

University of Groningen

De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij het Chronisch Vermoeidheidssyndroom

Folkers, M.

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2001

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):
Folkers, M. (2001). *De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij het Chronisch Vermoeidheidssyndroom.*

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



Ψ \vec{E} t' $\&$ N_2
 $\$$ \copyright \mathcal{H} \triangle $\%$ Σ
 ω \perp \mathfrak{N}_0 $[k]$ \ddot{e} \angle \S

De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij het Chronisch Vermoeidheidssyndroom

Marina Folkers

Augustus 2001

Colofon

Vraagnummer: GV 771
Titel: De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij het Chronisch Vermoeidheidssyndroom
Door: Marina Folkers
Opdrachtgever: Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid RuG
Supervisor: Jelte Bouma, coördinator Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid
Uitgave: Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid, Rijksuniversiteit Groningen
Adres: Antonius Deusinglaan 1
9713 AV Groningen
Telefoon: 050 - 3633109
Datum: Augustus 2001

Voorwoord

In contacten met mensen die lijden aan het Chronisch Vermoeidheidssyndroom (CVS) bemerk ik regelmatig een zeker wantrouwen, en op zijn minst de nodige scepsis, ten aanzien van het fenomeen Cognitieve GedragsTherapie (CGT). De gehanteerde argumenten verschillen, maar hebben vaak dezelfde strekking. Het meest gehoorde argument komt er in feite op neer dat door de CGT te 'omarmen' je in feite zou erkennen, of op zijn minst de verdenking op je zou laden dat je die mening bent toegedaan, dat CVS "tussen de oren" zou zitten. Ik denk dat deze argumenten, hoe begrijpelijk en verklaarbaar ook, onjuist zijn en onrecht doen aan de mogelijkheden die CGT aan CVS patiënten kan bieden. En het is waar, van CVS is tot op dit moment nog geen organisch substraat aangetoond. En dat is vooral vervelend voor CVS patiënten omdat *a.* er ook geen effectieve therapeutische middelen ontwikkeld kunnen worden (laat staan dat er preventieve maatregelen getroffen kunnen worden) en *b.* sommige mensen, *ten onrechte* de conclusie zouden kunnen trekken, dat 'het dus psychisch is'. En verder is elke (chronische) aandoening voor veel mensen belastend en zit in die zin inderdaad ook 'tussen de oren'. Niet meer kunnen doen wat je altijd graag deed, een groot deel van je tijd noodgedwongen in bed moeten doorbrengen, een omgeving of zelfs een partner die geen begrip (meer) op kan brengen enz enz. gaat menigeen niet in de koude kleren zitten. En indien er mogelijkheden zijn om de ziekte wat beter hanteerbaar te maken, en CGT hoort daar in mijn ogen bij, dan vind ik dat mensen op zijn minst moeten overwegen of liever nog uitproberen of zo'n mogelijkheid iets voor hen zou kunnen betekenen. In een recent rapport van de Gezondheidsraad (2001) "Doelmatigheid van langdurige psychotherapie" wordt uitvoerig verslag gedaan van o.a. de effecten van CGT bij diverse chronische aandoeningen. Een groot deel van de patiënten die aan CGT heeft meegedaan voelt zich na afloop veel beter in staat om de problemen die *als gevolg van* de ziekte zijn ontstaan, te hanteren. En er is geen enkele reden om te denken dat bijvoorbeeld reuma-patiënten wel en CVS patiënten geen baat bij CGT zouden kunnen hebben (hoewel er in het rapport van de Gezondheidsraad met geen woord over CVS wordt gerept). Het rapport dat voor u ligt pretendeert een rol te kunnen spelen bij het informeren van CVS patiënten over de zin en onzin van CGT. Het is geen uitputtend overzicht van alle onderzoek dat er op dit gebied is verschenen. Er wordt verslag gedaan van een aantal relevante onderzoeken naar de effectiviteit van CGT. Verder wordt uitgelegd wat CGT inhoudt, onder andere aan de hand van een gedetailleerd behandelprotocol. Het doel is om CVS patiënten te informeren over wat CGT wel en niet voor hen kan betekenen. Indien dit een bijdrage kan leveren aan een iets draaglijker bestaan, dan is dat doel ruimschoots gehaald.

Dr. Jelte Bouma
Coördinator Wetenschapswinkel Geneeskunde
en Volksgezondheid RuG
Groningen, November 2001

Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij het Chronisch Vermoeidheidssyndroom

Literatuur review van de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij het Chronisch Vermoeidheidssyndroom (CVS), in opdracht van de Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid van de Rijksuniversiteit Groningen.

Marina Folkers, augustus 2001

Inleiding

Het chronisch vermoeidheidssyndroom, bekender onder de namen M.E. (myalgische encephalomyelitis) en postviraal syndroom, is een mysterieuze aandoening die met name het laatste decennium de kop op lijkt te steken. Vele tienduizenden Nederlanders lijden in meer of mindere mate aan dit syndroom waarvoor (nog ?) geen eenduidige oorzaak is gevonden. Het ontbreken hiervan, in samenhang met het meestal gezonde uiterlijk van de patiënten en de normale bevindingen bij bloedonderzoek, leidt vaak tot ontkenning van dit ziektebeeld door de huisarts, specialist, bedrijfsarts, werkgever en niet in de laatste plaats de sociale omgeving. De diagnose wordt gesteld op basis van de klachten en de ziektegeschiedenis. Sharpe et al. (1991) formuleerden de volgende criteria :

- Het ziektebeeld wordt gekenmerkt door vermoeidheid als hoofdklacht.
- De klachten bestaan niet levenslang; ze zijn gedurende een periode van minimaal zes maanden meer dagen wel dan niet aanwezig.
- De vermoeidheid is ernstig en beïnvloedt fysiek en mentaal functioneren.
- Andere symptomen kunnen voorkomen, in het bijzonder spierpijn en stemmings- of slaapstoornissen.
- Uitgesloten van de diagnose zijn patiënten waarbij een medische ziekte is vastgesteld, die bovenstaande klachten kan veroorzaken, alsmede patiënten met schizofrenie, bipolaire stoornis, middelen misbruik, eetstoornissen of aangetoonde hersenziekte.

