest geschikt is voor alle categorieën patiënten met SOLK. Zo vonden Liefink, Diener, van Broeckhuisen-Kloth en Geenen (2018) in hun meta-analyse dat CGT bij ernstige SOLK niet effectiever is dan andere psychologische interventies wat betreft symptoomreductie en afname van psychopathologie. Eerder al kwamen Koelen en collega's (2014) in hun meta-analyse tot vergelijkbare uitkomsten. Zij concludeerden dat ook psychodynamische therapie voor deze groep patiënten effectief kan zijn, en zelfs effectiever is op het gebied van verbeteren van functioneren.

Bovenstaande kanttekeningen roepen volgens ons om gedachtevorming over verbetering van de effecten van CGT bij SOLK. Alvorens hierop in te gaan, zijn een aantal opmerkingen over de manier van meten van effecten op zijn plaats.

De effectiviteit van CGT wordt vaak aangetoond in studies waarin CGT een palet aan technieken betreft, bedoeld voor een heterogene groep. Meer gepersonaliseerd onderzoek naar de werkzaamheid van specifieke technieken bij specifieke groepen patiënten of zelfs bij individuele patiënten (op basis van $n = 1$: wat werkt er bij welke patiënt?) kan de objectiveerbaarheid van de effectiviteit verbeteren. De specificiteit van de onderzochte groep kan men zoeken in specifieke symptomen of in clustering van symptomen. Ook kunnen metingen zich richten op bepaalde patiëntkenmerken, zoals actieve of passieve vermijding, of profielen van kenmerken. Een ander probleem bij effectmetingen is het gebruik van generieke uitkomstmaten. Mogelijk is winst te boeken door uitkomstmaten te personaliseren, zodat ze beter bij de problemen van de individuele patiënt met SOLK passen en aansluiten op individuele doelen die patiënten in overleg met hun behandelaar vaststellen.

Voor het vaststellen van behandel-effecten gebruiken studies vaak retrospectieve vragenlijsten. Patiënten met SOLK vertonen echter sterke geheugenfouten als het gaat om gezondheidsgerelateerde zaken, zoals lichamelijke symptomen (Rief & Broadbent, 2007). Dit probleem kan worden omzeild met

herhaalde vragenlijstmetingen in het ‘hier-en-nu’, objectievere maten zoals een bewegingsmeter, of gedragstaken zoals een conditietest. Een voorbeeld van *live* vragenlijstmeting is *ecological momentary assessment* (EMA; ook wel *experience sampling* genoemd). Patiënten krijgen hierbij meerdere keren per dag op hun smartphone (op vaste of random tijdstippen) een bericht, waarna ze hun symptomen kunnen aangeven, maar ook hoe zij van moment tot moment klachtgerelateerde factoren inschatten, zoals zelfwaardering, mindfulness, assertiviteit en kwaliteit van leven. Ook kan ervoor gekozen worden dat patiënten gebeurtenissen, zoals een pijnaanval of plotselinge verergering van vermoeidheid zelf aangeven en een meting opstarten. De met EMA verzamelde data bieden mogelijkheden voor innoverend effectonderzoek op basis van $n = 1$, waarbij ingezoomd kan worden op verandering van symptomen en op de samenhang met symptoombeïnvloedende factoren ten gevolge van een behandelinterventie.

HOE VALT DE EFFECTIVITEIT VAN CGT TE VERBETEREN?

.....

Uit recente SOLK-handboeken, zorgstandaarden en richtlijnen destilleerden wij aandachtsgebieden waarmee de toepassing van CGT bij SOLK aan effectiviteit kan winnen. We behandelen zowel aanbevelingen bij CGT in het algemeen als bij specifieke subgroepen.

Motiveren voor behandeling

.....

