

ECHT ALTIJD MOE

Artsen moeten CVS-patiënten serieus nemen

**Het chronisch-vermoeid-
heidssyndroom is geen
inbeelding en het gaat
niet vanzelf over. Het is
een reëel klachtenbeeld
dat door vele factoren
wordt bepaald en ook als
zodanig moet worden
behandeld.**

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

Bij de erkenning van het chronisch-vermoeidheidssyndroom (CVS) speelt het echtheids criterium een cruciale rol. Dit blijkt uit het onlangs verschenen advies van de Gezondheidsraad¹ en de reactie daarop van minister Hoogervorst. De minister wil CVS niet erkennen wegens het ontbreken van wetenschappelijk bewijs: alleen wetenschappelijk bewijs en aantoonbaarheid zijn 'echt'. Deze visie ligt ten grondslag aan de vrucht van het dualisme: het biomedisch denken. Het leven en de kliniek zijn echter meer dan wetenschap en biomedische denkwijze alleen.

Het echtheids criterium is een symbool van het biomedisch denken geworden. Vanuit onze langdurige betrokkenheid bij de problematiek van onbegrepen lichamelijke klachten dan wel onverklaarbare chronische klachten^{2,3} willen wij daar enige kanttekeningen bij maken.

INBEELDING

Velen binnen en buiten de medische wereld beschouwen 'niet-echte' klachten als inbeelding. Dit vinden we terug in de termen aanstellen, aandacht, tussen de oren en secundaire ziekte winst. Er is echter geen wetenschappelijk bewijs voor de opvatting dat niet-wetenschappelijk bewezen klachten niet echt zijn. Er zijn veel echte subjectieve verschijnselen, die niet wetenschappelijk bewezen zijn. Hiermee verliest het wetenschappelijke bewijs als argument voor echtheid van klachten aan betekenis.

De commissie van de Gezondheidsraad heeft zich verzet tegen de dualistische weergave van de werkelijkheid. In een zeer afgewogen oordeel stelt ze dat er toenemend bewijs is voor de niet-dualistische integrale opvatting dat biologie (biochemische processen) en psychologie (gedrag) twee aspecten van hetzelfde zijn. Zo is aangetoond dat iemand die in de steek wordt gelaten daadwerkelijk pijn voelt.⁴ In de afgelopen jaren zijn zelfs bij 'hysterie' en placebo als inbeeldingequivalenten zachte neurologische functiestoornissen zichtbaar geworden op fMRI als teken van functioneel substraat.⁵⁻⁷

Het uitgangspunt dat lichaam en geest een eenheid vormen en dat recht

dient te worden gedaan aan biologische én psychosociale factoren is de kern van de biopsychosociale visie. Deze visie is de meest geschikte benadering voor de beoordeling en behandeling van CVS. De erkenning behoort te worden getoetst aan valide biopsychosociale criteria en dit is wat de Gezondheidsraadcommissie in haar rapport ook heeft gedaan.

SCHIJN

Het argument van minister Hoogervorst dat substraatloze klachten vanzelf weer overgaan, is onjuist. Immers de vermoeidheid die CVS kenmerkt, is na zes maanden nog aanwezig. De 3 tot 8 procent patiënten die later spontaan herstellen, vormen de uitzondering. Ook weten we van uitbehandelde chronische

pijnpatiënten die het medische circuit verlaten hebben, dat de pijn onveranderd aanwezig blijft.⁸

Dat de klachten verdwijnen, is schijn. Wat verdwijnt, is de 'naam' van de klacht. De klachten komen in een andere vorm terug en krijgen een andere naam. Per saldo zien we in de toegenomen medische consumptie een globale toename van onbegrepen lichamelijke klachten en onverklaarbare chronische klachten.

STRESSOREN

Neurowetenschappelijk onderzoek geeft duidelijk en evident aan dat de psyche en de centraal-neurologische functies twee aspecten van hetzelfde zijn. De psyche heeft organische wortels en is zoals taal een hersenfunctie.

De commissie van de Gezondheidsraad noemt de sensitisatiehypothese en betitelt deze als waardevol. Deze hypothese, naar voren gebracht door Ursin en Eriksen⁹, hebben wij verder uitgewerkt in een stressor-sensitisiatiemodel: de limbische verklaring. Dit werkmodel kan een impuls geven om stressoren vast te stellen, te behandelen en wetenschappelijk te toetsen. De ervaring leert dat dit model goed werkt in de klinische praktijk.¹⁰

Aangezien de oorzaak van CVS niet eenduidig is, concentreert de behandeling zich op de gevolgen. Ons is gebleken

dat culturele factoren een belangrijke rol spelen in het multifactorieel bepaalde klachtenbeeld. Het gaat hierbij om de verwachtingen, opvattingen en denkbeelden van de patiënt, maar ook om de reacties uit de omgeving waarmee de patiënt wordt geconfronteerd. De omgeving gebruikt termen als psychisch, aandacht, secundaire ziekte winst, modeziekten, inbeelding, aanstellen en tussen de oren. Het zijn allemaal termen met een negatieve bijbetekenis, die haaks staan op het idee dat we de patiënt serieus moeten nemen. Wij zien deze culturele termen als klachteninstandhoudende stressoren en het is wenselijk ze ongedaan te maken.

Als arts en patiënt hun eigen gedachten en verwachtingen beter zou-

Lichaam en geest vormen een eenheid

den formuleren en hun woorden op elkaar afstemmen, zal het gesprek adequater verlopen en zal het gezond gedrag bevorderen.

