

Overspannenheid en chronische moeheid

Schmidt verzuimt in zijn interessante beschouwing van overspannenheid een van de belangrijkste problemen te noemen die de behandeling van het chronische vermoeidheidssyndroom (CVS) ondermijnen.¹ Het wordt steeds duidelijker dat de gangbare definitie (CDC-1994) een heterogene groep patiënten selecteert.² CVS kan dus niet worden opgevat als één entiteit met één gemeenschappelijke etiologie die met één soort therapie kan worden behandeld. De gemeenschappelijke factor is chronische onverklaarbare vermoeidheid. Bij een subgroep kan dat verband houden met stress en stemmingsstoornissen. Onderzoeken waarbij cognitieve gedragstherapie (CGT) naar voren komt als een succesvolle therapie hebben zich beperkt tot het meten van vermoeidheid, angst, depressie en functionele beperkingen. Een significant aantal patiënten kampt echter met cognitieve problemen, spierzwakte na minimale inspanning, griepachtige malaise en/of evenwichtsstoornissen.² In een onderzoek met strengere selectiecriteria waar hiernaar is gekeken bleek CGT niet effectiever dan consult in een kliniek.³ In verschillende onderzoeken is bewijs gevonden voor een aanhoudende pathologie: antilichamen van diverse pathogenen, tekenen van immunosuppressie en afwijkingen op hersenscans.³⁻⁶ Het is moeilijk in te zien welk voordeel het biedt deze patiënten over één kam te scheren met degenen bij wie CVS voornamelijk het gevolg is van stress en depressie. Als we de complexiteit van CVS niet inzien, beperken we daarmee onze therapeutische opties. Ongeschikt en onjuist advies kan het ziekteproces verergeren, leiden tot extra stress en soms tot overspanning.

*drs. Trudie Doorduyn
dr. Ellen Goudsmit
drs. Michael Koolhaas*

1. Schmidt AJM. Overspannen, depressief, burnout of chronisch vermoeid: een diagnostische grabbelton. *Huisarts Wet*

2001;44:283-7.

2. Jason LA, Richman JA, Friedberg F, Wagner L, Taylor R, Jordan KM. Politics, science, and the emergence of a new disease. The case of chronic fatigue syndrome. *American Psychologist* 1997;52:973-83.
3. Lloyd AR, Hickie I, Brockman A, Hickie C, Wilson A, Dwyer J, et al. Immunologic and psychologic therapy for patients with chronic fatigue syndrome: a double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Medicine* 1993;94:197-203.
4. Ablashi DV, Eastman HB, Owen CB, Roman MM, Friedman J, Zabriskie JB, et al. Frequent HHV-6 reactivation in multiple sclerosis (MS) and chronic fatigue syndrome (CFS) patients. *Journal of Clinical Virology* 2000;16:179-91.
5. De Meirleir K, Bisbal C, Campine I, De Becker P, Salehzada T, Demette E, et al. 37 kDa 2-5A binding protein as a potential biochemical marker for chronic fatigue syndrome. *Am J Medicine* 2000;108:99-105.
6. Tirelli U, Chierichetti F, Tavio M, Simonelli C, Bianchin G, Zanco P, et al. Brain positron emission tomography (PET) in chronic fatigue syndrome: preliminary data. *Am J Medicine* 1998;105(3A):54s-58s.

Antwoord

De paragraaf over het CVS uit mijn artikel is een – noodzakelijkerwijs – uiterst summiere samenvatting van mijn visie, die ik elders uitgebreider bespreek.¹ Daardoor zijn bepaalde nuances en argumenteringen weggefallen.

