



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Persisterende klachten aan pols en arm

## *Twee gevalsbeschrijvingen*

Walter Arts\*

---

### **Samenvatting**

*Dit artikel gaat over de behandeling van twee patiënten met langdurige klachten aan pols en arm. Vroeger noemde men dit RSI (Repetitive Strain Injury), tegenwoordig CANS (Complaints of Arms, Neck and/or Shoulder). Het merendeel van deze klachten is medisch niet verklaarbaar. Dit was ook bij beide patiënten het geval. Cognitieve gedragstherapie is een effectieve behandeling voor medisch onbegrepen klachten. Deze behandeling richt zich niet op de oorzaak van de klachten, wel op de gevolgen ervan. Deze aanpak stond ook bij beide patiënten centraal. Uitgangspunt was de negatieve rol van spanning en stress op pezen en spieren en daarmee op de klachten. Beide patiënten moesten vaker gezond gedrag gaan vertonen en ziektegedrag verminderen. Veel aandacht ging uit naar acceptatie. Hiervoor werden technieken uit de acceptance and commitment therapy (ACT) gebruikt. Eén patiënt had baat bij een cognitieve herstructurering. Beiden profiteerden van de behandeling.*

## **Inleiding**

### **Naamgeving**

Repetitive Strain Injury (RSI) is een verzamelnaam voor klachten aan armen, nek en schouders. Deze klachten kunnen bestaan uit stijfheid, tintelingen, onhandigheid, coördinatieverlies, krachtsverlies, huidverkleuringen, of temperatuurverschillen. Ook hebben patiënten vaak pijnklachten. Sinds eind 2004 spreekt men in Nederland van CANS: Complaints of Arms, Neck and/or Shoulder. Er is een aantal redenen voor deze naamswijziging. Ten eerste refereert de term RSI aan een letsel (injury), maar in ruim zeventig procent van de gevallen zijn de klachten niet medisch objectiveerbaar (Gezondheidsraad, 2000). Ook suggereert RSI een verklaring voor het ontstaan van de klachten, namelijk door repeterende bewegingen. Dit kán een oorzaak zijn, maar ook een langdurige statische houding kan de klachten doen ontstaan. En mogelijk spelen ook persoonsgebonden factoren (hoog streefniveau, perfectionisme, moeite met delegeren) en werkgebonden factoren (sfeer, werkdruk, steun van collega's) een rol bij het ontstaan, in standhouden of verergeren van de klachten. Ten slotte hoopt men dat de naamsverandering tot meer eenduidigheid leidt. Elk boek of artikel hanteerde tot enkele jaren geleden andere criteria, waardoor er vele, verschillende beschrijvingen en indelingen van RSI zijn. De meest gebruikte definitie is van de Gezondheidsraad:

---

\* W.J.J.M. ARTS is als klinisch psycholoog/gedragstherapeut verbonden aan de polikliniek en de consultatieve dienst van GGZ-Delfland locatie Ypenburg, te Den Haag en locatie De Gravin, te Delft. E-mail: W.Arts@GGZ-Delfland.nl

'RSI is een tot beperkingen of participatieproblemen leidend multifactorieel bepaald klachtenpatroon aan nek, bovenrug, schouder, boven- of onderarm, elleboog, pols, hand of een combinatie hiervan, gekenmerkt door een verstoring van de balans tussen belasting en belastbaarheid, voorafgegaan door activiteiten met herhaalde bewegingen of een statische houding van een of meer van de genoemde lichaamsdelen als een van de veronderstelde etiologische factoren.' (Gezondheidsraad, 2000, p. 22).

De definitie van CANS is neutraler. De term CANS slaat op klachten van het bewegingsapparaat in arm, nek en/of schouder, die niet veroorzaakt worden door een acuut trauma of een systemische aandoening ([www.kenniscentrumakb.nl](http://www.kenniscentrumakb.nl)). De tijd zal leren of CANS meer is dan een synoniem voor RSI. Dat is tot nu toe niet duidelijk.

### ***Behandeling en effectonderzoek***

RSI of CANS kan op vele manieren worden behandeld. Veel toegepast zijn fysiotherapie, ergotherapie en houdingstherapie (cesartherapie of mensendieck). Daarnaast is acupunctuur, bindweefselmassage, chiropraxie, haptonomie, relaxatietraining, yoga en sporten mogelijk. Gedoseerde rust en beweging lijken ook belangrijk. Meer exotisch klinkende behandelingen zijn: cupping, trigger-point therapie, schokgolftherapie, vibratietraining. Verder zouden ook Tai Chi of Reiki soms kunnen helpen. Een gecombineerde behandeling is ook mogelijk. Dit gebeurt meestal in revalidatiecentra. Patiënten krijgen vaak fysiotherapie en ergotherapie met veel aandacht voor conditieopbouw middels fitness en sporten. Als de klachten veel pijn geven kan het hiermee omgaan ook een punt van aandacht zijn.

