

SOLK

verdient diagnostiek en behandeling
van de psychosociale oorzaak



SOLK: Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten

Auteur: Enny Versteeg
(enny.versteeg@praktijkhethoogveld.nl)
Psychosomatisch oefentherapeut
Docent Psychosomatiek
M Psychologie i.o.

Klachten zonder ziekte zijn een veel voorkomend probleem in de gezondheidszorg. Hoofdpijn, nekpijn, rugpijn, spierpijn, buikpijn, moeheid, uitgeput gevoel, duizeligheid, misselijkheid, hartkloppingen, benauwd gevoel, druk op de borst, licht in het hoofd: bijna iedereen heeft wel eens een of meer vage lichamelijke klachten. Tweederde van de mannen en viervijfde van de vrouwen is bekend met hoofdpijn, rugpijn, spierpijn of moeheid¹. Vaak gaan deze klachten vanzelf weer over. Wanneer ze echter aanhouden of steeds terug komen gaat men er mee naar de huisarts.

Maar wat als deze geen medische oorzaak voor de klachten kan vinden? En wat als zelfs een medisch specialist geen oorzaak kan vinden? Dan worden de klachten Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten genoemd, afgekort SOLK. In de multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en somatoforme stoornissen wordt SOLK als volgt gedefinieerd: "We spreken van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) bij lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij bij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaart" (p. 9)². In de huisartsenpraktijk komt SOLK gemiddeld bij 30-50% van de patiënten voor; in de tweedelijns zelfs bij 40-60%^{2,3,4}. Bij 10-30% nemen de klachten toe in de tijd. Wanneer de klachten verergeren, recidiveren of chronisch worden, doen deze patiënten een groot beroep op de gezondheidszorg^{2,5}. De aanhoudende klachten zijn bekend onder diverse syndroomnamen, zoals hyperventilatie, spanningshoofdpijn, nekpijn, whiplash, RSI/CANS, chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), fibromyalgie, surmenage, overspanning, burnout, prikkelbare darmsyndroom en (lage) rugpijn.

Voor artsen, patiënten en behandelaars vormt SOLK een omvangrijk probleem. Maar ook op economisch en maatschappelijk niveau is SOLK een probleem. Door de grotere zorgconsumptie blijken de kosten van de SOLK patiënt gemiddeld ruim 2 x hoger dan van de gemiddelde patiënt^{4,6}. En onder werknemers draagt SOLK vaak aanzienlijk bij aan frequent en langdurig ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en belemmeringen in het professioneel functioneren². Kortom, SOLK is een groot probleem. Het probleem zit enerzijds in het ontbreken van een aantoonbaar biomedisch substraat, en anderzijds in onduidelijkheid over de psychosociale oorzaak. Over de oorzakelijke invloed van grote psychosociale factoren – de major life events – zijn de meningen verdeeld. En voor gewone en kleinere psychosociale factoren in het leven van alledag – daily hassles – is nog onvoldoende aandacht. Mensen met SOLK vallen daardoor in de gezondheidszorg tussen de wal en het schip. De behandeling is gericht op het zoeken naar een somatische oorzaak en het bieden van symptomatische hulp of het behandelen van psychosociale gevolgen. Diagnostiek en behandeling van de psychosociale oorzaak ontbreekt meestal nog, doordat oorzakelijke psychosociale

Er bestaan eigenlijk geen problemen, maar alleen disfunctionele copingstijlen

factoren vaak niet herkend worden. Deze oorzakelijke psychosociale factoren bevinden zich, in de visie van de psychosomatisch oefentherapeut, in stressvolle 'life events' en in 'daily hassles' (dagelijkse zorgen). En wel in inadequate copingmechanismen, disfunctionele emoties en belemmerende gedachten ten aanzien van deze events en hassles. De stelling van dit essay heeft betrekking op deze visie. De Engelse begrippen 'life events', 'daily hassles' en 'coping' zijn onvertaald overgenomen, omdat deze ook in de Nederlandse literatuur gangbaar zijn.

Stelling

Bij SOLK (klachten zonder ziekte) moet de psychosociale oorzaak worden gediagnosticeerd en behandeld. Immers: *Cassante causa cessat effectus*: Als de oorzaak ophoudt, houdt ook het gevolg op.