Controversen binnen het ziektebeeld chronische vermoeidheid

De introductie van de term CVS heeft de controversen rond het ziektebeeld niet weggenomen. Zo wordt chronische vermoeidheid wel als modeverschijnsel beschouwd. Vermoeidheid als pathologisch verschijnsel zou typerend zijn voor onze moderne, productiegerichte Westerse samenleving. Een ander punt betreft de vraag of er bij het CVS sprake is van een neuromusculaire aandoening. De patiënten klagen immers over vermoeidheid in de spieren. Volgens Wessely en Sharpe (1995) zijn er echter geen empirische aanwijzingen van abnormaal spierfunctioneren bij CVS –patiënten die niet evenzeer het gevolg kunnen zijn van deconditionering als gevolg van verminderd gebruik van de spieren. Tevens heeft het grootste deel van de CVS-patiënten eveneens last van mentale vermoeidheid, wat wil zeggen, concentratie- en geheugenproblemen. Mentale vermoeidheid is niet met behulp van een musculaire ziekte te verklaren. Veel onderzoekers beweren dat het CVS het gevolg is van een virusinfectie. Tussen 60 en 90% van de patiënten met het CVS legt een verband tussen een virusinfectie en het ontstaan van de vermoeidheidsklachten (Hickie et al., 1990; Kruesie, Dale & Straus, 1989; Wessely & Powell, 1989). Door anderen wordt deze opvatting bestreden. De popularisering van het begrip M.E. en de daarmee gepaard gaande verwijzing naar een virusinfectie in de afgelopen jaren zou de toeschrijving van vermoeidheidsklachten aan een virusinfectie in de hand hebben gewerkt. Voorsnog is er geen virus geïdentificeerd dat met betrouwbaar onderzoek aangetroffen kon worden.

Een laatste controversie betreft de overlap tussen de symptomen van het CVS en andere psychische stoornissen. Vermoeidheidsklachten komen vaak voor bij psychiatrische ziektebeelden. Omgekeerd worden bij CVS-patiënten eveneens psychiatrische stoornissen aangetroffen. De gerapporteerde cijfers hierover lopen uiteen. Bij 50 tot 75% van de CVS-patiënten kwamen psychiatrische stoornissen voor (Blakely et al., 1990; Kruesi, Dale & Straus, 1989; Manu, Lane & Matthews, 1988; Wessely & Powell, 1989).

Stemmingsstoornissen werden aangetroffen bij 33 tot 57% van de CVS-patiënten, angststoornissen bij 6 tot 32%, en somatisatiestoornissen bij 7 tot 15% (Blakely et al., 1991; Deale et al., 1997; Hickie et al., 1990; Kruesi, Dale & Straus, 1989; Manu, Lane & Matthews, 1988; Sharpe et al., 1996; Wessely & Powell, 1989). Het lijkt er op dat vooral de overlap met stemmingsstoornissen groot is (Ray, 1991). Voorts lijkt er een grote overeenkomst te bestaan tussen de klachten bij het CVS en die bij burnout. Emotionele uitputting (het gevoel 'leeg' of

‘op’ te zijn en alle reserves te hebben verbruikt) wordt wel als het belangrijkste kenmerk van burnout beschouwd (Schaufeli, Maslach & Marek, 1993). Het belangrijkste verschil tussen beide syndromen is voornamelijk dat burnout wordt beschouwd als een uitputtingstoestand ten gevolge van langdurige blootstelling aan (werk) stress, terwijl er over de oorzaken van het CVS geen eenduidigheid bestaat.

Gebaseerd op empirische studies van de afgelopen jaren kan een overzicht worden geboden van demografische kenmerken en klachten presentatie van CVS-patiënten. Op het moment van aanmelding voor onderzoek of behandeling waren vermoeidheidsklachten gemiddeld vier tot zes jaar aanwezig. De gemiddelde leeftijd van de patiënten ligt tussen de 34 en 39 jaar, wat betekent dat de klachten zich gemiddeld genomen tussen het 28^{ste} en 35^{ste} levensjaar ontwikkelden (Blakely et al., 1991; Deale et al., 1997; Kruesi, Dale & Straus, 1989; Ray et al., 1992 ; Vercoulen et al., 1995; Wessely & Powell, 1989). Grofweg tweederde deel van de patiënten bestaat uit vrouwen.

Bij de meeste patiënten hebben de vermoeidheidsklachten geleid tot een ernstige verstoring van het dagelijks leven. Het komt voor dat patiënten de hele dag in bed liggen en nauwelijks nog tot fysieke inspanning in staat zijn. Anderzijds zijn er patiënten die in vergelijking met voorgaande jaren de dagelijkse activiteiten weliswaar hebben gereduceerd, maar die desondanks nog een overvol dagprogramma hebben en een indrukwekkende hoeveelheid activiteiten verrichten. Typisch in dit verband is dat het sociaal en maatschappelijk functioneren van CVS-patiënten voor aanvang van de ziekte vaak zeer goed was : CVS-patiënten waren harde werkers en in sociaal opzicht actieve, initiatiefnemende mensen (Hickie et al., 1990).

Behandeling van chronische vermoeidheid

Onbehandeld lijkt de prognose voor het CVS ongunstig. Bij 50 tot 72% van de patiënten was na een jaar geen afname van de vermoeidheid opgetreden (Catherine et al., 1992 ; Cox & Findley, 1994 ; Sharpe et al., 1992). Behan & Behan (in Wessely & Sharpe, 1995) concludeerden dat de meeste patiënten niet verbeteren, hun werk opgeven en permanent geïnvaleerd blijven. Sharpe et al. (1992) vonden bij metingen na vier jaar dat bij tweederde deel van de patiënten er enige verbetering van vermoeidheid was opgetreden, maar dat slechts 13% volledig klachtenvrij was.

De beste behandelresultaten tot nu toe werden verkregen met cognitieve gedragstherapie (CGT).

Cognitieve gedragstherapie bij chronische vermoeidheid

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is gebaseerd op de assumptie dat overtuigingen die mensen over zichzelf en hun toekomst hebben, sterk van invloed zijn op gevoel en gedrag (Wessely, Hotoph & Sharpe, 1998). CGT bleek bij patiënten met CVS effectiever dan rust en relaxatie (Deale et al., 1997; White & Fulcher, 1995) en effectiever in combinatie met normale medische zorg dan normale medische zorg alleen (Sharpe et al., 1996). Bij 57 tot 73% van de patiënten trad een merkbare verbetering op van de vermoeidheid of was er een toename van de dagelijkse activiteiten (Butler et al., 1991; Cox & Findley, 1994; Deale et al., 1997; Sharpe et al., 1996; Vereker, 1992; White & Fulcher, 1995).

Ook uit een gezamenlijk Nijmeegs / Leids / Maastrichts onderzoek komt naar voren dat gedragstherapie een effectieve behandeling kan zijn bij het CVS. Aan 476 patiënten in de academische ziekenhuizen van Nijmegen en Maastricht werd gevraagd mee te doen aan een onderzoek naar de effectiviteit van verschillende behandelingsvormen. Van hen voldeden 99 bij nader inzien niet aan de criteria en wilden 99 anderen zelf niet meedoen. De overige 278 patiënten werden willekeurig ingedeeld in drie groepen: 93 ontvingen cognitieve gedragstherapie, 94 werden behandeld in praatgroepen en 91 patiënten kregen geen behandeling maar waren vrij om elders hulp te zoeken. Van de drie groepen voltooiden respectievelijk 59, 65 en 79 het onderzoek tot en met de laatste vragenlijsten, die na veertien maanden werden afgenomen. Afhankelijk van hun woonplaats vond de behandeling plaats in Nijmegen, Leiden of Maastricht. Dertien therapeuten gaven de gedragstherapie. Iedere patiënt uit deze groep kreeg zestien sessies van een uur in acht maanden, dus ongeveer één per twee weken. Na afloop van de therapie en een half jaar later werd bij elke groep patiënten met vragenlijsten gemeten hoeveel verbetering er was opgetreden in vermoeidheidsklachten en het dagelijks functioneren. Bovendien konden patiënten zelf aangeven of ze vonden dat hun toestand was verbeterd. Dat laatste was aan het eind van de studie (na veertien maanden) het geval bij 50% bij de gedragstherapiegroep, 15% bij de deelnemers van de praatgroepen en 32% bij de derde groep. De scores voor moeheid waren respectievelijk 35%, 13% en 17%, voor verbetering in functioneren respectievelijk 49%, 19% en 23%.