De veelheid van klachten en de verschillende omschrijvingen van RSI hebben er mogelijk voor gezorgd dat goed onderzoek naar behandeling ontbreekt. Effectstudies naar de genoemde behandelingen kennen methodologische beperkingen (beperkte patiëntenpopulatie; gericht op slechts één specifieke beroepsgroep; verschillende, soms discutabele uitkomstmaten; nauwelijks follow-upgegevens). Van geen enkele behandeling is de effectiviteit voldoende aangetoond (Bongers, De Vet, & Blatter, 2002; zie ook Gezondheidsraad, 2000). Opvallend is hoe weinig betrouwbare, valide onderzoeksgegevens er ook op andere terreinen over RSI bestaan. In vele artikelen, boeken en internetsites wordt, vaak terloops, gesteld dat perfectionisme, een hoog streefniveau en moeite met delegeren kunnen bijdragen tot het ontstaan of instandhouden van RSI. Hierover is er echter geen onderzoek beschikbaar en dat is verbazingwekkend. De (jaar)prevalentie van werkgebonden klachten aan schouders, armen en handen bedraagt waarschijnlijk rond de zestien procent (Gezondheidsraad, 2000), waarvan ongeveer acht procent jaarlijks, enkele dagen tot weken, verzuimt op het werk. Naar schatting was in 2000 zelfs vijf procent van de WAO-instroom het gevolg van RSI (Bongers et al., 2002).

### ***Cognitieve gedragstherapie***

RSI of CANS is in de meeste gevallen medisch niet verklaarbaar. Cognitieve gedragstherapie kan bij medisch onbegrepen klachten zinvol zijn. Deze behandeling

richt zich niet op het bestrijden van de oorzaak van de klachten, maar op het verminderen van de gevolgen van de klachten (het 'gevolgenmodel'). Onbegrepen lichamelijke klachten kunnen voor patiënten vele gevolgen hebben. Sommige patiënten worden angstig, anderen reageren met verdriet, wanhoop of boosheid. Sommige patiënten weigeren hun klachten serieus te nemen en gaan maar door, anderen gaan wel érg voorzichtig om met hun klachten en durven nauwelijks nog iets te ondernemen. Weer anderen melden zich ziek, soms met verlies van status en inkomen als gevolg. De klachten leiden vaak tot conditieverlies, vermoeidheid en slaapproblemen – gevolgen die de onverklaarbare lichamelijke klachten mogelijk instandhouden of verergeren (Van Rood, Ter Kuile, & Speckens, 2001). Het verminderen van de gevolgen van de lichamelijke klachten heeft vaak ook effect op die klachten zelf. In een onderzoek naar medisch onbegrepen klachten werden cognitieve gedragstherapie en optimale medische zorg vergeleken met optimale medische zorg alleen. De groep die de combinatiebehandeling kreeg rapporteerde na afloop, naast andere verbeteringen, een significant lagere intensiteit en frequentie van de klachten en een grotere mate van herstel (Speckens et al., 1995).

RSI of CANS wordt vooral gezien, zie ook de eerdere definitie van de Gezondheidsraad, als werkgerelateerde somatische problematiek. Patiënten met deze klachten melden zich dan ook maar zelden aan bij een GGZ-instelling. In dit artikel komen twee patiënten aan bod bij wie dit wel het geval was. Beide patiënten hadden langdurige klachten; bij beide patiënten was het verminderen van de gevolgen van de klachten uitgangspunt van de behandeling. De behandeling omvatte, naast een rationale voor de klachten, stapsgewijze uitbreiding van activiteiten en vermindering van ziektegedrag. Ook werd (beperkt) gebruikgemaakt van cognitieve technieken. Een belangrijk deel van de behandeling richtte zich op acceptatie.

## **Mevrouw Eemnes**

### ***Voorgeschiedenis***

Karin Eemnes is een 23-jarige studente aan de Technische Universiteit Delft. Zij wordt verwezen door de revalidatiearts voor intensieve psychotherapie. Op dat moment heeft zij ruim drie jaar last van (pijn)klachten aan pols en arm.

De klachten begonnen in het tweede jaar van haar studie, na het maken van twee grote verslagen, waarvoor zij veel op de computer moest werken. Ook had zij in die tijd een belangrijke functie in een studentenvereniging, wat naast lange nachten en weinig slaap ook veel computerwerk met zich meebracht. Zij zocht hulp en kreeg fysiotherapie. Dit hielp niet. Dat gold ook voor manuele therapie, chiropraxie, acupunctuur en een meditatiecursus. Het laatste jaar volgde zij diverse onderdelen op een revalidatiecentrum (ergotherapie, fysiotherapie, medische trainingstherapie met conditieopbouw, relaxatietraining, gesprekken met een psycholoog over haar perfectionisme en te nemen beslissingen in haar leven). Dit alles zonder succes. De klachten namen de afgelopen drie jaar alleen maar toe.

Mevrouw Eemnes heeft vooral pijn in haar rechterarm en pols, soms uitstrekkend naar haar schouder. De pijn is de hele dag aanwezig, maar als zij haar polsen en handen nauwelijks belast, dan is deze goed te verdragen. Bij belasting meent de pijn snel toe

in intensiteit. Soms is er sprake van krachtverlies en onhandigheid. Mevrouw Eemnes is de hele dag met haar klachten bezig. Zij vraagt zich telkens af of zij iets wel of niet moet doen, of zij moet stoppen of doorgaan, en ook of zij nog een nieuwe behandeling moet proberen of niet. Zij twijfelt momenteel over bindweefselmassage. Ook let zij voortdurend op hoe zij zich beweegt, hoe zij zit, loopt, opstaat enzovoort. Als zij zit of staat, past zij haar houding doorlopend aan, lettend op elke gewaarwording die erop zou kunnen wijzen dat de pijn gaat toenemen. Regelmatig wordt zij overvallen door de gedachte dat de klachten nooit meer zullen overgaan en ziet zij zichzelf in de toekomst thuis zitten, in een klein kamertje, zonder vrienden, zonder baan. Zij kan zich hier zo druk over maken dat er soms spanningsklachten ontstaan: benauwdheid, hartkloppingen, druk op de borst, hoofdpijn. Ook is zij erg moe, waardoor zij zich af en toe afvraagt of zij niet meer mankeert dan alleen RSI.