Ik ben het overigens eens met Doorduyn, Goudsmit en Koolhaas dat bij de thans gebruikte criteria de ene CVS-patiënt de andere niet is. In het artikel wordt dit wellicht te terloops genoemd. Deels hangt deze variatie samen met de enorme heterogeniteit van het moeheidsbegrip als zodanig,² deels ook met het wisselende belang dat in individuele gevallen aan somatische factoren wordt gehecht. Blijvende moeheid na een doorgemaakte ziekte suggereert eerder een somatische etiologie dan de onverklaarbare moeheid, waarbij lichamelijk onderzoek geen oorzakelijke afwijkingen aan het licht kan brengen. Voorlopig gaat het bij deze laatste groep om de overgrote meerderheid

van de patiënten met CVS.³ Overeenkomsten en verschillen met de diagnose overspanning, zoals ik die hanteer, zullen dan moeten blijken uit een vergelijking van actuele klachten en analyse van psychische etiologie. Elders ga ik veel uitgebreider op beide aspecten in.¹ Voor de bedoelde subgroep geldt dan dat deze CVS-patiënten passen binnen het theoretisch kader dat ik voor overspanning hanteer. De klachtenbeelden in deze subgroep verschillen hoogstens door een belangrijker rol van moeheid in de klacht-presentatie.

Het pleiten voor een CVS-overspanningsvariant moet niet worden gezien als een door territoriumdrift ingegeven psychologische inlijving, maar als een poging om een (overigens vooralsnog zeer omvangrijke) CVS-deelgroep te nuanceren uit het heterogene beeld dat met CVS wordt aangeduid.

Anton Schmidt

1. Schmidt AJM. De Psychologie van Overspanning. Theorie en Praktijk. Amsterdam: Boom, 2000.
2. Meijman TF. Vermoeidheid. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Perrijs AC, Gerrichhuizen J. Mentale belasting in het werk. Utrecht: Lemma, 1995.
3. Wessely S. Chronic fatigue: symptom and syndrome. *Ann Intern Med*. 2001;134:838-43.

Twee berichten in het Journaal: dubbele moraal?

In H&W nummer 6 staat het bericht 'foto bij rugpijn maakt patiënten zeker'. Bij patiënten heeft het laten maken van een röntgenfoto het paradoxale gevolg dat de patiënten na drie maanden zieker blijken te zijn (meer klachten, meer doktersbezoek) dan zonder foto, terwijl ze na negen maanden ook (toch?) tevredener blijken te zijn over de dokter. De conclusie is: 'patiënten weten gewoon niet wat goed voor ze is. Of we leggen het ze niet genoeg uit'.

In H&W nummer 8 worden in het bericht 'Migraine en moederkruid' een aantal

onderzoeken 'van matige kwaliteit' beschreven waaruit een effect van moederkruid bij migraine zou kunnen blijken. En bij acupunctuur ervaart 50% van de mensen een symptoomreductie van 50%. Conclusie: 'misschien is moederkruid dus geen kwakzalverij... Homeopathie is sympathieke kwakzalverij. Acupunctuur is het proberen waard.'

Het interessante is dat bij geaccepteerde methoden zoals het maken van röntgenfoto's voor lief genomen wordt dat ze schadelijk zijn, zonder dat het woord kwakzalverij valt. De kosten van de nutteloze, schadelijke handeling worden zelfs vergoed. Daarentegen is bij niet geaccepteerde methoden het feit dat ze mogelijk goed doen, geen reden om ze op te nemen in het voorschrijfrepertoire.

Is hier sprake van een dubbele moraal? Bij een reguliere behandeling moet er heel wat gebeuren voor de schadelijke werking luid en duidelijk beschreven wordt, bij een niet-reguliere moet er heel wat gebeuren voor de mogelijke benefit geaccepteerd wordt.

Kunnen we de conclusies omdraaien? 'Röntgenonderzoek onsympathieke reguliere geneeskunde'? En 'Patiënten weten wat goed voor ze is, dokters nog niet? Of leggen ze het ons niet genoeg uit?'

Paul Wormer, huisarts

Antwoord

Een belangrijk deel van de NHG-standaarden, de Cochrane-reviews en huisartsgeneeskundig onderzoek betreft de schadelijkheid of niet-werkzaamheid van de reguliere geneeskunde. Voor de werkzaamheid van de niet-reguliere behandeling gelden volgens ons dezelfde maatstaven als bij de reguliere geneeskunde. Niks dubbele moraal, dus. Dat patiënten vaak weten wat goed voor ze is en reguliere geneeskunde vaak onsympathiek is, klopt ook.

