

-*vage lichamelijke ziekten*, voor wie vaag (L. Vagus = zwervend, ronddwalend)? voor huisarts of patiënt? Geeft het aan dat er geen lichamelijke oorzaak voor de klacht te vinden is? Of dat de medische wetenschap 'de oorzaak' nog moet vinden?

andere termen die ook in omloop zijn¹:

-*functionele klachten*. onderliggende hypothese is dat ziekte gedrag een functie is van tekortschietende coping en het fysieke equivalent van negatieve emoties zoals verdriet, woede en angst. De klacht is in deze opvatting psychologisch bepaald.

-*somatische fixatie*. Term uit de Nijmeegse school(Huygen). Hierbij de gedachte dat verwijzen de fixatie bevordert. Term wordt weinig meer gebruikt, is wetenschappelijk niet toetsbaar gebleken. Belicht echter wel goed het aandeel van de arts zelf in het proces!

-*psychosomatische klachten*. Hypothese van de internist Groen uit de jaren '50 van de vorige eeuw. Psychoanalytische benadering waarbij een intrapsychisch conflict leidt tot lichamelijke aandoeningen zoals maagzweer, astma etc.

-*lichamelijk onverklaarde klachten*. Een wat neutralere term, maar hier vallen dus ook patiënten met een lichamelijke aandoening onder waarbij de dokter (nog) geen diagnose kan stellen.

-*somatisatie*. Definitie van Lipowski². patiënten met somatisatie:

- a)ervaren klachten en uiten deze
- b)schrijven de klachten toe aan een lichamelijke ziekte waar die onaannemelijk is én niet gevonden wordt
- c)zoeken er medische hulp voor

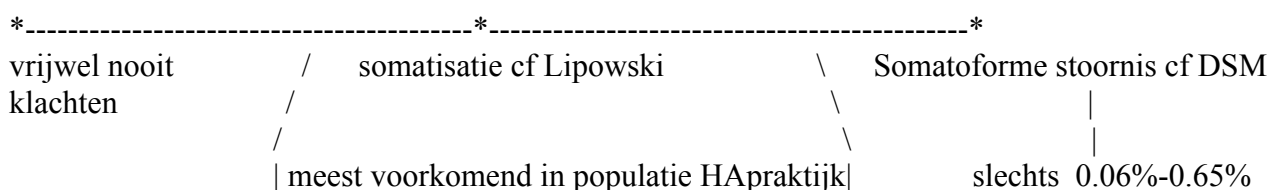
-*somatoforme stoornissen*. Psychiatrische ziektebeelden c.f. DSM IV³ classificatie.(Somatisatiestoornis, Ongedifferentieerde somatoforme stoornis, Conversiestoornis, Pijnstoornis, Hypochondrie, Body Dysmorphic Disorder, Somatoformestoornis NOS). Er gaan overigens al weer veel stemmen op om de somatoforme stoornissen uit de volgende DSM te schrappen

Somatiseren is op zichzelf heel normaal, in de bevolking ervaart 90% van de mensen in de loop van één week wel één somatische klacht, meestal wordt geen arts geraadpleegd en wordt de klacht geweten aan bv. stress, verkeerde beweging, koude, slecht slapen, menstruatie etc.

Van de mensen die wel de huisarts bezoeken heeft 20-50% een lichamenlijk onverklaarde klacht.

Een bepaald percentage daarvan heeft somatisatie vlg. de definitie van Lipowski. Bij verwijzingen heeft 30% een onverklaarde lichamenlijke klacht.

Spectrum somatisatie:



acute somatisatie treedt vaak op n.a.v. life events, er is dan geen psychiatrische comorbiditeit.

subacute somatisatie wordt vaak gezien n.a.v. een behandelbare psychiatrische stoornis zoals depressie of angststoornis, soms bij schizofrenie.

chronische somatisatie, dan is sprake van een somatoforme stoornis cf DSM IV. In een aantal gevallen is hierbij sprake van een voorgeschiedenis van affectieve verwaarlozing, seksueel misbruik in de kinderleeftijd, ziekte op kinderleeftijd en kindermishandeling.

TABEL 1. Omschrijving van somatoforme stoornissen volgens de DSM-IV-classificatie

In het algemeen gaat het om een presentatie van lichamelijke klachten die doen denken aan een somatische aandoening ('somatoform'), maar die niet of slechts gedeeltelijk toe te schrijven zijn aan een somatische aandoening. De klachten zijn niet toe te schrijven aan het gebruik van een middel of aan een andere psychische stoornis. Voor alle stoornissen geldt dat de klachten klinisch belangrijk lijden veroorzaken of beperkingen in het functioneren op sociaal, beroepsmatig of ander belangrijk terrein.

Somatisatiestoornis. Een voorgeschiedenis met 8 of meer lichamelijke klachten die een aantal jaren bestaan en zijn begonnen vóór het 30e levensjaar. Er wordt een combinatie van pijn, gastro-intestinale, seksuele en pseudoneurologische klachten gepresenteerd, waarvoor geldt dat ze ernstig genoeg zijn om te hebben geleid tot het zoeken van behandeling of tot belangrijke beperkingen in het functioneren.

Ongedifferentieerde somatoforme stoornis. Er is sprake van één of meer onverklaarde lichamelijke klachten gedurende een periode van 6 maanden of langer.

Pijnstoornis, acuut of chronisch. Het belangrijkste symptoom is pijn. De arts vermoedt dat psychologische factoren een rol spelen bij het begin, de ernst, de verergering of het voortduren van de pijn. (Men spreekt van 'chronisch' bij een duur van 6 maanden of langer.)

Hypochondrie. Centraal staat de preoccupatie met de vrees of opvatting een ernstige ziekte te hebben, ondanks adequaat medisch onderzoek en geruststelling. De duur van de klacht is tenminste 6 maanden of langer.

Stoornis in de lichaamsbeleving (morfodysforie). Centraal staat de overmatige preoccupatie met een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk.

Conversiestoornis. Centraal staat een onverklaarde neurologische klacht. Het betreft één of meer symptomen of uitvalsverschijnselen die de willekeurige motorische of sensorische functies treffen en die niet volledig toegeschreven kunnen worden aan een bekende somatische aandoening.

Somatoforme stoornis, niet anderszins omschreven. Er is sprake van klinisch belangrijke onverklaarde lichamelijke klachten, maar er wordt niet voldaan aan de criteria van een van bovenstaande stoornissen; bijvoorbeeld de duur is korter dan 6 maanden.

De laatste groep is de moeilijkste categorie voor de huisarts om mee om te gaan. "The term somatizer is hidden from the patient because of its demeaning power. Since patients who receive such labels are frequently survivors of childhood abuse and neglect who may use bodily language to express the 'unspeakable', being again blamed for one's distress can be destructive."⁴

Ieder specialisme kent zijn eigen functioneel syndroom, met bijbehorende patiënten belangenvereniging⁵. Het lijkt erop dat er grote overlap in klachten bestaat bij patiënten met één van deze syndromen⁶.

Illustratie 1: Uit NtvG 2006;150;671-6

Diagnostiek somatisatie in de huisartspraktijk¹.

Denk aan somatisatie bij:

1. frequent doktersbezoek
 2. ongerustheid over kleine kwalen of onschuldige verschijnselen (ziekteangst)
 3. patiënt schrijft klachten toe aan een lichamelijke ziektebeelden
 4. patiënt dringt (sterk) aan op een somatische aanpak. 'vaak overbodige onderzoeken vragen'.
 5. onlustgevoelens/irritatie bij de dokter. 'hulpeloos gedrag', 'aandringen op verwijzingen'
 6. dokter heeft aanwijzingen voor het bestaan van psychosociale problematiek. Echter de dokter blijkt vaak niet in te gaan op de psychosociale hints die ook deze patiënten tijdens het consult geven!^{7,8}
- NB. criteria somatisatiestoornis DSM zijn veel uitgebreider en zwaarder. zie bijlage 1.