De klachten hebben ertoe geleid dat de studie vertraging heeft opgelopen: schrijven doet de pijn sterk toenemen, evenals werken op de computer. Zij heeft nu bijna haar derde jaar afgerond. Haar punten zijn, net als voor de klachten, hoog: achten en negens. Het leven van mevrouw Eemnes is erg ingeperkt. Vroeger sportte ze veel (hockey, squash, tennis, surfen), dat doet zij nu allang niet meer. Ze is uit de studentenvereniging gegaan uit angst zich te veel te belasten. Zij gaat ook nog maar weinig uit. Bij feestjes gaat zij vroeg naar huis. Tot voor kort sloeg zij soms door; dan bleef zij tot de vroege ochtend. Omdat zij dan dagenlang niets meer kon doen door de pijn, is zij hiermee gestopt. Zij heeft veel geld besteed aan aanpassingen: ander toetsenbord, andere bureaustoel. Sinds kort heeft zij een spraakherkenningsprogramma op haar computer. Het werken hiermee kost echter veel tijd.

### ***Behandeling***

De eerste zes maanden kreeg mevrouw Eemnes inzichtgevende therapie. Dit wilde ze graag en de indicatiecommissie vond het goed. De klachten namen niet af. Wel concludeerde mevrouw Eemnes dat haar problemen niet in het verleden lagen, al waren er veel conflicten tussen haar ouders geweest. Daarop werd zij verwezen voor cognitieve gedragstherapie.

Deze behandeling begon met een uitgebreide uitleg over de rol van stress en spanning op spieren en pezen. Vervolgens werd het continue monitoren van het lichaam besproken; hoeveel spanning het voortdurend alert zijn op signalen van overbelasting en het telkens aanpassen van de houding met zich meebrengt. En ook de vermijding kwam ter sprake: niet alleen neemt door het beperken van lichamelijke inspanning de conditie van de spieren sterk af, waardoor zij gevoeliger worden voor spanning, ook zorgt het minder uitgaan, het sowieso minder leuke dingen doen, voor een tekort aan plezier en ontspanning. Benadrukt werd dat de behandeling zich richtte zich op het beperken van deze gevolgen van de klachten. Hierdoor, zo blijkt uit onderzoek, kunnen ook de klachten verminderen, en misschien zelfs verdwijnen.

Mevrouw Eemnes nam niet zomaar alles aan. Ze wierp tegen dat ze wel meer wilde doen, maar dat dit echt niet ging. Zij had vaak meer gedaan, ook leuke dingen, en dat had er alleen maar toe geleid dat ze daarna haar handen drie dagen niet had kunnen gebruiken. Ook zou ze graag zichzelf minder observeren, maar ze was ervan overtuigd dat dit onherroepelijk zou leiden tot overbelasting. Ook dit had zij al herhaalde malen

ervaren. Ook hadden alle eerdere behandelaren haar verteld dat ze goed op zichzelf moest letten, dat pijn een signaal was om te stoppen, een teken van overbelasting dat zij heel serieus moest nemen. Ze snapte het model en zij begreep, in zekere zin, de logica van de behandeling die daaruit voortvloeyde wel, maar het was niet mogelijk. Wat zij nu deed was conform eerdere adviezen en het maximaal haalbare.

De eerdere adviezen werden kritisch bekeken. De afgelopen drie jaar had mevrouw Eemnes volgens deze adviezen geleefd, zonder dat het de klachten goed had gedaan. Integendeel, de klachten waren alleen maar toegenomen. En ook bij het revalidatiecentrum was enige nuancering op zijn plaats. Hier werd uitbreiding van activiteiten juist benadrukt, zij het stapsgewijs, zij het voorzichtig. Mevrouw Eemnes noemde de gesprekken met de psycholoog. Die waren onder andere gegaan over het al dan niet stoppen met de studie. Dit leek te zijn besproken op aandringen van de psycholoog. Uiteindelijk bleek mevrouw Eemnes degene te zijn geweest die dit onderwerp had aangedragen, uit bezorgdheid dat zij te veel deed, en niet de therapeut, zoals zij het achteraf had geïnterpreteerd.

Na drie zittingen discussie werd een compromis bereikt. Mevrouw Eemnes zou, stapje voor stapje, meer gaan doen en langer doorgaan, maar zij zou stoppen als de pijn echt hevig werd. Ook zou zij minder op zichzelf gaan letten en haar houding niet langer aanpassen. Hoewel er op dat moment een goede werkrelatie was, die ook zou blijven bestaan, was haar twijfel over de juistheid van de behandeling niet verdwenen. In de zevende zitting gaf zij aan te zijn gestart met bindweefselmassage als compensatie voor de belasting die de huidige therapie met zich meebracht. Ook bleef zij in zowat elke zitting haar zorg uitspreken over de 'nieuwe aanpak' en de belasting en de pijn die dit met zich meebracht. Daarbij vroeg zij zich geregeld af of het niet beter zou zijn om zes maanden volledige rust te nemen, zodat haar spieren en pezen zouden kunnen helen. Een korte discussie, waarin de waarschijnlijkheid werd besproken of de voor- en nadelen werden onderzocht, was echter telkens genoeg om haar door te laten gaan met de behandeling.

