

Behandeling van het chronisch-vermoeidheidssyndroom in de huisartsenpraktijk

Van counselen naar cognitieve gedragstherapie

Dirk Van Duppen, Jasna Neirinckx, Lieve Seuntjens

Inleiding

Maria, een 45-jarige bejaardenverzorgster, ontwikkelde in 1999 cervico-brachialgieën en werd hierdoor langdurig arbeidsongeschikt. Op CT-scan werd een discushernia vastgesteld. Maria was bovendien reeds langdurig moe en had aspecifieke spierpijnen en slaapstoornissen. In april 2001 verwezen we Maria naar een revalidatiearts ter beoordeling van haar cervicale problematiek. Deze stelde echter de diagnose chronisch-vermoeidheidssyndroom (CVS). Hij verwees Maria naar een collega endocrinoloog die zich toelegt op de behandeling van CVS-patiënten. Een uitgebreide bloedanalyse was normaal, op twee kleine afwijkingen na: een wat

lage magnesiumwaarde en een positief IgG voor *Chlamydia pneumoniae*. De endocrinoloog adviseerde het toedienen van magnesium via infusen, voedingssupplementen en een langdurige antibioticabehandeling (negen maanden) ter behandeling van de zogenaamde chlamydia-infectie. (In België is dit een niet gebruikelijke behandeling.) Maria wilde dit voorstel niet zomaar aanvaarden en wendde zich opnieuw tot de huisarts. Ze voldeed inderdaad aan de diagnostische criteria voor CVS.¹ Ze leed meer dan zes maanden aan een aanhoudende moeheid, waarvoor geen lichamelijke oorzaak gevonden werd en die haar beroepsmatig, sociaal en persoonlijk functioneren zeer ernstig aantastte en die niet verbeterde na rust. Bovendien waren er uitgesproken spierpijnen verspreid voorkomend over het lichaam, regelmatig hoofdpijnen en ernstige slaapklachten.

Samenvatting

Van Duppen D, Neirinckx J, Seuntjens L. Behandeling van het chronisch-vermoeidheidssyndroom in de huisartsenpraktijk. Van counselen naar cognitieve gedragstherapie. *Huisarts Wet* 2003;46(5):259-62.

Het miskennen van de diagnose van het chronisch-vermoeidheidssyndroom (CVS) was voor onze praktijk de aanleiding om kennis te maken met cognitieve gedragstherapie (CGT). Uit vakliteratuur bleek dat alleen van CGT en opbouwende lichamelijke oefentherapie de werkzaamheid bij CVS bewezen was. We zijn de uitdaging aangegaan om door zelfstudie en intervisie binnen de groepspraktijk CGT en bewegingstherapie zelf toe te passen om de zorg voor de chronisch vermoeide patiënt te verbeteren.

Veertien van de vijftien behandelde patiënten boekten na negen maanden behandeling belangrijke vooruitgang op hun dagelijks activiteitsniveau en op de symptomenscore in hun dagboekregistratie. Vier van hen konden hun werk hervatten. Vier van de zes patiënten stakten hun dagelijks gebruik van een benzodiazepine voor de indicatie slaapstoornissen en acht van de negen het dagelijks gebruik van pijnstillers. Deze ervaring doet ons vermoeden dat CGT bij de zorg voor de chronisch vermoeide patiënt werkzamer is dan gewone gesprekstherapie in de huisartsenpraktijk.

Alles was zes jaar geleden begonnen toen haar echtgenoot psychotisch gedrag ontwikkelde en het gezin onder zware druk kwam te staan. Een psychiater behandelde Maria toen een tijdje met antidepressiva. Maria heeft nooit geloofd dat zij een depressie had. Ze is met alle medicatie gestopt en heeft haar werk hervat. De klachten zijn echter steeds aanwezig gebleven en in december 1999 kon zij het werk niet meer aan. De nek- en schouderklachten die toen opkwamen, waren eerder aanleiding dan de oorzaak voor haar arbeidsongeschiktheid.

Wij huisartsen en de psychiater hadden de diagnose van CVS gemist. Dit voorval was voor ons de aanleiding tot een zoektocht in de literatuur met als doel de zorg voor de chronisch vermoeide patiënt te verbeteren.