Valkuilen

1. onnodige diagnostiek. dit sterkt patiënt in de overtuiging dat er lichamenlijk iets mis is. verder het risico op vinden van kleine afwijkingen die klachten niet verklaren maar door patiënt wel als zodanig worden aangegrepen^{9,10}
2. ook somatiseerders kunnen een lichamenlijke ziekte krijgen. Dus klachten serieus nemen, met name bij verandering van klachtenpatroon gerichte anamnese en lichamenlijk onderzoek. Dit betekent niet dat er ook aanvullend onderzoek gedaan moet worden als anamnese en lichamenlijk onderzoek hier geen aanleiding toe geven.
3. als patiënt zich presenteert met lichamenlijk onverklaarde klachten en hij heeft geen voorgeschiedenis van somatisatie én er zijn geen stresserende momenten → kans dat symptomen prodromale verschijnselen van een (ernstige) lichamenlijke aandoening zijn.
4. niet onderkennen van een psychiatrische stoornis zoals een angststoornis of depressie (gebruik 4DKL²¹ of CMDQ²² zie bijlage 7)

Signaleren van tekenen van een depressie of angststoornis bij somatiserende patiënt.

1. de somatiserende patiënt die voor het eerst hardnekkig somatiseert, m.n. als het gaat om:
 - wisselende klachten
 - moeheid die 's ochtends bij het opstaan al bestaat
 - chronische pijn
 - verzoek om slaapmiddelen
 - alcoholgebruik

Depressie? ga de criteria uit de NHG standaard Depressie na
2. de patiënt met aanvalsgewijs optredende:
 - hartkloppingen
 - transpireren
 - tremor
 - pijn op de borst
 - kortademigheid
 - duizeligheid

Paniekstoornis? ga de criteria uit de NHG standaard Angststoornissen na
3. de patiënt die zenuwachtig friemelend klaagt over:
 - snel vermoeid zijn
 - spierspanningsklachten
 - slaapmiddelengebruik
 - alcoholgebruik

Gegeneraliseerde angststoornis? ga de criteria uit de NHGstandaard Angststoornissen na

Mogelijkheden van aanpak somatisatie in de huisartsenpraktijk

- A. Bieden van een verklaringsmodel dat patiënt mogelijkheid geeft zelf invloed uit te oefenen ('empowerment' model).
- B. Cognitieve gedragstherapie: 2 opties elkaar niet uitsluitend¹¹
 - 1. gevolgen model
 - 2. reattribution model
 - 3. TERM model
- C. Falend copinggedrag bewust laten worden (gedragstherapie)
- D. Paradoxe aanpak (communicatietheorie)

A. Bieden van een verklaringsmodel dat patiënt mogelijkheid biedt zelf invloed op klachten uit te oefenen^{12,13,14,15,16}

De klacht wordt niet psychisch geduid. Er wordt een verklaringsmodel voor de klachten gegeven met een tastbaar mechanisme. Belangrijk is wel dat de klacht aansluit bij de ziekteopvattingen van de patiënt c.q. door deze als verklaring geaccepteerd wordt.

Een gevolg van de verklaring moet zijn dat door de uitleg de patiënt het gevoel heeft niet schuldig te zijn en dat het hem de mogelijkheid biedt om vanuit dat model invloed op de klachten uit te oefenen (self efficacy/empowerment). Meestal worden verklaringsmodellen gebaseerd op neurologische verklaringen van de klachten gebruikt, bijvoorbeeld het sensitiseringsmodel of depressie door gebrek aan bepaalde chemische stof. Aan de hand hiervan krijgt de patiënt de opdracht om bijvoorbeeld door geleidelijk toenemende inspanning of blootstelling aan bepaalde situaties (graded activity of graded exposure) de klachten te beïnvloeden of staat patiënt op deze wijze toch open om psychofarmaca te gebruiken.

Gevolg van deze verklaring is dat deze het lijden van de patiënt legitimeert, dat de patiënt de verklaring begrijpt en omarmt, de schuld wegneemt en dokter en patiënt tot bondgenoten maakt.

Ook alternatieve genezers bedienen zich vaak van bovenstaand mechanisme, echter de oplossing die wordt geboden is in veel gevallen niet effectief (bv. edelstenen dragen, diëten volgen etc. etc.).

Voorbeeld van sensitiseringsmodeluitleg: erken dat de pijn echt is. "Ik kom tot de zelfde conclusie als de neuroloog: ik kan bij u geen lichamelijke afwijking vinden voor de klachten. Dit betekent niet dat ik uw klachten niet kan verklaren of u de indruk wil geven dat uw klachten niet echt zijn. Voor het uitleggen van uw klachten wil ik uw pijn vergelijken met een inbraakalarm. Een inbraakalarm kan om meerdere redenen afgaan. De eerste gedachte is altijd dat het om een inbreker gaat. Als het alarm voor het eerst plotseling afgaat, gaat men direct naar een inbreker zoeken. Eventueel wordt de politie ingeschakeld (in uw geval de huisarts en de neuroloog) om het afgaan te onderzoeken. Wanneer het alarm echter om de haverklap afgaat en er herhaaldelijk geen inbreker wordt aangetroffen, is het wellicht zinvol het alarmsysteem zelf eens te onderzoeken. Mogelijk is het te scherp afgesteld geraakt. Dat er bij u een te scherpe afstelling is, kan ik opmaken uit uw verhaal. U zegt dat uw rug al pijn gaat doen als u gaat fietsen of wandelen. We weten dat er bij dit soort activiteiten geen schade optreedt in uw rug en dus de alarmbellen voor niets afgaan. Ik spreek in uw geval van chronische pijn, dit werkt niet veel anders dan een te scherp afgesteld alarmsysteem. Het gaat af (doet pijn) zonder dat er een inbreker is.

Het te scherp afgesteld zijn van het alarmsysteem kan veroorzaakt worden door meerdere factoren. In het gesprek dat ik met u heb gehad en uit het lichamelijk onderzoek zijn mij een aantal dingen gebleken die dit kunnen veroorzaken. Allereerst de vraag die u erg bezighoudt: wat heb ik nu eigenlijk? U heeft zelf het idee dat er iets niet goed is met uw rug, terwijl de neuroloog zegt dat er niets mis is. Zoals u al ziet, is deze onduidelijkheid een belangrijke bron van ontevredenheid en ongerustheid voor u. Verder zie ik dat u erg bang bent voor de pijn, omdat u denkt dat u uw rug nog verder beschadigt als u pijn voelt. Daardoor beweegt u nauwelijks en is er veel spierspanning in uw rug; ik merk dat u er continu alert op bent dat u geen "rare" bewegingen maakt. Ook een belangrijke factor is de spanning die u ervaart ten aanzien van uw werk en het feit dat u graag weer aan het werk wilt gaan, maar bang bent dat het niet zal lukken. U heeft me verteld dat u met angst naar de toekomst kijkt, deze angstgevoelens zijn heel goed voor te stellen, maar maken tegelijkertijd dat het lichaam daarop reageert. Het is dus nu van belang niet meer op zoek te gaan naar een

inbreker, in dit geval dus een lichamelijke afwijking in uw lichaam, maar iets te doen aan de factoren die het alarmsysteem op scherp zetten, dat wil zeggen de pijnklachten onderhouden.” Dan kan vandaaruit voorstel voor graded activity via FT en evt. zelfs psycholoog die wat aan de onzekerheden zou kunnen doen. Voorbeeld van uitleg antidepressiva zonder psychologische duiding te geven: u heeft een klinische depressie, dit zit in de zenuwcellen, de contacten tussen de zenuwcellen lopen niet optimaal door gebrek aan bepaalde stoffen. Er is een verstoord evenwicht dat door het antidepressivum wordt hersteld. Of er is bij u geen sprake van een depressie, maar het antidepressivum helpt om de slechtere dagen naar het niveau van de betere dagen te krijgen.

Wat is belangrijk bij deze vormen van effectief geruststellen cq. ‘normalisatie met effectieve uitleg’?

- a) de patiënt moet het gevoel hebben gekregen dat de klacht serieus genomen en begrepen is.
 - de attributies van patiënt t.a.v. de klacht zijn goed uitgevraagd
 - er is voldoende empathie getoont t.a.v. de klacht
 - de overige dimensies van de klacht (SCEGSmodel zie bijlage 2) zijn uitgevraagd
 - er is een gedegen lichamenlijk onderzoek verricht
 - eventuele psychosociale hints zijn adequaat opgepakt
- b) vertel je conclusies zodat de patiënt weet waarop je geruststelling is gebaseerd en vertel dat je ervaring hebt met het soort problemen die de patiënt heeft
- c) zwak de ongerustheid van de patiënt niet af, beter is om deze juist versterkt weer te geven, dan voelt deze zich meer (h)erkend.
- d) geef een voor de patiënt tastbaar verklaringsmodel van de klachten dat aansluit bij zijn ziektebeleving maar waarbij eventuele angstgevoelens worden geneutraliseerd en de patiënt mogelijkheden wordt geboden om de klacht te beïnvloeden.