Vanaf de derde zitting werden afspraken gemaakt om activiteiten uit te breiden (langer studeren achter de computer, langer op een feestje blijven) en meer 'leuke' of 'zinvolle' dingen te gaan doen (uitgaan, op vakantie gaan). Ook probeerde zij zichzelf niet meer te monitoren, eerst op de fiets, later ook zittend en staand. Ten slotte stopte ze er mee om voorzichtig te gaan zitten en staan, daarbij lettend op elk klachtje, het lichaam daarop onmiddellijk aanpassend. Vooral bij het zitten kostte het haar veel moeite te stoppen met zichzelf te observeren, zeker als er weinig afleiding was. Hoe langer zij zat, hoe meer ze het ging doen, hoe meer ze ging verzitten. Er werd een soort meditatieoefening afgesproken, passend bij de meditatiecursus die zij twee jaar geleden had gevolgd. Als zij merkte dat zij zichzelf aan het observeren was zou zij tegen zichzelf zeggen 'laat los' en dan met haar gedachten 'van de buitenkant van haar lichaam naar binnen gaan' en zich enkele tellen concentreren op de rust en stilte daar. Zij vond dit prettig om te doen en rapporteerde dat het hielp.

In een volgende zitting werd stilgestaan bij de gedachten en beelden waarin zij zich eenzaam thuis zag zitten, zonder vrienden, zonder baan. Het cognitief dagboek werd geïntroduceerd; elke keer als zij zo'n gedachte had, vulde zij het in. Omdat zij inmiddels een relatie had gekregen met een man die de klachten accepteerde en er begripvol maar ook nuchter mee omging, en omdat zij goede punten bleef halen voor werkstukken en

tentamens, in een geleidelijk hoger werktempo, waren alternatieve gedachten redelijk gemakkelijk te vinden. De angstklachten namen sterk af. De bezorgdheid over de toekomst bleef af en toe aanwezig, maar had beduidend minder invloed. Tijdens de gesprekken hierover kwam ook haar hoge streefniveau ter sprake, waaronder de hoge punten die zij haalde. Zij had nooit genoeg genomen met een zeven of lager. De middelbare school had ze afgemaakt met enkel achten en negens. Het liefst had zij cum laude willen afstuderen. Na enkele gesprekken hierover gaf zij aan misschien wel met lagere cijfers genoeg te kunnen nemen. Zij bleef echter, ook in het vervolg, hoge punten halen.

Een belangrijk deel van de gesprekken ging over het accepteren van de klachten. Mevrouw Eemnes vocht er eigenlijk de hele dag tegen. Ze vroeg zichzelf constant af waarom ze nu alweer pijn had, waarom het niet overging, of ze toch niet rustiger aan moest doen enzovoort. Ze paste de meditatieoefening weer toe. Mevrouw Eemnes zou zich elke dag een kwartier terugtrekken. Ze zou kort met haar aandacht naar de pijn toe gaan en dan tegen zichzelf zeggen 'laat los, het zij zo' of 'dit is waar ik verder mee moet leven' en dan enkele tellen of langer zich concentreren op rust en stilte in haar lichaam. Daarna zou ze de oefening een aantal malen herhalen. De zin 'laat los, het zij zo' zou zij ook telkens tegen zichzelf zeggen, als zij zich op andere tijden druk maakte over de pijn. De therapeut vroeg haar ook er een gebaar bij te maken, haar handen met de palmen naar boven te openen, alsof zij de pijn voor zich plaatste. Dit was de pijn waar zij last van had, die zij bij zich moest dragen, waarnaar zij moest kijken en waarmee zij (voorlopig) verder moest leven.

Na tien zittingen, verspreid over acht maanden, was er veel veranderd. De studie verliep goed: sinds de start van de behandeling had zij bij slechts twee van de acht vakken een vertraging opgelopen. Zij ging vaker uit, bleef langer op feestjes en was weer lid geworden van een studentenvereniging. Ze was gaan skeeleren, soms op het fanatieke af, was gaan zwemmen, en had in de zomer een aantal malen gesurft. Het lukte haar vaak om te stoppen met zichzelf te observeren. Het observeren zelf bleef, automatisch, plaatsvinden. Zij paste ook duidelijk minder haar houding aan, maar ook dit ging niet vanzelf; ze moest erop blijven letten. Rampgedachten over de toekomst kwamen nog maar zelden voor en gaven slechts een beperkte spanning. Toch was mevrouw Eemnes maar matig tevreden. Zij deed veel meer dan voorheen en genoot daar ook van, maar de pijn was niet verdwenen, of zelfs maar verminderd. Een pijnlijst, waarin zij driemaal daags een punt van 0 tot 5 moest geven aan de pijn, bevestigde dit: de eerste twee weken van de behandeling was de pijnsterkte gemiddeld 2,6, in de drie weken na de tiende zitting was dit 2,4. Ze bleef het moeilijk vinden om dit te accepteren. Ze kon zich er niet bij neerleggen dat de pijnklachten misschien nog vele jaren zouden blijven bestaan.

Omdat mevrouw Eemnes bang was om weer terug te vallen in haar oude patroon werden er nog drie zittingen afgesproken, verspreid over de tijd (met tussenpozen van 2, 4 en 6 maanden). De verbeteringen bleven; de pijn bleef hetzelfde (gemiddeld 2,5 over twee weken). Zij was, bij afsluiting, echter meer tevreden dan na tien zittingen. Er waren weken en zelfs enkele maanden geweest waarin de pijn duidelijk minder was. De laatste maand had zij erg hard gewerkt aan een groot verslag, reden voor de huidige toename in pijn. Zij had sinds kort autorijles, iets wat zij voorheen niet had gedurfd. Ook had zij een stageplek gevonden. Tot voor kort had zij hier niet naar durven zoeken, omdat ze zeker wist dat een stage te belastend voor haar zou zijn.

