

Voorwoord

Chronische vermoeidheid en fibromyalgie zijn klachten die zorgverstrekkers regelmatig over de vloer krijgen. Ze bevinden zich in het niemandsland tussen psyche en soma, en dreigen op die manier tussen wal en schip te vallen.

Een aantal mensen uit onze provincie hebben zich in deze klachten weten te specialiseren.

We laten eerst Ilse Hostyn aan het woord. Deze klinisch psycholoog en gedragstherapeut beschrijft heel concreet hoe mensen met deze problemen behandeld worden in haar ambulante privépraktijk 'de Vestingen' te Ieper.

Geert Lefevere, klinisch psycholoog-psychotherapeut van de Kliniek voor Onverklaarde Lichamelijke Klachten, KOLK, A.Z. St-Jan, Campus SFX te Brugge, belicht hoe in deze setting met deze problematiek gewerkt wordt.

Fien Van Symaeyns en Tine Mahieu, klinisch psychologen van multidisciplinair pijncentrum AZ Delta, verduidelijken de werking in de pijnkliniek in Roeselare.

Zeker nog een vermelding waard zijn Tim Verbeke en Timen Devolder, de onvolprezen tekenaars van de WINGG strip die een paar nummers terug verscheen. Een paar beelden vertolken soms beter de sfeer in een organisatie dan honderden woorden. Hun namen werden toen niet vernoemd. Bij deze hopen wij dit goed te maken.

We wensen u een boeiende en leerrijke leeservaring.

De redactie.

Redactieleden

Olivier Peene | PZ H. Familie Kortrijk | olivier.peene@pzhfamilie.be
Mia Ramboer | CGG Mandel en Leie Izegem | mia.ramboer@cggml.be | 056 23 00 21
Soetkin Kesteloot | GGZ Zuid-West-Vlaanderen | info@psyzuid.be
Johan Vancoillie | Kliniek Sint-Jozef Pittem | johan./vancoillie@sjp.be | 051 46 70 41
Filip Vanneste | CGG Mandel en Leie Izegem | filip.vanneste@cggml.be | 056 23 00 21
Bregwin Vantieghem | PZ H. Hart Ieper | mta@ggz-ieperdiksmuide.be | 057 23 91 85 | 0471 34 07 96
Jozef Verbrugghe | jozef.verbrugghe@telenet.be

Vormgeving en administratie:
Jacqueline Delodder | jacqueline.delodder@sjp.be
Mia Ramboer | mia.ramboer@cggml.be

Wat zit er tussen mijn oren? Over de behandeling van fibromyalgie en CVS

Ilse Hostyn, klinisch psycholoog-gedragstherapeut
Psychologenpraktijk De Vestingen Ieper

De diagnoses fibromyalgie en chronisch vermoeidheidssyndroom brengen heel wat beroering bij zowel hulpverleners (huisartsen, specialisten, psychologen, kinesisten, ...) als patiënten. In eerste instantie omdat dit uitsluitingsdiagnoses zijn, en anderzijds omdat er geen pasklare antwoorden bestaan in de aanpak en de behandeling van mensen met fibromyalgie en/of CVS.

Als psycholoog kon ik ervaring opbouwen door het meewerken aan de diagnostische fase binnen een algemeen ziekenhuis en het behandelproces binnen een multidisciplinair team. Binnen de ambulante setting van psychologenpraktijk De Vestingen worden mensen individueel begeleid.

In dit artikel wordt de weg geschetst die mensen afleggen vanaf de start van hun klachten, de zoektocht naar een diagnose en de mogelijke behandelingen.

Start van de klachten

Mensen met fibromyalgie en/of CVS beschrijven meestal perioden van maanden tot jaren klachten die soms sluimerend of soms heel bruusk optraden. De beschreven klachten zijn moeheid, diffuse spierpijnen, krachtsverlies, concen-

tratieproblemen, verlies van energie, hoofdpijn, beperkte inspanningstolerantie, lange recuperatietijd, stemmingsklachten, slaapproblemen, ...