AANPAK

Net zoals de commissie van de Gezondheidsraad beschouwen wij CVS als een multifactorieel bepaald probleem dat vanuit de biopsychosociale visie om een multidisciplinaire aanpak vraagt.

Aan dit complexe geheel voegen wij nog de rol van beïnvloedbare culturele factoren toe.

Ook willen wij aandacht vragen voor psychosomatische fysiotherapie, naast cognitieve gedragstherapie. Het lukt niet altijd om de patiënt door cognities tot inzicht te brengen. Het lichaamsbewustzijn voor stresssignalen is bij de sociaal-cognitief ingestelde personen vaak slecht ontwikkeld. Psychosomatische fysiotherapie laat bij veel patiënten het kwartje vallen. Onze aanpak verloopt in twee fasen:

FASE 1:

- uitsluiten van een organische verklaring (kort biomedisch traject);
- herkennen dat CVS zich kan gaan ontwikkelen;
- actief de termen 'moe' en 'moeheid' gebruiken, conform de klacht;
- actief bespreken dat moeheid wordt instandgehouden door gedrag; >>

SAMENVATTING

- actief zoeken naar gedragsdeterminanten, stressoren (pseudo-medische verklaringen, vermijding, catastrofieren) en deze bespreken;
- actief begeleiden naar gezond gedrag (interne locus of control, adequate antwoorden en handelingen, bevestigen van goede keuzen);
- cognitieve gedragstherapie, *graded activity/pacing/graded exercise training*, psychosomatische fysiotherapie.

FASE 2, NA ZES MAANDEN:

- cognitieve gedragstherapie;
- *graded activity/pacing/graded exercise training*;
- psychosomatische fysiotherapie.

Als deze behandelingsvormen geen resultaat hebben, stellen we de diagnose 'CVS' en bieden ondersteunende hulp. Op deze manier krijgen CVS-patiënten

de erkenning die zij nodig hebben en kan een begaanbaar traject voor de behandeling worden ingezet. ■

M.M. Klaver,
emotieneuroloog, Hengelo, Werkgroep Onbegrepen Lichamelijke Klachten (de Paarse Brandnetel)

A.P. Visser,
psycholoog, Helen Dowling Instituut, Utrecht, Werkgroep Onverklaarbare Chronische Klachten (OCK)

Correspondentieadres: mmklaver@planet.nl

Andere MC-artikelen over CVS vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.

- Bij de erkenning van het chronisch-vermoeidheidssyndroom (CVS) speelt het echtheids criterium een cruciale rol; op dit criterium heeft biomedisch denken niet het alleenrecht.
- CVS moet niet biomedisch worden benaderd maar op biopsychosociale wijze.
- Wil men de patiënt serieus nemen, dan hoort erkenning van zijn kwaal erbij. Niet-erkennen is een belangrijke klachteninstandhoudende factor.
- De nadruk van de behandeling moet liggen op de preventie van CVS; hierbij moet het gedrag expliciet worden besproken.
- Daar waar woorden tekortschieten, is psychosomatische fysiotherapie zinvol.

Literatuur

1. Het chronische-vermoeidheidssyndroom. Gezondheidsraad. Den Haag, 2005.
2. Klaver MM, Baart JC. Het limbische systeem, een mogelijke verklaring voor onbegrepen lichamelijke klachten. *Huisarts Wet* 2003; 46: 611-3.
3. Visser AP, Gulden J van der (red). Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. Themanummer Onverklaarbare chronische klachten. 2004: geheel nummer 6. 2005.
4. Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD. Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science* 2003; 302: 290-2.
5. Mayberg HS, Silva JA, Brannan SK et al. The functional neuroanatomy of the placebo effect. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 728-37.
6. Numminen RTT, Narvanen S, Hiltunen J, Hari R. Brain correlates of subjective reality of physically and psychologically induced pain. *Proc Natl Acad Sci USA* 2005; 10: 147-51.
7. Vuilleumier P, Chicherio C, Assal F et al. Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. *Brain* 2001; 124: 1077-90.
8. Zitman FG, Linszen ACG, Van HL. Chronic pain beyond patienthood. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 97-100.
9. Ursin H, Eriksen HR. The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuro-endocrinology* 2004; 29: 567-92.
10. Klaver MM. De limbische verklaring, toegepast op een beschreven casus. *TBV* 2004; 12: 44-5.

PRAKTIJKPERIKEL

Ontzorgen of marktwerking



Een vrouw uit mijn praktijk kreeg enkele jaren geleden een beroerte. Zij was toen 54 jaar. Gelukkig is zij daarvan inmiddels weer redelijk goed hersteld, door wilskracht en met hulp van de fysiotherapeut. Om haar mobiliteit zo goed mogelijk op peil te houden oefent zij nog wekelijks met haar fysiotherapeut.

Met ingang van 1 januari dit jaar heeft haar zorgverzekeraar Zilveren Kruis Achmea geen contract meer met haar fysiotherapeut of met enige andere fysiotherapeut in ons dorp, dat 14.000 inwoners telt.

Indien mevrouw nu voor volledige vergoeding in aanmerking wil komen, moet zij naar een fysiotherapeut die is gevestigd in een andere plaats, aan de overkant van de rivier. Het is te ver voor de fiets. Met de auto is deze fysiotherapeut te bereiken door de rivier via de snelweg over te steken en met de bus moet een overstap in de stad worden gemaakt.

Als de patiënte bij haar vertrouwde therapeut wil blijven, moet ze bijbetalen.

Is dit nu ontzorgen of marktwerking? ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signaleringen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.