

Van psychosomatosen via somatoforme klachten nu maar weer eens naar medisch onverklaarde klachten

J.J.L. Derksen

Dit artikel is een reactie op het artikel 'Stressreacties in het lichaam spelen een geringe rol bij medisch onverklaarde klachten' van Jan Houtveen en Lorenz van Dooren, *GZ-psychologie* 1, 2010. (www.gzpsychologie.nl).

In de jaren zestig, zeventig en tachtig kwam de buitenlandse invloed op de klinisch psychologie niet alleen met de westenwind mee maar ook nog wel eens met een briesje uit het oosten: de 'psychosomatische Medizin' is hiervan een voorbeeld. Medisch onverklaarde klachten heetten toen nog psychosomatosen en in deze aanduiding tref je een besef aan van de belangrijke bijdrage van psychologische determinanten bij in het lichaam uitgedrukte stoornissen. De psychosomatische benaderingswijze sloot geen enkele ziekte uit, maar historisch gezien waren de symptoomgroepen onder studie vooral: *ulcus ventriculi/duodeni*, *colitis ulcerosa*, *asthma bronchiale*, *essentiële hypertensie*, ziekte van Graves (*hyperthyreoidie*), *rheumatoïde arthritis* en *neurodermatitis*. Bij elk van deze stoornissen werd gedacht aan een specifiek psychisch conflict en hieromtrent bestonden theorieën vooral vormgegeven door de Hongaar Franz Alexander en in Nederland door de internist en psychobioloog (zo noemde hij zichzelf), Juda Groen. Hun theorieën leidden tot wat in die tijd de specificiteitshypothese werd genoemd. Deze wacht nog op toetsing.

Behavioral medicine

Psychologische theorieën zijn essentieel in ons vak, we hebben tenslotte geen neuron, zoals de biologen, waarin we met een elektronenmicroscop kunnen kijken. Ons object, de psyche (psychische patronen), moeten we construeren in een theorie en ontmoeten we noch in de onderzoekspraktijk noch in de klinische praktijk. We zijn dus afhankelijk van die theoretische conceptualisaties en met die abstracties is het voor veel collega's moeilijk leven. Ook de theoretici die de psychosomatosen vormgaven hebben het thema tamelijk sterk laten verwateren. Theorieconstructie is niet iedereen gegeven. Indien theorievorming met een team geschiedt, komt het zelden op een adequaat peil gezien de snel opbloeiende afwijkende inzichten onder psychologen. Er is overigens in de psychologie – en dat geeft veel voetangels en klemmen – altijd wel iemand in de wereld te vinden die een al achterhaalde deeltheorie weer opfrist met een nieuw setje data; gemiddelde scores van veertig patiënten, goed gecontroleerd verkregen. Een ander manco is dat de eisen waaraan een psychologische theorie dient te voldoen, door het accent op dataverzameling, niet echt goed zijn ontwikkeld. Inzake de psychosomatiek is de verschraling van de theorie goed waarneembaar in de geschiedenis: de Angelsaksische invloed veranderde de term in behavioral medicine, er kwam nog (observeerbaar) gedrag bij ter sprake. Deze traditie heeft er mede toe geleid dat in de DSM gesproken wordt van somatoforme stoornissen met zeven subgroepen: somatisatiestoornis, ongedifferentieerde somatoforme stoornis, conversiestoornis,

pijnstoornis, hypochondrie, stoornis in de lichaamsbeleving en een restgroep. En nu heet het dan weer medisch onverklaarde klachten, of lichamelijk onbegrepen klachten. Waar kunnen we de vooruitgang aan aflezen? De psychologische patronen zijn er verder uitgezeefd dan ooit en elke poging tot theorievorming wordt te grabbel gegooid met deze nieuwe wijn in oude zakken. Maar wel nieuwe termen, nieuwe artikelen en boeken, krantenkoppen en nieuwe poliklinieken waarmee de medici hun grip op het thema verstevigen en voor de beginnelingen in het vak nieuwe patiënten. Ook psychologen leven vaak zonder geschiedenis.