Het lijkt er op dat een behandeling met CGT bij patiënten met het CVS zeker overwogen kan worden. Wellicht is het zo dat de eerste verbeteringen traag op gang komen, maar zich vervolgens op gunstige wijze, ook na de behandeling, voortzetten. Tevens blijken depressieve klachten af te nemen. Anderzijds treedt bij 27 tot 43% van de patiënten geen substantiële verbetering op en kan het percentage drop-outs, weliswaar wisselend in de studies, aanzienlijk zijn. Tenslotte is een toename van symptomen niet uitgesloten. In een aantal studies werd gevonden dat 4 tot 7% van de patiënten een toename van de klachten rapporteerde als gevolg van de CGT.

De behandeling die hieronder wordt gepresenteerd, werd in een gerandomiseerde gecontroleerde studie onderzocht (Deale, Chalder, Marks & Wessely, 1997). De proefpersonen (gemiddeld 35 jaar oud, 68% vrouw) werden gerekruteerd uit een groep van 142 patiënten die door huisartsen en andere hulpverleners wegens vermoeden van CVS doorverwezen waren. 67 patiënten voldeden aan de selectiecriteria; zeven (10%) weigerden mee te werken aan het onderzoek. Van de zestig proefpersonen bleven er 53 (88%) tot aan het eind mee doen; in de experimentele groep stopten drie patiënten (10%) voortijdig met de behandeling, in de controlegroep waren dit vier patiënten (13%). Inclusiecriteria waren: minstens zes maanden lang medisch onverklaarbare klachten van invaliderende vermoeidheid, en verslechterd lichamelijke en psychisch functioneren. Patiënten met anxiolytische of antidepressieve medicatie werden niet uitgesloten als de dosis de laatste drie maanden onveranderd was gebleven. Exclusiecriteria waren onder meer somatisatiestoornis, ernstige depressie en lopend lichamelijk onderzoek. De proefpersonen werden volgens het lot toegewezen aan een van de behandelcondities: CGT (30 patiënten) of relaxatietraining (eveneens 30 patiënten). Beide behandelingen omvatten dertien sessies over vier tot zes maanden. De resultaten waren indrukwekkend; de volgende percentages betreffen het gunstige verschil tussen de toestand bij de voormeting en die bij de laatste vervolgmeting, zes maanden na beëindiging van de interventie. Bij de eindmeting scoorden de CGT-patiënten beter dan de patiënten in de controlegroep op de maten voor lichamelijke beperking: 70% van de CGT-patiënten verbeterde tegen 19% van de leden van de controlegroep (Deale et al., 1997). Dit was ook het geval voor sociale – en arbeidsbeperkingen en voor vermoeidheid (63% tegen 15%). Ook in de globale zelfbeoordeling en in de beoordeling door een deskundige kwam CGT er het beste van af. Bij de eindmeting voldeed 56% van de CGT-patiënten niet langer aan de criteria voor CVS, tegen 8% van degenen die ontspanningsoefeningen hadden geleerd.

Rationale van de behandeling

Voor het ontstaan van het CVS wordt een combinatie van somatische, psychosociale en gedragsfactoren van belang geacht. Voor het voortduren van de klachten zijn deze factoren echter niet belangrijk. Anders gezegd: mogelijk is dat na een infectie een cyclus op gang wordt gebracht, waarbij attributieve en cognitieve veranderingen en vermijdingsgedrag een rol spelen (Sharpe, Peveler & Mayou, 1992; Wessely & Sharpe, 1995). De symptomen bij aanvang, met name myalgie en vermoeidheid, geven aanleiding tot het houden van rust en inactiviteit. Dit lijkt op zich een zinvolle manier om in de acute fase de klachten het hoofd te bieden. Voor een deel van de patiënten vergt het herstel echter meer tijd. Dit houdt in dat met het hervatten van de normale dagelijkse activiteiten er onverwachts een toename van klachten plaatsvindt. Ook een te vroeg en te sterk ingezette mobilisatie (een niet ongewone reactie van mensen die voor de ziekte lichamelijk fit en sterk waren) geeft hetzelfde resultaat. Vermijding van activiteiten, als middel om de symptomen en met name de vermoeidheid te verminderen, wordt in de hand gewerkt als een combinatie van de voorgaande factoren zich voordoet en daardoor vermoeidheid en myalgie opnieuw optreden. De verminderde lichamelijke conditie leidt vervolgens tot lichamelijk nog minder aankunnen met als gevolg toenemende pijn- en vermoeidheidsklachten. Vaak ontstaat een patroon van korte perioden van over-activiteit afgewisseld met perioden van rust houden en onderactiviteit.

Deze vicieuze cirkel kan verergerd worden door cognitieve factoren: het toeschrijven van de klachten en symptomen aan het nog altijd aanwezige geachte virus zal de vermijding van activiteiten doen toenemen, een toestand van 'aangeleerde hulpeloosheid' in de hand werken, en de verwachting wekken dat motorische inspanningen de spierpijn en de vermoeidheid zullen doen toenemen. Symptomen zullen bij steeds lagere inspanningsniveaus gaan optreden doordat een langer durende vermijding van lichamelijke inspanning een lagere fysiologische en psychologische tolerantie tot gevolg heeft. Hiermee wordt kennelijk het bestaan van de ziekte bevestigd.

Demoralisatie en depressieve klachten (die in het begin van de ziekte meestal niet aanwezig zijn) kunnen in het geschetste beloop eveneens gaan optreden. Dit kan leiden tot het gevangen zitten van de patiënt in een vicieuze cirkel van vermoeidheid, pijn, inactiviteit en depressie. De sociale omgeving van de patiënt kan dit beeld ongewild bekrachtigen: de stigmatisering dat de ziekte mogelijk psychisch van aard is, kan weerstand oproepen en het vasthouden aan somatische attributies versterken. Hetzelfde geldt voor strijdige of onjuiste adviezen van de medische stand of van zelfhulpgroepen, de vruchteloze doorverwijzing van de ene

hulpverlener naar de andere en het gebrek aan erkenning van de ziekte. Ook kan de vicieuze cirkel versterkt worden door familieleden die, goedbedoeld en om de patiënt te ontlasten, verantwoordelijkheden op zich zijn gaan nemen.