B. Cognitieve gedragstherapie.

1. Gevolgenmodel

benadering gericht op gevolgen van klachten en niet direct op psychologische oorzaak.¹ Deze methode is in gerandomiseerd onderzoek effectief gebleken^{17,18,19}

Er zijn weinig contraïndicaties. Een depressie, angststoornis of middelenmisbruik mits herkend vormen geen contraïndicatie. Ernstige onderliggende psychopathologie is dat wel omdat er dan weinig kans op slagen bestaat.

Een behandeling gericht op de gevolgen van de klachten wordt door 80% van de patiënten geaccepteerd (de resterende 20% die dit niet wil heeft relatief weinig hinder van de gevolgen), i.t.t. een behandeling die meer gericht is op vermeende oorzaken middels reattribution of coping dat in 40% door de patiënten wordt geaccepteerd.

Middels bijvoorbeeld SCEGS-analyse (zie bijlage 2) worden de dimensies van de klacht en de gevolgen in kaart gebracht (zie bijlage 3 en 4)

2. Reattributiemodel²⁰

1° reattributioneconsult.

-Stap 1 zich begrepen voelen

a. doorvragen op klachten (SCEGS-analyse zie bijlage 2), let op klachtbeleving en klachtinterpretaties, let op bijvoegelijke naamwoorden bij de klacht.

b. gericht uitgebreid lichamenlijk onderzoek

-Stap 2 agenda verbreden (opening maken naar psychosociale issues)

a. samenvatten bevindingen (benoem normale bevindingen, vermijd ziekte labels)

b. bevestigingen dat klacht reëel is

c. klachtenregistratie introduceren (waarom, wat, hoe, wanneer registreren, niet speculeren over resultaten).

Overweeg ook de 4DKL²¹(zie bijlage 7) of CMDQ²²(zie bijlage 8) in te laten vullen op de praktijk! i.v.m. evt. depressie of angststoornis.

2° reattributioneconsult

d. dagboek bespreken: zoeken naar verband klacht-leefsituatie. (stimuleer patiënt verband te zoeken, suggestie geven mag nu, stop als patiënt dit verband verwerpt).

-Stap 3 verband leggen (tussen psychosociale issues en klachten)

a. verband uitleggen. (bespreek hoe stress, depressie of angst fysiologische reacties oproepen, die klachten geven) → vicieuze cirkels³ zie bijlage 6.

b. verband demonstreren

Bij hypochondrische somatisatie: ongerustheidsconsult.

Extra stap omgaan met hardnekkige ongerustheid.

a. stoppen met geruststellen.

b. -uitdagen meest alarmerende gedachte of

- onderhandelen over final test

nadien plannen maken samen met patiënt gericht op de verschillende gevolgen van de klacht.

Bijlagen 4 en 5 zijn een opsomming van klachten met veel voorkomende gevolgen en mogelijke interventies³.

3. *TERM model*²³

Variatie op de het reattribuatiemodel, hierbij de volgende stappen:

a. begrip tonen en inventariseren

b. beklemtonen dat de klachten echt zijn en feedback geven over de resultaten van het lichamelijk onderzoek, duidelijk stellen dat er geen indicatie is voor verder onderzoek of niet psychiatrische behandeling.

c. onderhandelen over een nieuw gedeeld model over de ziekte. Eenvoudige uitleg, demonstratie, specifieke aanpak bij ernstige gevallen

d. onderhandelen over de vervolgbehandeling.

C. *Expliciet overstappen van klacht naar falend gedragsrepertoire.*

Gaat uit van de opvatting dat wanneer patiënt inzicht in falende copingstrategie krijgt en hij bereid is tot gedragsverandering de klachten zullen verbeteren²⁴. Het gaat dus niet zozeer om het gedrag ten gevolge van de klacht (zoals bij CGT) als wel om het onderliggend falend gedragsrepertoire.

-direct de psychosociale weg inslaan lukt bij patiënten met functionele klachten niet. Verwijzing naar een psychische oorzaak kan leiden tot vruchteloos touwtrekken. Ook vissen naar psychosociale problemen werkt niet en dat geldt ook voor een symbolische duiding geven van de klacht. Deze interventies vergroten het inzicht bij de patiënt niet.

-voordat de aandacht van klacht naar (falend) gedrag wordt gelegd moet aan volgende voorwaarden zijn voldaan

1. patiënt moet voldoende zijn gerustgesteld. De klacht moet dus zoveel medische aandacht hebben gekregen dat overtuigend beargumenteerd kan worden dat doorgaan op deze weg heilloos is. Voor de patiënt is het vinden van geen afwijkingen vaak slecht nieuws.
2. incorrecte ideeën van de patiënt over de oorzaak moeten gecorrigeerd zijn
3. er moet voldoende krediet zijn opgebouwd voor een niet-somatische benadering (klacht serieus nemen en op juiste moment empathie tonen)
4. patiënt moet geen psychiatrische stoornis hebben, ook moeten de klachten niet ontstaan zijn n.a.v. een ingrijpende gebeurtenis. Mensen met persoonlijkheidsstoornis of psychose zijn ook niet geschikt.
5. start met kansrijke patiënten (voorgeschiedenis van normaal functioneren, <1/2 jaar klachten, 1 duidelijk probleem, bij voorkeur problemen met stellen van grenzen, problemen als conflictvermijding en impulsiviteit en verdriet en rouw)

-aankondiging van overstap van klacht naar gedrag

1. aangekondigd wordt dat nu de aandacht zal uitgaan op leefsituatie en gedrag van patiënt. Dit kan het beste als voorstel gebracht worden zodat patiënt het ook kan afslaan.
2. om de overstap van klacht naar gedrag voor patiënt te vergemakkelijken kan de huisarts aanvankelijk stukje meegaan in de preoccupatie van de patiënt. De klacht wordt wel als vertrekpunt genomen, maar samen met de patiënt wordt de context van de klacht verkent.

-het in beeld brengen van de context van de klacht

Hier zijn twee manieren voor:

1. klachtendagboek (i.t.t. de CGT klachtenregistratie is hierbij geen kolom gedachten van patient)
2. diepte-interview. Als hulpmiddel dient hierbij het ABC-schema afkomstig uit gedragstherapeutische traditie.

A(ntecedents): wat ging vooraf aan de klacht

B(behaviour): de reactie van de patiënt op de klacht

C(sequences): de gevolgen van de klacht inclusief interacties met omgeving

Belangrijk is hierbij dat men geen genoegen moet nemen met onduidelijke antwoorden, concretiseren, doorvragen, open explorerende vragen die uitnodigen tot zelfreflectie bij de patiënt. Vooral geen conclusies trekken of waardeoordelen uitspreken. Patiënt moet zelf tot inzicht komen.

Hoe zag de rest van de dag in kwestie eruit? Wat zijn terugkerende gebeurtenissen? Hoe is de verdeling inspanning/ontspanning?

-Heretiketteren van gedrag

1. gevraagd wordt naar belevingsaspecten rond de geschetste situatie. Wat denkt, vind of voelt de patiënt hierbij en wat wil hij met diens gedrag bereiken?
2. vervolgens wordt de patiënt uitgenodigd de adequaatheid van dit gedrag te beoordelen. Wordt met dit gedrag het gewenste doel bereikt? Zo niet, dan kan het gedrag als inefficiënt worden geheretiketeerd.

De huisarts vat van tijd tot tijd samen, zomogelijk wordt context verbreed en wordt het patroon zichtbaar. Hoe reageert (B) de patiënt op de gebeurtenissen(A) en tot welke klachten leidt dit gedrag (C)?

Kijk wel uit dat in sommige gevallen het gedrag niet uitsluitend hinder oplevert maar ook voordelen, bijvoorbeeld extra aandacht van de omgeving. Wanneer de baten de lasten overtreffen kan er extra weerstand tegen verandering bestaan.

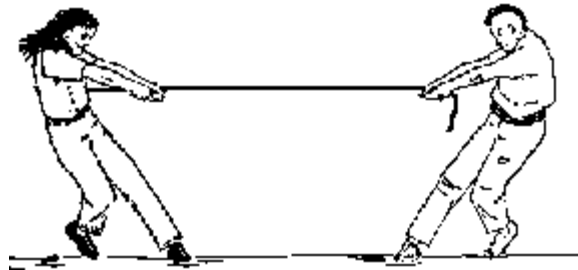
3. als het de patiënt duidelijk is welk gedrag de oorzaak van zijn klachten is kan het vaak moeilijk voor hem zijn om ander gedrag te gaan vertonen. Verwijzing naar een psycholoog is dan nodig.