Vaak consulteerden mensen al veel artsen en specialisten, vooraleer ze doorverwezen werden naar het multidisciplinaire team binnen het ziekenhuis. Mensen hebben er nochtans alle baat bij om na een periode van 6 maand met vermoeidheid, doorverwezen te worden voor grondig onderzoek en behandeling van de vermoeidheid, door een specialist of door een psycholoog, om na te gaan welke beïnvloedende factoren een rol spelen bij de vermoeidheid en hoe deze op een constructieve manier aangepakt kunnen worden.

De diagnostische fase

De diagnostische fase bestaat uit een uitgebreid onderzoek van verschillende disciplines om na te gaan welke verklaringen of beïnvloedende factoren kunnen gevonden worden voor het ontstaan of het onderhouden van de vermoeidheids- en/of de pijnklachten.

Binnen heel het onderzoeksproces en de behandeling wordt er gewerkt volgens het **bio- psychosociale model**. In-

ternisten, fysiotherapeuten, neuroloog, kinesitherapeut en verpleegkundigen bekijken de medische aspecten die aan de basis kunnen liggen van de klachten. Dit gebeurt aan de hand van bloedonderzoek, echo, slaaponderzoek, klinisch onderzoek en specifieke testen indien noodzakelijk.

Psychologen, maatschappelijk werkers en psychiater bekijken het psychosociale/psychiatrische luik binnen de leefwereld van de persoon. Belangrijke thema's die bevestigd worden zijn de ervaren klachten, de duur van de klachten, werk, concentratieproblemen, dagstructuur, activiteitsniveau, slaappatroon, copingstijl, steunfiguren, ontspanning, malaise na inspanningen, Aan de hand van kennismakingsgesprekken en resultaten van screeningsvragenlijsten wordt een bilan opgemaakt met aandacht voor een bestaande kwetsbaarheid, uitlokkende en instandhoudende factoren.

Een voorafbestaande kwetsbaarheid kan te maken hebben met een psychosociale problematiek, een overactieve levensstijl, perfectionistische persoonlijkheidskenmerken, een invaliderende opvoedingssituatie, **Uitlokkende factoren** kunnen bestaan uit belangrijke

levensgebeurtenissen, ziektes, een acute psychosociale problematiek. **Instandhoudende factoren** kunnen herkend worden in: een lus van overactiviteit en vermijding (zaagtandprofiel: men neemt veel hooi op de vork, waardoor men uitgeput raakt, lang moet recupereren, zich dan weer fit voelt en hiervan 'profiteert' om opnieuw te veel te presteren..), een gemis aan erkenning bij de hulpverlening, negatieve self-efficacy, een sterke lichaamsgerichtheid, neiging tot catastroferen, gebrek aan sociale steun of teveel bescherming, een sterke gerichtheid naar het medische model, emotionele gevolgen van de schommeling van de klachten, ...

In een teamoverleg worden alle resultaten vanuit de diagnostische fase geïnventariseerd om zo tot een individueel behandelvoorstel te komen.

Behandeling van langdurige vermoeidheid en fibromyalgie

Binnen de behandeling wordt er heel wat aandacht gegeven aan educatie van stressfysiologie en pijnfysiologie. Mensen leren dat hun stress- en pijnstelsel (het centrale zenuwstelsel, hun hersenen) door een te lange periode van overbelasting (lichamelijk, emotioneel, sociaal) overgevoelig gaat reageren of gaat disfunctioneren. Als het stressstelsel uit balans is, ontstaan er mogelijks verstoringen in het immuunsysteem, het slaap-waakpatroon, verstoring in

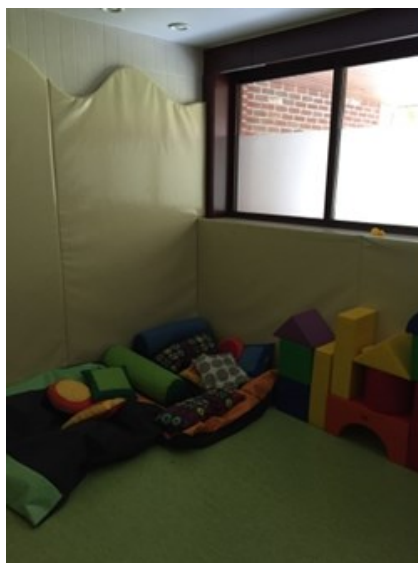
spierstelsel, stofwisselingssysteem, enz....