De sleutel van de behandeling is het doorbreken van deze vicieuze cirkels. Het blijkt dat, ongeacht de oorzaken voor het ontstaan, het CVS effectief behandeld kan worden met een benadering die de instandhoudende fysiologische en psychologische factoren identificeert en probeert ten gunste te beïnvloeden. De verwachting is dat met het instellen van graduele, ingeplande blootstelling aan activiteit met vast rustpauzes, de relatie tussen klachten en inspanning wordt doorbroken. Door rust en activiteit afhankelijk te maken van een schema in plaats van de aan- of afwezigheid van symptomen, bouwen de patiënten een trainingstolerantie op (Deale, Chalder, Wessely, Keijsers & Hoogduin, 1999). Dit kan dagen tot weken duren. In plaats van klachtcontingente activering gaat het hierbij dus om tijdcontingente activering. Door te beginnen op een niveau dat de patiënt aankan en een graduele terugkeer naar activiteit, wordt het aversieve effect van te hard trainen uit de weg gegaan.

Om ziekte-attributies en negatieve gedachtepatronen (die het ziektebeeld in stand houden) te veranderen, zijn cognitieve interventies nodig. Zowel de gedragsmatige als de cognitieve interventies moeten zo nauwgezet mogelijk aansloten worden op het belevingsniveau van de patiënt. Beide interventies zijn gebaseerd op een visie die zeker bij aanvang van de therapie door de patiënt als strijdig wordt ervaren met de eigen opvattingen. Een dergelijke visie mag en kan niet worden opgedrongen aan de patiënt. Van groot belang voor de behandeling zijn een empathisch opstellen van de therapeut naar de patiënt toe, aandacht voor motivering en een zorgvuldige behandelrationale.

De behandeling is bedoeld voor patiënten waarbij de diagnose CVS kan worden gesteld. Er zijn geen aanwijzingen dat bij ernstig zieke patiënten de behandeling minder snel zal aanslaan. Wel is het zo dat bedlegerigheid een ambulante behandeling kan bemoeilijken. Comorbiditeit met stemmingsstoornissen verdient, net zoals bij de meeste somatoforme stoornissen, de aandacht. Wanneer een stemmingsstoornis de overhand heeft, moet eerst hier een behandeling voor uitgevoerd worden. Verder is het van belang om naar eerdere depressieve periodes te vragen en te vragen of er zich bij het huidige beeld ook periodes van aanhoudende vermoeidheidsklachten *zonder* depressieve symptomen hebben voorgedaan. Ook kan het nuttig zijn te vragen naar het moeilijk op gang kunnen komen in de ochtend

(typerend voor een vitaal gekleurd depressief beeld) en het moet worden in de loop van de dag, wat door een groot deel van de CVS-patiënten gemeld wordt. Wat in de regel niet aangetroffen wordt bij deze patiënten is een vlak affect, wat iets anders is dan wanhopig zijn onder de klachten. Het gebruik van anti-depressiva hoeft geen beletsel te vormen voor de behandeling. Klachtenverlichting mag in dat geval echter alleen voor de comorbide depressieve klachten worden verwacht en niet voor de vermoeidheid (Wearden et al., 1998). Ook verdienen spanningen als gevolg van de belemmeringen van de patiënt in de partner relatie of het gezin de aandacht. De partner uitnodigen, begrip tonen voor de problemen die in het gezin ontstaan zijn en het geven van uitleg over de ziekte en de behandeling kunnen een eerste verlichting geven (Deale, Chalder, Wessely, Keijsers & Hoogduin, 1999).

Behandelprotocol (volgens Deale, Chalder, Wessely & Marks, 1997; uit Deale, Chalder, Wessely, Keijsers en Hoogduin, 1999)

De behandeling is onderverdeeld in drie fasen: *werkovereenkomst en planning van de behandeling, de eigenlijke behandeling en voorbereiding op de toekomst*. De gehele behandeling bestaat uit dertien sessies die zich uitstrekken over drie tot zes maanden. Om het effect van de behandeling te beoordelen kan het evaluatieformulier CVS worden gebruikt.

Fase 1 : Werkovereenkomst en planning van de behandeling

Het doel van deze fase is de patiënt bereid te vinden actief mee te werken aan de behandeling. Tevens wordt er een gedetailleerde analyse gemaakt van de klachten en de context, zoals activiteiten en rust, cognities en ziekte-attributies. Verder moet overeenstemming worden bereikt over een realistisch en meetbaar behandelplan.

Het is van belang de visie van de patiënten betreffende hun symptomen, handicap en leed te accepteren. De therapeut moet blij kunnen geven van een gedegen kennis van het ziektebeeld aangezien de patiënten vaak zeer goed geïnformeerd zullen zijn over hun ziekte. Het is van belang het taalgebruik aan te passen aan dat van de patiënt en zich te onthouden van suggesties dat de ziekte ‘tussen de oren’ zit, dat patiënten zich aanstellen of overdrijven of dat patiënten zelf schuld hebben aan de klachten. Het kan zelfs nodig zijn het belang van biologische factoren, zoals hersendysfunctie of infectie te benadrukken. Dit is het geval omdat CVS-patiënten grote tegenzin kunnen vertonen tegen verklaringen dat de klachten denkbeeldig of louter psychologisch zijn. Verder is het verstandig om geen star onderscheid te

maken tussen lichamelijke en psychische ziekten. Wanneer patiënten de nadruk leggen op neuromusculaire pathologie moet een eventuele discussie vermeden worden; in plaats daarvan is het het beste om de noodzaak van een pragmatische benadering, ongeacht de oorzaak, te benadrukken.

Tijdens de behandeling kan een familielid of vriend gevraagd worden mee te komen.

Sessie 1

Verzamelen van informatie: Maak kennis met de patiënt en ga over tot een gedetailleerde analyse van de zich voordoende problemen. Vraag door naar de precieze aard van de symptomen, het wisselen van de klachten, de hoeveelheid activiteit en rust, ziekte- attributies en relevante opvattingen. Schenk aandacht aan de invloed van de symptomen op het leven van de patiënt en de functionele belemmeringen die zich voordoen. Vraag naar het begin en het beloop van de symptomen, de reactie van de familie, vrienden en collega's. Vraag ook naar eerdere ziekten en de wijze waarop de patiënt hiermee omging. Sta tenslotte stil bij de ervaring met voorgaande hulpverleners (artsen, specialisten, psychiaters, psychologen) en biedt de patiënt de ruimte om eventuele teleurstellingen hierover te uiten. Leef mee met de lijdensweg, maar zonder hulpverleners onnodig in een kwaad daglicht te stellen. Wees bereid te luisteren en toon begrip voor het reële karakter van de symptomen, het lijden en de belemmeringen in het dagelijks leven.