## De heer Bakker

### *Voorgeschiedenis*

Ruud Bakker, 45 jaar, wordt verwezen door de huisarts. Hij heeft ruim een jaar klachten aan zijn rechterhand en -pols, die hem het werken onmogelijk maken. Er is krachtsverlies en coördinatieverlies waardoor hij dingen laat vallen en hij heeft pijn als hij te lang doorgaat. Hij bekleedt een hoge functie bij een overheidsinstantie. Zijn werk bestaat uit vergaderen en rapporten schrijven en beoordelen. Hij brengt vele uren achter de computer door. Sinds vier maanden zit hij in de ziektewet. Niet alleen vanwege de eerder beschreven klachten, maar ook omdat hij steeds geprikkelder reageerde op zijn medewerkers. Rust, fysiotherapie en haptonomie brachten geen verlichting.

De heer Bakker is vooral boos: op zichzelf, dat hem dit is overkomen en dat hij dat heeft laten gebeuren; op zijn klachten die niet te beïnvloeden lijken en hem tarten; op allerlei instanties, die hem van het kastje naar de muur sturen, die zeggen hem te kunnen helpen en dat niet doen. De Arbo-arts suggereerde bijvoorbeeld antidepressiva terwijl hij niet somber was, de fysiotherapeut zette hem aan een kastje met magnetische golven en ging koffie drinken, de haptonoom kostte handenvol geld en zei dat hij niet bij zijn gevoel kon komen. Al bij de intake is deze irritatie duidelijk zichtbaar. Op vele vragen reageert meneer Bakker geprikkeld en met ongeduld. Hij ergert zich ook aan de procedure – waarom moet hij in twee gesprekken dezelfde vragen beantwoorden, waarom moet er daarna nog overlegd worden met een psychiater die hem weer niets nieuws vraagt? Hij geeft aan dat hij psychisch niets mankeert. Hij is hier op advies van zijn huisarts, die hij respecteert en met wie hij, ook persoonlijk, een goed contact heeft. Zijn leven loopt prima. Hij houdt van zijn baan, maakt weken van zestig tot tachtig uur en schrijft daarnaast nog artikelen en boeken. Hij heeft geen relatie en wil dit ook niet. Zijn voorgaande relaties waren alleen maar strijd. Hij wil niet praten over gevoelens of over het verleden, hij wil adviezen hoe hij van zijn klachten af kan komen. De voorgestelde behandeling, cognitieve gedragstherapie bij de hem aanbevolen therapeut, kan dan ook, bijna als enige therapie, zijn goedkeuring krijgen.

### *Behandeling*

De eerste zitting van deze behandeling verliep moeizaam. Meneer Bakker beantwoordde de eerste vragen weer ongeduldig en geïrriteerd. De boosheid werd benoemd. De heer Bakker reageerde uiterst kil: hij wás niet boos, hij wás niet geïrriteerd. Hij vond dat hij, gezien de ernst van de klachten, er prima mee omging. Ook op de opmerking dat het eigenlijk logisch was om geprikkeld te zijn bij klachten die niet overgaan, reageerde hij eerder wrevelig dan instemmend. Hij gaf aan hier niet te zijn om zijn klachten te accepteren, dat deed hij allang; hij wilde dat zijn klachten afnamen. De heer Bakker was geen gemakkelijke man. Dat werd ook door hemzelf beaamd. Hij stelde hoge eisen, niet alleen aan zichzelf, ook aan anderen. Hij vertelde, met enige trots, hoe hard hij zijn medewerkers aanpakte en hoe hij iemand die te lui was om te werken, er na enkele maanden al had uitgewerkt. Dat zijn afdeling goed liep, had daarmee te maken.

Na deze kennismaking legde de therapeut de behandeling uit. De therapeut gaf aan dat nergens in de beschrijving van RSI melding werd gemaakt van een psychische oorzaak. Het is een lichamelijke aandoening, veroorzaakt door lichamelijke factoren.



Het is echter wel zo dat de klachten, door er op een bepaalde manier mee om te gaan, kunnen verergeren of verminderen. Met nadruk werd gesteld dat de behandeling zich daarop zou richten. Niet op de oorzaak, wel op het anders omgaan met de gevolgen. Deze uitleg was onacceptabel. De heer Bakker benadrukte nogmaals dat hij goed omging met zijn klachten en zich niet kon voorstellen dat hij iets fout deed. Na nog een korte, zinloze, discussie hierover kwam het gesprek tot een einde.

In de twee zittingen hierna benadrukte de therapeut opnieuw de rol van spanning en stress bij het instandhouden van de klachten. Stress bleek een woord dat de heer Bakker kon accepteren. Aan het einde van de derde zitting leek er wat veranderd. Na een stevige en wederom vermoeiende discussie zei hij bij het weggaan dat 'dit soort gesprekken toch een uitdaging zijn voor iedere behandelaar'.