Mensen krijgen nog te vaak te horen dat hun klachten tussen hun oren zitten. Met de informatie omtrent stress- en pijnfysiologie krijgen mensen inzicht in de werking van de hersenen, de overgevoeligheid van de hersenen, waardoor er allerlei klachten kunnen ontstaan. En die hersenen zitten wel letterlijk tussen de oren.

Het is dan ook van groot belang dat er een beter evenwicht komt tussen draaglast en draagkracht, waardoor de mogelijkheid tot (gedeeltelijk) herstel kan plaatsvinden.

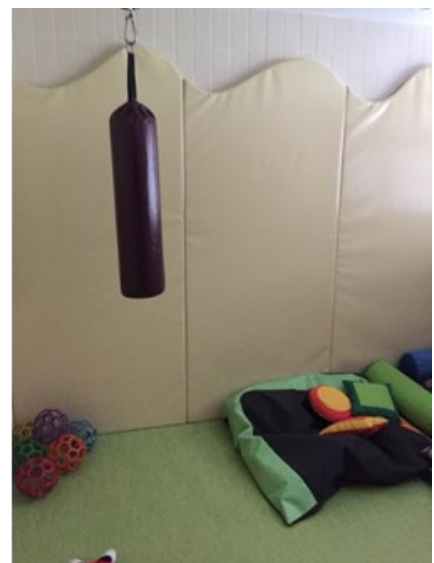
Behandeldoelen zijn:

1. **Activiteitenmanagement:** mensen krijgen inzicht in hun zaagtandprofiel. Ze gaan op zoek naar een aangepast dagritme door middel van een vast slaap/waakpatroon, een vast eetpatroon, vaste rustmomenten, een regelmatig bewegingspatroon, het uitvoeren van lichamelijke oefeningen, het leren doseren



van hun taken (salamiprincipe: een aanzienlijke taak in schijfjes opdelen), om zo hun **optimale belastbaarheid** te herstellen. Pas na een periode van stabilisatie kan men komen tot een geleidelijke opbouw van de activiteiten om zo de draagkracht te verhogen. Een werkpunt dat samenhangt met het activiteitenmanagement is het stimuleren en automatiseren van **grenzen stellen**: durven neen zeggen, hulp vragen en hulp toelaten.

2. **Verminderen van de impact van emotioneel instandhoudende factoren:** De emoties die bij de meeste patiënten erg belastend zijn, zijn de angst om niet te herstellen, het piekeren over de toekomst, frustratie bij het niet kunnen presteren en schuldgevoelens. Er worden **copingvaardigheden** aangeleerd om de impact van de emotionele instandhoudende factoren te verkleinen, dit zowel vanuit de **cognitieve therapie** als vanuit **Acceptance and Commitment Therapy**, als



door middel van **relaxatieoefeningen en mindfulness training**.

Een ander belangrijk werkpunt is de **coping** met **onbegrip** van omgeving, hulpverleners en werkgevers.

Pas na een zestal maanden behandeling kan er gepeild worden naar de aanwezigheid van tekenen van **hernemend recuperatievermogen** en van beginnend herstel. Dit is zichtbaar in de vorm van minder misselijkheid, sneller recupereren, minder klachten, ...De inspanningstolerantie en het algemeen functioneren worden op verschillende momenten bevraagd. Na een langere periode opvolging worden algemeen de toename van de

draagkracht en de vermindering van de klachten geëvalueerd. Dit vooral omdat het voor de cliënten duidelijk moet zijn dat de effecten van de behandeling pas na een lange termijn zichtbaar worden.