SOLK en Psychosociale Gevolgen

In de benadering van ziekte wordt in de Westerse geneeskunde, sinds de ideeën van René Descartes in de zeventiende eeuw, het biomedische model aangehangen. Hierin wordt ziekte gereduceerd tot een probleem in biologische processen. Psychologische en sociale factoren worden hierbij genegeerd. Pas eind jaren zeventig van de vorige eeuw is door de Amerikaanse psychiater George Engel het biopsychosociale model geïntroduceerd⁷. Hierin wordt de mens gezien als biopsychosociale eenheid en wordt ziekte benaderd in relatie tot zowel biologische, psychologische als sociale factoren. Omgeving, gedrag, opvattingen en emoties zijn van invloed op het ontstaan, het verloop en de beleving van ziekte of klachten. En ziekte en klachten beïnvloeden weer psychologisch welzijn, gedrag en sociale relaties. Zo vormen biologische, psychologische en sociale aspecten een geheel van interacterende processen, in zowel het ontstaan, beloop en eventueel voortbestaan van klachten. Een circulus vitiosus, ofwel persisterende kringloop van oorzaak, klacht en gevolg.

Om de biopsychosociale benadering praktisch toe te passen worden klachten in vijf dimensies geëxploreerd: somatisch (S), cognities (C), emoties (E), gedrag (G) en sociaal (S). Dit staat bekend als de SCEGS-methode^{2, 8, 9}. Daarbinnen staat CEG synoniem voor de psychologische factoren cognitie, emotie en gedrag. Er is echter een duidelijk verschil tussen psychologische gevolgen en psychologische oorzaken van

klachten. Psychologische gevolgen betreffen opvattingen en emoties die iemand over de klacht heeft en de manier van omgaan met de klacht. Psychologische oorzaken kunnen meer gezocht worden in life-events of daily hassles en hoe men deze ervaart en er mee omgaat. In de SCEGS-methode is er dan ook een duidelijk verschil tussen gevolgen-CEG en oorzaak-CEG.

Gevolgen-CEG gaan over klachtbeleving en de gevolgen van de klachten. Al langere tijd wordt vanuit de literatuur benadrukt om bij SOLK niet te blijven steken in de vruchteloze discussie over somatische oorzaken, maar om te focussen op de psychosociale gevolgen van de klachten¹⁰. Psychosociale gevolgen zijn immers een reactie op de klachten en onderhouden de klachten. In de gevolgen-SCEGS kan het bij soma (S) bijvoorbeeld gaan om verhoogde spierspanning, duizeligheid, hartkloppingen, kortademigheid of vermoeidheid. Bij cognities (C) kan het gaan om onjuiste ziektegedachten, catastroferende gedachten ("Het moet een hersentumor zijn" of "Symptomen duiden op ziekte"). Bij emoties (E) betreft het vaak angst, zoals voor een ernstige ziekte. Bij gedrag (G) kan verhoogde waakzaamheid voor en checken van lichamelijke signalen (hypervigilantie) de klachten verergeren en onderhouden. Ook het blijven zoeken naar een somatische oorzaak en behandeling bekrachtigt de preoccupatie met somatische ziekte. Verder leidt de gedragscomponent 'vermijding' tot afname van lichamelijke en sociale capaciteit. In de sociale dimensie (S) kan preoccupatie met ziekte bekrachtigd of veroorzaakt worden door familieleden, vrienden, lotgenoten, artsen en behandelaars.

SOLK en Psychosociale Oorzaken

Gezien de stelling rijst nu de vraag wat er bekend is over de psychosociale oorzaak van de klacht? De oorzaak initieert immers de klacht. We weten ergens allemaal wel dat onze vage lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, spierpijn, rugpijn of moeheid, wel eens te maken zouden kunnen hebben met onze problemen en dagelijkse zorgen. Ons gezond verstand legt immers al snel een link met de stress van alledag. En dus met een mogelijk psychosociale oorzaak. Want stress is verbonden met psychosociale factoren. Zo kan hoofdpijn alles te maken hebben met kopzorgen of ergens een zwaar hoofd in hebben. En neklachten kan komen van teveel op de nek nemen of teveel de schouders eronder zetten. Ook kunnen we ergens mee in de maag zitten, iets onverteerbaar vinden of

ergens onder gebukt gaan. We kunnen ruggeleed missen, iets op het hart hebben of het hoofd laten hangen. In ons taalgebruik is de samenhang tussen lichamelijke klachten en psychosociale oorzaak heel gewoon. In lichaamsmetaforen wordt dit vaak treffend verwoord.

