

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

Depressie, maar ook lichamelijke klachten, wat dan?

KLAAS HUIJBREGTS & MICHEL REINDERS

Samenvatting

Depressie en lichamelijke klachten komen vaak samen voor. Aangezien onderzoek uitwijst dat het beloop van een depressie minder gunstig is als er veel bijkomende lichamelijke klachten zijn, lijkt het raadzaam de behandeling hierop aan te passen. In de richtlijnen voor depressie en somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten is er wel een rol voor de psychotherapeut of psychiater weggelegd, maar worden er geen specifieke adviezen gegeven. Hoewel er nog veel onderzoek gedaan moet worden, is er wel een aantal handvatten voor pioniers die de brug tussen lichaam en geest willen slaan. In dit artikel wordt besproken wanneer de behandeling moet worden aangepast, welke vragenlijsten daarbij behulpzaam zijn, en welke aanvullingen er mogelijk zijn op depressieprotocollen voor patiënten met comorbide lichamelijke klachten.

Trefwoorden: depressie, SOLK, somatoforme stoornis, lichamelijke klachten, comorbiditeit

INLEIDING

Dat patiënten met psychische klachten ook vaak lichamelijke klachten hebben, zal de meeste psychologen en artsen bekend voorkomen. Dat de aanmeldklacht bij de huisarts voor wat later een depressie blijkt te zijn in 70% van de gevallen een lichamelijke klacht is, zal velen toch verbazen (Simon, Vonkorff, Piccinelli, Fullerton, & Ormel, 1999). Patiënten rapporteren bijvoorbeeld buikpijn, hoofdpijn, vermoeidheid, slapeloosheid of duizeligheid (Kroenke et al., 1994; Kroenke, 2003). Vaak wordt pas na een aantal gesprekken bij de huisarts duidelijk dat er een depressie speelt en dat tussen stemmingsklachten en de oorspronkelijk gerapporteerde lichamelijke klachten een wisselwerking bestaat (Nutting, Rost, Smith, Werner, & Elliot, 2000).

Ook angstklachten overlappen met depressie en lichamelijke klachten (De Waal, Arnold, Eekhof, & Van Hemert, 2004). In dit artikel richten we ons vooral op depressie, maar aangezien depressie en angst vaak samen voorkomen zal angst zijdelings aan bod komen. Het is in ieder geval belangrijk op angst verdacht te zijn als patiënten zich melden met pijn op de borst, duizeligheid of benauwdheid. Ook als patiënten pijn rapporteren gerelateerd aan een ongeluk of mishandeling, is het goed om aan angst te denken. Er kan sprake zijn van een fysieke herbeleving gekoppeld aan een posttraumatische stressstoornis (PTSS). In die situaties kan worden gedacht aan een behandeling met EMDR waarbij naast de traumatische herinnering zelf aandacht wordt besteed aan traumatiserende consequenties van pijn en de onmiddellijke beleving van pijn tijdens de sessie (Van Rood & De Roos, 2009).

Soms is er een lichamelijke oorzaak voor de depressie (denk bijvoorbeeld aan een beroerte), soms komt depressie naast een lichamelijke aandoening voor (denk bijvoorbeeld aan diabetes), maar regelmatig gaat het om lichamelijke onvoldoende verklaarde klachten. Als de klachten 'onvoldoende verklaard' zijn, of als de lichamelijke klachten ernstiger zijn dan wat op basis van somatische pathologie verwacht mag worden, dan spreken we in de DSM-IV van een somatoforme stoornis (American Psychiatric Association, 2001)¹. Schattingen van de prevalentie in de Nederlandse eerste lijn van de ongedifferentieerde somatoforme stoornis lopen uiteen tussen 13 en 27% (De Waal et al., 2004). Voor iemand bij wie een depressie is vastgesteld is het vier keer zo waarschijnlijk dat hij of zij een somatoforme stoornis heeft dan voor iemand bij wie geen depressie is gediagnosticeerd (Mergl et al., 2007).

Als stoornissen vaak samen voorkomen, rijst de vraag of je in de behandeling rekening moet houden met deze comorbiditeit. Over depressie en lichamelijke klachten is de laatste jaren steeds meer bekend geworden. Er zijn sterke aanwijzingen dat het beloop van de depressieve stoornis negatief beïnvloed wordt door de aanwezigheid van lichamelijke klachten (Huijbregts et al., 2010). De hersteltijd van de depressie is meestal langer en ook de kans op herstel is kleiner. Ook lijken patiënten met een samenloop van depressie en lichamelijke klachten geneigd om voortijdig te stoppen met het gebruik van antidepressiva vanwege de bijwerkingen van de medicatie (Huijbregts et al., 2010). Het gaat hierbij niet om het optreden van lichamelijke klachten op zich. Bijna alle patiënten met een depressie rapporteren lichamelijke klachten, bijvoorbeeld

1 In de DSM-5 zijn de criteria veranderd. Om van een 'somatic symptom disorder' (de opvolger van de somatoforme stoornis) te kunnen spreken hoeven lichamelijke klachten niet langer 'onverklaard' te zijn. De symptomen moeten een patiënt veel 'distress' opleveren, moeten gepaard gaan met buitenproportionele catastrofale gedachten en/of tot disfunctioneren leiden. Een voordeel hiervan zou kunnen zijn dat de discussie tussen onverklaarde en verklaarde klachten hiermee buiten de spreekkamer belandt. Deze discussie levert vaak veel onbegrip op tussen patiënt en hulpverlener. Omdat het meeste onderzoek nu nog op de DSM-IV criteria is gebaseerd, zullen die in dit artikel nog gebruikt worden.

gewichtsverlies of vermoeidheid. Het gaat om de hoeveelheid lichamelijke klachten: hoe meer lichamelijke klachten een patiënt heeft, hoe ongunstiger dat is (Hoencamp, Haffmans, Duivenvoorden, Knegtering, & Dijken, 1994; Huijbregts et al., 2013). Het eerdergenoemde onderscheid tussen ‘verklaard’ of ‘onvoldoende verklaard’ lijkt daarbij overigens niet relevant (Huijbregts et al., 2013). Hoewel in dit artikel vooral de literatuur over ‘onvoldoende verklaarde klachten’ wordt behandeld, is er reden om aan te nemen dat veel zaken ook relevant zijn voor depressie bij een chronische lichamelijke ziekte (bijvoorbeeld diabetes of COPD). Over dit onderwerp bestaat veel specifieke literatuur (zie bijvoorbeeld Bennebroek-Evertsz, Casteelen & De Ruiter, 1999).