SOLK-patiënten ervaren vaak weerstand tegen een psychologische aanpak, waardoor een potentieel effectieve CGT niet altijd van de grond komt. Hoewel voorbereiden op en motiveren voor behandeling bij patiënten met SOLK vaak als een essentiële therapiefactor wordt beschouwd, is dit nog maar in geringe mate beschreven en onderzocht. Ter motivatie voor cognitieve gedragstherapie is het belangrijk om psycho-educatie te geven over factoren die SOLK doen ontstaan en in stand houden. Een verklingsmodel moet zo veel mogelijk aansluiten op de persoonlijke situatie van de patiënt. Een gepersonaliseerde verklaring op basis van het biopsychosociale model of het gevolgenmodel (zie de paragraaf over gepersonaliseerd behandelen hieronder) heeft hierbij de voorkeur (Tak, van Rood, & Spaans, 2017). Een gepersonaliseerde verklaring maakt gebruik van informatie die door de patiënt zelf is aangedragen, waardoor de patiënt zich gemakkelijk in het model kan herkennen, wat hem vervolgens motiveert voor behandeling.

Motivational interviewing blijkt effectief bij motiveren tot gezondheidsgedrag (O’Halloran et al., 2014) en kan gecombineerd worden met CGT. Het kan daarom naast een gepersonaliseerde verklaring een belangrijke bijdrage leveren aan het optimaliseren van de motivatie van SOLK-patiënten voor CGT.

Therapeutische relatie

258

De therapeutische relatie wordt in onderzoek naar de effectiviteit van CGT bij SOLK zelden goed beschreven. Patiënten met SOLK hebben echter vaak meerdere teleurstellende therapie-ervaringen en negatieve interpersoonlijke ervaringen in de leergeschiedenis, en hebben moeite met het aanvaarden van psychologische hulp. Als *conditio sine qua non* zal de CGT-therapeut dan ook een veilige therapeutische sfeer moeten creëren, en zorgen voor gelijkwaardigheid, voorspelbaarheid, transparantie, aandachtig zijn, betrokkenheid, respect en compassie. Ook het voor patiënten met SOLK zo belangrijke valideren van klachten, positieve uitleg geven en de tijd nemen zijn essentieel voor een vruchtbare therapeutische relatie. In dit licht bezien kan CGT voor SOLK ook profiteren van een combinatie met leertheoretische methoden die de therapeutische relatie als uitgangspunt nemen, zoals *functional analytic psychotherapy* (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991), of van het incorporeren van de basale therapeutische houding, zoals beschreven bij lichaamsgerichte mentalisatiebevorderende therapie bij SOLK (Spaans, 2017).

Multidisciplinaire samenwerking

Onderzoek naar de effecten van CGT bij SOLK wordt vaak gedaan bij CGT als een opzichzelfstaande therapie. Bij de behandeling van SOLK wordt echter aanbevolen dat meerdere disciplines onderling samenwerken (Zorgstandaard SOLK, 2018). Bij matig ernstige SOLK werkt de huisarts bijvoorbeeld samen met therapeuten uit verschillende disciplines, zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten en eerstelijnspsychologen. Ernstige SOLK kan behandeld worden in de (hoog)specialistische ggz of in een revalidatiecentrum dat multidisciplinaire behandeling toepast (Zorgstandaard SOLK, 2018). Een multidisciplinaire behandeling biedt dan de mogelijkheid om zowel SOLK als de in stand houdende psychische problematiek te behandelen. Een multidisciplinair team in een (hoog)specialistische ggz-instelling kan bijvoorbeeld bestaan uit: artsen (zoals huisartsen en psychiaters), psychologen, psychotherapeuten, (psychosomatisch) fysiotherapeuten, oefentherapeuten, psychomotorisch therapeuten, ergotherapeuten, kunstzinnig therapeuten, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers. Bij een aantal vormen van SOLK, zoals rugpijn, is aangetoond dat gecombineerde behandelingen een groter effect hebben dan enkelvoudige behandeling (Kamper et al., 2014). Er is brede overeenstemming dat een lichaamsgerichte (non-verbale) ervaringsgerichte aanpak met bijvoorbeeld (psychosomatische) fysiotherapie, kunstzinnige therapie of psychomotorische therapie als onderdeel van behandeling van SOLK onmisbaar is. Twee belangrijke thema's in non-verbale therapieën zijn activiteitenopbouw en lichaamsbewustzijn. Voor beide benaderingen is op het niveau van *systematic reviews* wetenschappelijke onderbouwing voor de effectiviteit gevonden (Courtois,