Tijdens de meeste huisartsconsulten benoemen SOLK patiënten wel één of meer psychosociale problemen, de zogenaamde 'hints'^{5, 11}. Het betreft zowel emotionele problemen, als ook sociale problemen, die onderdeel zijn van life events en daily hassles. Daarbij doen de patiënten in de praktijk zelf vaak suggesties dat hun klachten misschien wel door deze problemen worden veroorzaakt of beïnvloed. Deze hints worden echter niet altijd opgepakt en er wordt niet altijd op in gegaan^{11, 12}. Wanneer huisartsen wel de link proberen te leggen tussen lichamelijke klachten en psychosociale factoren wordt dat het "verbreden van de gespreksagenda" genoemd, een interventie uit de methode reattributie uit de cognitieve gedragstherapie¹³. Hierin proberen huisartsen patiënten te stimuleren om na te denken over andere oorzaken van klachten dan ziekte.

Life Events en Daily Hassles als Oorzaken

Life Events

Een verband tussen psychosociale factoren, stress en het ontstaan van klachten werd al in de jaren zestig van de vorige eeuw gepresenteerd door de Amerikaanse psychiater Holmes en Rahe¹⁴. Zij beschreven life changes ofwel life events. Dit zijn veranderingen in iemands levensomstandigheden die als stressor werken. Om life events en stress te meten ontwikkelden zij de "Social Readjustment Rating Scale (SRRS)". Dit is een lijst met 43 stressvolle life events, waarbij voor ieder event op basis van de gerapporteerde klachten een stresswaarde werd toegekend. Zo wordt in de SRRS overlijden van partner als meest stressvol event benoemd, wat staat voor 100 stresspunten. Voor bijvoorbeeld echtscheiding staan 73 stresspunten en voor ontslag 47 punten. Holmes en Rahe stelden dat vooral bij een stapeling van stressvolle life events en stresspunten de kans op het ontstaan van een ziekte toeneemt. Dit stapelingsmodel gaat er van uit dat je boven de grens van 150 een kans van 50% hebt om in het jaar daarna klachten te ontwikkelen en boven de grens van 300 zelfs 80% kans. Dit onderzoek van Holmes & Rahe is al uit

1967, en is het resultaat van een zeer grote steekproef in de USA. Duizenden mensen zijn gevraagd naar life events, en die zijn gecorreleerd met klachten en ziekten. Pure statistiek dus, waarbij het aantal stresspunten en de stapeling parallel loopt met de common sense, dus de wet van de grote getallen. Zo kwam de SRRS aan zijn stresspunten. Maar deze statistiek hoeft in individuele gevallen niet te kloppen. De dood van de partner – de topscore – kan ook als opluchting en eustress worden ervaren. Gemeenschappelijk kenmerk van de hele lijst is dat het om situaties van verlies of verandering gaat. Verandering is verlies van het oude en verlies betekent automatisch verandering.

Daily Hassles

Behalve life events blijken echter ook juist relatief kleinere daily hassles, ofwel dagelijkse zorgen, verantwoordelijk voor stress en gezondheidsproblemen. Bij daily hassles gaat het om relatief kleinere gebeurtenissen, gedachten of situaties, die negatieve gevoelens geven zoals ergernis, irritatie, zorgen of frustratie.

De "Hassles Scale" van Kanner en collega's is een lijst met 117 daily hassles^{15,16}. Deze kunnen op allerlei levensdomeinen spelen, zoals familie, baan of financiën. Voorbeelden zijn: teveel verantwoordelijkheden, problemen met partner, kinderen of ouders, baanonzekerheid, problemen met collega's of superieur, financiële zorgen, vrees voor afwijzing en seksuele problemen.

Niemand leidt waarschijnlijk een leven zonder zorgen. Maar de impact van daily hassles op de gezondheid hangt samen met factoren als frequentie, mate, psychologische betekenis, hoeveelheid, stapeling en coping. Een stapeling van daily hassles kan bijdragen aan het ontstaan van psychologische distress en lichamelijke klachten¹⁷ en daily hassles kunnen zelfs een nog betere voorspeller van lichamelijke klachten zijn dan grotere life events¹⁸.