De gesprekken hierna verliepen vriendelijker, met minder strijd. Er werd een ontspanningsoefening gedaan die meneer Bakker thuis goed oefende. Vervolgens kreeg hij het advies te gaan sporten. Hij ging hardlopen, eerst twee maal per week, later vijf maal per week. De heer Bakker werd ook verder geactiveerd. Hij deed, vanaf zijn ziekmelding, nog maar weinig. Hij had zich thuis enkele weken met zijn werk beziggehouden, maar was hiermee gestopt toen de klachten bleven toenemen. Hij sliep lang uit en las veel boeken en kranten. Hoewel hij hiervan genoot, attendeerde het hem ook op zijn klachten: vaak kon hij een boek niet meer vasthouden, met irritatie en boosheid tot gevolg. Hij vulde, desgevraagd, zijn leven in met andere activiteiten: hij maakte lange wandelingen, bezocht veilingen en ging op zoek naar een nieuwe zeilboot. Daarna werd, omdat hij zich bleef ergeren aan zijn klachten en zich herhaaldelijk boos uitliet over allerlei zaken, een andere belemmerende factor voor verbetering ter sprake gebracht: zijn karakter. De therapeut omschreef de heer Bakker als gedreven, consciëntieus en precies. Hij was betrouwbaar in zijn werk en werd gewaardeerd omdat hij de moeilijkste klussen snel tot een goed einde bracht. Allemaal eigenschappen die nodig zijn om succesvol te zijn, maar die ook nadelen hebben.

'Uw sterke karakter werkt nu tegen u,' gaf de therapeut aan. 'Er is een kans dat uw klachten minder worden, maar alleen als u zich er niet meer druk over maakt; als u naar uw handen en polsen kunt kijken en denkt 'en hier moet ik mee leven'. Zolang u dat niet doet levert het stress op, en dat verergert de klachten. En dat is eigenlijk het moeilijkste dat u kan worden gevraagd. Om snel van deze klachten af te komen moet je iemand zijn die zich nergens druk om maakt, iemand die alles laat voor wat het is. En dat is nu net wat u niet bent. U stelt hoge eisen, u wilt alles onder controle krijgen en daar gaat u ook voor. En daar bereik je veel mee, maar niet dat deze klachten overgaan. Daarvoor moet je stoppen met vechten en de klachten niet willen veranderen. Wat u nu doet, lijkt een beetje op een man die in een grote kuil is gevallen en zijn uiterste best doet om eruit te komen. Maar hoe harder hij naar boven probeert te klimmen, hoe meer zand er omlaag valt en hoe groter de kuil wordt. Dat is de situatie waarin u zich bevindt. Soms is het beter om niks te doen, om eerst maar eens rustig te kijken naar de vreemde situatie waarin je bent terechtgekomen.'

De therapeut besloot het verhaal, enigszins weifelend, met enige hoop. Hoewel het de heer Bakker moeilijk zou vallen, dacht de therapeut toch dat het zijn patiënt zou kunnen lukken om dit te veranderen. En meer was niet nodig. Hoewel de heer Bakker tijdens het gesprek af en toe geïrriteerd zuchtte, luisterde hij goed. Bij het vertrek zei hij het in ieder geval te kunnen proberen. In de volgende zittingen kwam de therapeut hierop

steeds terug. Het meermaals benoemen van zijn sterke kanten deed de relatie duidelijk goed, de afwijzende houding nam verder af. Hij deed zijn best afstand te nemen van zijn klachten. Zo keek hij af en toe, enigszins spottend, naar zijn handen. Hij gaf aan nu te begrijpen wat onder acceptatie verstaan werd. Een zitting later vertelde de heer Bakker dat hij regelmatig 's avonds een (oorlogs)spel deed op de computer, soms uren achtereen. Hij werd hier krachtig op aangesproken: gefaseerde belasting is goed, urenlange belasting niet – als hij hiermee door zou gaan zou de behandeling worden beëindigd. Hij ging hiermee akkoord.

Vanaf zitting tien, na vijf maanden behandeling, hervatte de heer Bakker zijn werk, met twee keer een dagdeel per week. Hij ging meteen aan het werk en dicteerde vele rapporten. Hij ergerde zich al weer snel aan zijn medewerkers, aan wat er de afgelopen maanden was blijven liggen, aan een aangepaste bureaustoel die al enige maanden op zich liet wachten en aan allerlei instanties die weer niet deden wat hij ze aanbeval. Met als thema stresshantering werd, in de maanden daarop, besproken hoe hij hiermee anders kon omgaan. De overtuiging dat als hij de teugels zou laten vieren, zijn medewerkers geen goed werk zouden afleveren, was voor hem niet bespreekbaar: dat was zo! De oplossing was de benoeming van twee teamleiders die in eerste instantie verantwoordelijk werden voor de uitvoering van taken. De heer Bakker had dit al eerder bedacht. Hij had ook al twee medewerkers in gedachten. In eerste instantie bleek deze verandering in de structuur van de afdeling niet mogelijk. Nadat hij zich hierover twee weken had opgewonden en dit op het werk duidelijk kenbaar had gemaakt, was de verandering een feit.

Na achttien zittingen, in elf maanden, werd de behandeling afgesloten. De heer Bakker werkte weer volledig. De pijn in zijn polsen was vrijwel volledig verdwenen. Zijn score op de pijnlijst was gedaald van 3,2 (bij aanvang van de behandeling) tot 0,4 (bij ontslag). Hij probeerde overbelasting te voorkomen. Hij nam geen werk meer mee naar huis. Soms lukte het hem om zich korter te ergeren aan medewerkers of andere instanties. Hij was hier bewust mee bezig. Hij squashte en zeilde weer. Hij was tevreden over het bereikte resultaat. Hij had het sportadvies en de ontspanningsoefeningen zinvol gevonden. Verder waren het prettige gesprekken geweest.