Clinical Evidence en de Cochrane Library stellen dat alleen van cognitieve gedragstherapie (CGT) en progressieve oefentherapie de werkzaamheid bewezen is.^{2,3} Van al de andere behandelingen (onder meer corticosteroiden, magnesium, antibiotica, immunotherapie, antivirale behandeling, voedingssupplementen, homeopathie) is de effectiviteit niet bewezen.⁴ Een publicatie in de *Lancet* van een groep Nijmeegse onderzoekers trok ook onze aandacht.⁵ In een RCT met 270 CVS-patiënten toonden zij aan dat CGT effectiever was dan zelfhulpgroepstherapie of de gebruikelijke behandeling. Belangrijk in dit onderzoek was dat therapeuten zonder ervaring met CGT bij CVS, deze CVS-patiënten behandelde. Dit betekent dat deze vorm van CGT eenvoudig aan te leren is.

Groepspraktijk Geneeskunde voor het Volk, St. Rochusstraat 57-59, B 2100 Deurne, België: D. van Duppen, J. Neirinckx, L. Seuntjens, huisartsen. Correspondentie: dirk.vanduppen@antwerpen.be
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De kern

- ▶ Van cognitieve gedragstherapie en lichamelijke oefentherapie is de werkzaamheid bij CVS bewezen.
- ▶ De huisarts kan deze behandelingen ook toepassen bij de zorg voor de chronisch vermoeide patiënt.
- ▶ De continuïteit van zorg en de vertrouwensrelatie tussen de huisarts en zijn patiënt zijn hierbij een mogelijke meerwaarde.

Achtergrond

Onze huisartsengroepspraktijk telde een patiëntenbestand van ongeveer 1500 gezinnen. Het gaat hoofdzakelijk om arbeidersgezinnen en een belangrijk aantal kansarmen. Wij kenden in onze praktijk 15 patiënten die voldeden aan de criteria voor het stellen van de diagnose van CVS.¹ In tabel 1 beschrijven we hun kenmerken. Negen van de 15 patiënten namen dagelijks pijnstillers tegen spierpijnen en 6 slikten alle dagen een benzodiazepine wegens slapeloosheid. Hun sociale achtergrond was divers: twee universitair geschoolden, een leerkracht, een maatschappelijk werkster, een verpleegkundige, twee administratief medewerkers, een huisvrouw, een activiteitenbegeleidster voor bejaarden, twee bejaardenverzorgsters, een arbeider en drie arbeidsters.

De meeste van deze patiënten hadden aan *medical shopping* gedaan in de anarchie van de 'vrij' georganiseerde geneeskunde in België. Zij hadden veel geld uitgegeven aan nutteloze behandelingen zoals het antivirale Ampligen[®], magnesiuminfusen, cortisontherapie of raakten verzeild in de alternatieve geneeswijzen. Ze waren bij ons bekend als veelklagers en tijdrovers. Maar ondanks de vele aandacht die ze van ons opeisten, zagen we bij geen van hen enige duurzame verbetering. Wij beschouwden deze patiënten dan ook als uitbehandeld. Om financiële redenen konden we de niet-kapitaalkrachtigen onder hen niet naar een CGT-psychotherapeut verwijzen. In België wordt psychotherapie niet vergoed door de ziektekostenverzekering. Wij zijn dan de uitdaging aangegaan om deze CVS-patiënten zelf als huisartsen te behandelen volgens het CGT-protocol van de groep van Nijmegen.⁶ Een cursus kwaliteitsbevordering inspireerde ons om via de *plan, do, check and act* (PDCA)-cyclus dit CGT-behandelingschema door zelfstudie en door middel van intercollegiale toetsing eigen te maken.⁷ Het werd een verbeteringsproject voor de praktijk.

Tabel 1 Kenmerken van de CVS-patiënten (n=15)

	n	spreiding
Vrouwen	13	
Gemiddelde leeftijd	46	(35-65)
Gemiddeld aantal jaren CVS	8,5	(2-22)
Nog professioneel aan het werk	4	

Belangrijkste kwaliteitsmaten

Uitkomstmaten waren de ernst van moeheid, spierpijnen of slaapstoornissen, alsook het afbouwen van het gebruik van benzodiazepines of pijnstillers. De belangrijkste kwaliteitsmaat was de ontwikkeling in het dagelijkse activiteitsniveau. Dit ging van

dagelijks wandelen of fietsen, regelmatige deelname aan andere recreatieve activiteiten buitenshuis tot werkhervatting.