Bespreek de behandelrationale: Bespreek de verwachtingen die de patiënt heeft over de behandeling en besteed aandacht aan twijfels en aarzelingen. Sta open voor opvattingen van de patiënt over de oorzaak van de symptomen. Leg vervolgens uit dat vooralsnog geen effectieve medische behandeling voor het CVS is gevonden. Juist omdat men over de oorzaken van het CVS in het duister tast, kan een pragmatische aanpak die gericht is op instandhoudende factoren van het CVS hulp bieden. Stel dan voor dat u eerst gaat uitleggen en de mogelijkheden voor herstel van deze behandeling bespreekt, en dat u beiden daarna overleggen of de patiënt bereid is deze behandeling te proberen. Is de patiënt nog niet klaar voor de uitleg, dan wordt verder geïnformeerd naar de aarzelingen van de patiënt. Is de patiënt bereid naar de uitleg te luisteren, dan wordt deze verstrekt aan de hand van de informatiebrochure 'het chronisch vermoeidheidssyndroom en behandeling met behulp van cognitieve gedragstherapie'.

Dagboekformulier dagelijkse activiteiten: Besluit de zitting met een uitleg over het belang van huiswerkopdrachten en de registratie van dagelijkse activiteiten. Neem het ‘dagboekformulier dagelijkse activiteiten’ ter hand en leg uit hoe dit ingevuld moet worden. Vraag of het belang van deze registratie duidelijk is. Vraag tenslotte of de patiënt bereid is het dagboekformulier iedere dag te gaan bijhouden.

Huiswerk: 1 Geef de informatiebrochure mee naar huis zodat de patiënt en familieleden deze op hun gemak kunnen lezen. 2 Dagboekformulieren.

Sessie 2

Huiswerkbespreking: Informeer naar reacties van de patiënt op de vorige sessie. Informeer eveneens naar de reacties van de patiënt en gezinsleden op de informatiebrochure. Bespreek onduidelijkheden, twijfels, vragen en misvattingen. Vraag dan opnieuw of de patiënt bereid is in te stemmen met de huidige behandeling. Als de patiënt daartoe bereid is, stel dan aan de orde dat het wenselijk is dat de patiënt – in elk geval tijdelijk – afziet van andere behandelingen of onderzoek. Indien hierover gereede twijfel bestaat, vraag dan aan de patiënt hierover te overleggen met de huisarts. Bespreek dan de ingevulde dagboekformulieren. Vraag of er onduidelijkheden waren bij het invullen en informeer of de registratie nieuwe inzichten heeft opgeleverd. Bestudeer gezamenlijk de formulieren en zoek naar patronen.

Verzamelen van informatie (vervolg): Zet het verzamelen van anamnestiche gegevens en overig relevant materiaal uit sessie 1 voort.

Lijst van behandeldoelen: Vraag patiënten thuis na te denken wat zij met de behandeling hopen te bereiken. Vraag hen vervolgens een lijst te maken van concreet, realistisch en observeerbaar gedrag dat past bij dit streefdoel. Laat hen deze lijst eventueel ook met anderen, bijvoorbeeld de partner, bespreken.

Huiswerk: 1 Dagboekformulieren. 2 Lijst met behandeldoelen. 3 Eventueel de partner, familielid of vriend meevragen naar de volgende sessie.

Sessie 3

Adviezen aan de co-therapeut: Heet, als de partner, een familielid of vriend is meegekomen, deze van harte welkom en spreek waardering uit voor het feit dat deze wil helpen. Geef

vervolgens kort uitleg over de behandeling, Ga dan in op de wijze waarop de co-therapeut kan assisteren. Benadruk als eerste het geven van steun en aanmoediging, ook, en juist vooral, als verandering in kleine stapjes moet worden bevochten. Vraag de co-therapeut erop toe te zien dat de patiënt niet te snel gaat en een terugkeer naar het normale activiteitsniveau te snel doorvoert. Vertel vervolgens dat het soms ook kan voorkomen dat de omgeving twijfelt of de patiënt wel zo hard met het programma bezig is. Wijs de co-therapeut erop dat het ten eerste de verantwoordelijkheid is van de patiënt zelf. Ten tweede kunnen er begrijpelijke oorzaken zijn waardoor het programma misschien niet zo snel gaat. Ten derde kunnen deze twijfels het beste rechtstreeks en op niet-veroordelende wijze aan de patiënt worden voorgelegd. Vertel tenslotte dat de steun van co-therapeut gedurende de hele behandeling belangrijk is, maar vooral in de beginfase en aan het eind, als de behandeling afgesloten wordt en de patiënt zonder behandeling voortwerkt aan herstel.

Huiswerkbespreking: Informeer naar de reacties op de voorgaande sessie en bespreek de dagboekformulieren. Sta wederom stil bij eventuele aarzeling of twijfel over de behandeling van de kant van de patiënt of van de kant van de co-therapeut.

Lijst van behandeldoelen (vervolg): Bespreek de lijst met opgestelde behandeldoelen en ga na of ze concreet, realistisch en meetbaar zijn. Besluit uiteindelijk tot een aantal behandeldoelen die als doel van de behandeling vastgesteld worden.

Huiswerk: 1 Dagboekregistratie. 2 Geef de informatiebrochure 'het plannen van inspanning en rust' mee en vraag de patiënt en co-therapeut deze brochure aandachtig door te nemen.

Fase 2: De eigenlijke behandeling

De doelen in deze fase zijn: het verbreken van de relatie tussen inspanning en rust door geplande en systematische uitgebreide activiteiten en geplande perioden van rust; het bewerkstellingen van een regelmatig slaappatroon; identificatie en uitdaging van dysfunctionele gedachten en ziekte-attributies; bewerkstellingen van een probleemoplossende, pragmatische benadering van symptoombeheersing; de patiënt in staat stellen zijn eigen therapeut te worden.

Sessie 4

Huiswerkbespreking: Bespreek de dagboekformulieren.

Uitleg planning van inspanning en rust: Stel de brochure ‘plannen van activiteit en rust’ aan de orde. Is deze gelezen? Vraag of er onduidelijkheden zijn en bespreek dan de beschreven aanpak. Benadruk dat deze geleidelijke benadering veilig is en dat een plotselinge toename in activiteit vermeden dient te worden. Stem de weekdoelen telkens af op de informatie die verkregen is uit de dagboekformulieren, zodat steeds op een haalbaar niveau kan worden ingezet. Er moet steeds een minimale toename van het huidige activiteiten niveau plaatsvinden. De wekelijkse doelen die worden gekozen zullen variëren naar gelang de behoefte en omstandigheden van de patiënten. De weekdoelen worden niet gekozen op grond van ergonomische eigenschappen, maar moeten vooral bezigheden betreffen die belang hebben voor het dagelijks leven van de patiënt. De lijn is steeds de patiënt zo veel mogelijk te laten terug keren naar het normale, dagelijkse functioneren. Introduceer ook het idee van ‘efficiënte rust’: de patiënt wordt er aan herinnerd dat rust niet wordt uitgebannen maar op vaste tijden en gedurende een bepaalde tijd *moet* worden genomen.