Cools, & Calsius, 2015; Köke et al., 2017). Omdat lichaamsgerichte therapieën worden aangeraden als aanjagers dan wel bestendigers van meer verbale therapieën (Zorgstandaard SOLK, 2018), lijkt het aanbevelenswaardig CGT te combineren met lichaamsgerichte therapie, zoals fysiotherapie.

Gepersonaliseerd behandelen

De meeste CGT-studies gaan over gestandaardiseerde CGT bij een groep patiënten met grote heterogeniteit, zowel wat betreft symptomatologie (waaronder comorbiditeit), als wat betreft biopsychosociale factoren. Er is echter inmiddels brede consensus dat het inzichtelijk maken van de persoonlijke factoren die bijdragen aan ontstaan en in stand houden van lichamelijke klachten een onontbeerlijke stap is in het individuele proces van herstel – en dus sturend dient te zijn bij de keuze van behandeling en specifieke interventies. Een gepersonaliseerde probleemanalyse dient te leiden tot een door behandelaar en patiënt gedeelde visie op de problematiek als basis van de behandeling (Zorgstandaard SOLK, 2018).

In de somatische gezondheidszorg, zoals bij de huisarts, wordt op grond van het biopsychosociale model vaak een gepersonaliseerde verklaring van klachten opgesteld met behulp van de SCEGS-methode. De afkorting ‘SCEGS’ staat voor de klachtdimensies somatisch, cognitief, emotioneel, gedragsmatig en sociaal (van Rood & van der Horst, 2017). De *Zorgstandaard SOLK* (2018) adviseert om bij langdurende SOLK zowel in de somatische zorg als in de ggz het gevolgenmodel te gebruiken om tot een gepersonaliseerde verklaring en behandeling te komen. Uitgangspunt van het gevolgenmodel is dat langdurende SOLK het best begrepen kan worden als de uitkomst van een verstoord herstelproces. Het gevolgenmodel inventariseert de lichamelijke, emotionele, gedragsmatige, cognitieve en sociale in stand houdende gevolgen (van Rood & van der Horst, 2017). Het gevolgenmodel geniet in Nederland brede bekendheid onder SOLK-hulpverleners en veel gedragstherapeuten passen het toe.

Onder hulpverleners en onderzoekers blijkt er ook interesse te zijn voor de toepassing bij SOLK van een veelbelovende nieuwe methode voor probleemanalyse: de netwerktheorie (Hyland, 2017). Per patiënt brengt de therapeut het netwerk van symptomen in kaart, om te komen tot een gepersonaliseerde verklaring waarop behandeling zich baseert. Toepassing van de netwerktheorie bij SOLK staat in Nederland echter nog in de kinderschoenen.

Voor cognitief gedragstherapeuten zou een gepersonaliseerde probleemanalyse betekenen dat zij het gevolgenmodel uitgebreider inzetten, of meer aandacht besteden aan de individuele functieanalyse en betekenisanalyse, in plaats van de behandeling te baseren op een generieke standaardverklaring gevolgd door een aantal standaardinterventies.