Interventie

In het begin besteedden we veel aandacht aan voorlichting over CVS en de klachten aan de hand van het biopsychosociaal model. We informeerden over de bewezen werkzaamheid van een CGT-aanpak gecombineerd met opbouwende oefentherapie. Sommige patiënten namen nauwkeurig de *Lancet*-publicatie van de groep van Nijmegen door.⁵ Aan anderen legden wij de vergelijkende grafieken uit dit artikel voor met de uitkomsten van de CGT-groep versus die van de zelfhulpgroep en de controlegroep om hen te overtuigen van het nut van deze behandeling. We bespraken met de patiënt welke faciliterende, initiërende en vooral instandhoudende factoren hun klachten van chronische vermoeidheid, spierpijn en slaapstoornissen zouden kunnen veroorzaken. Ten slotte voerden we een eerste gesprek over de persoonlijke doelen.

De eerste 6 tot 8 gespreksessies van ongeveer 40 minuten hielden we om de week. Dan volgden 8 tweewekelijkse sessies en enkele maandelijkse opvolgessies (*plan and do*). We organiseerden ook maandelijks een intervisie onder de artsen (*check and act*). Gemiddeld investeerden we per patiënt ongeveer 20 gespreksessies over een periode van 9 maanden.

Telkens bespraken we het dagboek. De nog relatief actieve patiënten leerden we aanvankelijk hoe hun grenzen te hanteren om episodes van piekactiviteit te voorkomen en om tot een efficiënt energiemanagement te komen. Bij de passieve patiënten besteedden we van meet af aan veel aandacht aan het aanmoedigen van de opbouwende bewegingstherapie door tweemaal daags te gaan fietsen of wandelen. Het aanvangsniveau bedroeg de helft van de activiteit die de patiënt vlot aankon. Dagelijks werd de wandel- of fietstijd met 1 minuut verlengd. Als persoonlijk doel stelden we per patiënt dagelijks zo'n 30 à 60 minuten wandelen of fietsen voorop, tweemaal daags voor de patiënten die niet meer werkten en eenmaal daags voor hen die nog wel werkten. Bij de dagboekbespreking werd vooral de invloed van gedachten op gevoelens en gedrag blootgelegd. De patiënten registreerden ook regelmatig hun graad van vermoeidheid volgens een schaal van 0 (helemaal fris en uitgerust) tot 5 (de ergste vermoeidheid die ze zich konden inbeelden). Ze registreerden op vergelijkbare wijze spierpijnen of slaapstoornissen. Het langzaam opvoeren van de dagelijkse wandel- of fietstijd was een belangrijk hulpmiddel om de invloed van gedachten op gevoelens aan den lijve te laten ervaren. Door middel van deze thuisopdrachten konden de patiënten hun irrationele, niet-helpende opvattingen, maar ook alternatieve helpende gedachten, toetsen aan de realiteit via hun (objectiverende) dagboekregistratie. Samen werkten we planmatig en stapsgewijs naar haalbare doelen toe, tot de patiënt uiteindelijk het gevoel van zelfcontrole en zelfredzaamheid weer opbouwde.

Effecten

Tabel 2 geeft de uitkomsten weer na 9 maanden behandeling. In totaal hebben 4 patiënten (onder wie Maria) hun werk deeltijds

Tabel 2 Resultaten na negen maanden CGT en oefentherapie bij vijftien CVS-patiënten

	Uitgangssituatie		Na negen maanden behandeling	
Activiteitsniveau	<ul style="list-style-type: none"> - Vier patiënten doen professioneel werk, hebben geen energie voor huishoudelijke of recreatieve arbeid. - Vijf relatief actieve patiënten zijn arbeidsongeschikt. 		<ul style="list-style-type: none"> - Alle vier hervatten huishoudelijk werk en recreatieve activiteiten. - Twee patiënten hervatten werk in deeltijd. - Twee patiënten hebben wekelijks meerdere recreatieve activiteiten buitenshuis. 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Zes patiënten waren passief, lagen overdag meer dan drie uur op bed of in de stoel. 		<ul style="list-style-type: none"> - Een patiënt stopte de behandeling - Twee patiënten hervatten werk in deeltijd. - Twee patiënten hebben wekelijks recreatieve activiteit buitenshuis. - Twee patiënten doen huishoudelijk werk. 	
Gemiddelde registratie van symptomen volgens een schaal van 0 tot 5 (spreiding)				
Moehaid	4,4	(4-5)	2,2	(1-4)
Spierpijnen	4,5	(4-5)	1,3	(0-2)
Slaapstoornissen	3,7	(2-4)	2,0	(0-4)
Dagelijks medicatiegebruik				
Pijnstillers	9		1	
Benzodiazepines	6		2	