Voorbeelden van activiteiten en rust:

- zonder hulp naar het toilet gaan;
- ieder uur vijf minuten uit bed doorbrengen;
- drie keer per dag op vaste tijdstippen tien minuten wandelen;
- altijd om negen uur opstaan;
- iedere dag op vaste tijdstippen en uur lang in een stoel zitten;
- iedere avond tien minuten met vrienden een telefoongesprek voeren;
- iedere dag in drie stukken opgedeeld op de bank een videofilm bekijken.

Weekdoelen: Overleg na bespreking van de bovenstaande aanpak, welke werkdoelen gekozen gaan worden voor de komende week. Moedig de patiënt aan hierin het initiatief te nemen. Eigen keuzen leiden tot een verhoogde bereidheid om de activiteiten op zich te nemen en, zelfs als ze tot symptomen leiden, door te zetten. Reik het ‘weekrooster’ uit en leg uit hoe dit formulier moet worden ingevuld. Bied aan dat patiënten mogen bellen als zij tussen de sessies moeilijkheden ondervinden en de moed dreigen te verliezen.

Huiswerk: 1 Dagboekformulieren. 2 Invullen van weekdoelen en plannen van activiteiten en rust met behulp het weekrooster en deze volgens plan uitvoeren.

Sessie 5

Huiswerkbespreking: Bespreek gedetailleerd het uitgevoerde huiswerk. Bestudeer als eerste gezamenlijk het weekrooster. Ga na of inspanning en rust afwisselend werden ingepland, of de weekdoelen en de planning realistisch waren en of er zich bij het formuleren van de weekdoelen en de planning problemen voordeden. Vergelijk vervolgens het weekrooster met de dagboekformulieren. Spreek waardering uit voor elke stap die volgens het plan werd uitgevoerd. Accentueer, waar mogelijk, opmerkingen als: *‘het viel eigenlijk wel mee’* of *‘ik voelde me niet echt vermoeider daarna’*. Dergelijke ervaringen zijn hoopgevend: er is gewenning aan inspanning

Er kunnen zich problemen hebben voorgedaan. Zo kan het voorkomen dat de patiënt zich niet aan de voorgenomen planning heeft gehouden. Is dat het geval, vraag dan naar de reden daarvoor. Het kan zijn dat de weekdoelen te hoog gegrepen waren. Stel dan voor daar vanaf nu nog aandachtiger naar te kijken. Het kan ook zijn dat de patiënt praktische redenen aandraagt. Stel dan voor om oplossingen te zoeken die de kans dat het de volgende wel lukt, vergroten. De patiënt kan tenslotte ook aangeven twijfels te hebben over het programma: het plannen is bijvoorbeeld te kunstmatig, of te onvrij. Verzoek de patiënt in dat geval kort uit te leggen waarvoor deze planning in de behandeling volgens de patiënt bedoeld is en vraag dan aan te geven waarover de patiënt dan precies twijfelt. Stel voor te zoeken naar oplossingen die de bezwaren kunnen wegnemen.

Een ander probleem dat zich kan voordoen is dat de klachten toenemen. Herinner de patiënt in dat geval aan de informatiebrochure ‘het plannen van inspanning en rust’ waarin dit probleem aan de orde wordt gesteld. Vraag vervolgens welke zaken de patiënt kunnen helpen om vol te houden.

Weekdoelen (vervolg): Accentueer de bewijzen voor gewenning aan vermoeidheid. Als het goed is gegaan, kunnen de activiteiten worden uitgebreid en de rust worden verminderd. Als er geen gewenning is opgetreden bij haalbare streefdoelen, stel dan voor het programma op het huidige niveau te handhaven. Als de weekdoelen te hoog waren vastgesteld, is dienovereenkomstige bijstelling nodig. Bespreek wederom de mogelijkheid dat de symptomen bij de nieuwe weekdoelen tijdelijk kunnen toenemen. Behoud aandacht voor

problemen die zich kunnen voordoen; angst voor terugval, somberheid, een te gretig tempo, enzovoort. Aarzel niet om dergelijke punten aan de orde te stellen. Motiveer de patiënten het programma vol te houden.

Huiswerk: 1 Dagboekformulieren. 2 Invullen van weekdoelen en plannen van activiteiten en rust met behulp van het weekrooster en deze volgens plan uitvoeren.

Sessies 6-8

Huiswerkbespreking: De volgende sessies verlopen volgens de structuur van sessie vijf: het weekrooster wordt besproken en vergeleken met de dagboekformulieren; aarzelingen of twijfel over de behandeling worden aan de orde gesteld; problemen worden onderkend en praktische oplossingen worden gezocht.

Weekdoelen (vervolg): Laat de patiënt zo veel mogelijk zelf de weekdoelen stellen. Stel geen nieuwe doelen als er geen gewenning aan de bestaande doelen is bereikt of als de patiënt gedurende twee weken niet in staat was de bestaande doelen op consistente wijze te bereiken. Blijf elk teken van gewenning benadrukken en blijf lovend over de grote inzet van de patiënt. Bekijk regelmatig hoe de co-therapeut kan worden ingeschakeld om de patiënt te assisteren.

Slaaphygiëne: Slaapproblemen komen bij CVS-patiënten regelmatig voor: men voelt zich niet uitgerust 's ochtends, men slaapt te veel, de slaap is regelmatig onderbroken, of men kan de slaap niet vatten. Veel rust houden kan enerzijds gevoelens van vermoeidheid versterken en anderzijds het inslapen bemoeilijken. De volgende adviezen kunnen worden verstrekt:

- 1) Routine: adviseer patiënten op een vast tijdstip te gaan slapen en op een vast tijdstip op te staan. Ontraad slapen overdag.
- 2) Sluit de dag af met ontspanning en niet met mentaal inspannende activiteiten.
- 3) Reserveer de slaapkamer voor slapen en vrijen. Lezen en tv-kijken voor het slapen gaan mag, maar niet op de slaapkamer. Adviseer uit bed te gaan als patiënten langer dan de normale inslaaptijd (bijvoorbeeld twintig minuten) wakker liggen. Raad patiënten aan dan ontspannende en nuttige bezigheden te ondernemen (huishoudelijk werk, krant lezen, tv-kijken) totdat ze zich weer slaperig beginnen te voelen en weer naar bed gaan. Weer lang wakker liggen wordt gevolgd door dezelfde procedure.

- 4) Bevorder het inslapen door piekergedachten los te laten en aan plezierige dingen te denken, plezierige herinneringen de revue te laten passeren en te fantaseren. Moedig de patiënt aan in beelden te denken, in plaats van in woorden.

Huiswerk: 1 Dagboekformulieren. 2 Invullen van weekdoelen en plannen van activiteiten en rust met behulp van het weekrooster en deze volgens plan uitvoeren. 3 Richtlijnen voor slaaphygiëne.