D.Paradoxe aanpak. De patiënt wordt aangemoedigd om zijn klachten te uiten²⁵.

Deze aanpak is vooral bedoeld voor die patiënten die al vele jaren hardnekkig somatiseren en waarbij het niet gelukt is met bovenstaande methoden veranderingen te bewerkstelligen.

Paradoxe communicatie²⁶ in de meest elementaire zin houdt in dat een opdracht gegeven wordt die niet uitgevoerd kan worden. Bv. een bordje met 'lees dit bord niet'.

In de situatie met de chronisch somatiserende patiënt die je spreekuur regelmatig bezoekt met een litanie aan klachten kan bij de huisarts de nodige frustratie optreden. Alle goed bedoelde adviezen worden door patiënt aangehoord, maar met een 'ja maar' meestal weer van tafel geveegd. Ook heeft de huisarts de neiging om de ernst van de klachten wat af te zwakken, waarna de patiënt er nog weer een schepje bovenop doet en omdat hij zich niet erkent voelt verwijzingen vraagt/eist.



Dit doet denken aan een situatie waarbij twee partijen elk aan een touwtrekken en zodoende de zaak in een evenwicht houden.

Het paradoxale in de aanpak is dat de huisarts precies het omgekeerde gaat doen (hij laat het touw als het ware los). Hij moedigt de patiënt aan om zijn verhaal te doen en vergroot de klachten in plaats van dat hij ze verkleint (helse pijnen, ondraaglijke situatie voor u, tsjonge jonge wat is dat zwaar voor u etc. etc.). Voor de patiënt is dat een vreemde gewaarwording, in plaats van dat hij moest vechten voor erkenning en gehoor voelt hij zich nu begrepen en kan gedurende bijvoorbeeld 10 minuten zijn lijden ventileren(het trekken aan het touw door de patiënt wordt ook minder).

In de omgeving van de patiënt reageert men in het algemeen niet zo op zijn klachten en het is bijzonder prettig om op deze wijze gehoord te worden. Het juist versterkt weergeven van de klachten heeft zelfs vaak tot gevolg dat de patiënt iets inbindt, 'nou zo erg is het nu ook weer niet'.

Bovendien wordt de patiënt aangemoedigd met de klachten een nieuwe afspraak te maken. Aanvankelijk wekelijks maar al snel naar een vast interval, bijvoorbeeld eens in de 4 weken. Je hebt dan zelf de regie, dit voorkomt dat de patiënt zomaar om de haverklap op het spreekuur verschijnt.

1. Feltz Cornelis, Chr van der, Horst, H van der. Handboek somatisatie. Lichamelijk onverklaarde klachten in de eerste en tweede lijn. 2003. De Tijdstroom. p. 15-21. p. 44-47.p 55-67.
2. Lipowski, ZJ. Somatisation: the concept and its clinical application. American Journal of Psychiatry, 1988;145:1358-66
3. Spinhoven, Ph, Bouman, TK, Hoogduin, CAL. Behandelingstrategieën bij somatoforme stoornissen. 2001 Bohn Stafleu van Loghum. p.1-16. p 29-40.
4. Epstein, RM, Quil, TE, McWhinney, IR. Somatisation reconsidered. Arch intern med 1999;159:218
5. Barsky, AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. Ann Intern Med. 1999;130:910-21
6. Wessely, S, Nimnuan, C, Sharpe, M. Functional somatic syndromes: one or many? Lancet 1999;354:936-9.
7. Salmon, P, Dowrick CF, Ring A. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patient with unexplained symptoms present to general practioners. British Journal of General Practice 2004;54:171-6
8. Ring A, Dowrick CF, Huphris GM, Davies J. The somatising effect of clinical consultation: What patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. Social Science and Medicine 2005;61:1505-15
9. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. BMJ 2004;328:444-8
10. Biderman A, Yeheskel A, Herman J. Somatic fixation: the harm of healing. Social Science and Medicine 2003;56:1135-8
11. Mast RC van der. Onverklaarde lichamelijke klachten: een omvangrijk probleem, maar nog weinig zichtbaar in opleiding en richtlijnen. NtvG 2006;150(12):686-91
12. Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. BMJ 1999;318:372-6
13. Wilgen CP van, Keizer D. Het sensitiseringsmodel: een methode om een patiënt uit te leggen wat chronische pijn is. NtvG 2004;148(51);2535-8
14. Gijn J. van, Bierman WFW, Zuketto C, Rooijmans HGM. Chronische, onverklaarde pijn: van klacht naar doel. NtvG 2000;144(14):641-4
15. Dowrick CF, Ring A, Huphris G, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. British Journal of General Practice, 2004;54:165-70
16. Malterud K. Humiliation instead of care? Lancet 2005;366:785-6
17. Blankenstein, N. Somatising patients in general practice. Reattribution, a promising approach. Proefschrift. 2001.VUAMsterdam
18. Morris, RK e.a. Clinical and patient satisfaction outcomes of a new treatment for somatized mental disorder taught to general practitioners. Br J Gen Pract 1999;49:263-7
19. Speckens e.a., Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. BMJ 1995;311:1328-32
20. Syllabus NHG. Beleid bij patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten. Cognitief-gedragstherapeutische technieken door de huisarts.2002.
21. Terluin B. De vierdimensionale klachtenlijst(4 DKL) in de huisartspraktijk. De Psycholoog 1998;33:18-24
huisartshttp://www.datec.nl/4dkl/4dkl_downloads.htm
22. Christensen KS, Fink P, Toft T, Frostholm L. A brief case-finding questionnaire for common mental disorders: the CMDQ. Family Practice2005;22:448-57
23. Fink P, Rosendal M, Toft T. Assessment and Treatment of Functional Disorders in General Practice. Psychosomatics 2002;43;2: 93-131
24. Berkenstein, L van. Cahier over communicatie en attitude nr. 16. En dat is níét psychisch denkt u...? Over de begeleiding bij functionele klachten. 2001. NHG.
25. Postgrade cursus GSK. De dokter kan niets vinden. Hoe om te gaan met chronisch klagende patiënten.
26. Watzlawick, P, Beavin Bavelas, J, Jackson, DD. Pragmatics of human communication.1967. p. 187-230. Norton

DSM-IV criteria voor somatisatiestoornis

- A) Gedurende een aantal jaren, beginnend voor het 30^e levensjaar een voorgeschiedenis van vele lichamelijke klachten waarvoor behandeling is gezocht of die aanzienlijke belemmeringen op sociaal, beroepsmatig of ander belangrijke terreinen met zich meebrengen.
- B) Aan elk van de volgende criteria dient voldaan te zijn, waarbij de afzonderlijke symptomen op een willekeurig tijdstip kunnen optreden.
- 1 Vier *pijnsymptomen*: in de voorgeschiedenis is er sprake van pijn die aan minstens vier verschillende lokalisaties of functies is toegeschreven (bijvoorbeeld hoofd, buik, gewrichten, extremiteiten, borst, rectum, tijdens menstruatie, tijdens geslachtsverkeer, tijdens het plassen)
 - 2 Twee *gastro-intestinale symptomen*: in de voorgeschiedenis is er sprake van minstens twee gastro-intestinale symptomen *anders dan pijn* (bijvoorbeeld misselijkheid, opgeblazenheid, braken anders dan in de zwangerschap, diarree, of intolerantie voor verschillende soorten voedsel).
 - 3 Een *seksueel symptoom*: in de voorgeschiedenis is er sprake van een seksuele klacht of klacht die samenhangt met de voortplanting (bijvoorbeeld seksuele onverschilligheid, dysfunctie van erectie of ejaculatie, onregelmatige menstruatie, overvloedig menstrueel bloedverlies, braken tijdens de hele zwangerschap)
 - 4 Een *pseudoneurologisch symptoom*: in de voorgeschiedenis is er sprake van tenminste een symptoom of afwijking die een neurologische oorzaak suggereert die tot alleen pijn is beperkt (bijvoorbeeld conversiesymptomen zoals verstoorde coördinatie of balans, verlamming of gelokaliseerde spierzwakte, slikklachten of globusgevoel, verlies van de stem, urineretentie, hallucinaties, verlies van tast- of pijnzin, dubbelbeelden bij zien, blindheid, doofheid, toevallen of convulsies; of bewustzijnsverlies anders dan flauwvallen).
- C) Er dient voldaan te zijn aan 1 of 2:
- 1 Na adequaat onderzoek kan elk van de onder B) genoemde aanwezige symptomen niet volledig verklaard worden door een bekende somatische aandoening of door het gebruik van een stof (bijvoorbeeld drugs of medicijnen).
 - 2 Als er wel een somatische aandoening is die aan de klachten gerelateerd is, dan zijn de klachten of de daaruit resulterende sociale of beroepsmatige beperkingen groter dan verwacht mag worden op basis van anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumonderzoek.
- D) De symptomen worden niet opzettelijk veroorzaakt of geveinsd (zoals bij een nagebootste stoornis)

SCEGS-analyse

S. Somatisch

- ▶ klachtgegevens: aard, lokalisatie, intensiteit, frequentie en duur van de klacht.
- ▶ aanvullende onderzoeksgegevens (lab, röntgen, bezoek specialisten etc.).