## Beschouwing

De behandelingen hebben een aantal kenmerken gemeen. Er was een duidelijke rationale en er werd expliciet aandacht besteed aan motivatie voor de behandeling. Beide patiënten moesten hun activiteiten uitbreiden. Bij de ene patiënt werd (beperkt) gebruikgemaakt van technieken uit de cognitieve therapie, bij de andere vond een cognitieve heretikettering plaats. Veel aandacht ging uit naar acceptatie van de klachten. Beide behandelingen richtten zich op het verminderen van de gevolgen van de klachten (Van Rood et al., 2001). Het resultaat van beide behandelingen was gunstig. De negatieve gevolgen van de klachten namen sterk af: de emoties die de klachten oproepen verminderden in intensiteit, en ziektegedrag, waaronder vermijding, verdween. Gezond gedrag (sporten, hobby's) nam toe. Ook de klachten zelf verminderden of verdwenen. Deze resultaten zijn in overeenstemming met resultaten van onderzoeken naar vergelijkbare behandelingen (zie Nezu, Nezu, & Lombardo, 2001; Speckens et al., 1995).

Uitgangspunt bij beide behandelingen was dat hevige emoties de klachten in stand hielden of verergerden. Beide patiënten werd verteld dat stress of spanning een negatieve invloed had op spieren en pezen, en daarmee een negatieve invloed op de klachten zelf. Dit is een iets te simpele voorstelling van zaken. De relatie tussen spanning, spierspanning, overbelasting, schade aan spieren en pijn is veel ingewikkelder (zie bijvoorbeeld Gezondheidsraad, 2000, pp. 23-25). Voor beide patiënten was het geschetste model echter voldoende duidelijk en het bood mogelijkheden om de klachten te beïnvloeden. Dat gold ook voor de uitleg over de negatieve gevolgen van de beperkingen die door de klachten waren ontstaan.

Bij beide patiënten kon de behandeling niet zomaar van start gaan. Mevrouw Eemnes was bang dat haar klachten alleen maar zouden toenemen als zij meer zou gaan doen. Het kostte drie zittingen om haar te motiveren het te proberen. Patiënten met CANS krijgen vele adviezen om het rustig aan te doen, om goed op de grenzen te letten, om de pijnklachten serieus te nemen (pijn is een teken dat er iets mis is in het lichaam; pijn is een waarschuwingssignaal om te stoppen). Vaak horen patiënten dat ze activiteiten die pijn geven of de pijn doen toenemen moeten vermijden. Meestal wordt dan bedoeld om niet te forceren. Patiënten zien deze adviezen echter vooral als waarschuwing om onmiddellijk te stoppen als de pijn toeneemt, ook al is dit slechts in lichte mate het geval. Vaak wordt ook vermeld dat het zinnig is om de dagelijkse activiteiten te beperken, opdat de totale belasting vermindert. Dat dit ook kan doorschieten, dat er te veel voorzichtigheid kan worden betracht, wordt echter maar zelden genoemd.

Bij de heer Bakker moest eerst een relatie ontstaan van (een zekere) gelijkheid en respect voordat hij adviezen kon accepteren en opvolgen. Toen dit, na een moeizaam begin, was gelukt en er overeenstemming was bereikt over wat de klachten liet bestaan – niet boosheid, maar stress – werd elk advies goed opgevolgd. De heer Bakker had een hekel aan zwakheid, aan besluiteloosheid en onduidelijkheid. De therapeut zorgde er dan ook voor dat dit niet voorkwam: adviezen werden zonder twijfel en overtuigend gebracht. Een discussie werd stevig ingegaan, waarin de heer Bakker soms gelijk kreeg, soms slechts ten dele. Toen bleek dat de heer Bakker 's avonds regelmatig achter de computer zat, werd hij hier krachtig op aangesproken.

Beide patiënten breidden hun activiteiten geleidelijk aan uit. Vooral mevrouw Eemnes vond dit moeilijk: haar centrale klacht was pijn, die snel toenam bij inspanning. Zij had vooral last van bewegingsangst. Haar behandeling is dan ook (deels) vergelijkbaar met de behandeling van chronische pijn (zie Crombez & Vlaeyen, 2001). Een belangrijk onderdeel van deze behandeling betreft een stapsgewijze toename van activiteiten, gericht op de toename van gezond gedrag (lopen, fietsen, hobby's oppakken, werkhervatting) en afname van pijngedrag (te veel liggen, zitten, gestoord bewegen).

De behandeling van mevrouw Eemnes roept een belangrijke vraag op: Waarom hielp de hier beschreven behandeling wel – in afname van bewegingsangst – en was het revalidatiecentrum niet succesvol? Mogelijk was de rationale van de behandeling, dat angst en spanning de klachten in stand hielden, van belang. Dat was nieuw voor haar. Belangrijk was ook dat zij, om haar klachten te doen afnemen, *zelf* dingen moest ondernemen. Dit mogelijk in tegenstelling tot het revalidatiecentrum waar zij fysiotherapie, ergotherapie en medische conditietraining *onderging*. Misschien vond daar geen echte blootstelling aan de angst plaats. Er was altijd wel een begeleider

aanwezig, die toestond dat zij stopte met een oefening of, in de ogen van mevrouw Eemnes, ervoor zorgde dat zij niet te ver ging.