Uitdagingen binnen de behandeling van CVS en fibromyalgie

Er bestaat nog heel wat onduidelijkheid omtrent de oorzaak en de behandeling van CVS en fibromyalgie. Verder wetenschappelijk onderzoek op verschillende terreinen is nog noodzakelijk. Hierbij kan er gedacht worden aan de impact van voeding bij CVS en fibromyalgie. Alsook het belang van centrale sensitatie

binnen het ontstaan en het instandhouden van deze klachten.

In ieder geval is het aangewezen om zo snel mogelijk de overstap te maken van een medisch naar een bio- psychosociaal model, om de klachten in een zo breed mogelijk kader te kunnen interpreteren en behandelen.

Kliniek voor Onverklaarde Lichamelijke Klachten

Geert Lefevere, klinisch psycholoog-psychotherapeut, campus SFX
A.Z. St-Jan Brugge-Oostende AV

Situering

In deze hyper specialistische medische tijden zijn klachten die ontsnappen aan de gekende wetmatigheden van de geneeskunde vaak niet erg welkom in de medische praktijk. Toch vormen ze door hun aantal en impact een enorme uitdaging. Het gaat hierbij veelal om onvoldoende verklaarde pathologische moeheid en chronisch verspreide pijn. Meer en meer ervaren mensen onduidelijk te definiëren klachten, die een grote weerslag hebben op het dagelijks functioneren, de positie op de arbeidsmarkt, de relaties met anderen, het zelfbeeld en eigenwaarde. Waar deze klachten vroeger werden gezien als een uiting van een stemmingsstoornis of psychosomatische aandoeningen, krijgen ze nu vaak een apart statuut.. Dit is terecht, want deze personen lijden vaak niet aan gedaalde stemming, hebben een helder toekomstvisie en ervaren hun gedreven geest als gevangen in een onwillig lichaam.

Centraal in de klachten is de wanverhouding tussen inspanning en lichamelijke reactie: verhoogde vermoeibaarheid of abnormale spierreacties. Daarnaast is een versoorde recuperatie kenmerk-

kend: slaap die onvoldoende energie-herstellend is of spierontspanning die beperkt is.

Vorsers van overal ter wereld proberen de werkingsmechanismen van deze aandoeningen te ontrafelen. Jammer genoeg heeft de strijd tussen de 'somatische hypothese' en de 'psychische hypothese' onnodig gepolariseerd, met de patiënten als slachtoffer. Alle goede bedoelingen ten spijt zijn er op vandaag geen argumenten voor een bepaald onderliggend somatisch substraat dat causaal de klachten kan verklaren. Er is ook geen evidentie om de klachten louter psychologisch te verklaren. Het onderzoek op dit moment wijst in de richting van samengaan van factoren die redenen kunnen zijn om dit soort klachten te ontwikkelen. Gedegen onderzoek, zowel lichamelijk als gezondheidspsychologisch, blijft heel erg belangrijk. Het ernstig nemen van deze klachten evenzeer. De *zichtbare* multidisciplinariteit is een voorwaarde om een omvattende duiding te kunnen bieden. Dit vormt de basis van het behandelaanbod dat zich richt op herstel (en dus niet enkel op aanvaarden!). Hierbij worden herstelbelemmerende

en herstelbevorderende factoren in kaart gebracht. Dit worden handvaten voor de individuele patiënt om de energieverstoring te herbalanceren.

Uiteindelijk doel van de revalidatie is het opnieuw deelnemen aan zoveel mogelijk facetten van het leven: zinvolle activiteit (al of niet betaald), ouderrol opnemen, deelnemen aan het sociaal leven, op reis kunnen gaan enz. Dit kan enkel bereikt worden indien rekening wordt gehouden met een gehavend energieherstellend systeem. Dit betekent veelal: activiteiten doseren, goede communicatie met significante anderen, vele vormen van rust inbouwen en gedifferentieerde activiteiten ontplooiën.

In dit proces is overleg zowel met de zorgverzekeraars als met bv. werkgevers erg belangrijk. Indien de patiënt zich gedwongen voelt te bewijzen dat hij onvoldoende kan functioneren om te voldoen aan de verwachtingen, zal de energie ontbreken om aan herstel te werken. *If you have to proof you're ill, you cannot get better!* De toenemende aandacht voor graduele inschakelingen in werksituaties is hierbij een helpende factor.