Combinatie van Life Events en Hassles

Voor taxatie van psychosociale stressfactoren wordt in de geestelijke gezondheidszorg in de praktijk de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text rev.) gevolgd¹⁹. Deze DSM-IV-TR onderscheidt relevante en beperkende stressoren op het gebied van: (a) lichamelijke ziekten of aandoeningen, (b) partner en gezinsomstandigheden, (c) kinderen, (d) ontwikkeling, (e) familieomstandigheden, (g) andere relaties, (h) bezigheden, (i) leefom-

standigheden, (j) financieel, en (k) juridisch. Deze stressoren betreffen een combinatie van grotere life events en relatief kleinere daily hassles.

Psychosociale Factoren Spelen Geen Rol

Ruim twee decennia geleden waren er geluiden dat psychosociale factoren geen oorzakelijke rol spelen bij SOLK. Een onderzoek naar de relatie tussen onbegrepen buikklachten bij kinderen en life events toonde geen verband aan²⁰. Ander onderzoek toonde aan dat patiënten met onbegrepen buikklachten op basis van anamnese en psychologische factoren niet te onderscheiden waren van mensen met organisch verklaarde buikklachten²¹. Uit een onderzoek in een dertiendepopulatie van patiënten met buikklachten bleek dat seksueel misbruik in de voorgeschiedenis vaker voorkwam bij mensen met prikkelbare darmsyndroom (SOLK) dan bij mensen met organische colitis²². Dit verwijst wel naar vroege major life events, maar niet naar huidige life events of hassles.

Psychosociale gevolgen zijn een reactie op de klachten en onderhouden de klachten

Psychosociale Oorzaken Spelen Wel een Rol

Echter, in tegenstelling tot bovengenoemde onderzoeken naar buikklachten, zijn er de afgelopen decennia diverse onderzoeken geweest naar andere vormen van SOLK, waaruit blijkt dat psychosociale stressfactoren, zoals life events en daily hassles, wel een oorzakelijke rol spelen. Zo blijkt er tussen chronische hoofdpijn, stress, life events en daily hassles een duidelijke oorzakelijke relatie te bestaan. In verschillende onderzoeken kwam naar voren dat niet zozeer grotere life events verantwoordelijk zijn voor hoofdpijn, maar juist kleinere daily hassles. Daarbij gaat het vooral om de cognitieve inschatting en emotionele coping van de daily hassles^{23,24}.²⁵ In een andere studie onder verpleegkundigen bleken verpleegkundigen juist significant meer hoofdpijn van life events te hebben²⁶. De specifieke hoofdpijnvorm 'migraine' blijkt vooral getriggerd te worden door daily hassles^{27,28}, maar ook door life events²⁹. Daarbij blijken vrouwen tweemaal zoveel last van negatieve life events te rapporteren dan mannen. Bij fibromyalgie blijken daily hassles een grotere

negatieve invloed te hebben dan life events en blijkt vooral de copingstijl bij hassles erg bepalend voor het effect ervan²⁹. Zo werkt catastroferend denken negatief bij hassles, terwijl positieve overtuigingen over de eigen effectiviteit positief werken.

Bij chronische whiplash patiënten blijkt eveneens de inschatting van de ernst van daily hassles veel negatiever te zijn dan bij mensen zonder whiplash trauma. Deze negatieve beleving van daily hassles blijkt gerelateerd aan meer psychologische distress en meer post whiplashklachten. Coping van daily hassles blijkt een belangrijke rol te spelen in zowel voortbestaan als verergering van whiplashklachten³⁰. Onder jongeren en adolescenten werd een verband aangetoond tussen SOLK en negatieve life events³¹. Opmerkelijk hierin was dat jongens bij negatieve life events meer SOLK vertoonden dan meisjes. Al met al worden in de literatuur zowel negatieve life events³² alsook daily hassles¹⁸ als belangrijke voorspeller van SOLK genoemd. Zowel life events als hassles dragen bij in de stressrespons, waarbij coping de belangrijkste mediator is tussen events/hassles en de stressrespons, naast het gevoel van eigenwaarde, zelfbeeld en steun³³.