Meestal kan een vicieuze cirkel worden opgesteld ten aanzien van de wisselwerking tussen lichamelijke en psychische klachten: een negatieve stemming verergert lichamelijke klachten en die lichamelijke klachten verergeren de negatieve stemming weer. Anders gezegd: het is moeilijk om vrolijk te blijven als je lichamelijke klachten hebt en als je niet vrolijk bent heb je minder weerstand tegen lichamelijke klachten. Negatieve gevoelens (onder meer angst en boosheid) en gedachtenpatronen (onder meer catastroferen) zetten als het ware de versterker in het brein te ver open voor lichamelijke signalen als pijn (Houtveen, 2009). De patiënt komt gevangen te zitten in de wisselwerking tussen lichaam en geest. Kortom, een behandeling van depressie is een behandeling met hindernissen als er tegelijkertijd meerdere of ernstige lichamelijke klachten spelen.

In het vervolg van dit artikel kijken we naar de indicatie voor een aangepaste behandeling van de depressie met comorbide lichamelijke klachten. We bespreken twee casussen, de problemen die zouden kunnen ontstaan bij deze patiënten wanneer men een ‘standaard protocol’ voor depressie toepast en de mogelijkheden om bij deze patiënten te werken met een aangepaste behandeling waarbij men er rekening mee houdt dat er naast de depressie veel lichamelijke klachten voorkomen. Over de casussen willen we opmerken dat de aanmeldklacht in beide gevallen een lichamelijke is. Dat is altijd het geval op de afdeling voor psychosomatiek waar wij werken. We verwachten echter op basis van de hiervoor beschreven epidemiologie dat ook bij anderssoortige afdelingen gericht op de behandeling van depressieve stoornissen vaak lichamelijke klachten voorkomen. De aanmeldreden bij de GGZ is dan een depressieve stoornis, maar de oorspronkelijke aanmeldklacht bij de huisarts zal in veel gevallen een lichamelijke zijn geweest. Het risico bestaat dat deze klachten op de achtergrond raken, en in dit artikel betogen we dat dit een gemiste kans kan zijn.

INDICATIES VOOR EEN AANGEPASTE BEHANDELING

.....

Wanneer zijn de lichamelijke klachten naast de depressie zo omvangrijk dat een aangepaste behandeling geïndiceerd is? Vragenlijsten kunnen een

goed hulpmiddel zijn. Men kan onder meer gebruikmaken van de Lichamelijke Klachten Vragenlijst (LKV; Van Hemert, De Waal, & Van Rood, 2004), de Patient Health Questionnaire 15 (PHQ15; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2002), en de somatisatieschalen van de Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983) en de 4DKL (Vierdimensionale Klachtenlijst; Terluin et al., 2006). Hoe hoger de score voor lichamelijke klachten, hoe slechter de prognose van de depressie (Huijbregts et al., 2010, 2013). De aanwezigheid van lichamelijke klachten blijkt een onafhankelijke voorspeller van een slechter beloop en van een minder effectieve behandeling. Uit een studie onder patiënten met een depressie die werden behandeld in de eerste lijn kwam namelijk naar voren dat de negatieve associatie tussen lichamelijke klachten op baseline en de (slechtere) uitkomst van behandeling significant bleef na correctie van het model voor de baselinescore voor depressie (Huijbregts et al., 2013). Het verminderde effect bij antidepressiva wordt vermoedelijk deels veroorzaakt doordat patiënten eerder stoppen met het middel (Huijbregts et al., 2010). Voor zowel medicatie als psychotherapie geldt dat ook de behandeling op zich minder effectief is als er bijkomende lichamelijke klachten zijn (Huijbregts et al., 2010). De grootte van het negatieve effect wordt meestal uitgedrukt in odds ratios². De odds op een negatief effect ligt tussen de 1.27 en 5 (Huijbregts et al., 2010). Keeley en collega's (2004) vonden bijvoorbeeld dat van de patiënten met een meer psychologische presentatie bij hun depressie 50.8% opknapte tegen 28.7% van de patiënten met een somatische presentatie.

Omdat de meeste patiënten bij wie een depressie speelt wel een of twee lichamelijke klachten zullen rapporteren, lijkt het met name zinvol de behandeling aan te passen als iemand relatief hoog scoort op lichamelijke klachten. Bij milde depressieve klachten differentieert een korte vragenlijst als de PHQ15 (15 items) nog wel tussen patiënten met veel en weinig lichamelijke klachten. Dit wordt lastiger bij een ernstigere depressie door het zogenaamde 'plafondeffect' (patiënten met een ernstige depressie hebben vaak ook veel lichamelijke klachten, dus zij behalen al snel de maximale score hiervoor).

De verhoudingsgewijs lange LKV (51 items) kan bij ernstige depressies uitkomst bieden. Van Hemert en collega's (2004) hebben met de LKV onderzoek gedaan naar de mate waarin lichamelijke klachten werden gerapporteerd door patiënten bij wie een depressie was vastgesteld. Zoals verwacht, rapporteerden de meesten behoorlijk wat lichamelijke klachten. Een hoge score op de LKV bij patiënten met een angststoornis of een depressie kwam overeen met 15 of hoger voor mannen en 17 of hoger voor vrouwen (Van Hemert et al., 2004). Het gaat daarbij om 15 of 17 symptomen waarbij

- 2 Een odds ratio zegt iets over de verhouding tussen kansen. Een odds van 5 op opknappen na een behandeling betekent bijvoorbeeld dat de verhouding tussen mensen die opknappen en mensen die niet opknappen 5 staat tot 1 is (5:1). Voor patiënten met lichamelijke klachten zijn de odds 1,27 tot 5 keer zo ongunstig als voor mensen zonder (of met minder) lichamelijke klachten.

patiënten aangaven dat ze er in de afgelopen week geregeld tot vaak last van hadden. Bij deze groep lijkt het goed om uit te zoeken of een somatoforme stoornis niet eigenlijk de hoofddiagnose is en om in overleg met de patiënt een aangepaste behandeling aan te bieden.

Voor de veel gebruikte BSI (De Beurs, 2009) is ons geen specifiek onderzoek naar lichamelijke klachten bekend. Wel is er onderzoek gedaan naar de somatisatieschaal van de SCL90-R waar de BSI op gebaseerd is. Deze score op somatisatie is gecorreleerd met een hogere depressiescore bij follow-up (Hoencamp et al., 1994). Omdat het om een correlatie gaat, is geen specifieke afkapwaarde te geven voor de BSI of de SCL90-R. Ons voorlopige advies is daarom om bij een ten minste boven gemiddelde score op de somatische klachterschaal van de BSI of de SCL90-R specifiek aandacht aan lichamelijke klachten te besteden.