In de Kliniek voor Onverklaarde Lichamelijke Klachten proberen we al een jaar patiënten te begeleiden in hun herstel. In verschillende behandelmodaliteiten, aansluitend bij wat meest passend is voor de patiënt, proberen we de negatieve functioneringscurve bij te sturen. Centraal staat de patiënt met zijn klacht. Wat we aanbieden valt niet te categoriseren als zelfhulp of als psychotherapie. Het is een revalidatieaanbod dat doelt op nog beter functioneren met respect voor de min of meer tijdelijke belemmeringen.

De **Kliniek voor Onverklaarde Lichamelijke Klachten** (KOLK) is een multidisciplinair georganiseerde polikliniek die in 2003 werd opgericht. Het team bestaat uit een dokter interne geneeskunde, een arts in de fysische geneeskunde, een psychiater, een psycholoog, neuroloog, somnoloog, verpleegkundige en kinesist. Indien nodig worden andere specialisten in consult geroepen.

Patiënten melden zich aan na verwijzing door hun huisarts of geneesheer-specialist. Een psychiatrisch verpleegkundige doet de intake. Na het internistisch, locomotorisch, psychologisch, neurologisch, somnografisch en eventueel psychiatrisch onderzoek wordt een multidisciplinair verslag opgemaakt. Dit wordt aangevuld met een voorstel tot een revalidatie.

Doelgroep

De KOLK richt zich op volwassen patiënten met reeds langer bestaande Onverklaarde Lichamelijke Klachten. Dit zijn lichamelijke klachten waarvoor geen onderliggende medisch-organische of psychiatrisch-psychologische verklaring wordt gevonden. Somatische onderzoeken toonden geen afwijkingen en behandelingen leverden weinig of geen resultaat op. Deze klachten betekenen voor de patiënt een matige tot ernstige beperking. Deze kan zich situeren zowel op lichamelijk als op relationeel, emotioneel, sociaal, professioneel of existentieel vlak. De hulpvraag van de patiënt is niet enkel symptoomverlichting. Hij streeft evenzeer naar het behoud of verhogen van levenskwaliteit ondanks de beperkingen.

Pathologie

Bij de problematiek van Onverklaarde Lichamelijke Klachten kunnen de klachten en het klinisch beeld heel verscheiden zijn. Diffuus gelocaliseerde pijnen, moeheidsklachten en energieverlies komen veel voor. De afwezigheid van een aanwijsbare verklaring laat geen duidelijke uitspraken toe over pathogenese maar nodigt uit tot een multidisciplinaire benadering.

Revalidatieaanbod

De revalidatie is multidisciplinair en kan o.a. een specifieke medicamenteuze, psychiatrische, kinesithera-

peutische en psychologische begeleiding omvatten. De huisarts blijft hierbij een scharnierfunctie vervullen. Zo wordt de mantelzorg geoptimaliseerd in overleg met hem. Ook hulpverleners die niet verbonden zijn aan de KOLK kunnen worden ingeschakeld. Tenslotte worden de familie of betekenisvolle derden maximaal betrokken in dit proces. Bij deze revalidatie ligt de klemtoon meer op mogelijkheden en herstelbevorderende factoren dan op beperkingen. Herstelbelemmerende factoren worden opgezocht en in samenspraak met de patiënt aangepast in functie van beter functioneren. Het therapeutisch aanbod richt zich in hoofdzaak op de levenskwaliteit, met en ondanks een veranderd lichamelijk functioneren.

Meer info:

www.azsintjan.be/KOLK



De rol van de psycholoog in het pijncentrum

Fien Van Symaeyns en Tine Mahieu, klinisch psychologen
multidisciplinair pijncentrum AZ Delta Roeselare

Het Multidisciplinair Pijncentrum van AZ Delta vertrekt vanuit een bio-psychosociaal model dat vooropstelt dat pijn een wisselwerking is van verschillende elementen, namelijk lichamelijke, psychische en sociale factoren. Een illustratie van het feit dat psyche (geest) en soma (lichaam) niet los staan van elkaar vind je bijvoorbeeld terug in een marathonwedstrijd: de marathonwinnaar beschikt nog over voldoende energie om een ereronde te lopen, terwijl de verliezer –ondanks het feit dat hij/zij dezelfde afstand heeft afgelegd, zich daar moeilijker toe kan brengen.