Stressvolle life events en daily hassles staan echter niet altijd los van elkaar. Er kan een interactief verband tussen beiden bestaan^{15,24}. De effecten van life events hebben namelijk invloed op het leven van alledag. Een life event zoals echtscheiding kan leiden tot doorgaande daily hassles, zoals financiële moeilijkheden of problemen met de kinderen. Naast een interactief verband kan er vanzelfsprekend ook sprake zijn van een cumulatief verband; een stapeling van zowel life events als daily hassles³⁴.

Een combinatie en stapeling van life events en daily hassles als oorzaak voor SOLK werd eveneens gevonden in een patiëntgericht effectonderzoek onder SOLK patiënten in de praktijk van psychosomatisch oefentherapeuten³⁵. De events en hassles betroffen in 62% bezigheden zoals werk, huishouden en sport, in 38% gezinsomstandigheden, in 36% familieomstandigheden, in 20% lichamelijke ziekten, in 13% leefomstandigheden, in 11% financiële zaken en in 3% juridische zaken.

Coping van Life Events en Daily Hassles

Het krijgen van klachten hangt af van van hoe

*De specifieke hoofdpijnvorm
'migraine' blijkt vooral getriggerd
te worden door daily hassles
maar ook door life events*



men met life events en daily hassles omgaat; hangt er van af of de coping functioneel of disfunctioneel is. Coping betreft de manier waarop iemand life events en daily hassles hanteert. Er bestaan verschillende copingstrategieën, welke in grote lijnen te onderscheiden zijn in probleemgerichte coping en emotiegerichte coping^{36, 37}. Bij probleemgerichte coping probeert men het probleem op te lossen. Bij emotiegerichte coping probeert men de emoties bij een probleem te veranderen of te neutraliseren. De Utrechtse copinglijst hanteert zeven copingstijlen (a) actief aanpakken, (b) sociale steun zoeken, (c) palliatieve reactie, (d) expressie van emoties, (e) geruststellende en troostende gedachten hanteren, (f) vermijden, afwachten, en (g) passief reactiepatroon³⁸. Actieve coping is doorgaans effectiever en functioneler dan passieve of palliatieve coping. Bij SOLK patiënten blijkt een effectieve probleemcoping, effectieve emotiecoping en psychologisch inzicht in de klachtverklaring gerelateerd aan een succesvoller leven, minder klachten, minder gezondheidsangst en minder beperkingen³⁹. In het patiëntgerichte effectonderzoek onder SOLK patiënten in de praktijk van psychosomatisch oefentherapeuten is specifiek onderzocht welke disfunctionele coping van events en hassles gerelateerd was aan SOLK³⁵. Het bleek in 62% te gaan om subassertiviteit, in 55% om perfectionisme, in 54% om roofofbouw en in 41% om disfunctioneel emotiecoping. De effectiviteit van deze oorzakelijke behandeling bleek hoog: 80-90%^{35, 40}. Om van de klacht bij de psychologische oorzaak in de events en hassles te komen, maken psychosomatisch oefentherapeuten gebruik van gespreksvoering gericht op de oorzaak, lichaamsgerichte oefeningen om de spanning die de oorzaak in het lichaam geeft te voelen, en ook van metaforen^{9, 41, 42}.

De psychologische oorzaak wordt de stressor genoemd. Een vergelijkbaar onderzoek in de praktijk van psychosomatisch fysio- en oefentherapeuten leverde dezelfde hoge effectiviteit op voor deze gerichte oorzakelijke behandeling, de stressorth therapie⁴⁰.

Casus

De relatie tussen SOLK, psychosociale gevolgen en psychosociale oorzaak wordt nu beschreven aan de hand van een casus uit de praktijk van de psychosomatisch oefentherapeut. Deze casus illustreert het belang van diagnostiek en behandeling van de psychosociale oorzaak en ondersteunt de stelling.