Ook de heer Bakker had last van pijn. Angst speelde bij hem geen rol; hij was veel meer geobsedeerd met zijn onvermogen de klachten onder controle te krijgen. Dit leidde tot een sterke toename van frustratie, een frustratie of boosheid die waarschijnlijk altijd al bij hem aanwezig was. Een aantal malen benoemde de therapeut de boosheid: op normale wijze, op grappige wijze, krachtig ('Kom nou, u bent gewoon boos'), maar keer op keer ontkende meneer Bakker. Hij reageerde wel telkens minder geprikkeld, dus mogelijk was op de lange termijn dit onderwerp wel bespreekbaar geweest. De heer Bakker meldde zich aan met klachten aan pols en arm. Hij had zelf geen last van persoonlijkheidsproblematiek, met boosheid als belangrijkste emotie, maar zijn medewerkers mogelijk wel. Dit was ook de reden waarom de therapeut de hoge eisen van de heer Bakker niet rechtstreeks ter sprake bracht; daar kwam hij niet voor; daar stond hij ook niet voor open. Wel kwam dit indirect ter sprake tijdens het hervatten van het werk. Zijn behandeling omvatte ook meer dan het leren omgaan met zijn klachten. Uiteindelijk werd veel tijd besteed aan het beter leren omgaan met ergernissen. Wat niet veranderde, waren zijn ideeën dat hij het eigenlijk altijd het beste wist en dat veel mensen incapabel waren of lui. Het lukte hem soms wel om zich er minder druk over te maken.

Niet alleen de heer Bakker was een perfectionist; ook mevrouw Eemnes stelde hoge eisen aan zichzelf. Kenmerken die vaak geassocieerd worden met CANS, zonder dat hier degelijk onderzoek naar is gedaan. Bij beiden zorgden deze eigenschappen er, tot op zekere hoogte, voor dat de klachten bleven bestaan, door de spanning en stress die dit met zich meebracht. De klachten werden deels in stand gehouden door dit perfectionisme, wat iets anders is dan dat dit de klachten (mede) deed ontstaan. Ook dat is een suggestie die, zonder ondersteunend onderzoek, in de literatuur wel eens wordt gemaakt (bijvoorbeeld Tyrer, 1994).

Een belangrijk deel van de behandeling richtte zich op acceptatie van de klachten. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat acceptatie samengaat met minder beperkingen en minder psychische problemen (zie McCracken, 1998). Mevrouw Eemnes bereikte een zekere aanvaarding door het toepassen van meditatietechnieken en innerlijke zelspraak ('Laat los, het zij zo'). Bij de heer Bakker werd dit bereikt door een cognitieve herstructurering: de klachten bleven bestaan door zijn sterke karakter. Door zowel de positieve kanten van zijn persoonlijkheid te benoemen als de negatieve gevolgen ervan, ontstond waarschijnlijk enige afstand tot het vechten tegen de klachten.

Een behandeling waarbij aanvaarding van de klachten centraal staat is 'acceptance and commitment therapy' (zie Hayes, Masuda, & De Mey, 2003). Een aantal elementen hiervan werd ook in de beschreven behandelingen gebruikt. De metafoor van 'de man in de kuil', is hier direct aan ontleend. Verder werd er nauwelijks stilgestaan bij de ernst van de klachten; cognities hierover werden ook niet kritisch bekeken. De klachten gaven pijn en andere problemen: dat was zo, dat stond niet ter discussie, daar moest de patiënt mee leren leven. Ook het belang van taal werd besproken. Beide patiënten werd gevraagd de woordjes 'maar', 'ondanks', 'hoewel' enzovoort zo veel mogelijk te mijden en te vervangen door 'en'. De zin 'ondanks dat ik pijn heb, heb ik toch twee uur achter de computer gewerkt' richt, hoewel positief van inhoud, de aandacht toch op

de klacht en benadrukt de belasting die de klacht geeft. 'Ik heb pijn en ik heb twee uur gewerkt' vermindert dit effect. Beide patiënten begrepen dit goed.

---

### **Abstract**

*In this article the treatment is described of two patients with persistent complaints of wrist and arm. This condition was known as RSI (Repetitive Strain Injury), now it is called CANS (Complaints of Arms, Neck and/or Shoulder). A substantial number of these complaints remain unexplained medically. This was also the case with both patients. Cognitive behaviour therapy is an effective treatment for medically unexplained physical symptoms. Treatment aims at reducing the consequences of the symptoms, not the causes. Both patients received this treatment which concentrated on the negative role of tension and stress on tendons and muscles and, through that, on their symptoms. Patients were asked to show more healthy behaviour and illness behaviour was reduced. A numbers of sessions focussed on acceptance. Procedures from 'acceptance commitment therapy' were used. One patient improved because of a cognitive restructuring. Both patients benefited from the treatment.*

### **Referenties**

- Bongers, P.M., Vet, H.C.W. de, & Blatter, B.M. (2002). RSI: vóórkomen, ontstaan, therapie en preventie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146, 1971-1976.
- Crombez, G., & Vlaeyen, J.W.S. (2001). Pijnstoornis. In: Ph. Spinhoven, T.K. Bouman & C.A.L. Hoogduin, *Behandelingsstrategieën bij Somatoforme Stoornissen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gezondheidsraad (2000). *Gezondheidsraad: RSI*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Hayes, S.C., Masuda, A., & Mey, H. de (2003). Acceptance and commitment therapy: een derde generatie gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 36, 69-96.
- McCracken, L. (1998). Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., & Lombardo, E.R. (2001). Cognitive behavior therapy of medically unexplained symptoms: a critical review of the treatment literature. *Behavior Therapy*, 32, 537-583.
- Rood, Y.R. van, Kuile, M.M. ter, & Speckens, A.E.M. (2001). Ongedifferentieerde somatoforme stoornis. In: Ph. Spinhoven, T.K. Bouman & C.A.L. Hoogduin, *Behandelstrategieën bij Somatoforme Stoornissen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Speckens, A.E.M., Hemert, A.M. van, Spinhoven, Ph., Hawton, K.E., Bolk J.H., & Rooijmans, H.G.M. (1995). Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 311, 1328-1332.
- Tyrer, S. (1994). Repetitive Strain Injury. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 493-498.
- www.kenniscentrumakb.nl