hervat, na gemiddeld 5,5 jaar arbeidsongeschiktheid vanwege CVS. Zes patiënten die volledig passief geworden waren en een groot deel van de dag op bed lagen of op een stoel zaten, zijn weer actief geworden. Ze hervatten niet alleen hun gewone huishoudelijke activiteiten, maar ook hun recreatieve en twee van hen zelfs hun professionele activiteiten. Eén van deze passieve CVS-patiënten doet nu buitenhuis vrijwilligerswerk en heeft een meerdaagse schoolreis in het buitenland begeleid. Bij alle patiënten nam het aantal symptomen sterk af volgens hun dagboekregistratie. Wat opviel was dat spierpijnen nagenoeg verdwenen wanneer de patiënt een niveau van tweemaal daags 30 minuten fietsen of wandelen vlot kon overschrijden. Vier van de zes patiënten en acht van de negen stopten met het dagelijks gebruik van respectievelijk benzodiazepines en pijnstillers. Slechts één patiënt heeft de behandeling gestaakt na een conflict met de behandelende arts over de afbouw van benzodiazepine.

Leerpunten en vervolg

Hoewel de behandeling zeer intensief was en ons veel tijd kostte, geven de bereikte resultaten de patiënten en ons veel voldoening. Geen enkele andere (meestal dure) behandeling van specialisten of alternatieve genezers heeft een dergelijk effect op de verbetering van de levenskwaliteit bij deze zogenaamde uitbehandelde patiënten teweeg kunnen brengen. Bovendien deden deze patiënten al voor de start van onze CGT-behandeling heel vaak een beroep op de huisarts. Ons klassiek counselen bracht dan de patiënt en partner er meestal wel even bovenop, maar had geen duurzaam resultaat. We vermoeden dan ook dat deze behandelingswijze op middellange termijn tijd bespaart.

Niemand van ons heeft een psychotherapeutische vorming gehad. Wij waren ook als therapeuten onervaren op dit domein. Toch slaagden we erin door zelfstudie en intervisie behoorlijke resultaten te realiseren.

Bovendien valt het op dat slechts 1 van de 15 patiënten de behandeling gestaakt heeft. Dat is een kleine uitval vergeleken met de uitval in de CGT-interventiegroep van de trial van Nijmegen die 40% bedroeg.⁵ De auteurs van dat onderzoek wijten dit aan het feit dat CVS-patiënten sceptisch zijn over psychologische behandeling en een medische oplossing voor hun problemen verwachten. Ook zou voor veel patiënten de reis naar het specialistische behandelingscentrum fysiek te belastend zijn geweest om vol te houden. We denken dat het feit dat de behandeling in ons verbeteringsproject door de huisarts werd toegepast van groot belang is geweest voor het succes van de therapie en voor de kleine uitval. Als de patiënt niet naar het spreekuur kwam, hadden wij als huisarts de mogelijkheid de behandeling bij de patiënt thuis voort te zetten. Bij 3 van de 15 patiënten vonden de meeste gespreksessies bij de patiënt thuis plaats. Bovendien werkten wij met terugbetalingstarieven, dat wil zeggen dat de patiënt alle kosten die ze voor de behandeling betaalden, terugkregen van de ziektekostenverzekering.

We vermoeden dat zowel de unieke positie van de huisarts, als de huisarts-patiëntrelatie een reële meerwaarde betekenen in het toepassen van CGT. De huisartsgeneeskunde heeft als kerneigenschappen: continue, integrale (lichamelijk en psychisch) en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de patiënt en zijn directe (gezins)omgeving. Deze eigenschappen vormen de basis voor een ver ontwikkelde vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Zij verklaren de helende werking van het arts-patiëntcontact.⁸ Deze eigenschappen kunnen bij andere disciplines, de psychotherapeut of specialist, in mindere mate of niet in combinatie voorkomen. De huisarts is feitelijk de eerste en best geplaatste 'liaison-psiater'. Hij bevindt zich op het kruispunt van het somatische en psychosociale.

In de Nederlandstalige vakliteratuur voor huisartsen wordt CGT aanbevolen bij de niet-medicamenteuze aanpak van angst- en

stemmingsstoornissen.⁹⁻¹¹ Onze ervaring toonde aan dat CGT in de huisartsenpraktijk ook zinvol kan zijn voor de behandeling van een complexe problematiek als CVS.