C. Cognities

- ▶ verwachtingen.
 - wat verwacht u van mij?
 - wat denkt u dat ik voor u kan doen?
 - waar denkt u zelf aan?
 - heeft u zelf enig idee waar uw klacht vandaan komt?
 - denkt u wel eens "als 't maar niet dit of dat is" ?
 - waar baseert u dit op? Baseert u dit op uw ervaring, kennis of op wat u van anderen gehoord heeft?
- ▶ catastroferen
 - als u dan die klachten krijgt, wat vind u daar dan van?
 - hoe reageert u daar dan op? wat denkt u dan?
- ▶ self efficacy
 - kunt u uw klachten beïnvloeden? zo ja hoe?

E. Emoties

- nu u die vervelende klachten heeft, hoe voelt u zich daaronder?
- wordt het u weleens teveel, sedert u daar last van heeft?
- brengen die klachten u wel eens uit het evenwicht?

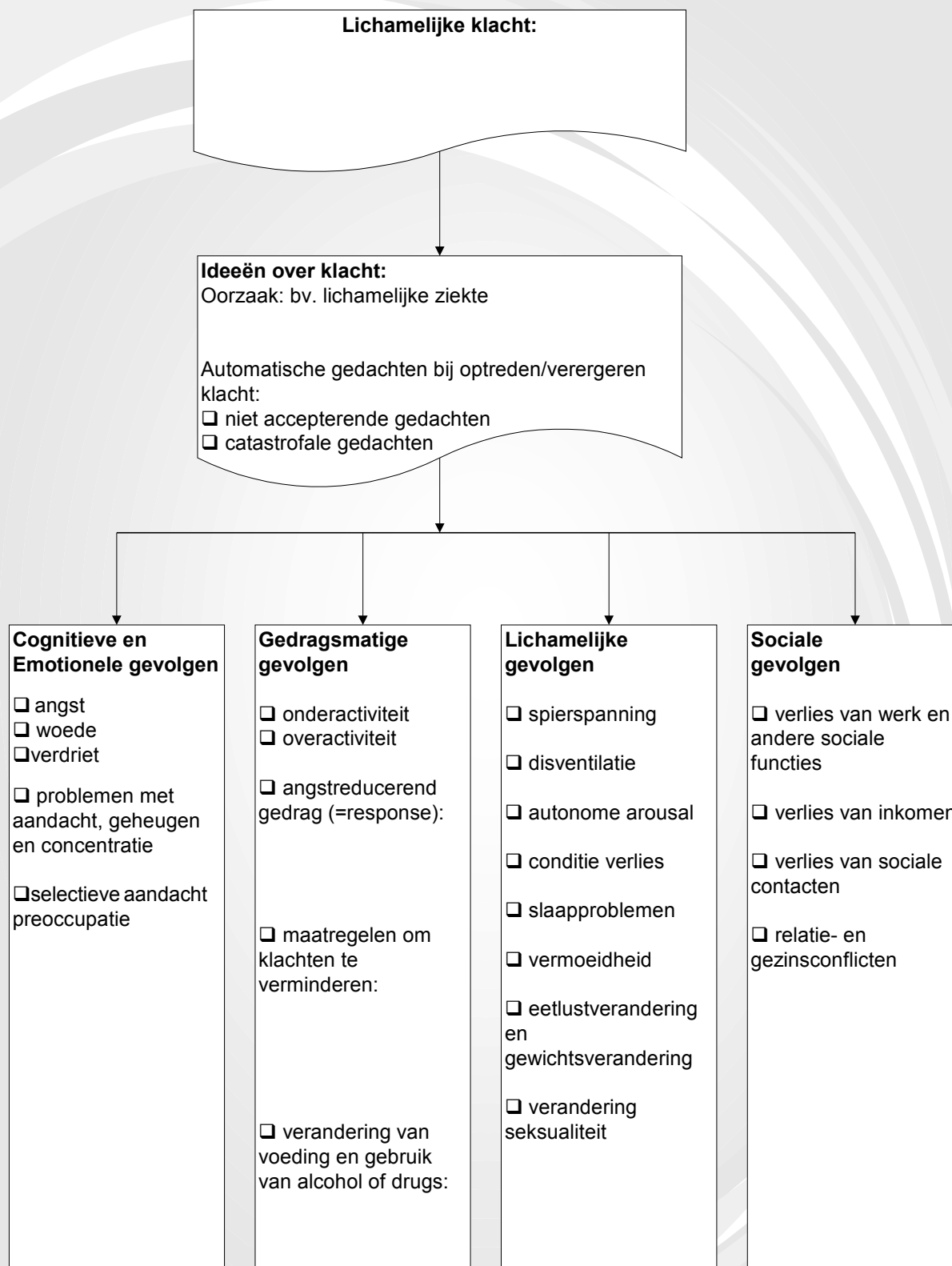
G. Gedrag

- ▶ Omgaan met de klacht
 - wat doet u als u klachten heeft?
 - wat doet u om uw klachten te verminderen? in welke mate lukt dit?
- ▶ Beperkingen
 - in welke activiteiten, in welke mate wordt u belemmerd door uw klachten?
- ▶ Vermijdingsgedrag
 - wat doet u niet of niet meer als u klachten heeft? sinds wanneer niet?
- ▶ Praten over de klachten
 - praat u over uw klachten? met wie? en wat zegt u dan?