Oog voor specifieke subgroepen

260

Bij kinderen, adolescenten, ouderen en migranten kan erkenning van specifieke aandachtspunten het effect van CGT ten goede komen. Er zijn in Nederland enkele op CGT gebaseerde SOLK-behandelprotocollen voor kinderen beschikbaar, zoals *Goed in je vel* van Wösten en van Ree (2015) en *Protocollaire behandeling van somatoforme stoornissen* bij kinderen van Moens en Braet (2014). De meest voorkomende klachten bij kinderen zijn buikpijn, hoofdpijn, misselijkheid en maagklachten, vermoeidheid en spier- en gewrichtspijn (Eminson, 2007; Fiertag et al., 2012; Moens & Braet, 2014). Voor de behandeling van kinderen en adolescenten blijkt het van belang te zijn om ouders en gezin te betrekken bij diagnostiek en behandeling, en om rekening te houden met hun zorgen en ideeën over de klachten (Eminson, 2007). Bij CGT voor ouderen met SOLK benadrukken van Driel-de Jong en Oude Voshaar (2017) het relatieve belang van non-verbale en experiëntiële interventies ten opzichte van cognitieve interventies, alsmede meer aandacht voor existentiële thema's, zoals omgaan met verlies en confrontatie met de eigen eindigheid.

Ook bij de behandeling van migranten met SOLK kan CGT worden toegepast, mits rekening wordt gehouden met de vaak complexe psychosociale problematiek, de beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid. Bij de hulpverlening staan de vertrouwensrelatie, de communicatie en het prioriteit geven aan lichamelijk onderzoek centraal. Verder zijn van belang het uitvragen van aan migratie gerelateerde psychosociale stressfactoren en het komen tot een gezamenlijke integrale aanpak (van den Muijsenbergh & Veeze-van der Velden, 2017).

BEPERKINGEN VAN CGT

De aanbevelingen voor het verbeteren van de effectiviteit ten spijt, is CGT geen panacee. Zo kampt een deel van de SOLK-patiënten met chronische en multiële symptomen, ernstige fysieke en psychosociale beperkingen, comorbiditeit van somatische aandoeningen en psychische stoornissen; en vertoont verder vooralsnog geen of onvoldoende herstel in reactie op evidence-based behandelingen als CGT (van der Boom & Houtveen, 2014). Voor deze patiënten met (zeer) ernstige SOLK lijkt het van belang dat de CGT-therapeut stagnatie in de behandeling tijdig signaleert en afweegt of opschaling in intensiteit, zoals een (dag)klinische multidisciplinaire behandeling, geëigend is. Daarbij kan de therapeut zich ook de vraag stellen of overschakeling naar een andere behandelmethodiek, speciaal bedoeld voor de groep patiënten met (zeer) ernstige SOLK, niet aan de orde is.

De Zorgstandaard SOLK (2018) beveelt aan daarbij lichaamsgerichte mentalisatiebevorderende therapie (L-MBT; Spaans, 2017) te overwegen. Bij L-MBT leren patiënten in interactie met anderen, zoals de therapeut of medepatiënten, lichaamsgericht te mentaliseren. Dit wil zeggen dat zij leren hun lichaamssignalen te (h)erkennen en verdragen, en verbinding te ervaren met innerlijke ervaringen, zoals emoties, gedachten, herinneringen, intenties en verlangens. L-MBT beoogt onder meer het beter hanteren van lichamelijke klachten en het versterken van emotieregulatie in sociale contacten. Deze methode is gebaseerd op *mentalization-based treatment* (MBT) voor patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis en lijkt met name geschikt voor patiënten met ernstige SOLK in combinatie met persoonlijkheidsproblematiek. Er zijn gunstige klinische ervaringen en de eerste onderzoeksgegevens naar de effectiviteit van deze en aanverwante methoden zijn hoopgevend (Houtveen, van Broeckhuysen-Kloth, Lintmeijer, Bühring, & Geenen, 2015).