Sessie 9

Huiswerkbespreking: het huiswerk wordt zoals voorgaande keren besproken.

Herkennen van negatieve automatische gedachten: Eerder in de behandeling zullen somatische ziekte-attributies en negatieve automatische gedachten al aan de orde zijn geweest. Stel voor hier nu expliciet op in te gaan. Leg uit dat negatieve automatische gedachten eveneens een bestendige rol kunnen spelen bij de ziekte. Ze kunnen namelijk een hindernis vormen voor herstel, bijvoorbeeld: *‘ ik voel me moe als ik trappen loop, ik heb nog steeds ME.’* Stel voor aan de patiënt om een aantal zaken over negatieve automatische gedachten uit te leggen, en geef vervolgens een uitleg aan de hand van deel 1 van de informatiebrochure ‘het herkennen van negatieve automatische gedachten en het formuleren van alternatieven’ . De nadruk in deze sessie ligt op het herkennen van negatieve automatische gedachten. Vraag de patiënt een schrift aan te schaffen en vanaf vandaag per dag een half uur te besteden aan het noteren van negatieve automatische gedachten zoals in deel 1 van de informatiebrochure is voorgesteld. Wijs de patiënt erop dat het ervaren van negatieve gevoelens, abrupte stemmingswisselingen en tobben over de ziekte aanduidingen zijn dat er negatieve automatische gedachten zijn en dat deze situaties geschikt zijn voor notatie in het schrift. Gebruik de resterende tijd om hier mee te oefenen.

Huiswerk: 1 Dagboekformulieren. 2 Invullen van weekdoelen en plannen van rust en activiteiten met behulp van het weekrooster en deze volgens plan uitvoeren. 3 Geef de informatiebrochure ‘het herkennen van negatieve automatische gedachten en het formuleren van alternatieven’ mee en vraag de patiënt deze thuis nog eens goed na te lezen. 4 Noteren van negatieve automatische gedachten in en schrift, minimaal dertig minuten per dag.

Huiswerkbepreking: Bespreek het huiswerk zoals in de voorgaande sessies. Vraag of er vragen of onduidelijkheden zijn over de informatiebrochure.

Herkennen van negatieve automatische gedachten (vervolg): Neem de genoteerde negatieve automatische gedachten door met de patiënt. Besteed in het bijzonder aandacht aan gedachten over symptomen, rust, inspanning, slaap, somatische ziekte-attributies, zelfrespect en verwachtingen. Als de patiënt moeite heeft gehad met het onderkennen van negatieve gedachten, dan moet dit in detail worden onderzocht. Als er problemen zijn om negatieve automatische gedachten te achterhalen, kan het volgende helpen. Stel de patiënt voor de ogen te sluiten en vraag hem zich te verplaatsen in de betreffende situatie. Laat hem zich deze zo levendig mogelijk voorstellen: ‘*Waar bent u?*’. Neem hier de tijd voor. Vraag hem dan zich te concentreren op wat er door zijn hoofd ging in de situatie.

Voorbeelden van negatieve automatische gedachten bij CVS-patiënten:

- Ik heb een mysterieuze, onbehandelbare, lichamelijke ziekte.
- Ik moet rust houden.
- Niemand kan mij helpen.
- Inspanning versterkt de symptomen van uitputting en pijn.
- Lichamelijke klachten betekenen dat je een lichamelijke ziekte hebt / het virus nog steeds actief is.
- Als ik niet kan werken, ben ik een mislukkeling (tenzij ik ziek ben).
- Wie ondermaats werkt, is lui, zwak, oncollegiaal en profiteert van anderen.
- Wat je doet, moet je goed doen.
- Ik mag geen slappeling zijn.
- Ik mag geen fouten maken.

Uitdagen van negatieve automatische gedachten: Leg aan de hand van deel 2 van de informatiebrochure ‘het herkennen van negatieve automatische gedachten en het formuleren van alternatieven’ uit hoe negatieve automatische gedachten kunnen worden uitgedaagd. Introduceer daartoe het formulier ‘uitdagen van negatieve automatische gedachten’ en gebruik de resterende tijd om met de patiënt te oefenen met het gebruik van het formulier aan de hand

van een recent, liefst alledaags, voorval. Geef waar mogelijk de patiënt steeds een actieve rol hierbij.

Huiswerk: 1 Dagboekformulieren. 2 Invullen van weekdoelen en plannen van activiteit en rust met behulp van het weekrooster en deze volgens plan uitvoeren. 3 Vraag de patiënt opnieuw de informatiebrochure ‘het herkennen van negatieve automatische gedachten en het formuleren van alternatieven’ goed na te lezen. 4 Oefenen met het formulier ‘het uitdagen van negatieve automatische gedachten’, minimaal dertig minuten per dag.

Sessie 11

De sessie volgt hetzelfde stramien als de voorgaande sessie. Zoek ditmaal echter ook naar mogelijkheden om planning van activiteiten en rust te gebruiken om negatieve automatische gedachten uit te dagen. In de vorm van gedragsexperimenten kan worden onderzocht in hoeverre bepaalde activiteiten onmogelijk zijn om uit te voeren of dat een graduele benadering wel degelijk mogelijk is.

Verder verschuift de focus in de richting van de laatste fase van de behandeling. Zorg ervoor de verantwoordelijkheden nog meer bij de patiënt te houden, alle eigen initiatieven van de patiënt aan te moedigen en oog te hebben voor stappen die helpen om doelen op lange termijn (bijvoorbeeld werkhervatting, vrijetijdsbesteding, enzovoort) te bereiken.

Huiswerk: 1 dagboekformulieren. 2 Invullen van weekdoelen en plannen van activiteit en rust met behulp van het weekrooster en deze volgens plan uitvoeren. 3 Formulier ‘het uitdagen van negatieve automatische gedachten’ minimaal dertig minuten per dag. 4 Gedragsexperimenten.

Fase 3: Beëindiging van de behandeling en voorbereiding op de toekomst

Het doel van deze fase is de gemaakte vorderingen te consolideren en er voor te zorgen dat de verbetering zich voortzet, ook nadat de behandeling is afgesloten. Van belang is de patiënt voor te bereiden op mogelijke problemen of een onverhoopte terugval in de toekomst.

Huiswerkbepreking: Bespreek het huiswerk zoals in de voorgaande sessies. Ook in deze sessies wordt een consistente blootstelling aan activiteiten en het onderkennen en uitdagen van negatieve automatische gedachten voortgezet.