S. Sociaal

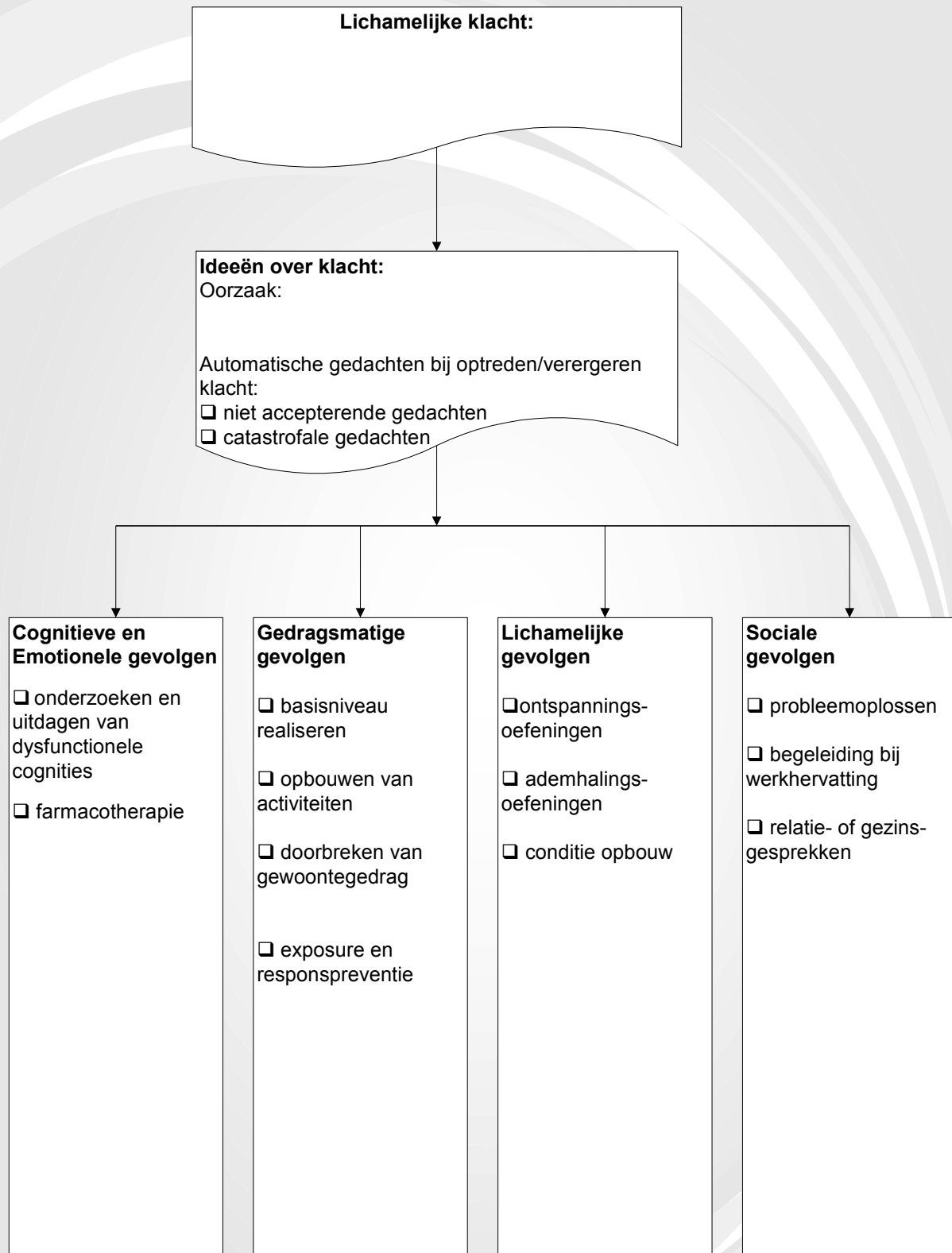
- merkt uw omgeving als u klachten heeft? hoe merken ze dat? hoe laat u het ze merken?
- wat denkt uw omgeving over uw klachten?
- waar denkt uw partner dat uw klachten vandaan komen?
- hoe reageerden de mensen in uw omgeving toen u vertelde wat het bezoek aan de dokter had opgeleverd? en hoe staat u daar nu zelf tegenover?

ANALYSE KLACHT EN GEVOLGEN



naar AEM Speckens. Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. 1999

BEHANDELING VAN GEVOLGEN



naar AEM Speckens. Behandelstrategieën bij somatoforme stoornissen. BSL 2001.

Bijlage 5

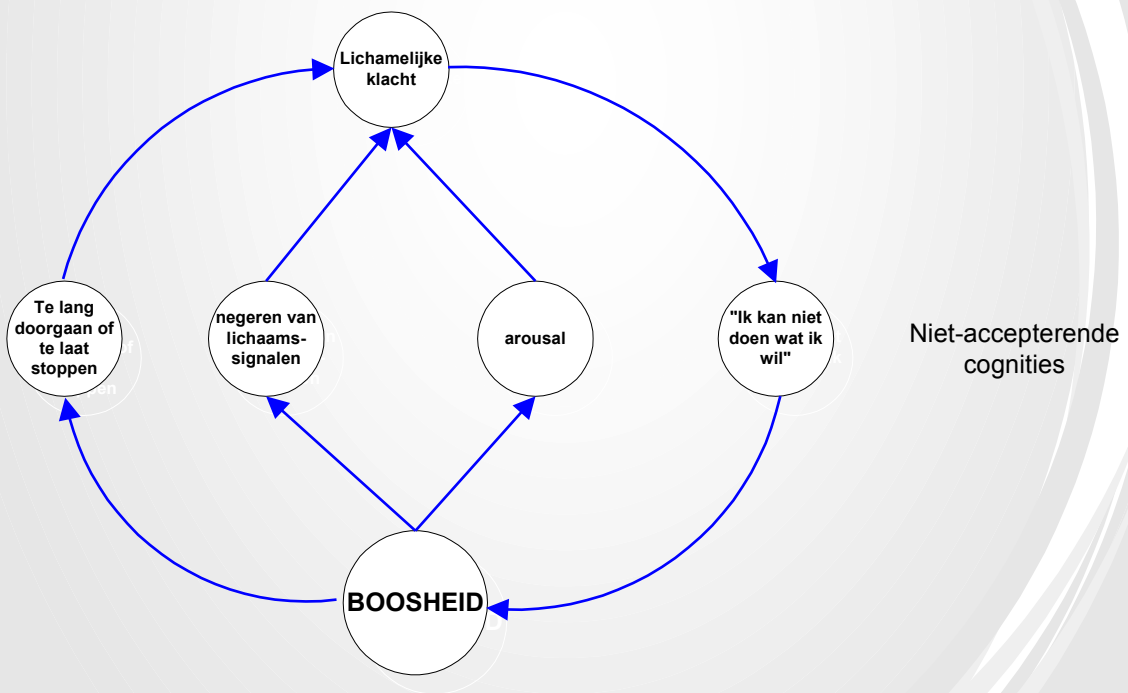
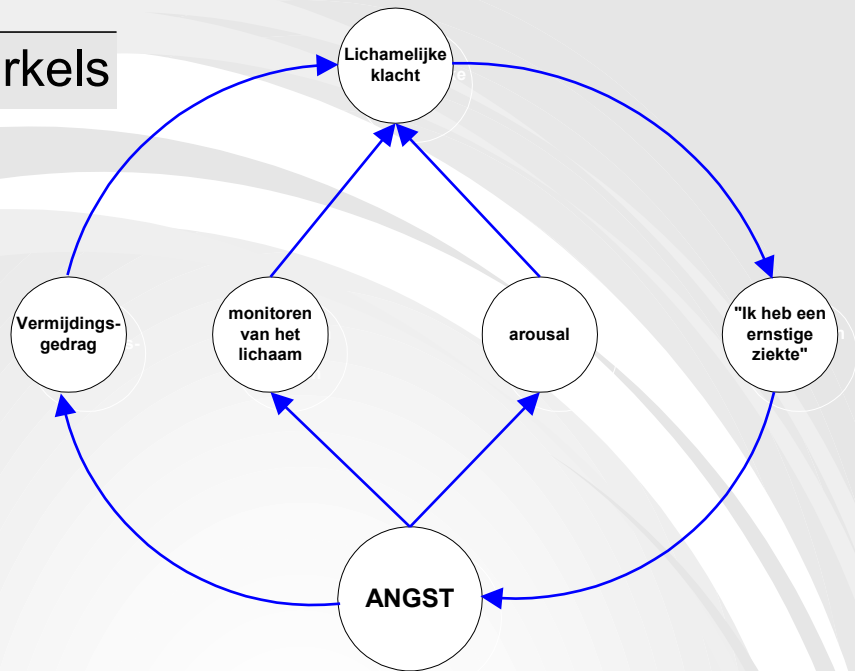
Uit Behandelingsstrategieën bij somatoforme stoornissen BSL 2001 p. 33-4

<i>lichamelijke klachten</i>	<i>gevolgen</i>	<i>interventies</i>
defecatiepijn	spierspanning gespannen op het toilet zitten uitstellen van defeceren	ontspanningsoefeningen toepassen ontsp.oefeningen tijdens toiletbezoek bij aandrang toilet bezoeken
duizelingen	spierspanning krampachtig bewegen dysventilatie	ontspanningsoefeningen ontspannen bewegen ademhalingsoefeningen
hoofdpijn	spierspanning overmatig gebruik analgetica overactiviteit	ontspanningsoefeningen detoxificatie/responspreventie basisniveau bereiken
jeuk	krabben spierspanning slaapproblemen	aanleren van onverenigbare respons ontspanningsoefeningen idem
maagklachten	spierspanning dysventilatie verkeerde eetgewoonten	ontspanningsoefeningen ademhalingsoefeningen goede eetgewoonten aanleren
misselijkheid en/of overgeven	spierspanning dysventilatie kokhalzen vermijden van bepaald voedsel	ontspanningsoefeningen ademhalingsoefeningen oefenen onverenigbare respons (slikken) opheffen vermijdingsgedrag
niet-cardiale pijn op de borst	spierspanning dysventilatie angst vermijden van inspanning	ontspanningsoefeningen ademhalingsoefeningen uitdagen van dysfunctionele cognities exposure/gedragsexperimenten
hyperhidrosis	angst (cognities) angst (arousal) vermijdingsgedrag frequent droogdeppen van de huid, douchen of gebruik van deodorants	uitdagen dysfunctionele cognit. ontspanningsoefeningen opheffen vermijdingsgedrag respons preventie
pijn (overactief)	spierspanning overactiviteit conditieverlies verlies van werk	ontspanningsoefeningen basisniveau bereiken conditie opbouwen werk hervatten
pijn (onderactief)	onderactiviteit/conditieverlies sombere stemming verlies van werk	conditie opbouwen uitdagen dysfunctionele cognities en/of antidepressiva werk hervatten
pijn (angst)	angst onderactiviteit/conditieverlies	uitdag.dysf.cogn.en/of antidepr. conditie opbouwen