Bij de behandeling van (zeer) ernstige SOLK wordt in toenemende mate ook aandacht besteed aan herstel van functioneren en kwaliteit van leven. Dit is in lijn met de eerder beschreven opkomst van het begrip positieve gezondheid (Huber et al., 2011) en de herstelbeweging, zoals gepropageerd in de 'nieuwe ggz' (Delespaul, Milo, Schalke, Boevink, & van Os, 2016). Bij herstel van functioneren kan CGT zich mede richten op de krachten van de patiënt. Positieve cognitieve gedragstherapie kan dan een rol spelen, met haar focus op competenties in plaats van op tekortkomingen (succesanalyses), functieanalyses van uitzonderingen in plaats van problemen, de opwaartse pijltechniek in plaats van de neerwaartse, en gedragsbehoud in plaats van terugvalpreventie (Bannink, 2017). Bij stagnatie van CGT kan de therapeut ten slotte verwijzen naar andere behandelingen die zich richten op specifieke in stand houdende factoren of deze therapieën met CGT combineren. Hierbij gaat de voorkeur vanzelfsprekend uit naar behandelingen met wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit ervan. In het *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (Spaans, Rosmalen, van Rood, van der Horst, & Visser, 2017) staan verschillende methoden beschreven, zoals de eerdergenoemde L-MBT voor patiënten die gebrekkig mentaliseren, EMDR indien SOLK samenhangt met een trauma, en systeemtherapie als de verstoorde communicatie met naasten in stand houdend werkt.

CONCLUSIE

.....

Bescheiden behandelresultaten van CGT bij SOLK vragen om een kritische beschouwing van de behandeling en haar onderliggende theoretische modellen. Recente theorievorming tendert meer dan voorheen richting een brede multifactoriële benadering op grond van het biopsychosociale model. Meer

integratie van CGT-modellen met psychofysiologische en sociale factoren lijkt wenselijk. Het effectonderzoek naar CGT kan meer worden gepersonaliseerd, zowel qua patiëntkenmerken als qua uitkomstmaten. CGT kan in de praktijk aan effect winnen met een gepersonaliseerde probleemanalyse en daarbij aansluitende interventies en het aangaan van multidisciplinaire samenwerking, met name het toevoegen van lichaamsgerichte (non-verbale) therapie. Verder is aanbevolen dat de therapeut voldoende aandacht besteedt aan het motiveren van de patiënt en aan de kwaliteit van de therapeutische relatie. Ten slotte past bescheidenheid, in de vorm van het erkennen van de beperkingen van CGT, vooral in het geval van (zeer) ernstige SOLK. Tijdige doorverwijzing of overschakeling naar een *kracht*gerichte in plaats van een *klacht*gerichte benadering is dan op zijn plaats.

Enkele passages in dit artikel zijn met toestemming van uitgeverij LannooCampus overgenomen uit J.A. Spaans, J. van Rosmalen, Y. van Rood, H.E. van der Horst, & S. Visser (red.). (2017). Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Houten: LannooCampus.

Jaap Spaans is klinisch psycholoog/psychotherapeut bij TOPGGz centrum Altrecht Psychosomatiek Eikenboom te Zeist. Hij is VGCT supervisor.

Kees Jan van der Boom is klinisch psycholoog/psychotherapeut bij TOPGGz centrum Altrecht Psychosomatiek Eikenboom te Zeist.

Correspondentieadres: Jaap Spaans, Altrecht Psychosomatiek Eikenboom, Vrijbaan 2, 3705 WC Zeist. E-mail: j.spaans@altrecht.nl.

Summary *State of affairs regarding medically unexplained physical symptoms:*

Improving the effectiveness of cognitive behavioural therapy

Medically unexplained physical symptoms (MUPS) often occur in the practice of the general practitioner or medical specialist. An increasing number of Dutch treatment and research institutions have specialized in MUPS in the past decade. Cognitive behavioural therapy (CBT) occupies a prominent place in the treatment of MUPS. It is currently the best-researched and most widely used treatment method. Although CBT appears to be effective, the effect sizes are often still modest. We distinguish a number of points of concern for the improvement of CBT against the background of recent guidelines, standards of care, and handbooks. These lie in the field of motivation for treatment, the therapeutic relationship, multidisciplinary collaboration, personalized treatment and specific target groups. We also discuss limitations of CBT.