Joost Zaat

Circumcisie van zuigelingen in de huisartspraktijk 1

In het artikel van *Robberse et al.* (Huisarts Wet 2001(9):381-4) is er in figuur 2 een inconsistentie tussen wat in figuur a is getekend en in de legenda staat beschreven: de voorhuid zou volgens de tekst in de legenda distaal van de rechte klem afgesneden moeten worden en niet zoals in de tekening proximaal. In de tekst op p. 381 staat echter duidelijk dat proximaal (onder) de klem gesneden moet worden.

Ik kan wel begrip opbrengen voor de beschrijving in de legenda maar distaal lijkt mij veiliger voor het topje van de glans ...

Teun Spies

Circumcisie van zuigelingen in de huisartspraktijk 2

Robbertse et al. tonen aan dat er een behoefte bestaat aan deze ingrepen en dat huisartsen die kunnen verrichten. Deze feiten vallen niet te ontkennen, maar het is wel de vraag of huisartsen, die overal aangeven al bovenmatig belast te worden, weekend- en avonddiensten te zwaar vinden en taken naar praktijkverpleegkundigen verschuiven, zich bezig moeten houden met niet medisch noodzakelijke – en zelfs soms tot complicaties leidende – ingrepen.

Ik ben van mening dat noch piercings, noch vrouwen- of mannenbesnijdenissen thuishoren bij een dokter. Al eeuwenlang bestaat er in Nederland voor de joodse gelovigen een 'moheel', een besnijder die geen dokter hoeft te zijn, en het lijkt mij beter dat er, net als voor de verloskundigen, een opleiding en erkenning wordt gegeven aan niet-dokters om zo nodig besnijdenissen te doen. Dat maakt het duidelijker dat het om een religieuze of cultureel bepaalde ingreep in het lichaam gaat en niet om een medische ingreep ter

voorkoming of behandeling van een ziekte. Huisartsen hebben het druk genoeg en zij zijn zeker in de grotere steden met allochtonenconcentraties hard nodig voor alle medische problematiek die daarmee gepaard gaat.

C.J. Rovers, huisarts

Antwoord

Met dank voor de reacties van collega Spies en collega Rovers. Wat betreft de opmerking van collega Spies kan ik kort zijn: hij heeft gelijk. De tekst in de legenda is onjuist. Het moet zijn *proximaal* (onder) de klem. Bij goed tegen de klem opsnijden is het risico in de glans te belanden verwaarloosbaar klein.

De reactie van collega Rovers is een veel gehoorde. Mijn ervaring is dat een dergelijke nieuwe en geheel andere activiteit juist het plezier in het werk houdt. Ons mooie vak dreigt ten onder te gaan aan het – inderdaad overal in den lande gehoorde – gezucht en gesteun over de overbelasting. Die overbelasting bestaat wat mij betreft vooral uit allerlei administratieve rompslomp, zoals de centimeters dikke rapporten die aangeleverd moeten worden om een praktijkverpleegkundige in huis te halen. Als wij ons meer op de (medische) kern van ons vak zouden kunnen richten zou de drukte al een heel stuk verminderd zijn. Wij leveren als huisartsen een meer dan uitstekend product. Voor een goed product behoort nu eenmaal een passende prijs te worden betaald en dat is momenteel niet het geval. Als huisartsen moeten we ons sterk maken voor een passende beloning en niet in de media klagen over hoe zwaar het allemaal wel niet is.

Ik ervaar het als een welkome afwisseling een dagdeel in de week een concrete activiteit te kunnen ontplooiën waar een grote groep (allochtone) mensen zeer dankbaar voor is. Dit is goed voor de energiebalans en is een uitstekend preventiemiddel tegen burnout.

E.J. Robberse