<i>lichamelijke klachten</i>	<i>gevolgen</i>	<i>interventies</i>
prikkelbare darmsyndroom	spierspanning gespannen eten/op toilet zitten dysventilatie (anticipatie)angst	ontspanningsoefeningen toepassen van ontspanningsoefeningen ademhalingsoefeningen uitdagen dysfunctionele cognities
stressincontinentie of pijn bij urineren	minder drinken urineren uitstellen gespannen op toilet zitten	veel water drinken bij aandrang plassen toepassen van oefeningen tijdens toiletbezoek
tinnitus	spanningen aandacht en concentratie- problemen sombere stemming	ontspanningsoefeningen aandacht anders richten, afleiding antidepressiva
vermoeidheid (overactief)	overactiviteit (fysiek en mentaal) onderactiviteit verlies van werk	basisniveau bereiken conditie (fysiek en mentaal) opbouwen werk hervatten
vermoeidheid (onderactief)	onderactiviteit/conditieverlies sombere stemming verlies van werk en andere sociale taken	conditie (fysiek en mentaal) opbouwen activeren werk en andere sociale taken hervatten

Vicieuze cirkels

Catastrofale cognities



Niet-accepterende cognities

Uit: Hoofdstuk 15
Handboek Somatisatie

4DKL

VierDimensionale Klachtenlijst

auteur: Dr. B. Terluin

Instructie

De vragenlijst betreft verschillende klachten en verschijnselen die u mogelijk heeft. Het gaat steeds om klachten en verschijnselen die u **de afgelopen week (de afgelopen 7 dagen met vandaag erbij)** hebt ervaren. Klachten die daarvoor wel had, maar de afgelopen week niet meer, tellen niet mee. Het is de bedoeling dat u voor elk van de hierna volgende klachten en verschijnselen aangeeft HOE VAAK u deze klacht heeft.

Hoe moet deze vragenlijst worden ingevuld?

Om te antwoorden hoeft u alleen het cijfer te omcirkelen dat het best bij u past. De gepresenteerde klacht is bijvoorbeeld: "Hoofdpijn"

Antwoordmogelijkheden:

- 1 = nee
- 2 = soms
- 3 = regelmatig
- 4 = vaak
- 5 = heel vaak of voortdurend

Hebt u de afgelopen week **geen** last van hoofdpijn:

omcirkel dan antwoord 1.

Hebt u de afgelopen week **soms** last van hoofdpijn:

omcirkel dan antwoord 2.

Hebt u de afgelopen week **regelmatig** last van hoofdpijn:

omcirkel dan antwoord 3.

Hebt u de afgelopen week **vaak** last van hoofdpijn:

omcirkel dan antwoord 4.

Hebt u de afgelopen week **heel vaak of voortdurend** last van hoofdpijn: omcirkel dan antwoord 5.

Stel dat "soms" voor u het beste weergeeft hoe vaak u de afgelopen week last van hoofdpijn heeft dan omcirkelt u het cijfer 2:

Voorbeeld Hoofdpijn	1 2 3 4 5
-------------------------------	-----------

Foute antwoorden Het is mogelijk dat U per ongeluk het verkeerde antwoord omcirkelt of bij nader inzien toch een ander antwoord wilt geven. Als dat het geval is, kruis dan het foute antwoord duidelijk door en omcirkel het juiste antwoord. Bij nader inzien vindt u bijvoorbeeld dat "regelmatig" beter omschrijft hoe vaak u last van hoofdpijn heeft:

Voorbeeld Hoofdpijn	1 2 3 4 5
-------------------------------	----------------------

DATEC Copyright © 2002 Datec, Leiderdorp. <http://www.datec.nl>

Alle rechten voorbehouden. U heeft toestemming deze lijst voor eigen gebruik te vermenigvuldigen, op voorwaarde dat u niets aan de inhoud of vormgeving verandert. Uitgave of verkoop, of distributie in welke vorm dan ook is uitdrukkelijk niet toegestaan, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Datec.

4DKL Vragenlijst

Antwoord mogelijkheden:

1= nee

2= soms

3= regelmatig

4= vaak

5= heel vaak of voortdurend

Hebt u de afgelopen week last van:

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. pijnlijke spieren?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. flauw vallen?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. pijn in de nek?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. pijn in de rug?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. overmatige transpiratie?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. hartkloppingen?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. hoofdpijn?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. een opgeblazen gevoel in de buik?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. wazig zien of vlekken voor de ogen zien?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. benauwdheid?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. misselijkheid of een maag die 'van streek' is?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. pijn in de buik of maagstreek?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. tintelingen in de vingers?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. een drukkend of beklemmende gevoel op de borst?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. pijn in de borst?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. neerslachtigheid?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. zomaar plotseling schrikken?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. piekeren?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. onrustig slapen?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. onbestemde angst-gevoelens?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. lusteloosheid?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. beven in gezelschap van andere mensen?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. angst of paniek-aanvallen?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Voelt u zich de afgelopen week:

- | | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|---|
| 25. gespannen?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. snel geïrriteerd?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. angstig?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Hebt u de afgelopen week het gevoel:

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 28. dat alles zinloos is?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. dat u tot niets meer kunt komen?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4DKL Vragenlijst

Antwoord mogelijkheden:

1= nee

2= soms

3= regelmatig

4= vaak

5= heel vaak of voordurend

Hebt u de afgelopen week het gevoel:

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 30. dat het leven niet de moeite waard is?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. dat u 't niet meer aankunt?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. dat het beter zou zijn als u maar dood was?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. dat u nergens meer plezier in kunt hebben?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. dat er geen uitweg is uit uw situatie?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. dat u er niet meer tegenop kunt?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. dat u nergens meer zin in hebt?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Hebt u de afgelopen week:

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 38. moeite met helder denken?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. moeite om in slaap te komen?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. angst om alleen het huis uit te gaan?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Bent u de afgelopen week:

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 41. snel emotioneel?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang zou hoeven te zijn? (bijvoorbeeld dieren, hoogten, kleine ruimten)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. bang om te reizen in bussen, treinen of trams? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. Hebt u de afgelopen week weleens het gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. Denkt u de afgelopen week weleens "was ik maar dood"?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. Schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) die u hebt meegemaakt?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. Moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. Moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4DKL scorings formulier

De items worden als volgt gescoord:

Nee	=	0
Soms	=	1
Regelmatig, Vaak of Voortdurend	=	2

Per schaal wordt een somscore berekend door de scores op te tellen.

<i>Distress (16 items)</i>		<i>Depressie (6 items)</i>		<i>Angst (12 items)</i>		<i>Somatisatie (16 items)</i>	
Item	Score	Item	Score	Item	Score	Item	Score
17		28		18		1	
19		30		21		2	
20		33		23		3	
22		34		24		4	
25		35		27		5	
26		46		40		6	
29		Som:		42		7	
31				43		8	
32				44		9	
36				45		10	
37				49		11	
38				50		12	
39				Som:		13	
41						14	
47						15	
48						16	
Som:						Som:	

Interpretatie:

<i>Schaal</i>	<i>Distress</i>	<i>Depressie</i>	<i>Angst</i>	<i>Somatisatie</i>
Matig verhoogde score	11-21	3-5	8-12	11-20
Sterk verhoogde score	21-32	6-12	13-24	21-32

Datec copyright (c) 2004 Datec, Leiderdorp. <http://www.datec.nl>

Bijlage 8. CMDQ. elektronische versie zie:

http://www.auh.dk/cl_psych/uk/Diagnostic%20help/diagnostic%20help.htm

score is als volgt: Geheel niet =0, ieder ander vakje=1(dus het maakt niet uit of een beetje of zeer veel aangekruist is, in alle gevallen 1 punt, bij de alcohol vragen is nee=0, ja=1)

Somatoforme stoornis vraag 1 t/m 12

Illnes worry scale vraag 13 t/m 19

Anxiety scale vraag 20 t/m 23

In general 24 t/m 26

Depression 27 t/m 32

Alcohol dependence 33 t/m36

Naam _____

Datum _____

Deze vragenlijst helpt uw arts om een betere voorstelling te krijgen van uw mogelijke lichamelijke of psychische problemen (kruis één vakje aan voor elk probleem).