Keywords *MUPS, physical symptoms, cognitive behavioural therapy, effectiveness, improvement*

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Amsterdam: Boom.
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30-36.
- Bannink, F. (2017). Oplossingsgerichte gespreksvoering. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 309-320). Houten: LannooCampus.
- Bouman, T. K., van Rood, Y., Mulkens, S., & Visser, S. (2013). 'Somatic symptom and related disorders' in de DSM-5. *Directieve Therapie*, 33, 282-294.
- Courtois, I., Cools, F., & Calsius, J. (2015). Effectiveness of body awareness interventions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 19, 35-56.
- Creed, F., Henningsen, P., & Fink, P. (Eds.). (2011). *Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress: Developing better clinical services*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 27, 781-797.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalke, F., Boevink, W., & van Os, J. (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Eminson, D. M. (2007). Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 27, 855-871.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Fiertag, O., Taylor, S., Tareen, A., & Garalda, E. (2012). Somatoform disorders. In J. M. Rey (Ed.), *IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health* (pp. 1-22). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. Geraadpleegd op <http://iacapap.org/wp-content/uploads/I.1-SOMATOFORM-DISORDERS-072012.pdf>
- Fisher, E., Boerema, I., & Franx, G. (2010). *Multidisciplinaire richtlijn somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en somatoforme stoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Houtveen, J. H., van Broeckhuysen-Kloth, S. A. M., Lintmeijer, L. L., Bühring, M. E. F., & Geenen, R. (2015). Intensive multidisciplinary treatment of severe somatoform disorder: A prospective evaluation. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 203, 141-148.
- Houtveen, J., & van Doornen, L. (2017). Psychofysiologie. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 65-74). Houten: LannooCampus.

- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Schnabel, P. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, *343*, 235-237.
- Hyland, M. E. (2017). A new paradigm to explain functional disorders and the adaptive network theory of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia syndrome. In G. B. Sullivan, J. Cresswell, B. Ellis, M. Morgan, & E. Schraube (Eds.), *Resistance and renewal in theoretical psychology* (pp. 21-31). Concord, ON: Captus University Publications.
- Janssens, K. A. M., Houtveen, J. H., Tak, L. M., Bonvanie, I. J., Scholtalbers, A., van Gils, A., ... Rosmalen, J. G. M. (2017). A concept mapping study on perpetuating factors of functional somatic symptoms from clinicians' perspective. *General Hospital Psychiatry*, *44*, 51-60.
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J., Ostelo, R. W., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD000963.pub3.
- Keijsers, G. P. J., van Minnen, A., Verbraak, M. J. P. M., Hoogduin, C. A. L., & Emmelkamp, P. G. M. (red.). (2017). *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 3*. Amsterdam: Boom.
- Koelen, J. A., Houtveen, J. H., Abbass, A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., van Broeckhuysen-Kloth, S. A. M., ... Geenen, R. (2014). Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *204*, 12-19.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Köke, A., Huijnen, I., Geilen, M., & den Hollander, M. (2017). Graded activity en exposure in vivo. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 365-375). Houten: LannooCampus.
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: A review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, *69*, 881-888.
- Lieftink, S. E., Diener, M. J., van Broeckhuysen-Kloth, S., & Geenen, R. (2018). Predictors of response to psychological treatment in somatoform disorder and somatic symptom disorder: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *109*, 116.
- Menon, V., Rajan, T. M., Kuppili, P. P., & Sarkar, S. (2017). Cognitive behavior therapy for medically unexplained symptoms: A systematic review and meta-analysis of published controlled trials. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *39*, 399-406.
- Mobini, S. (2015). Psychology of medically unexplained symptoms: A practical review. *Cogent Psychology*, *2*, 1033876.
- Moens, E., & Braet, C. (2014). Protocollaire behandeling van somatoforme stoornissen. In C. Braet, & S. Bögels (red.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 1* (pp. 131-156). Amsterdam: Boom.
- Nijenhuis, E. R. S. (2000). Somatoform dissociation: Major symptoms of dissociative disorders. *Trauma and Dissociation*, *1*, 7-32.
- O'Halloran, P. D., Blackstock, F., Shields, N., Holland, A., Iles, R., Kingsley, M., ... Taylor, N. F. (2014). Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, *28*, 1159-1171.