CASUS 1, EEN OVERBELASTER

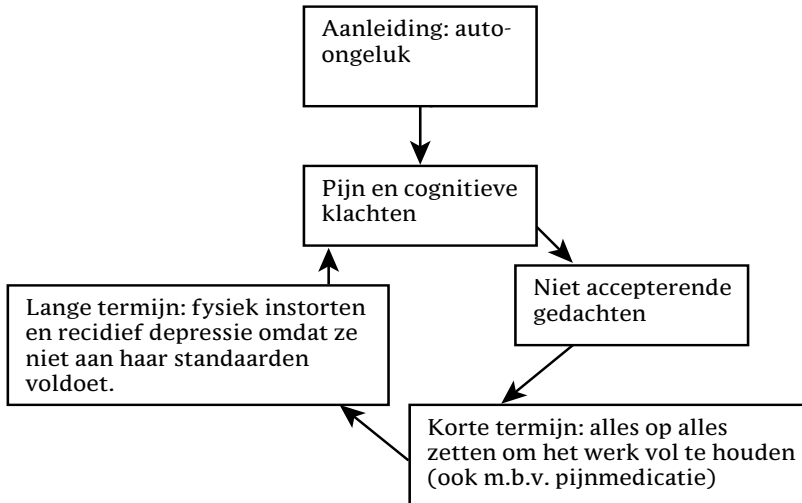
.....

Mw. Mier is een 50-jarige vrouw die zich meldt met pijnklachten, duizeligheid, cognitieve klachten, vermoeidheid en overgevoeligheid voor licht en geluid die optraden na een auto-ongeluk waarbij zij een hersenschudding opliep. Sindsdien kan ze haar werk als secretaresse bij een thuiszorgorganisatie niet meer naar eigen tevredenheid verrichten. Als zij een paar dagen heeft gewerkt voelt ze pijn door haar hele lichaam. Ze kan geen houding meer vinden waarin ze langer dan een paar minuten kan zitten. Met name de hoofdpijn wordt na verloop van tijd ondraaglijk. Met behulp van pijnstillers lukt het haar dan toch om het een paar dagen vol te houden. Uiteindelijk helpen ook de pijnstillers niet meer en rest patiënte niets anders dan zich ziek te melden. Pas dan merkt ze hoe somber ze is. Ze denkt dat ze dit op het werk ook is, maar de afleiding helpt haar er niet bij stil te staan. Op haar werk heeft zij regelmatig het idee dat ze dingen maar voor 80% goed doet. Wie iets voor 80% goed doet, doet het niet voor 100%, zo redeneert patiënte. Van huis uit heeft ze geleerd dat iemand die de 100% niet haalt, het niet goed heeft gedaan. Thuis voelt ze zich al helemaal een 'slappeling'. Bijkomend probleem is dat ze in haar huis steeds geconfronteerd wordt met de leegte sinds haar man drie jaar geleden is overleden. Op AS I werd bij patiënte een depressieve stoornis van matige ernst vastgesteld en een psychische stoornis ten gevolge van een somatische aandoening NAO (status na contusio cerebri). Daarnaast speelt een pijnstoornis. Op AS II zijn er trekken van een borderline persoonlijkheidsstoornis.

De klachten worden gemeten met de BSI. *Meting bij aanvang (normtabel poliklinische patiënten)*: een hoge score op de subschalen somatische klachten en depressieve stemming. Vermeldenswaardig is dat de score op de subschaal cognitieve problemen eveneens hoog was. *Meting na 4 maanden behandeling*: de score op de subschaal somatische klachten was gemiddeld en

die voor depressieve stemming was gedaald naar boven gemiddeld. De score op de subschaal voor cognitieve problemen bleef hoog.

Op basis van het gevolgenmodel (Van Rood, Van Ravesteijn, De Roos, Spinhoven, & Speckens, 2011) wordt met patiënte een vicieuze cirkel opgesteld die de klachten mogelijk in stand houdt.



FIGUUR 1 *Vicieuze cirkel op basis van het gevolgenmodel bij casus 1.3*

CASUS 2, DUIZELIGHEID BIJ ONDERBELASTING

.....

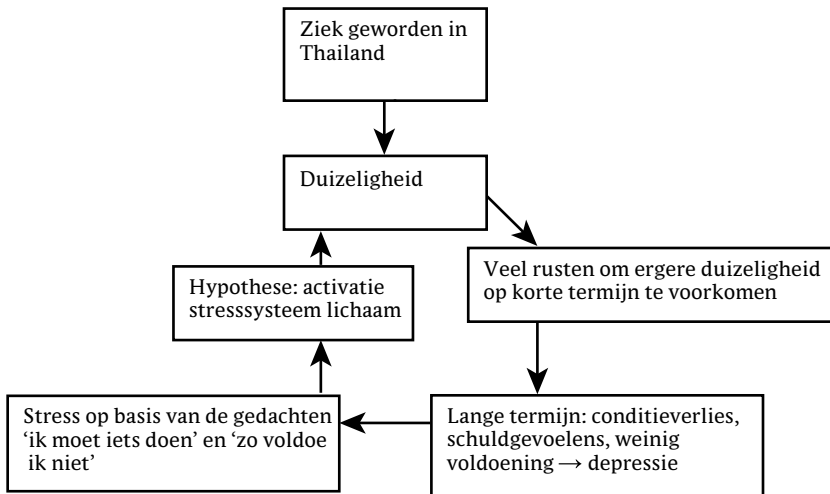
Dhr. Duizelberg is een 30-jarige man die na een reis naar Thailand jaren geleden nooit meer vrij is geweest van misselijkheid en duizeligheid. Op de eerste avond van zijn vakantie in Bangkok moest hij al snel terugkeren naar het hotel. Na het eten was hij misselijk geworden. Hij dacht aan een voedselvergiftiging, maar geen van zijn reisgenoten werd ziek. De misselijkheid ging niet over en patiënt kon bijna niet meer eten. Hij besloot eerder naar huis terug te keren. Thuis bleef hij misselijk en hij kreeg steeds meer last van duizeligheid. Ook voelde hij zich moe en zwak, hij kreeg last van veelvuldige buikpijn en hartkloppingen en merkte dat hij veel vergat. Op slechte dagen kon hij nauwelijks nog een koffiekopje naar zijn mond brengen. In het ziekenhuis volgde uitgebreid onderzoek bij onder meer de neuroloog en de internist, maar voor

3 Een tip is overigens hier, zoals in de vicieuze cirkel van mw. Mier, altijd een vakje met de aanleiding voor de klachten toe te voegen. Dit voorkomt discussie over de oorzaak van de lichamelijke klachten. Er is wellicht geen medisch herkenbare oorzaak, maar er is in de beleving van de patiënt vaak wel een aanleiding. De aanleiding ter discussie stellen helpt de therapie zeker in het begin vaak niet veel verder.

de duizeligheid en de andere klachten kon geen oorzaak gevonden worden. Bij een kliniek in Duitsland liet hij onderzoek doen naar de ziekte van Lyme. Er werden aanwijzingen gevonden voor deze ziekte en hij volgde een antibioticakuur. Toen dat niet hielp was hij ten einde raad en zei hij dat hij blij zou zijn als hij niet meer wakker werd. Patiënt voelde zich erg somber.