Literatuur

- 1 Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med* 1994;121:953-9.
- 2 Reid S, Chalder T, Cleare A, Hotopf M, Wessely S. Chronic fatigue syndrome. In: Barton S. *Clinical Evidence. A compendium of the best available evidence for effective health care*. Londen: BMJ Publisher Group, Issue 7, 2002:966-78.
- 3 Price JR, Couper J. Cognitive behaviour therapy for adults with chronic fatigue syndrome (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.
- 4 Whiting P, Bagnall AM, Sowden AJ, Cornell JE, Mulrow CD, Ramirez G. Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome – a systematic review. *JAMA* 2001;286:1360-8.
- 5 Prins JB, Bleijenberg G, Bazelmans E, Elving LD, De Boo TM, Severens JL, et al. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2001;357:841-7.
- 6 Bleijenberg G, Bazelmans E, Prins J. *Chronisch vermoeidheidssyndroom. Praktijkreeks Gedragstherapie. Deel 13*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- 7 Seuntjens L, Vanden Bussche P, Vervaek N. *Kwaliteitsmanagement voor huisartsen*. Antwerpen: WVVH, 2001.
- 8 Van Dulmen S. De helende werking van het arts-patiëntcontact. *Huisarts Wet* 2001;44:490-4.
- 9 Neomagus GJH, Terluin B, Aulders LPJ, Hekman J, Van Heest FB, Van der Meer K, et al. NHG-Standaard Angststoornissen. *Huisarts Wet* 1997;40:167-75.
- 10 Neomagus GJH. Helpen bij paniek en vermijding. *Huisarts Wet* 2001;44:563-6.
- 11 Rogiers R. *De niet-medicamenteuze aanpak van angst- en stemmingsstoornissen door de huisarts. Implementatie van cognitieve gedragstherapie in de huisartspraktijk*. Gent: Academia Press, 2002.

Beschouwing

Cognitieve gedragstherapie voor gewichtsreductie bij primaire obesitas

PJ Daansen

Samenvatting

Daansen PJ. Cognitieve gedragstherapie voor gewichtsreductie bij primaire obesitas. *Huisarts Wet* 2003;46(5):262-6.

Omdat obesitas een risicofactor is voor talrijke somatische aandoeningen, zijn preventie en behandeling van overgewicht noodzakelijk. De meest gehanteerde maatregel is lijnen, maar helaas haalt dit op de lange termijn meestal weinig uit. In dit artikel wordt een pleidooi gehouden voor een beperkte doelstelling. Aanlegfactoren beperken de mogelijkheden voor gewichtsverlies. Slechts zelden kunnen blijvend betere resultaten dan ongeveer 10% gewichtsreductie worden geboekt. Op grond van irrealistische verwachtingen stellen veel obese patiënten zich irrealistische doelen en eisen. Omdat zij zich niet aan de rigide gedrags- en dieetregels kunnen houden, krijgen zij een gevoel van mislukking, wat weer aanleiding geeft voor eetgedrag.

Een effectieve behandeling heeft als doel het lichamelijke activiteitsniveau te verhogen, een caloriearm dieet met weinig vetten en veel koolhydraten te introduceren en het eetgedrag daadwerkelijk te veranderen. Hierbij kan cognitief-gedragstherapeutische behandeling een belangrijke rol spelen, gericht op uitlokkende prikkels, zelfcontrole, dieetregels, gedragsregels en eventueel onderliggende problematiek. Bij zeer ernstige of therapieresistente obesitas kunnen chirurgische maatregelen overwogen worden.

drs. P.J. Daansen, klinisch-psycholoog/psychotherapeut, Parnassia psychomedisch centrum, afdeling eetstoornissen en obesitas, Leggelostraat 85, 2541 HR Den Haag.

Correspondentie: p.daansen@parnassia.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Inleiding

Het aantal Nederlanders met overgewicht stijgt. Was in het begin van de jaren tachtig ongeveer een derde van de Nederlandse bevolking boven de 20 jaar te zwaar, nu is dit percentage opgelopen tot ruim 40%.¹ Vrouwen zijn minder vaak veel te dik dan mannen (38% tegen 47%). Bij ernstige obesitas ligt de verhouding omgekeerd. Ongeveer 10% van alle vrouwen en 7% van alle mannen heeft er last van.² Waarschijnlijk zal het aantal patiënten tussen nu en het jaar 2025 verdubbelen.³ Overgewicht is een risicofactor voor veel medische aandoeningen zoals diabetes mellitus type 2, sommige vormen van kanker en voor cardiovasculaire, respiratoire en gewrichtsklachten. In psychologisch opzicht verschillen de meeste personen met overgewicht niet van de normale bevolking. Patiënten die echter klinisch worden gezien, zeggen wel minder zelfvertrouwen te hebben en zich over hun uiterlijk te schamen, wat tot sociale isolatie en vervolgens tot stemmingsstoornissen kan leiden.⁴ Met name vrouwen hebben meer kans op depressieve klachten, suïcidale gedachten en suïcidepogingen.⁵