De pijnpatiënt heeft vooraleer hij/zij in ons pijncentrum terecht komt, vaak al een uitgebreid traject op medisch vlak afgelegd. Als gevolg hiervan verwacht de patiënt soms dat de behandeling zich enkel op het medische luik zal toespitsen. Hierdoor kan de betrokkenheid van een psycholoog in het pijntraject aanvankelijk weerstand oproepen vanuit de gedachte “ik word niet geloofd in mijn pijn” of “de pijn zit niet tussen mijn oren!”. Toch kan de rol van een psycholoog een meerwaarde betekenen bij de behandeling van pijn. Vooral indien er sprake is van een complexe, chronische pijnproblematiek, waar-

bij de oorzaak van de klachten niet duidelijk aantoonbaar is. Als psycholoog gaan we op zoek naar factoren die de pijn uitlokken, in stand houden en/of versterken. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan een voorgeschiedenis van psychische klachten (angst, depressie...), traumatische life-events, stressfactoren, verlieservaringen (werk, identiteit, fysieke mogelijkheden ...), maladaptieve manieren in het omgaan met pijn (= coping-mechanismen), gebrek aan steunfiguren, etc. Ook omgekeerd kunnen de pijnklachten een impact hebben op verschillende domeinen (o.a. gemoedstoestand, werksituatie, partnerrelatie, sociale contacten, vrijetijdsbesteding...). In de psychologische begeleiding staat het verhaal van de patiënt met zijn/haar unieke pijnbeleving centraal. Als psycholoog wensen we de levenskwaliteit van de patiënt te optimaliseren door de impact van de pijn op de verschillende levensdomeinen te verkleinen, psychosociale stressoren te reduceren en samen op zoek te gaan naar een meer adaptieve coping. Actieve strategieën gaan over het algemeen gepaard met een beter functioneringsniveau en aanpassingsvermogen. Passieve strategieën leiden daarentegen eerder tot een toename

van pijn, hinder en uiteindelijk depressieve klachten. Een valkuil bij het hanteren van een actieve coping - die we vaak in de praktijk zien - is dat patiënten hun fysieke grenzen frequent overschrijden. Onderliggend kan bij een groot aantal patiënten een aanvaardingsproblematiek worden onderkend. Als gevolg daarvan willen ze niet toegeven aan de pijn en beperkingen, pogen ze zo lang mogelijk hun levensstijl van voorheen aan te houden en plegen zodoende roofofbouw op hun eigen lichaam. Bij passieve copingstrategieën bestaat echter het risico om terecht te komen in een vicieuze cirkel van inactiviteit. Er moet over worden gewaakt dat de pijn niet resulteert in een aanzienlijke vermindering van activiteitsgraad, waardoor er een conditiedaling van de spieren optreedt en er na verloop van tijd bij verdere activiteiten meer pijnklachten worden ervaren. De pijn kan als gevolg daarvan angst oproepen, waardoor de patiënt in een passieve(re) levensstijl terecht komt. In het pijncentrum streven we er met het multidisciplinair team - bestaande uit pijnartsen/ anesthesisten, fysiotherapeut, sociaal assistent, kinesitherapeut, ergotherapeut, verpleegkundigen en psychologen -

naar om de patiënt zoveel mogelijk te reactiveren en de levenskwaliteit zodoende te bewaren of te verhogen. De patiënten die het multidisciplinair traject doorlopen, kunnen – indien aangewezen – deelnemen aan een psycho-educatief lessenpakket (cognitief instructief revalidatieprogramma) met als vervolgtraject groepssessies bij de psychologen en relaxatietherapie bij de kine- of ergotherapeut.

Indien u meer informatie wenst over het multidisciplinair pijncentrum kunt u terecht op de website www.pijncentrumroeselare.be