De duizelingen waren het minst erg als hij ging liggen. Inmiddels lag hij gemiddeld 18 uur per etmaal op de bank of in bed. De ouders van patiënt vermoeden dat hij veel te hard gewerkt heeft. Patiënt werkte op verschillende plaatsen in de horeca. Soms had hij drie banen tegelijk en werkte hij 70 uur per week. Patiënt denkt zelf niet dat hij te hard gewerkt heeft en beschouwt dit soort werkweken als normaal in de horeca. Hij erkent wel dat hij een periode lang erg veel stress heeft gehad, onder andere doordat de meubelzaak van zijn ouders failliet ging. Hij voelt zich schuldig dat hij nu niet kan voldoen aan de norm van 'normaal werken'. Na verwijzing naar de polikliniek Psychosomatiek van GGZ inGeest worden een ongedifferentieerde somatoforme stoornis en een depressieve stoornis gediagnosticeerd. Hij is bij aanvang ambivalent over behandeling bij de polikliniek. Hij wil wel starten, maar ook de mogelijkheid openhouden om andere behandelopties te proberen als ze op zijn pad komen.

Meting bij aanvang (normtabel poliklinische patiënten): de score op de subschaal somatische klachten van de BSI was boven gemiddeld en die voor depressieve stemming gemiddeld. *Vervolgmetingen:* aanvankelijk namen de klachten toe: een hoge score voor somatische klachten en een bovengemiddelde score voor depressieve stemming. Na een totaal van 4 maanden en het afronden van onze psychoeducatiecursus daalden de absolute scores maar bleef hij in dezelfde normgroepen vallen als bij de eerste meting. De behandeling werd daarna voortgezet met individuele cognitieve gedragstherapie.



FIGUUR 1 *Vicieuze cirkel op basis van het gevolgenmodel bij casus 2.*

VALKUILEN IN DE BEHANDELING

.....

Wanneer de behandeling zich eenzijdig richt op de depressie dan wel de fysieke klachten, kunnen er problemen ontstaan. De prognose met betrekking tot behandelingsucces is dan minder gunstig. Dit kan leiden tot frustratie bij de patiënt en de behandelaar, waardoor het vertrouwen bij de patiënt in de kans van slagen van de therapie bij dezelfde of een andere behandelaar afneemt. Hieronder wordt een aantal voorbeelden gegeven van hoe dit zou kunnen uitpakken bij de twee casussen.

Bij de eerste casus (de overbelaster) zou het mis kunnen gaan wanneer een behandelaar zich uitsluitend richt op pijnbestrijding (bijv. door middel van medicatie), en niet op de balans tussen rust en inspanning. Overbelasting speelt een rol bij het in stand houden van de pijn. Doordat de pijn haar inspanningen niet begrenst zal zij nog meer geneigd zijn zichzelf te (over)belasten, met alle potentieel beschadigende gevolgen van dien.

Om het begrip overbelasting te begrijpen, trekken we een vergelijking met sporters. Idealiter neemt een duurtleet voldoende rust na een intensieve training. Dit leidt tot een mechanisme dat supercompensatie wordt genoemd: het lichaam bouwt zich sterker op na de lichte beschadiging (Stanley, Peake, & Buchheit, 2013). Het omgekeerde ligt echter op de loer: bij onvoldoende rust gaat het lichaam met elke training achteruit. De atleet is dan overtraint. Of dit precies zo werkt bij patiënten met depressie en lichamelijke klachten verdient nader onderzoek, maar onze klinische inschatting is dat dit mogelijk is. Bij het uitvragen van de biografie en de sociale anamnese blijkt vaak dat patiënten jarenlang over hun fysieke grenzen heen zijn gegaan en inspanning niet met rust afwisselen (soms kunnen patiënten nauwelijks ontspannende activiteiten noemen).

Wanneer de behandeling van mevrouw Mier zich vooral richt op de depressie en een standaard protocol voor gedragsactivatie (bijvoorbeeld Dimidjian, Martell, Addis, & Herman-Dunn, 2008) wordt gevolgd, kan de therapie eveneens een frustrerende exercitie worden. Het is de vraag of de moedeloosheid op de lange termijn zal afnemen als patiënte meer gaat doen. Zij zal bepaalde problemen wellicht effectief aanpakken, maar als ze hierdoor actiever wordt, neemt de pijn door overbelasting wellicht weer toe. Met behulp van pijnstillers doet ze nu al eerder te veel dan te weinig. Om dit patroon te doorbreken is het belangrijk om inspanning en rust goed met elkaar in evenwicht te brengen. Dit wordt 'pacing' genoemd. Daarover later meer.

Bij de tweede casus bestaat een vergelijkbaar risico. Wanneer de specialist geen fysieke oorzaak voor de duizeligheid kan vinden, kan de patiënt de indruk krijgen dat hij zich de klachten inbeeldt. Hij is echter wel degelijk duizelig. Patiënten vertellen met enige regelmaat dat ze zich door specialisten met een kluitje in het riet gestuurd voelen. Het belangrijkste advies aan zowel somatische als psychologische hulpverleners is dan ook: ga niet in discussie

over het al dan niet reëel zijn van lichamelijke klachten. Pijn is pijn, duizeligheid is duizeligheid. Als de patiënt duizeligheid ervaart, zal het dan ook lastig zijn hem/haar ervan te overtuigen dat hij eigenlijk angstig of paniekerig is. Aansluiten bij het taalgebruik en de ideeën van de patiënt is bij lichamelijke klachten wellicht nog belangrijker dan het normaal gesproken al is.

BEHANDELEN: LAVEREN TUSSEN DEPRESSIE EN FYSIEKE KLACHTEN

.....

Opvallend genoeg is er in de Multidisciplinaire Richtlijn Somatisch Onvolgende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) voor gekozen om de behandeling van comorbiditeit van SOLK en depressie buiten beschouwing te laten (Trimbosinstituut, 2010). Er wordt verwezen naar de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Trimbosinstituut, 2006). In de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie wordt weliswaar genoemd dat er overlap is tussen depressie en 'onverklaarde syndromen', en dat het beloop bij comorbide pijn ongunstiger is, maar ook hier worden geen specifieke behandeladviezen gegeven (Trimbosinstituut, 2013). Er wordt geadviseerd om een klinisch psycholoog, psychotherapeut, of een psychiater te consulteren. Wat deze hulpverleners moeten doen, blijft onduidelijk.

Het lijkt daarom op het eerste gezicht, in afwachting van geactualiseerde richtlijnen, geen gekke gedachte om 'gewoon de depressie te behandelen', de verhoogde uitval (bijvoorbeeld doordat patiënten stoppen met hun medicatie) voor lief te nemen en alleen de resterende groep een aangepaste behandeling te geven. Bij patiënten die boven de hiervoor genoemde afkapwaarden scoren op de LKV, zijn de percentages die profiteren van een behandeling echter dermate laag (Huijbregts et al., 2013) dat met het aanpassen van de behandeling volgens ons niet gewacht kan worden.

Een eerste stap om vorm te geven aan een aangepaste behandeling is het opstellen van een op maat gemaakte holistische theorie. Een waardevol hulpmiddel hierbij (naast de wellicht bekendere betekenisanalyse en functieanalyse) is het gevolgenmodel waarbij achtereenvolgens de cognitief/emotionele, de gedragsmatige, de lichamelijke, en de sociale gevolgen in kaart worden gebracht (Van Rood et al., 2011). Aan de hand van het gevolgenmodel kan met de patiënt een vicieuze cirkel worden opgesteld, zoals geïllustreerd in de casussen van achtereenvolgens de overbelastende (mw. Mier) en onderbelastende (dhr. Duizelberg) patiënt.

'PACING'

.....

Wat zijn de mogelijkheden om mw. Mier en dhr. Duizelberg op een succesvolle manier te behandelen op basis van hun vicieuze cirkels? Om te beginnen lijkt voor beide patiënten van belang dat zij binnen de grenzen van hun moge-

lijkheden leren bewegen. Dit wordt ook wel ‘pacing’ genoemd. Om dit begrip inzichtelijk te maken kan een vergelijking worden gemaakt met hardlooptwedstrijden waarbij ook een pacemaker (haas) ervoor zorgt dat de favorieten zich niet in het begin van de race al opblazen waardoor een goede eindtijd buiten beeld raakt.

In zijn boek *De pijn de baas* (Winter, 2009) introduceert Frits Winter de zogeheten salamimetafoor. Dit komt erop neer dat het voor patiënten van belang is om activiteit op tijd af te wisselen met rust. Winter werkt dit uit door patiënten te laten nadenken over hoe zij een grote salamiworst op zouden eten. Als je dat in een keer doet krijg je gegarandeerd buikpijn. Als je de worst in stukjes opdeelt en met pauzes ertussen opeet, lukt het wel om hem in zijn geheel te verorberen, en blijft hij ook smaken. De salamimetafoor lijkt in eerste instantie vooral relevant voor overbelaster mw. Mier, maar ook dhr. Duizelberg zou er iets aan kunnen hebben: zijn beeld van ‘normaal werken’ is anders dan wat de meeste mensen hieronder zullen verstaan (veel meer uren) en heeft waarschijnlijk een rol gespeeld bij het ontstaan van de klachten. Het vooruitzicht van het opeten van de volledige salamiworst in één keer (zijn oude activiteitenpatroon weer oppakken) werkt niet motiverend. Het bedenken van kleine, maar op zich motiverende, stapjes zou nuttig voor hem kunnen zijn.

Het zal de lezer niet verbazen dat registreren een belangrijk hulpmiddel is om pacing vorm te geven. Het is dan wel van belang dat een patiënt ook de lichamelijke klachten registreert (met name de hoofdklacht), zodat de behandelaar kan zien hoe lichamelijke klachten, stemming en het activiteiten-niveau op elkaar inwerken. *‘De pijn de baas’* (Winter, 2009) bevat registratieschema’s die hiervoor gebruikt kunnen worden, maar ook voor depressie ontwikkelde methodes als *‘Stap voor stap je depressie te lijf’* (Addis & Martell, 2008), en *‘In de put, uit de put’* (Cuijpers, 1995) kunnen worden toegepast om pacing vorm te geven. Op basis van de registraties kan de therapeut samen met de patiënt (en in overleg met andere betrokken hulpverleners, zoals de huisarts) een nieuw ‘pacingschema’ opstellen waarbij de patiënt geleidelijk toewerkt naar een haalbaar en zo acceptabel mogelijk activiteitsniveau. Daarbij maak je een plan per dag of dagdeel van de week waarin staat hoeveel tijd je aan verschillende activiteiten wilt besteden (bijv. werk, tuinieren, lopen, fietsen, sporten). De uitkomst wordt in de volgende sessie geëvalueerd. Een algemene regel die ook terugkomt in *De pijn de baas* is: pauzeren als je het nog leuk vindt, in plaats van wachten tot het niet meer gaat.

MEDICATIE EN ‘COLLABORATIVE CARE’

.....

Naast pacing is het ook goed om uit te zoeken of er medicamenteuze behandelopties zijn waarbij naast depressie ook de lichamelijke klachten worden aangepakt. Een uitputtend overzicht van de mogelijkheden hiervoor valt bui-

ten het bestek van dit artikel, maar een artikel van De Heer en collega's (2013) beschrijft een 'collaborative care' model gericht op pijn en depressie waarin de mogelijkheden voor samenwerking op dit gebied worden uitgewerkt. In dit samenwerkingsmodel waarin hulpverleners steeds met elkaar afstemmen of de ingezette aanpak effectief is, wordt ook een medicatiealgoritme beschreven. Bij het voorschrijven van medicatie (zeker bij benzodiazepines en opioïden, maar ook bij paracetamol) is het opnieuw erg belangrijk om te registreren hoe het middel wordt gebruikt en wat het effect is. Zoals de casus van mw. Mier illustreert gebruiken veel patiënten medicatie om over hun grenzen te kunnen gaan.

Een risico bij een samenloop van depressie en lichamelijke klachten is de versnippering van de behandeling, waarbij diverse hulpverleners zich met een deel van de klachten bezighouden zonder dat ze van elkaar weten wat ze doen. Collaborative care kan dat voorkomen, aangezien het model een duidelijke richtlijn geeft voor samenwerking tussen huisarts, caremanager (vaak een SPV of praktijkondersteuner) en GGZ-specialist (vaak een psycholoog of psychiater). Wat het collaborative care model elegant maakt is dat deze samenwerking wordt gekoppeld aan 'stepped care' waardoor op gezette tijden gezamenlijk wordt geëvalueerd. Hierbij worden ook vragenlijsten gebruikt. De eerder genoemde 4DKL en de BSI lenen zich hier goed voor omdat ze zowel een schaal voor lichamelijke klachten als voor depressie hebben. Als een patiënt na een vooraf afgesproken aantal weken niet een betekenisvolle categorie verbeterd is (bijv. van hoog naar boven gemiddeld), kan dit een indicatie zijn om de behandeling te verzwaren. Medicatie toevoegen is daarbij een optie.

Goede coördinatie van zorg is bij patiënten met een comorbide somatoforme stoornis te meer noodzakelijk omdat uit de literatuur naar voren komt dat 'doctor shopping' bij hen veel voorkomt (Hiller & Fichter, 2004). Mw. Mier zou naast haar behandeling bij de GGZ bijvoorbeeld weleens tegelijkertijd bij de pijnpolikliniek van een ziekenhuis in behandeling kunnen zijn. Het is nuttig daarnaar te informeren. Bij dhr. Duizelberg zou het niet verbazen als ergens nog specialistisch onderzoek loopt of juist behandeling in het alternatieve circuit. Dit hoeft een behandeling in de GGZ niet in de weg te staan, maar afstemmen kan zeker geen kwaad. In de samenwerking met de huisarts kan daarbij een zogeheten 'consultation letter' worden gebruikt waarin de afspraken met de huisarts duidelijk op papier worden gezet (Van der Feltz-Cornelis, Van Oppen, Adèr, & Van Dyck, 2006). Idealiter bevat deze brief een samenvatting van een gesprek waarbij de patiënt is gezien door de huisarts, een consultant psychiater of psycholoog en de praktijkondersteuner GGZ gezamenlijk.

In het door De Heer en collega's (2013) beschreven collaborative care model wordt daarnaast ook de optie van samenwerking met een psychosomatische fysiotherapeut genoemd; anders dan een reguliere fysiotherapeut beschikt een psychosomatische fysiotherapeut over competenties om lichame-

lijke klachten in een psychosociale context te behandelen (Mulders, Boersma, IJntema, & Coppolse, 2009). Hiermee overbrugt het collaborative care model de kloof tussen lichaam en geest nadrukkelijk, waardoor patiënten zich naar verwachting meer serieus genomen zullen voelen. Dit helpt voorkomen dat patiënten als mw. Mier en dhr. Duizelberg de therapie voor hun depressie voortijdig afbreken.

LICHAAMELIJKE KLACHTEN ANDERS DAN PIJN

.....

Veel methoden die nuttig lijken voor het behandelen van lichamelijke klachten bij een depressie zijn gericht op pijn. Wat zijn de opties als het andere lichamelijke klachten betreft? Deels is dit onontgonnen gebied, maar deels biedt de eerdergenoemde *Richtlijn SOLK* (Trimbos-instituut, 2010) wel degelijk aanknopingspunten. De eerste stap is dan het identificeren van de hoofdklacht op lichamen gebied, naast de depressie. Als dit bijvoorbeeld het prikkelbare darmsyndroom (PDS) betreft, geeft de richtlijn als advies om naast cognitieve gedragstherapie ook hypnotherapie te overwegen. Bij cognitieve gedragstherapie voor patiënten met PDS is het toevoegen van ontspanningsoefeningen een aanbeveling. Tricyclische antidepressiva zijn bewezen effectief, maar daarnaast zijn er ook aanwijzingen dat een aantal probiotica een gunstig effect heeft. Met deze kennis uit de richtlijn kan een meer afgewogen en op de patiënt aangepast behandelplan worden opgesteld. De richtlijn SOLK is wel het meest uitgebreid voor PDS. Als vermoeidheid de belangrijkste klacht is, kan met de patiënt worden gekeken of cognitieve gedragstherapie op de vermoeidheid toegesneden moet worden in plaats van puur op de depressie. Het door Bleijenberg en collega's (Bleijenberg, Prins, & Bazelmans, 2001) ontwikkelde behandelprotocol voor chronische vermoeidheid kan hier een leidraad bij zijn (zie ook Knoop & Bleijenberg, 2010).

In alle gevallen is de vicieuze cirkel op basis van het gevolgenmodel een belangrijk uitgangspunt. Bij de casus van de heer Duizelberg zou de behandeling zich kunnen richten op de hypothese dat het stresssysteem (het 'fight or flight system') overactief is. Ontspanningsoefeningen en psychoeducatie kunnen in dat geval worden toegevoegd aan gedragsactivatie, zodat er een goed evenwicht ontstaat tussen inspanning en rust. Bij duizeligheid adviseert het Nederlands Huisartsgenootschap aandacht te besteden aan een aantal zaken: aan conditie, houding en kracht, aan preventie van vallen en aan sociale isolatie (NHG, 2002). Valpreventie houdt bijvoorbeeld in dat de patiënt op tijd even gaat zitten of liggen, maar dus niet voortdurend gaat liggen zoals de heer Duizelberg. Een cobehandeling met een psychosomatische fysiotherapeut of een in psychosomatiek gespecialiseerde psychomotorische therapeut kan nuttig zijn om de patiënt te leren om op gedoseerde wijze te bewegen en rust te nemen.

ACCEPTATIE

.....

112

Als de klachten chronisch zijn en er veel behandelingen hebben plaatsgevonden, blijft pacing van belang, maar is het goed om de verwachtingen over volledig herstel te temperen. In dat geval komt de focus van de behandeling te liggen op acceptatie van de klachten. Met acceptatie wordt niet bedoeld 'je er maar bij neerleggen'. Het gaat erom actief te werken aan het maximaliseren van de kwaliteit van leven in het besef dat de klachten blijvend zijn. In het boek *Pijn zonder strijd* gebruikt Spaans (2010) de volgende metafoor: chronische pijn is te vergelijken met een ongenode gast op een feest. Je hebt alles gedaan om hem de deur te wijzen, maar niets helpt. Hoe meer je probeert deze gast van het feest te verwijderen, hoe meer hij het feest vergalt. Uiteindelijk is het beter om het beste van het feest te maken, ondanks de ongenode gast. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) kan een geschikte methode zijn om de kwaliteit van leven te maximaliseren bij chronische klachten. Bij chronische pijnklachten is deze methode bewezen effectief (Thorsell et al., 2011; Veehof, Oskam, Schreurs, & Bohlmeijer, 2011; Wetherell et al., 2011). In een meta-analyse waarin in totaal 1235 patiënten met chronische pijn werden meegenomen, werden kleine maar significante effectgroottes gevonden (Cohen's delta) van 0.32 voor depressieve klachten en 0.37 voor pijn (Veehof et al., 2011). Dat maakt ACT een interessant alternatief voor patiënten met een combinatie van lichamelijke klachten en pijn.