- Olde Hartman, T. C., Blankenstein, A. H., Molenaar, A. O., Bentz van den Berg, D., van der Horst, H. E., Arnold, I. A., ... Woutersen-Koch, H. (2013). NHG-Standaard somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). *Huisarts en Wetenschap*, 56, 222-230.
- Page, L. A., & Wessely, S. (2003). Medically unexplained symptoms: Exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, 223-227.
- Rief, W., & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms: Models and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 27, 821-841.
- Rosmalen, J., & van Gils, A. (2017). Grip op klachten: Een online hulpmiddel voor diagnostiek, behandeling, monitoring en verwijzing. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 145-154). Houten: LannooCampus.
- Spaans, J. (2017). Lichaamsgerichte mentalisatiebevorderende therapie. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 321-336). Houten: LannooCampus.
- Spaans, J. A., Rosmalen, J., van Rood, Y., van der Horst, H. E., & Visser, S. (red.). (2017). *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten*. Houten: LannooCampus.
- Steinbrecher, N., & Hiller, W. (2011). Course and prediction of somatoform disorder and medically unexplained symptoms in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 33, 318-326.
- Tak, L., Spaans, J., & van Rood, Y. (2016). Aanpak SOLK vraagt om meer samenhang: Behandeling kan veel eenduidiger. *Medisch Contact*, 36, 22-2.
- Tak, L., & van Geelen, S. (2017). Kenmerken en voorkomen. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 33-49). Houten: LannooCampus.
- Tak, L., van Rood, Y., & Spaans, J. (2017). Educatie. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 159-172). Houten: LannooCampus.
- van den Bergh, O., Witthöft, M., Petersen, S., & Brown, R. J. (2017). Symptoms and the body: Taking the inferential leap. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 74, 185-203.
- van den Muijsenbergh, M., & Veeze-van der Velden, J. (2017). Diagnostiek en behandeling bij patiënten met een migrantenachtergrond. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 239-249). Houten: LannooCampus.
- van der Boom, K. J., & Houtveen, J. H. (2014). Psychiatrische comorbiditeit bij ernstige somatoforme stoornissen in de derde lijn. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 743-747.
- van Dessel, N., de Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., ... van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD011142.pub2
- van Driel-de Jong, D., & Oude Voshaar, R. (2017). Diagnostiek en behande-

- ling bij ouderen. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 277-292). Houten: LannooCampus.
- van Rood, Y., & van der Horst, H. (2017). Het opstellen van een gepersonaliseerde verklaring. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 117-131). Houten: LannooCampus.
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45, 5-31.
- Visser, S., & Reinders, M. (2015). *Cognitieve therapie bij somatisatie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Visser, S., & Reinders, M. (2017). Cognitieve gedragstherapie. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 277-292). Houten: LannooCampus.
- Wineke, J., & van Dijke, A. (2015). Soma-toforme stoornissen in de DSM-5. *De Psycholoog*, 50, 32-38.
- Wösten, I., & van Ree, C. (2015). *Goed in je vel: Cursus voor jongeren met onverklaarde lichamelijke klachten*. Amsterdam: Boom.
- Zonneveld, L. N. L. (2011). *Draaiboek van de cursus 'Omgaan met de gevolgen van onverklaarde lichamelijke klachten', deel I en II*. Gouda: Zonneveld.
- Zorgstandaard somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). (2018). Geraadpleegd op www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk