

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/25336>

Please be advised that this information was generated on 2021-09-27 and may be subject to change.

Attributies en chronische vermoeidheid

G.BLEIJENBERG

Vermoeidheid komt erg vaak voor en behoort tot de toptien van aan huisartsen voorgelegde klachten. Vaak gaat vermoeidheid vanzelf weer over, maar in zo'n 10% van de gevallen blijven de klachten tenminste een half jaar of langer aanhouden.¹ Als voor deze klachten door de arts geen lichamelijke verklaring gevonden is, spreken wij van chronische vermoeidheid.

Wat ook de verklaring is die de arts geeft, patiënten hanteren vaak eigen verklaringen voor hun klachten. Deze verklaringen worden attributies genoemd. Vrijwel iedere patiënt heeft duidelijke of minder duidelijke ideeën over de oorzaak van zijn klachten. Men spreekt dan van causale attributies. Onlangs verscheen van een Engelse onderzoeksgroep een artikel getiteld: 'Chronic fatigue in the community: "a question of attribution"'.² Deze titel suggereert dat louter attributies bepalend zijn voor chronische vermoeidheid. Klopt dat? Wat is eigenlijk de rol van attributies bij patiënten met chronische vermoeidheid en het chronische-vermoeidheidssyndroom (CVS)?

Eerst iets over het genoemde onderzoek.² Uit een enquête naar vermoeidheid onder meer dan 15.000 mannen en vrouwen in de algemene bevolking, afkomstig uit 5 huisartspraktijken, bleek dat 38 personen (0,2%) hun vermoeidheidsklachten toeschreven aan 'ME' (myalgische encefalomyelitis). Het onderzoek spitst zich toe op deze 38 personen, de ME-groep, en de hierbij gezochte vergelijkingsgroepen; de resultaten van de enquête naar vermoeidheid zijn al elders beschreven.³ De ME-groep werd gematcht met twee andere, even grote, groepen: een van personen die hun vermoeidheid toeschreven aan psychologische factoren en een van personen die hun vermoeidheid aan sociale factoren attribueerden. Bij een psychologische attributie schreef men de klachten toe aan bijvoorbeeld zich angstig of depressief voelen. Bij een sociale attributie werden de klachten toegeschreven aan bijvoorbeeld werkdruk of familieomstandigheden. Alledrie de groepen scoorden hoog op een vermoeidheidsschaal en waren langer dan 6 maanden moe. De ME-groep was het meest lichamenlijk vermoeid en bleek het langst klachten te hebben. Op een schaal voor mentale vermoeidheid waren er geen verschillen. De groep met de psychologische attributies vertoonde een geringer psychisch welbevinden dan de andere twee groepen.

Vervolgens werden 18 maanden later dezelfde drie groepen opnieuw bevraagd, waarbij 78% repondeerde.

Er bleken nu geen verschillen meer in vermoeidheid. De groep met de psychologische attributies bleef angstiger en depressiever dan de andere groepen. Bij deze tweede meting werd ook de mate van beperking op verschillende levensgebieden vastgesteld. De ME-groep bleek het meest beperkt. Dit betekent waarschijnlijk dat alleen deze groep voldoet aan de criteria voor CVS.

Gekeken werd welke gegevens bij de eerste meting een hogere vermoeidheidsscore bij de tweede meting konden voorspellen. Het zich psychisch onwel voelen en het hebben van een ME-attributie of een psychologische attributie kwamen hierbij als voorspellende kenmerken naar voren. De personen uit de ME-groep bleken anders om te gaan met hun vermoeidheidsklachten dan die uit de andere groepen. Zij verminderden in sterkere mate hun activiteiten. Ook bleek dat de patiënten uit de ME-groep hun klachten niet louter aan ME toeschreven, maar nog diverse andere opvattingen hadden over de oorzaak van hun klachten. Dit laatste gold overigens ook voor de groepen met psychologische en sociale attributies. In de ME-groep werden vroegere virale infecties en aanhoudende infecties het meest als verklaring voor de klachten genoemd. Emotionele spanningen als attributie bleken bij de ME-groep minder vaak voor te komen. Werkstress, relationele problemen, voedselallergie en hormonale stoornissen werden echter in de drie groepen even vaak als oorzaak van de vermoeidheid genoemd.

Is chronische vermoeidheid louter een kwestie van attributie? Deze vraag kan op grond van dit onderzoek niet zonder meer beantwoord worden. Als het louter om attributie zou gaan, zouden wij mogen verwachten dat de drie groepen bij het begin van het onderzoek alleen verschillen lieten zien in de aard van de attributie. Dit was duidelijk niet het geval: de zogenaamde ME-groep had behalve ernstiger vermoeidheidsklachten ook een langere klachtenduur. Het psychisch welbevinden van de ME-groep en van de groep met sociale attributies was beter dan dat van de groep met psychologische attributies.

Deze kritiek betekent niet dat attributies geen rol spelen bij chronische vermoeidheid en CVS. In het hierna volgende bespreek ik welke invloed attributies hebben.

ATTRIBUTIES EN HET KLACHTENBELOOP

In het beschreven dwarsdoorsnedeonderzoek kwam naar voren dat het hebben van de attributie 'ME' of een psychologische attributie ongunstiger is voor het beloop dan het hebben van een zogenaamde sociale attributie.² Uit eerder onderzoek bij CVS weten wij dat somatische attributies inderdaad ongunstig zijn voor het klachtenbeloop.^{4,5} Uit prospectief onderzoek is echter nooit naar voren gekomen dat een psychologische attributie of het

Academisch Ziekenhuis, afd. Medische Psychologie, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
Dr.G.Bleijenberg, klinisch psycholoog.

zich psychisch onwel voelen een voorspellend kenmerk is voor het beloop van CVS. Overigens is het hanteren van somatische attributies niet beperkt tot CVS-patiënten. Bij patiënten met functionele buikklachten komen somatische attributies eveneens veelvuldig voor en ook bij hen zijn deze attributies ongunstig voor het beloop.⁶ Uit eigen onderzoek weten wij dat bij multiple-sclerose-patiënten met vermoeidheidsklachten somatische attributies voor de moeheid even vaak voorkomen als bij CVS-patiënten.⁷ Sterke somatische attributies bij CVS leiden echter – anders dan bij multiple sclerose – tot verlaging van het activiteitsniveau en vergroten daarmee de kans op het voortbestaan van klachten. Daarnaast blijkt de verwachting die de patiënt heeft ten aanzien van zijn eigen mogelijkheden om zijn klachten te beïnvloeden (in de psychologie wordt dan gesproken van 'self-efficacy') van belang. Wanneer een patiënt verwacht zelf (enige) positieve invloed te kunnen uitoefenen is dit gunstig voor het klachtenbeloop. Een sterke somatische attributie is dus een van de klachtenbestendige factoren bij chronische vermoeidheid; chronische vermoeidheid is derhalve niet louter een kwestie van somatische attributie.

ATTRIBUTIES EN DOOR PATIËNTEN ZELF GESTELDE DIAGNOSEN

Veel somatische attributies houden ook mogelijke diagnoses in ('Heb ik geen kanker, dokter?' 'Zou mijn bloeddruk wel goed zijn?'). Hier kunnen artsen nog wel mee uit de voeten. Als de patiënt echter met een kant-en-klare diagnose komt ('Ik heb ME, dokter'), lijken de rollen omgedraaid: de patiënt stelt de diagnose in plaats van de dokter. De voor CVS zo kenmerkende sterke somatische attributie krijgt inderdaad, zo weten wij, vaak de vorm van de door de patiënt zelf gestelde diagnose 'ME'. Waarschijnlijk stelt zo'n 75-80% van de patiënten met ME-klachten zelf de diagnose. Dit roept gemakkelijk irritatie op bij artsen, zeker als zij niet goed weten wat zij met die diagnose moeten beginnen. Diagnosen als 'prikkelbare-darmsyndroom',⁸ of 'primaire-fibromyalgiesyndroom' (PFS),⁹ worden door de dokter en niet door de patiënt gesteld. Met deze diagnosen hebben de meeste artsen minder moeite dan met de diagnose 'ME', terwijl het bij prikkelbare-darmsyndroom en primaire-fibromyalgiesyndroom evengoed om een diagnose per exclusionem gaat, met als belangrijkste kenmerk het niet aanwezig zijn van een lichamelijke verklaring voor de klachten. Overigens blijft de door de patiënt zelf gestelde diagnose een attributie en is het aan de arts om met behulp van daarvoor geldende criteria vast te stellen of er sprake is van CVS. Als de arts echter inderdaad de diagnose 'CVS' kan stellen, mag hij niet aarzelen de door de patiënt zelf gestelde diagnose te bevestigen.

EEN DIVERSITEIT AAN ATTRIBUTIES

Terugkomend op het artikel dat aanleiding was tot dit commentaar zien wij dat de drie groepen weliswaar ingedeeld werden op grond van de attributies die het sterkst aanwezig waren, maar dat ook door de ME-

groep een diversiteit aan attributies gehanteerd werd.² Sommige van deze attributies kwamen even vaak voor bij de andere onderzochte patiënten met vermoeidheid, zoals werkstress, relationele problemen, voedselallergie en hormonale stoornissen. Werkstress en relationele problemen kunnen als psychologische of sociale attributies opgevat worden, terwijl voedselallergie en hormonale stoornissen beter tot de somatische attributies gerekend kunnen worden. Naast somatische attributies, als verzamelnaam voor diverse attributies die verwijzen naar het somatische substraat, kunnen dus bij dezelfde patiënt ook andere – psychologische of sociale – attributies voorkomen. Vooral de sterkte van het geloof in de attributie is dan van belang. Als iemand zijn vermoeidheidsklachten toeschrijft aan ME weten wij nog niet welke somatische en andere verklaringen hij voor zijn klachten hanteert en hoe sterk hij daarin gelooft. Sterke somatische attributies zijn wel kenmerkend te noemen voor CVS-patiënten: bijna 90% van de CVS-patiënten geeft een somatische verklaring voor de klachten.¹⁰ Daarentegen is inmiddels uit eigen – nog niet gepubliceerd – onderzoek gebleken dat artsen bij 80% van de patiënten CVS-klachten toeschrijven aan spanningen en stress en veel minder vaak aan lichamelijke afwijkingen. Dat zo sterk uiteenlopende attributies voor dezelfde klachten al snel aanleiding geven tot communicatieproblemen tussen arts en patiënt moge duidelijk zijn.

EEN MOGELIJK IATROGENE FACTOR BIJ SOMATISCHE ATTRIBUTIES

Er zijn aanwijzingen dat sterke somatische attributies bij CVS-patiënten pas later in het beloop ontstaan of hardnekkig worden. In een onderzoek in de eerste lijn bij patiënten met nog niet zo lang bestaande vermoeidheid – hier gaat het dus niet om chronische vermoeidheid – werd geen verschil in beloop gevonden tussen patiënten met en die zonder sterke somatische attributie. Veel patiënten herstelden van hun vermoeidheid, onafhankelijk van hun attributie.¹¹ In deze fase spelen somatische attributies dus nog geen rol van betekenis.

Het is denkbaar dat bij de ontwikkeling van somatische attributies ook een iatrogene factor een rol speelt. Bijvoorbeeld: een patiënt met vermoeidheidsklachten komt terug bij de arts, die wederom geen verklaring kan vinden, terwijl de patiënt toch klachten houdt. Het onbegrip van de huisarts kan de patiënt sterken in het idee dat hij zijn klachten krachtiger naar voren moet brengen en duidelijk maken dat er echt wat met hem aan de hand is. In een prospectief onderzoek onder patiënten bij wie de huisarts een virusinfectie had vastgesteld werd inderdaad gevonden dat het gedrag van de dokter een voorspellend kenmerk was voor ernstige chronische vermoeidheid 6 maanden later;¹² de voorspellende kenmerken waren een 'minder zekere' diagnose door de dokter en het verstrekken van een ziektebriefje (in het Verenigd Koninkrijk 'sick certification'). Kenmerken van de virusinfectie vertoonden daarentegen geen enkele samenhang met de chronische vermoeidheid 6 maanden later. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat dergelijk doktersgedrag van invloed is op de attributie

van de patiënt. Het betekent ook dat er voor de arts mogelijkheden zijn de vermoeidheidsklachten van zijn patiënt, onder andere via de attributies, te beïnvloeden.

HOE KUNNEN ARTSEN ATTRIBUTIES HANTEREN?

Bij recent onderzoek aangaande functionele buikklachten is komen vast te staan dat somatische attributies van patiënten door artsen verminderd kunnen worden.¹³ Hiervoor is een arts-patiëntcontact nodig waarbij de arts de somatische attributie van de patiënt herkent, erkent en bespreekbaar maakt. Dit zal de sterkte van de somatische attributie doen afnemen, met als gevolg een afname van de 'medische consumptie' en tevens een gunstiger klachtenbeloop op langere termijn, althans bij functionele buikklachten. Of dit ook mogelijk is bij CVS-patiënten, bij wie de somatische attributie meestal veel krachtiger is, zal nader onderzocht moeten worden. Overigens kan het beïnvloeden van de attributies niet los gezien worden van andere relevante factoren bij CVS, waaronder het activiteitenpatroon, de mate waarin de patiënt het idee heeft zijn klachten te kunnen beïnvloeden (self-efficacy) en de omgevingsreacties.¹⁴

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn dat onder de attributie 'ME' diverse somatische, maar soms ook andere attributies schuilgaan. De attributie of de door de patiënt zelf gestelde diagnose 'ME' mag voor de arts geen reden zijn de klachten van de patiënt niet serieus te nemen of hem de diagnose 'CVS' te onthouden als 'de patiënt aan de criteria voldoet'.¹⁵ Somatische attributies spelen, naast andere factoren, een belangrijke klachtenbestendige rol bij chronische vermoeidheidsklachten – en waarschijnlijk bij nog veel meer klachten. Daarom is aandacht van de arts voor de attributies van zijn patiënt van belang. Het opsporen en bespreken van de aard en achtergrond van deze attributies door de arts is niet alleen gunstig voor het verdere klachtenbeloop en de medische consumptie, maar zal ook de arts-patiëntrelatie versterken. Er ontstaat een sfeer van vertrouwen vanwaaruit ook andere aspecten van het klachtenpatroon bespreekbaar en beïnvloedbaar worden, want chronische vermoeidheid is niet louter een kwestie van attributie.

ABSTRACT

Attributions and chronic fatigue. – It was recently suggested that chronic fatigue is merely a question of attribution. Attribution clearly contributes to the course of chronic fatigue syndrome (CFS) but is not its sole determinant. The presence of strong somatic attributions appears to be one of the perpetuating factors in CFS but not the only one. Many CFS patients present a self-diagnosis, e.g. myalgic encephalomyelitis. Communication problems between patient and doctor easily arise because of different attributions of the complaints. At the start of fatigue somatic attributions are of less importance than later on in the course of the complaints. In this process an iatrogenic factor might be involved. On the other hand doctors are able to influence these attributions actively in a favourable direction.