Daarbij willen we wel één kanttekening plaatsen: de methode is mogelijk minder geschikt als naast de lichamelijke klachten sprake is van een ernstige depressie. De patiënt wordt dan gevraagd de gedachte aan volledig herstel op te geven om ruimte te maken voor meer adequate copingstrategieën. Maar als de depressie te heftig is zou dit demoralisatie in de hand kunnen werken. Hoewel in een aantal gevallen het opgeven van de gedachte aan volledig herstel tot opluchting leidt, is het voorstelbaar dat het bij andere patiënten met ernstige klachten de depressie versterkt. Anderzijds is het ook frustrerend en somber makend voor een patiënt om in het streven naar volledig herstel keer op keer te merken dat dit een doodlopende steeg is.

Acceptatie hoeft niet altijd de laatste stap te zijn als alles al is geprobeerd. Als de depressie niet te ernstig is, kan men er juist soms ook mee beginnen: juist het niet accepteren van de problemen en het steeds opzoeken van de grens, zorgt er immers vaak voor dat de klachten in hun huidige ernst blijven bestaan. Het is verstandig om voor de start van de behandeling na te denken over de fasering van elementen als 'pacing' en acceptatie. Bij dhr. Duizelberg is het zeker voorstelbaar dat starten met ACT hem een frustrerende gang langs vele medische en paramedische disciplines had bespaard. Nu zou de behandelmethode als 'laatste kans' fungeren terwijl hij zich al een 'onderbelastende copingstijl' heeft eigengemaakt. Ook bij onderbelasting is onze ervaring overigens dat ACT veel op kan leveren.

Spaans (2010) omschrijft ACT als volgt: 'Kern van de ACT-filosofie is dat vechten tegen onvermijdelijke zaken, zoals pijn, uiteindelijk ten koste gaat van een waardevol leven. Je leert ervan dat je niet bekneld raakt in je eigen innerlijke ervaringen, maar je eigen waarden blijft volgen.' Onderbelasting volgt in de regel op een cyclus van langdurige overbelasting, instorten en weer oprabbelen. Bij onderbelasting heeft de patiënt het opgegeven om nogmaals aan de cyclus te beginnen. Meestal is volledig herstel dan ook niet langer realistisch. Voor dhr. Duizelberg zal dit betekenen dat 70 uur per week werken er niet meer in zit. Zijn kwaliteit van leven binnen de beperkingen is niet optimaal. Cognities als 'ik voldoe niet als ik niet voluit kan werken' spelen hierbij een rol. In therapie zal hij moeten leren dat iemand met een lichamelijke beperking toch van waarde is. Een oriëntatie op waarden die voor hem belangrijk zijn kan hem hier bij helpen. Overigens zorgt een dergelijke heroriëntatie op waarden er soms voor dat de patiënt weer actiever wordt. Soms treedt dan alsnog een verbetering in het lichamelijke toestandsbeeld op. Denk hierbij ook weer aan het eerder genoemde mechanisme van supercompensatie: door binnen je grenzen actiever te worden verbeteren de lichamelijke conditie en de mentale fitheid.

EEN OP MENTALISEREN GERICHTE HOUDING

.....

De laatste jaren wordt in de literatuur steeds meer aandacht besteed aan het belang van mentaliseren bij het behandelen van lichamelijke klachten (Spaans, Veselka, Luyten, & Bühring, 2009). Met lichaamsgericht mentaliseren wordt bedoeld dat patiënten het vermogen ontwikkelen om hun eigen en andermans lichaamssignalen waar te nemen en een verbinding te leggen met onderliggende mentale toestanden. De assumptie is dat dit vermogen tekortschiet bij patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten. Mogelijk zijn negatieve gedachten en emoties voor deze patiënten relatief lastig bereikbaar, maar uiten ze zich wel in lichamelijk opzicht. Technieken die in deze behandelingen worden toegepast zijn bijvoorbeeld het bespreken van lichaamssignalen die de cliënt bij jezelf oproept (spiegelfunctie), en de patiënt woorden leren geven aan diens eigen lichaamssignalen. Het accent ligt ook sterk op het opbouwen van veilige gehechtheid tussen patiënt en therapeut. Op mentaliseren gebaseerde behandeling is een veelbelovende ontwikkeling waarnaar hopelijk meer effectonderzoek gedaan zal worden.

TOT BESLUIT

.....

Er is veel te onderzoeken met betrekking tot de overlap tussen lichamelijke klachten en depressie. Vooralsnog vraagt de behandeling van deze patiënten

improvisatietalent van de therapeut, wat het bevredigende gevoel kan geven een pionier te zijn.

Tot slot geven we enkele tips die de clinicus kan meenemen in de dagelijkse praktijk. Deze worden beschreven in box 1.

Box 1. Vijf tips voor de behandeling van depressie met lichamelijke klachten

1. Inventariseer lichamelijke klachten bij patiënten met een depressie.
2. Ga niet in discussie over hoe de lichamelijke klachten zijn ontstaan.
3. Stel een vicieuze cirkel op die het in stand houden van zowel de stemmingsklachten als de lichamelijke klachten beschrijft.
4. Voorkom 'doctor shopping' zonder regie. Werk samen met de huisarts en betrek zo nodig een psychosomatische fysiotherapeut.
5. Maak 'pacing' en acceptatie (niet hetzelfde als 'je erbij neerleggen!') onderdeel van je therapeutische arsenaal. Denk goed na over de fase-ring van deze interventies.

DR. K.M.L. HUIJBREGTS (1980) is als psycholoog verbonden aan GGZinGeest, tot september 2013 bij de Polikliniek Angst en Dwang, en sindsdien bij de afdeling Angst en de Academische werkplaats angst.

DR. M.J. REINDERS (1956) is klinisch psycholoog bij GGZinGeest, op de Polikliniek Psychosomatiek. Correspondentieadres: GGZinGeest, t.a.v. K. Huijbregts, Postbus 74077 1070 BB Amsterdam, khuijbregts@gmail.com

Summary Concomitant physical symptoms next to a Major Depressive Disorder pose a challenge to clinicians. When should they stick to a depression protocol, and when do they need to customize treatment to meet the specific needs of this group of patients? Research shows that the course and treatment effect are less favourable for this group, but the guidelines in the Netherlands do not offer much help yet. Although more research is necessary, some advice is possible for pioneers who want to bridge 'the gap' between mind and body. This article discusses some of the possibilities to adjust treatment as well as questionnaires that can be useful.

Key words: *depressive disorder, somatoform disorders, medically unexplained physical symptoms, comorbidity*

Literatuur

Addis, M., & Martell, C. (2008). *Stap voor stap je depressie te lijf*. Amsterdam: Hogrefe uitgevers.