Het verborgen script van Houtveen en Van Doornen

In het vorige nummer van *GZ-psychologie* (Houtveen & van Doornen, 2010) en ook in het boek van Jan Houtveen *De dokter kan niets vinden* (2009) worden we door deze onderzoekers op verfrissende wijze bijgepraat. Zij passen perfect in de actuele traditie van empirisch en experimenteel onderzoek waarin wordt gewerkt met een (verborgen) script: de biologie, meestal het brein in ons vak, is de basis, hierin ligt het goud verborgen. De meeste tekst in beide producten gaat ook over biologie en fysiologie en niet over psychologie. Zij leveren een uitstekende bijdrage aan de fysiologie en daar heb ik niets op tegen, integendeel dat moet ook gebeuren. Maar het zijn geen psychologische bijdragen en zowel Houtveen als Van Doornen werken aan een afdeling klinische en gezondheidspsychologie en worden betaald voor hun werk in de psychologie, mag ik aannemen. Komt de psychologie ter

sprake dan beperkt het portfolio van de auteurs zich tot termen als: negatieve emoties (neuroticisme als dispositie); klachtgerelateerde angst, hypervigilantie, catastroferen en leerprocessen, vooral als instandhoudende factoren (Houtveen, 2010, p. 201). Zij lijken op veel collega-onderzoekers, ze passen in een stevige traditie waarin het meeste geld omgaat: de cognitieve neurowetenschappen. Tegenwoordig richten veel moderne psychotherapie-effectonderzoekers hun empirische aandacht eveneens en zelfs uitsluitend op het brein, ze zoeken het effect van psychotherapeutische interventies via fMRI-onderzoek in plaatjes van de hersenen. Alsof ze hiermee iets aantonen dat meer is dan een correlatie? Dit loont voor de onderzoekers, hun bijdragen passen in hoog gewaardeerde tijdschriften, het brengt geen vooruitgang in de psychologie.

Ook al formuleren Houtveen en Van Doornen genuanceerd en zorgvuldig, in mijn ogen werken ze vanuit een inadequate opvatting over de bijdrage van psychologische determinanten. Psychologische patronen zijn en blijven een soort afgeleide van somatische en fysiologische processen: 'Om te beginnen is hiermee (het hersenonderzoek J.D.) aangetoond dat de klachten (zoals fibromyalgie, J.D.) wel degelijk echt zijn, of beter nog: echt waargenomen en beleefd worden' (Houtveen, 2009, p. 96). Ondanks de nuancering is het script duidelijk, klachten bestaan als ze een plekje krijgen in het brein. Deze redenering is die van een fysioloog of bioloog en deze kun je hen niet echt kwalijk nemen. Dat elk menselijk gedrag en beleving een corresponderende fysiologische expressie in de hersenen krijgt, is niks nieuws en dat kun je wat mij betreft gewoon bedenken en aannemen. Een volgend citaat: 'Er is echt iets lichamelijks aan de hand' (Houtveen & van Doornen, 2010, p. 16). Alsof dit losstaat en los kan staan van de psychologische beleving? De biologie is een noodzakelijke maar nooit voldoende voorwaarde voor psychologische processen. Zonder biologie geen psychische patronen, maar evenmin zonder psychische patronen geen levende biologie. Uitgebreid onderzoek naar pijn heeft de individuele verschillen op psychologisch en fysiologisch terrein aangetoond, maar het ontbreekt aan een psychologische theorie. Er wordt door psychologen te weinig nagedacht over welke mechanismen in de persoonlijkheid, dus in de psychische patronen, hierin een belangrijke determinerende rol kunnen spelen. Naar mijn eigen idee zou de kennis van afweermechanismen hiermee in verband kunnen worden gebracht: sterkere gevoeligheid voor pijn bij mensen met verminderde of falende afweer. Dit type theorie kan nieuw psychologisch onderzoek stimuleren, voer voor psychologen. Laat de biologen en fysiologen op zoek gaan naar de biologische bijdrage, dat kunnen zij ook het beste, ze zijn er tenslotte voor opgeleid.