Monique, 43 jaar, werd begin 2004, op weg van kantoor naar huis van achteren aangereden, terwijl ze zelf stil stond met haar auto. Diezelfde middag nog bezocht ze de huisarts. Deze vermoedde een shock en een whiplash en stuurde haar door naar het ziekenhuis. Een röntgenfoto liet minimale afwijkingen van de nek zien. De weken daarna namen de klachten niet af, maar juist toe. Toen begon haar zoektocht in therapie. Eerst fysiotherapie, toen haptonomie, toen een multidisciplinair re-integratietraject gericht op werken en vervolgens injecties in de spieren. Maar de pijn bleef. Jarenlang kreeg ze drie keer per week fysiotherapie voor pijnverlichting. In 2008 begon ze aan een semiklinisch multidisciplinair traject in een revalidatiecentrum. Ze werd begeleid door een ergotherapeut, fysiotherapeut, sportinstructeur, revalidatiearts, maatschappelijk werker en een psycholoog. Ze leerde veel over belasting en belastbaarheid, over afwisselen van inspanning en rust en over omgaan met de pijn, over omgaan met de gevolgen. Maar hoe ze ook haar best deed, het ging niet beter. Ze werd er depressief van.

Na twee jaar ziektewet begon een re-integratietraject tweede spoor, waarin de werkgever haar begeleidde naar passend ander werk bij een andere werkgever, parttime in plaats van fulltime. Echter hoe ze ook haar best deed om beter om te gaan met de gevolgen, de pijn bleef aanhouden, zeven dagen per week, 24 uur per dag, met een pijnbelevingscore tussen vier en negen, soms zelfs tien. In 2012 ging ze daarom maar weer op zoek naar symptomatische hulp: acupunctuur, chiropractor, osteopathie, en zelfs een magnetiseur. Soms had het een verlichtend effect, soms een averechts effect. Ook volgde ze nog een cursus mindfulness. Het maakte haar echter alleen maar verdrietig om na al die jaren vast te stellen dat dit het resultaat was. En dat dit was wat het was.

Ze bezocht daarom opnieuw de huisarts, inmiddels een nieuwe. Deze verwees haar naar psychosomatische oefentherapie. Ze begon er heel sceptisch aan, maar al snel bleek de insteek anders. Er werd gekeken naar oorzaken. Essentiële vragen waren 'wanneer heb je pijn, waardoor komt het', wat ging er aan vooraf, en wat zegt je (diepere) gevoel? Er werden verbanden gelegd met dagelijkse zorgen, met verdrongen emoties, met roofofbouw en flink zijn. Het werd Monique duidelijk hoezeer ze zichzelf telkens opofferde om anderen te pleasen. Ze werd zich er van bewust hoezeer ze eigen diepe gevoelens wegstopte en hoe dit een tweede natuur was geworden. Ze leerde om stil te staan bij eigen gevoelens en verlangens en daar voor op te komen. Ze leerde gezonder om te gaan met eigen emoties. Ze leerde weer te werken vanuit flow in plaats van roofofbouw. Ze leerde van maximaal naar optimaal te gaan. Haar perfectionisme maakte plaats voor plezier en haar onmacht ging over in zelfsturing. Na het ongeluk was Monique

de controle over haar leven kwijt geraakt en domineerde onmacht. Met de oorzakelijke aanpak en zelfsturing verdween de onmacht en kreeg ze de controle weer terug. Haar pijn verdween volledig. Na vier maanden psychosomatische oefentherapie was ze geheel klachtenvrij en tot op heden is ze dat nog steeds. Haar energie keerde terug naar het oude peil. Ze heeft naast haar werk zelfs weer een opleiding opgepakt.

De disfunctionele gevolgen-CEG betrof hier diverse disfunctionele cognities over de klachten, over belasting en belastbaarheid, over rust en inspanning, over omgaan met de klachten (C), onmacht en frustratie (E), niet zeuren, maar doorgaan en forceren (G). De disfunctionele oorzaak-CEG betrof hier echter perfectionistische kerncognities (C), verdrongen diepe emoties over daily hassles en verdrongen eigen behoeften (E), disfunctionele emotiecoping, flink zijn, pleasen, zelfopoffering en roefbouw (G). In een testimonial schreef Monique: "Het lijkt een klein verschil door in plaats van naar de gevolgen naar de oorzaken te kijken, maar het resultaat is groots." De gevolgenbehandeling, met gevolgen-CEG, betrof het denken, voelen over de klacht en het omgaan met de klacht. De oorzakelijke behandeling, met oorzaak-CEG, betrof haarzelf in haar mens-zijn, haar eigen IK en bewustwording van eigen emoties, grenzen en behoeften en opkomen voor zichzelf en betere emotiecoping in dagelijkse zorgen.