Hoe vaak had u de laatste 4 weken last van	Geheel niet	Een beetje	Matig	Tamelijk veel	Zeer veel
1. Hoofdpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pijn op de borst of het hart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lage rugpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Misselijkheid of een maag die van streek is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Spierpijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kortademigheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Aanvallen van warmte of koude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Een doof gevoel of tintelingen in delen van uw lichaam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Een brok in uw keel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Zwak gevoel in uw lichaam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Een zwaar gevoel in armen of benen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Zorgen dat er iets ernstig mis is in uw lichaam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Zorgen dat u lijdt aan een ziekte waar u over hebt gelezen of gehoord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Veel verschillende pijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Zorgen over de mogelijkheid dat u een ernstige ziekte heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Veel verschillende ziekteverschijnselen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Gedachten dat de dokter zich vergist als deze zegt geen zorgen te maken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Zorgen over uw gezondheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Plotseling bang zijn zonder aanleiding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Zenuwachtigheid of trillerigheid van binnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Aanvallen van angst of paniek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. U zich te veel zorgen maakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Zich angstig voelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Zich hopeloos voelen over de toekomst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Het gevoel hebben dat alles inspanning kost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Zich in de put voelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Gevoelens niets waard te zijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Gedachten om een einde aan uw leven te maken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Gevoel gevangen te zitten, geen kant op te kunnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Gevoel eenzaam te zijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Uzelf de schuld geven van dingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u het laatste jaar ooit.....	Nee	Ja			
33. Het gevoel gehad dat u minder alcohol moest gaan drinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
34. Zich geërgerd aan mensen die opmerkingen maakten over uw alcoholgebruik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
35. Zich schuldig gevoeld over uw drinkgewoonten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
36. Wel eens 's ochtends alcohol gedronken om de kater te verdrijven of uw zenuwen te bedwingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

37. In het algemeen, hoe zou u uw gezondheid omschrijven:

Uitstekend Erg goed Goed Matig Slecht

54641

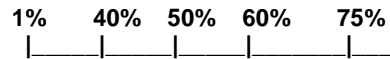


SOMATOFORM DISORDER (SD)

Symptom checklist

SCL-SOM

Possibility of somatoform disorder

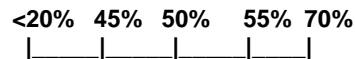


Score: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Illness worry scale

Whiteley-7

Possibility of somatoform disorder



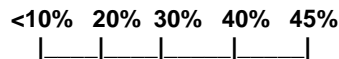
Score: 0 1 2 3 4 5 6 7

MENTAL DISORDER

Anxiety scale

SCL-ANX

Possibility of anxiety disorder

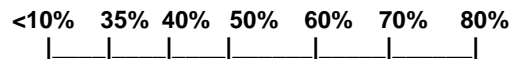


Score: 0 1 2 3 4

In general (excl. SD)

SCL-8

General possibility of psychiatric disorder

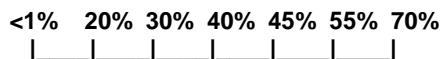


Score: 0 1 2 3 4 5 6 7 8

Depression scale

SCL-DEP

Possibility of depression

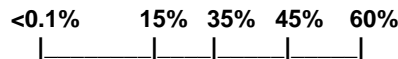


Score: 0 1 2 3 4 5 6

ALCOHOL PROBLEMS

Possibility of alcohol problems

CAGE



Score: 0 1 2 3 4

NOTE

Missing responses on separate items should be carefully evaluated, especially items on depression, alcohol problems and illness worrying. When unclear symptom complaints are presented, a negative screening may indicate a possible latent genuine medical disorder, which should increase the diagnostic observation/investigation of the problem. Increased values on the symptom scale and the illness worry scale could occur by serious somatic disorder.

Bijlage 9

<i>Klachtenspectrum</i>	
Algemeen	vermoeidheid, zwakte, lichte temperatuurverhoging, nachtzweeten, pijnlijke lymfeklieren, droge mond, opvliegingen van warmte of koude, beroerd voelen, jeuk, overmatig zweten
CZS	hoofdpijn, duizeligheid, slapeloosheid, zenuwachtigheid, snel geïrriteerd zijn, slechte concentratie en vergeetachtigheid, doof gevoel of tintelingen, zwaar gevoel in armen/benen, pijn gelaat, flauwvallen of gevoel bijna weg te raken
Tr. Locomotorius	spierpijn, gewrichtspijn, rugpijn, nekpijn
Tr. Circulatorius	pijn/druk op de borst, hartkloppingen
Tr. Respiratorius	kortademigheid, overgevoeligheid voor chemische luchtjes
Tr. Digestivus	buikpijn, opgeblazen buik, diarree of obstipatie, misselijkheid, verlangen naar zoetheid, overgevoeligheid voor chemische stoffen in voeding,
Tr. Urogenitalis	klachten rond menstruatie, dyspareunie, seksuele problemen, pijnlijke testes, pijnlijke vagina
Ogen	wazig zien, vlekken voor de ogen, droge ogen
KNO	oorpijn, pijnlijke kaken, brok in keel, branderige mond of tong

<i>Specialisme</i>	<i>Functioneel syndroom</i>
allergologie	multipele chemische overgevoeligheid
bedrijfsgeneeskunde	burnout
cardiologie	aspecifieke pijn op de borst, (palpitaties), Dld: Kreislaufstörung
dermatologie	aspecifieke jeuk, hyperhidrosis, niet te objectiveren haaruitval, dermatitis artefacta
gastro-enterologie	spastisch colon, non ulcer dyspepsie
interne geneeskunde	chronisch vermoeidheids syndroom
kindergeneeskunde	kleurstofallergie
KNO	globusklachten, functionele afonie
longziekten	hyperventilatiesyndroom
microbiologie	chronische mononucleosis, candida-syndroom, post-Lymeziekte-syndroom
mondheelkunde	temporomandibulaire dysfunctie, atypische gezichtspijn, glossodynie
neurologie	spanningshoofdpijn, myalgische encephalomyelitis, conversie, RSI, whiplash syndroom, atypische aangezichtspijn
reumatologie	fibromyalgie syndroom
geriatrie	pseudo dementie
gynaecologie	premenstrueel syndroom, chronische onderbuikspijn, vulvodynie
oogheelkunde	soms: chronische blepharitis, dry eyes syndrome, dubbelbeelden
plastische chirurgie	body dysmorphic disorder
urologie	chronische prostatitis

Voorbeelden van alternatieve verklaringen die voor bovengenoemde klachtenpatronen gegeven worden

exogeen	allergie/ overgevoeligheid	sick building syndroom (bv airconditioning of formaldehyde)
		kleurstofallergieën
		conserveermiddelallergieën
		zoetstofallergieën
		almagaan overgevoeligheid
		siliconen allergie
		reageren op elektromagnetische straling(zendmasten, mobieltjes, electriciteit in huis)
		aardstralen
		na bijna iedere oorlog een specifiek syndroom bv Golfsyndroom (verarmd uranium in pantservoertuigen) Vietnamsyndroom (ontbladeringsmiddelen) en na rampen bv Bijlmerramp (dioxines tijdens brand)
	infecties	toxoplasmose
		lyme
		candida syndroom
		chronische mononucleosis
chronische yersinia infectie		
vervloeking/straf	→ gebedsgenezing, zwarte magie etc.	
endogeen	verstoorde biochemie	hypoglykemie/suikerintolerantie
		verlaagd calcium en magnesiumgehalte (spasmofilie)
		hormonen
		verstoord anti-oxidantsysteem in het bloed (orthomoleculaire geneeskunde)
	verstoorde anatomie	scheefstaande wervels(orthomanuele geneeskunde)
		afwijkende voetenstand (podologie)
		verstoord binoculair zien(prismabrillen)
	verstoorde energie	(edelsteentherapie, chromotherapie, auratherapie, bioenergetische synchronisatie, egyption healing, magneettherapie, handoplegging, bioresonantietherapie, aromatherapie, bloesemtherapie, acupunctuur, Reiki, reflextherapie etc. etc. etc.)