Mijn manier van denken hierover is te begrijpen tegen de achtergrond van de psychoanalytische theorieën, nog steeds de meest uitgebreide in hun soort, over het ontstaan en de ontwikkeling van de psychische patronen. Dit type theorieën hebben we nodig om vooruitgang te brengen in de psychologie. Psychologische patronen, de intrapsychische architectuur, kent een eigen ontstaansgeschiedenis, tussen biologie en cultuur in. Deze patronen zijn bewust en onbewust en kennen een relatieve autonomie, eigen mechanismen en eigen in stand houdende

factoren. De wijze van determinatie in psychische patronen is ongelijk aan hoe vaak over causaliteit wordt gedacht en ongelijk aan hoe deze mechanismen in de biologie (en in de cultuur) opereren.¹

We kunnen niet zonder theorie. Om deze psychische processen te begrijpen hebben we een aparte taal nodig, een andere taal dan de chemische en elektrofysiologische voor het lichaam. Deze talen produceren kennis van het object (feitelijk een soort biopsychosociale hutspot), in werkelijkheid is dit een voor ons nog moeilijk te vatten eenheid. De samenhang tussen psychische, biologisch en sociale patronen is erg ingewikkeld en speelt zich af op een dusdanig microniveau dat we dit met de bestaande wetenschappelijke talen tot nog toe moeilijk kunnen formuleren. Ik voorspel dat er in de toekomst op een geheel andere manier studie wordt gemaakt van lijf, psyche en sociale context. Met name de complexe samenhang zal dan veel duidelijker worden begrepen en dat zal nieuwe wijzen van onderzoek openen. De psychologie zal dan pas echt een sprintje trekken. Hiervoor hebben we, de geschiedenis van de fysica indachtig, vooral een of enkele personen nodig die een serie ontdekkingen doen en deze weten te beschrijven in een psychologisch jargon dat door de psychologengemeenschap kan worden geaccepteerd.

De biologie is aantrekkelijk, beter meetbaar dan psychologische processen, de natuurwetenschappelijke onderzoeksmethoden zijn hiervoor ontworpen en zijn niet op zijn effectiefst in de psychologie. Onderzoek naar de reacties op de vuurwerkkramp in Enschede leverde onder meer op dat mensen die rookten eerder een posttraumatische stresstoornis ontwikkelden. De verklaring werden door psychologen gezocht in hersencircuits in plaats van bijvoorbeeld in de hechtingstheorieën. Dat laatste gaat over psychologie, het eerste over biologie. Mijn voorstel aan Houtveen en van Doornen is: oké, jullie droegen bij aan de fysiologie, draag nu eens bij aan de psychologie en dus niet aan de psychofysiologie, probeer het zuiver te houden en mix de terminologie niet teveel door elkaar.

De behandeling

Tot slot de behandeling van mensen met lichamelijk onverklaarde klachten. Houtveen en Van Doornen geven aan dat aangezien er echt iets lichamelijks is, patiënten erkenning kunnen krijgen voor hun klachten. 'De uitleg dat de lichamelijke klachten het gevolg zijn van verstoorde reacties van het lichaam op stress, kan om te beginnen, helpen bij de erkenning door de behandelaar van de klachten, aannemelijk dat er echt iets (lichamelijks) aan de hand is' (Houtveen en Van Doornen, 2010, p. 160). Op deze wijze stimuleren ze geen effectieve psychotherapieën. Voor de collega's die deze praktijk goed kennen, is de succesvolle wijze van omgaan hiermee toch echt anders. Ook anders dan alleen met behulp van cognitieve gedragstherapie. Het ontbreekt in dit model namelijk aan effectief omgaan met emoties van patiënten als gevolg van veel te beperkte theorieën over emoties en weerstand. In de bejegening van patiënten met ernstige in het lichaam uitgedrukte klachten en vaak een sterke neiging om vast te houden aan de definitie van een lichamelijke ziekte, is het cruciaal om de psychische determinanten te