Conclusie

Samenvattend kunnen we concluderen dat SOLK een veel voorkomend en omvangrijk probleem is, zowel voor de patiënten, de (para)medici, alsook economisch en maatschappelijk. De definitie van SOLK impliceert al dat er onvoldoende somatische, biomedische verklaring voor de klachten is. Geen 'echte' diagnose dus. Diagnostiek en behandeling van de psychosociale gevolgen-SCEGS is een stap om de klachten in betere banen te leiden. Terugkerend op de stelling, moet het echter niet alleen om de gevolgen gaan, maar juist om diagnostiek en behandeling van de oorzaak, de oorzaak-CEG. Immers *cassante causa cessat effectus*: als de oorzaak ophoudt, houdt ook het gevolg op! En stopt de klacht.

Wat betekent dit concreet in de praktijk? Hoe kom je van de klacht op de oorzaak? Via gespreksvoering gericht op de oorzaak, via lichaamsgerichte oefeningen om de spanning van de oorzaak in het lichaam te voelen, en soms via herkenbare metaforen^{9, 41, 42}. Zo kan bij spanningshoofdpijn of migraine de diagnostiek gericht worden op de oorzakelijke kopzorgen (events en hassles) en de behandeling gericht worden op coping om deze kopzorgen beter het hoofd te bieden. Bij nek-schouderpijn kan de diagnostiek zich richten op wat iemand teveel op de nek heeft (aan events en hassles), en waar iemand teveel de schouders onder zet. De behandeling kan zich richten op coping om

events en hassles beter aan te pakken of deze maar eens wat meer van de schouders af te laten glijden. Bij hyperventilatie kan het gaan om het niet langer inslikken van emoties. Want het is gezonder om het hart te luchten, het gemoed te luchten, of misschien zelfs eens het achterste van de tong te laten zien. Concluderend kunnen we dan ook stellen, dat duidelijk is dat in relatie tot SOLK, zowel life events als daily hassles een belangrijke oorzakelijke rol kunnen spelen. En dat vooral coping van events en hassles van belang zijn in de stressrespons en het al of niet ontstaan en voortbestaan van SOLK. Naast de gevolgen moet daarom vooral de oorzaak worden gediagnosticeerd en behandeld. Deze oorzaak van SOLK moet, in de visie van psychosomatisch oefentherapeuten, gezocht worden in life events en daily hassles en de coping daarvan. Dit is een tamelijk nieuwe visie. Uit onderzoek blijkt dat de effectiviteit van deze oorzakelijke behandeling hoog is, namelijk 80-90%^{35, 40}. In de literatuur is een ruime ondersteuning gevonden voor het verband tussen coping van life events en daily hassles en het ontstaan en voortbestaan van SOLK.

Discussie

Verdere discussie kan gaan over hoe diep en ver vraag je door om bij de oorzaak te komen? En wie doet wat? Wat doet de huisarts en waarvoor verwijst hij door? Goede diagnostiek is ontdekken, heuristisch, meer een kunst dan een kunde, of liever kunde plus kunst. De NHG standaard SOLK geeft hier al een duidelijke richting in aan, door SOLK te verdelen in milde, matig-ernstige en ernstige SOLK en een stapsgewijze behandeling⁸. Verder is meer en uitgebreider onderzoek gewenst naar de effectiviteit van een oorzaakgerichte behandeling, gericht op coping van life events en hassles in relatie tot SOLK.

Interessant zou ook zijn om de Social Readjustment Rating Scale weer eens te onderzoeken en te kijken wat er na een halve eeuw veranderd is. En net zo voor de Hassles Scale. In deze tijd van 24-uurs economie, informatievergiftiging, 24-uurs consumptie, internet en social media is de wereld ons dorp geworden en lijkt het logisch dat er nieuwe events en hassles aan toegevoegd zouden kunnen worden. En wellicht vragen die weer nieuwe copingstijlen. Want er bestaan eigenlijk geen problemen, maar alleen disfunctionele copingstijlen.

Voor de literatuurlijst verwijzen we naar de website *Bekendheid → Beweegreden* ●

*Cassante causa cessat effectus:
als de oorzaak ophoudt, houdt ook
het gevolg op! En stopt de klacht*