Consolidatie: Bespreek de uitgangspunten voor de aanpassing aan een nieuwe of veranderde levensstijl die past bij het herstel dat is opgetreden. Besteed onder meer aandacht aan de volgende punten:

- Adviseer patiënten de geleerde vaardigheden ook na afsluiting van de behandeling voort te zetten zodat verdere verbetering plaatsvindt. Adviseer hen hierbij gebruik te maken van de hulp van de co-therapeut. Onderzoek laat zien dat verdere verbetering zich ook na de behandeling vaak nog lange tijd voortzet, mits men blijft oefenen.
- De patiënten hebben waarschijnlijk meer tijd en energie. Bespreek het belang om deze zinvol te benutten (studie, werk, zinvolle activiteiten). Dit helpt om verdere oefening met inspanning op natuurlijke, gestructureerde en zinvolle wijze gestalte te geven.
- Oude gewoonten kunnen hebben bijgedragen aan het ontstaan of de instandhouding van de ziekte. Maak de patiënt alert op dergelijke gewoonten en moedig hen aan niet in deze oude patronen terug te vallen; adviseer hen niet meteen te veel te doen, maar in stappen te werken; laat hen minstens een uur per dag nemen om voor plezierige dingen die ze graag willen doen; adviseer hen niet uren te werken zonder pauze; adviseer bezigheden op te delen in stukken, pauzes hier tussen te plannen, regelmatig te wisselen tussen verschillende soorten werk; wijs hen erop dat bij mentale vermoeidheid, afwisseling van mentale taken (creatief, routinewerk, schrijfwerk, gesprekken, lezen) bijdraagt tot een efficiënter concentratievermogen.
- Adviseer een regelmatig slaappatroon aan te houden.
- Adviseer vast te houden aan dagelijkse lichamelijke inspanning voor tenminste dertig minuten: fitness, wandelen, fietsen, in de tuin werken.
- Adviseer de patiënten tenslotte, niet te aarzelen de werkdruk te verminderen als deze te zwaar is geworden.

Omgaan met een mogelijke terugval: Vertel dat het beseft dat een terugval kan optreden een eerste belangrijk punt is om schade te voorkomen. Momenten van terugval waarin patiënten weer overweldigd worden door vermoeidheid zijn normale stadia in het herstel proces. Beseffen dat dit kan gebeuren zorgt ervoor dat de patiënt niet de hoop verliest en durft te vertrouwen op een snelle afname van de klachten tot op het niveau van voor de terugval. Een tweede belangrijk punt is bij het omgaan met terugval is te beseffen dat terugval regelmatig te voorspellen is en dientengevolge ook ingepland kan worden. Vraag op dit punt aan de patiënt om situaties of omstandigheden op te noemen die de kans op hernieuwde klachten groter maken; extra drukte op het werk, de organisatie van een aanstaand feest, ernstige ziekte van een van de ouders. Dergelijke gebeurtenissen kunnen redenen zijn om op tijd te gaan plannen hoe in die periode met activiteit en rust om te gaan. Vraag ook naar de eerste tekenen dat symptomen erger worden; vermoeid thuis komen van het werk, zich niet fris voelen bij het ontwaken, geen zin hebben in lichamelijke inspanning, hoofdpijn. Ook eerste tekenen als deze kunnen gebruikt worden om activiteiten en rust op tijd te gaan plannen en om de geleerde, bruikbare strategieën uit de behandeling weer ter hand te nemen. Adviseer de patiënt tenslotte om een verslag te maken van elke terugval die zich voordoet, zodat de patiënt de tijd neemt om stil te staan bij wat hij of zij van de terugval kan leren.

Evaluatie van de behandeling: Neem de lijst van behandeldoelen uit sessie 3 ter hand en bespreek met de patiënt in hoeverre de doelen gehaald zijn. Neem eveneens het 'evaluatieformulier CVS' af. Bespreek de verkregen informatie en laat de patiënt op de behandeling terugblikken. Plan follow-up sessies over drie en zes maanden. Vraag de patiënt voor deze follow-up ook de co-therapeut uit nodigen.

Tot slot

Geprobeerd is uit een te zetten dat het CVS door combinaties van factoren kan ontstaan. Herstel wordt vertraagd door zowel lichamelijke als psychische en psychosociale factoren. Vervolgens worden symptomen in stand gehouden door allerlei andere factoren. Voorbeelden hiervan zijn emoties, inactiviteit, te snel weer willen beginnen, negatieve automatische gedachten, somatische ziekte-attributies en gebrek aan begrip en erkenning. Verschillende medische, medicamenteuze en psychologische behandelingen zijn onderzocht, maar het lijkt dat de beste behandelresultaten tot nog toe worden verkregen met cognitieve gedragstherapie. Dit komt, zoals beschreven, uit verschillende onderzoeken naar voren. Ter illustratie hiervan

is het behandelprotocol volgens Deale et al. overgenomen. Het blijkt echter dat na afsluiting van de behandeling voor veel patiënten nog hindernissen voorkomen. Het gedoseerde inplannen van inspanning en rust moet worden toegepast op diverse situaties waarin verschillende dingen van de patiënt worden verwacht. In follow-up sessies is het nodig de patiënt te blijven volgen. Soms is het nodig *booster*-sessies in te plannen. Bij werkhervatting is het zinvol dit altijd in overleg te doen met de Arbo- of bedrijfsarts. Een goed overleg met de Arbo- of bedrijfsarts over een geleidelijk werkhervattingplan en werk op een therapeutische basis met duidelijke afgebakende taken, creëert een gunstige context voor verder herstel (Keysers et al., 1997). Toch is het nodig te blijven zoeken naar verbeteringen en nieuwe mogelijkheden om nog gunstiger behandelresultaten te bewerkstelligen. Daarnaast is uiteraard de hoop gevestigd op een doorbraak in het medisch – biologisch onderzoek naar de achterliggende oorzaken van het CVS.

Literatuur

- ANP; Gedragstherapie helpt bij vermoeidheidssyndroom, 2001
- Beek van H; in de Gelderlander; Roep om kenniscentra vermoeidheidskwaal ME, 2001
- Blijenberg G; Chronisch vermoeidheid syndroom: cognitieve gedragstherapie helpt beter dan ontspanningsoefeningen, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 2000; 1
Uit: Deale A, Chalder T, Marks I & Wessely S. (1997), Cognitive Behavior Therapy for Chronic Fatigue Syndrome: a randomised controlled trial. American Journal of Psychiatry, 154, 408-414.
- Couper J, Price J.R.; Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome in adults, Cochrane review, from Cochrane Library, Issue 3, 2001
- Deale A, Chalder T, Wessely S, Keijsers G.P.J. & Hoogduin C.A.L.; Protocollaire behandeling van patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom: graduele activering en cognitieve therapie.
Uit: Keijsers G.P.J, Minnen van A, Hoogduin C.A.L.; Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg , deel II (1999).
- Jaspers J.P.C.; Psychotherapie bij lichamelijke klachten. Fibromyalgie en het chronisch vermoeidheidssyndroom, nieuwe oplossingen?, Tijdschrift voor Psychotherapie, 1995.
- Wessely S, Hotopf M, Sharpe M; Chronic Fatigue and its syndromes. Oxford, Oxford University Press, 1998

Gebruikte sites:

- www.lumc.nl (psychotherapeute Y. van Rood)
- www.psychotherapie.nl / gedragstherapie
- Homepage Amsterdam Kliniek