benoemen die in samenspel met de somatische patronen (Freud noemde dit het ‘somatisch tegemoet komen’) klachten geven². Het somatiseren kan vanuit een psychodynamische theorie worden gezien als afweer van voor het zelfgevoel bedreigende fantasieën en emoties. De psycholoog moet in staat zijn de patiënt te helpen deze afweer te ervaren en te overwinnen, dit is een dynamisch en confronterend proces en dus niet een kwestie van informatie verstrekken. Door een psycholoog kan gewerkt worden met de (eenvoudig uitgedrukte) hypothese dat weggedrukte emoties de klachten kunnen produceren: bijvoorbeeld onderdrukte agressie bij hoofdpijnen en nek- en schouderklachten, afhankelijkheidsgevoelens bij maagklachten. Allemaal hypothesen, afkomstig uit literatuur op ons vakgebied van decennia oud, die door onderzoek van de individuele patiënt als diagnostische hypothese op de behandelagenda kunnen worden geplaatst. Vervolgens wordt in de klinische praktijk op uiteenlopende manieren gewerkt aan ontdekking van verdrongen emoties, beelden, strevingen en vaak fantasieën en wensen. De ontdekking, blootstelling aan, beleving en ten dele expressie van weggedrukte emoties en fantasieën leidt bij menig patiënt tot verlichting van hetgeen medisch niet verklaard kon worden maar psychologisch wel. De vuistregels hiervoor genoemd – de fysiek uitgedrukte klacht komt in plaats van een weggedrukt affect – is vooral een behandelingstech-

nisch hulpmiddel, de realiteit is ingewikkelder en moet in een theorie worden gevat.

Een beknopt voorbeeld uit mijn eigen klinische ervaring.

Een 55-jarige vrouw meldt zich op verwijzing van haar huisarts met hevige rugklachten, ze werd nu eens niet doorgestuurd naar de fysiotherapeut maar naar de eerstelijnspsycholoog. Onderzoek van haar situatie leverde op dat ze last kreeg van deze klachten toen ze op het punt stond met haar nieuwe vriend op vakantie te gaan. Enkele jaren geleden overleed haar man met wie ze een, naar haar zeggen, uistekende en intensieve relatie had gehad. Voorts levert navraag op dat voordat haar man overleed ze net samen een vakantie hadden gepland. Deze vakantie kon niet doorgaan omdat haar man vrij plotseling last kreeg van rugklachten. Zodra deze vrouw dit in gesprek met mij ontdekt, wordt ze hevig verdrietig over het overlijden van haar man. Met deze lichamelijke klachten drukte ze een identificatie uit met haar man, ze hield hem bij zich, nam zijn klachten over en blokkeerde zo haar verdriet en wellicht schuldgevoelens in verband met de vakantie nu die nu wel zou doorgaan. Ze was nog voor de vakantie bevrijd van haar rugklachten.

Met de theorieën van biologen en fysiologen komen we niet tot een creatieve behandelagenda voor patiënten met in het lichaam uitgedrukte klachten. Klinisch psychologen zouden er goed aan doen de specificiteitshypothese te toetsen. Dat behandeling van medisch onverklaarde klachten, zo blijkt uit het overzicht van Houtveen in zijn boek *De dokter kan niets vinden is beperkt effectief*. Dit heeft in mijn ogen alles te maken met het gebrek aan theorie en daarmee met een povere praktijkvoering. Veel cognitief gedragstherapeuten lichten de patiënt voor over de gevolgen van hun ziekte en helpen ze daarmee beter omgaan. Ze durven, door gebrekkige theorieën ontwikkeld door onderzoekers naar de biologie in plaats van de psychologie, hun patiënt niet meer te bieden. ■

Noten

- 1 Ik kan iedereen aanraden David Hume te lezen over causaliteit, veel van wat hij hierover schreef kan ons nog steeds helpen dit complexe begrip beter te hanteren. In 1748 werd zijn *Enquiry concerning human understanding* gepubliceerd.
- 2 De afgelopen 15 jaar begeleid en superviseer ik psychologen, artsen, re-integratiemedewerkers en fysiotherapeuten van Winnock, voorheen bekend als het RugAdviesCentrum. Winnock heeft over het gehele land verspreide centra voor behandeling en re-integratie van mensen met diverse medisch onverklaarde klachten. Voorts behandel ik deze klachten gedurende 31 jaar in onze eigen eerstelijns- en psychotherapiepraktijk.

- Prof. Dr. J.J.L. Derksen is hoogleraar klinische psychologie en praktiserend eerstelijnspsycholoog en psychotherapeut.