American Psychiatric Association. (2001). *Diagnostic and statistical*

manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Bennebroek-Evertsz, F., Casteelen, G., & de Ruiter, J.D. (1999). Hoofdstuk 9: *Verdriet, somberheid en depressie bij lichamelijke zieke mensen*. In J.C.M. de

- Haes, A.M. Hoos, & J.J. van Everdingen (eds.), *Communiceren met patiënten*. Maarssen: Elsevier Bunge.
- Bleijenberg, G., Prins, J., & Bazelmans, E. (2001). *Chronische vermoeidheid*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Cuijpers, P. (1995). *In De Put, Uit De Put*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- De Heer, E.W., Dekker, J., van Eck-van der Sluijs, J.F., Beekman, A.T., van Marwijk, H.W., Holwerda, T.J., van der Feltz-Cornelis, C.M. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of transmural collaborative care with consultation letter (TCCCL) and duloxetine for major depressive disorder (MDD) and (sub)chronic pain in collaboration with primary care: design of a randomized placebo-controlled multi-Centre trial: TCC:PAINDIP. *BMC Psychiatry*, 13, 147.
- De Waal, M.W., Arnold, I.A., Eekhof, J.A., Van Hemert, & A.M. (2004). Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 470-476.
- De Beurs, E. (2009). *BSI, Brief Symptom Inventory, Handleiding addendum*. Leiden: PITS B.V.
- Derogatis, & L.R., Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13 (3), 595-605.
- Dimidjian, S., Martell, C.R., Addis, M.E., & Herman-Dunn, R. (2008). *Behavioral Activation for Depression*. In D.H. Barlow (ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*. New York, NY: The Guilford Press.
- Hiller, W., & Fichter, M.M. (2004). High utilizers of medical care: a crucial subgroup among somatizing patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4), 437-443.
- Hoencamp, E., Haffmans, P.M.J., Duivenvoorden, H., Knegtering, & H., Dijken, W.A. (1994). Predictors of (non)-response in depressed outpatients treated with a three-phase sequential medication strategy. *Journal of Affective Disorders*, 31, 235-246.
- Houtveen J. (2009). *De dokter kan niets vinden. Het raadsel van medisch onverklaarde lichamelijke klachten*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Huibregts, K.M., van der Feltz-Cornelis, C.M., van Marwijk, H.W., de Jong, F.J., van der Windt, D.A., & Beekman, A.T. (2010). Negative association of concomitant physical symptoms with the course of major depressive disorder: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 68 (6), 511-9.
- Huibregts, K.M., de Jong, F.J., van Marwijk, H.W., Beekman, A.T., Adèr, H.J., & van der Feltz-Cornelis, C.M. (2013). A high physical symptom count reduces the effectiveness of treatment for depression, independently of chronic medical conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 74 (3), 179-185.
- Keeley, R.D., Smith, J.L., Nutting, P.A., Miriam, D.L., Perry, D.W., & Rost, K.M. (2004). Does a depression intervention result in improved outcomes for patients presenting with physical symptoms? *Journal of General Internal Medicine*, 19(6), 615-623.
- Knoop, H., & Bleijenberg, G. (2010). *Het chronisch vermoeidheidssyndroom, behandelprotocol cognitieve gedragstherapie voor CVS*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B., Linzer, M., Hahn, S.R., deGruy 3rd, F.V., & Brody, D. (1994). Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of Family Medicine*, 3(9), 774-779.

- Kroenke K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 34-43.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258-266.
- Mergl, R., Seidscheck, I., Allgaier, A.K., Moller, H.J., Hegerl, U., & Henkel, V. (2007). Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depression and Anxiety*, 24(3), 185-195.
- Mulders N., Boersma R., Ijntema R., & Coppolse R. (2009). *Beroepscompetentieprofiel Psychosomatisch fysiotherapeut NFP*. Amersfoort: Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek.
- Nederlands Huisartsengenootschap (NHG). (2002). *NHG-standaard duidelijkheid (M75)*. Utrecht: NHG.
- Nutting, P.A., Rost, K., Smith, J., Werner, J.J., & Elliot, C. (2000). Competing demands from physical problems: effect on initiating and completing depression care over 6 months. *Archives of Family Medicine*, 9(10), 1059-1064.
- Simon, G.E., Vonkorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England Journal of Medicine*, 341(18), 1329-1335.
- Spaans, J. (2010). *Pijn zonder strijd*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Spaans, J.A., Veselka, L., Luyten, P., & Bühring, M.E.F. (2009). Lichamelijke aspecten van mentalisatie; therapeutische focus bij ernstige onverklaarde lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 239-248.
- Stanley, J., Peake, J.M., & Buchheit, M. (2013). Cardiac parasympathetic reactivation following exercise: implications for training prescription. *Sports Medicine*, 43(12), 1259-1277.
- Terluin, B., van Marwijk, H.W., Adèr, H.J., de Vet, H.C., Penninx, B.W., Hermens, M.L., Stalman, W.A. (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry*, 6, 34.
- Thorsell, J., Finnes, A., Dahl, J., Lundgren, T., Gybrandt, M., Gordh, T., & Buhrman, M. (2011). A comparative study of 2 manual-based self-help interventions, acceptance and commitment therapy and applied relaxation, for persons with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 27(8), 716-23.
- Trimbosinstituut (2010). *Multidisciplinaire Richtlijn Somatisch Onverklaarde Lichamelijke Klachten (solk) en somatoforme stoornissen*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Trimbosinstituut. *Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (3e revisie)* (2013). Utrecht: Trimbosinstituut.
- Van Hemert, A.M., de Waal, M.W., & Van Rood, Y.R. (2004) Meetinstrumenten bij somatoforme stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46(10), 693-696.
- Van der Feltz-Cornelis, C.M., van Oppen, P., Adèr, H., & van Dyck R. (2006). Randomised Controlled Trial of a Collaborative Care Model with Psychiatric Consultation for Persistent Medically Unexplained Symptoms in General Practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(5), 282-289.
- Van Rood, Y., & De Roos, C. (2009). EMDR in the treatment of Medically Unexplained Symptoms: A Systematic

- Review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(4), 248-263.
- Van Rood, Y., Van Ravesteijn, H., De Roos, C., Spinhoven, P., & Speckens, A. (2011). *Protocol voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Het gevolgenmodel*. In G. Keijers, A. van Minnen, & K. Hoogduin (eds.), *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 2*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Veehof, M.M., Oskam, M.J., Schreurs, K.M., & Bohlmeijer, E.T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533-42.
- Wetherell, J.L., Afari, N., Rutledge, T., Sorell, J.T., Stoddard, J.A., Petkus, A.J., Atkinson, J.H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-107.
- Winter, F. (2009). *De pijn de baas*, 10^e druk. Soest: RuienbergBoek.