LITERATUUR

- Wessely S, Chalder T, Hirsch S, Pawlikowska T, Wallace P, Wright DJ. Postinfectious fatigue: prospective cohort study in primary care. *Lancet* 1995;345:1333-8.
- Chalder T, Power MJ, Wessely S. Chronic fatigue in the community: 'a question of attribution'. *Psychol Med* 1996;26:791-800.
- Pawlikowska T, Chalder T, Hirsch SR, Wallace P, Wright DJM, Wessely SC. Population based study of fatigue and psychological distress. *BMJ* 1994;308:763-6.
- Vercoulen JHMM, Swanink CMA, Fennis JFM, Galama JMD, Meer JWM van der, Bleijenberg G. Prognosis in chronic fatigue syndrome: a prospective study on the natural course. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996;60:489-94.
- Wilson A, Hickie I, Lloyd A, Hadzi-Pavlovic D, Boughton C, Dwyer J, et al. Longitudinal study of outcome of chronic fatigue syndrome. *BMJ* 1994;308:756-9.
- Bleijenberg G, Fennis JFM. Een prospectief onderzoek naar het beloop van functionele buikklachten. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1987;131:2142-6.
- Vercoulen JHMM, Hommes OR, Swanink CMA, Jongen PJH, Fennis JFM, Galama JMD, et al. The measurement of fatigue in patients with multiple sclerosis. A multidimensional comparison with patients with chronic fatigue syndrome and healthy subjects. *Arch Neurol* 1996;53:642-9.
- Bleijenberg G, Fennis JFM. Het irritable bowel syndrome: een onhanteerbare diagnose? *Ned Tijdschr Geneeskd* 1986;130:1177-80.
- Bazelmans E, Vercoulen JHMM, Galama JMD, Weel C van, Meer JWM van der, Bleijenberg G. Prevalentie van het chronische-vermoeidheidsyndroom en het primaire-fibromyalgiesyndroom in Nederland. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1997;141:1520-3.
- Vercoulen JHMM, Swanink CMA, Fennis JFM, Galama JMD, Meer JWM van der, Bleijenberg G. Dimensional assessment of chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res* 1994;38:383-92.
- Cathebras P, Jacquin L, le Gal M, Fayol C, Bouchou K, Rousset H. Correlates of somatic causal attributions in primary care patients with fatigue. *Psychother Psychosom* 1995;63:174-80.
- Cope H, David A, Pelosi A, Mann A. Predictors of chronic 'post-viral' fatigue. *Lancet* 1994;344:864-8.
- Dulmen AM van. Exploring cognitions in irritable bowel syndrome, implications for the role of the doctor [proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1996.
- Bleijenberg G, Vercoulen JHMM, Bazelmans E. Chronische vermoeidheid. In: Everaerd WTAM, Bak AP, Derksen JJL, Diesfeldt HFA, Emmelkamp PMG, Goeman WH, et al., redacteuren. *Handboek voor klinische psychologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996:1-18.
- Meer JWM van der, Rijken PM, Bleijenberg G, Thomas S, Hinlopen RJ, Bensing JM. Aanwijzingen voor het beleid bij langdurige, lichamelijk onverklaarde moeheidsklachten. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1997;141:1516-9.

Aanvaard op 23 mei 1997

Bladvulling

Ze waren toch heel dicht bij de beriberi-ziekte

'De invloed der voeding met roode rijst, niet met de 'rijst met zilvervliesje' van Dr. EYKMAN, schijnt buitengewoon gunstig te zijn. Bedroeg op den 1sten Juli op een sterkte van 800 man het aantal beri-beri-lijdende in de gevangenis nog 99, bijna het zevende gedeelte der gevangenen dus, geleidelijk daalde dat cijfer tot 86, 82, 54, 43, 21 en 13 op den eersten der volgende maanden. Een beter resultaat en een scherper pleidooi tegen Saigonrijst dan deze cijfers geven, kan niet worden verlangd'.

Dat resultaat is zeker al iets waard, maar behoort goed te worden gecontroleerd door meer proeven.

(Boekaankondigingen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1897;41:360.)