

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/2066/25963>

Please be advised that this information was generated on 2021-10-27 and may be subject to change.

Het chronische-vermoeidheidsyndroom bij jongeren

L.W.A.M. DE JONG, J.B. PRINS, TH.J.W. FISELIER, C.M.R. WEEMAES, E.M.M. MEIJER-VAN DEN BERGH EN G. BLEIJENBERG

Moeheid, hangerigheid en lusteloosheid zijn bij jongeren in de leeftijd van 10-18 jaar veelvoorkomende klachten die huisartsen en kinderartsen niet onbekend zijn. Vaak worden deze klachten samen met andere symptomen als buikpijn, hoofdpijn, pijn in de ledematen of 'pijn overal' gemeld. Door patiënten worden deze klachten nogal eens 'myalgische encefalomyelitis' (ME) of 'chronische-vermoeidheidsyndroom' (CVS) genoemd. Hoewel veelvuldig aangegeven wordt dat een infectieziekte voorafging aan de klachten,¹ wordt er ten tijde van de melding van de klachten geen afdoende lichamelijke verklaring meer gevonden.^{2,3}

Als de vermoeidheidsklachten persisteren, volgt meestal een verwijzing naar de kinderarts voor uitgebreider onderzoek. Vaak wordt ook dan geen lichamelijke verklaring gevonden. Zowel bij de geconsulteerde artsen als bij de jeugdige patiënt en zijn ouders rijzen dan vragen. Artsen kunnen zich afvragen of er mogelijk psychosociale problemen zijn.⁴ Patiënt en ouders kunnen zich de vraag stellen of er voldoende lichamenlijk onderzoek is verricht. Wanneer gaat het in deze gevallen om CVS? Bij volwassenen spreekt men van CVS als moeheidsklachten langer dan 6 maanden bestaan, somatisch niet te verklaren zijn, niet toe te schrijven zijn aan inspanning en niet verminderen door rust.⁵ De moeheidsklachten gaan vergezeld van andere lichamelijke klachten en leiden tot ernstige beperkingen in het beroepsmatige, sociale of persoonlijke functioneren.

In dit artikel worden criteria voor CVS bij jongeren voorgesteld die in de praktijk te hanteren zijn door de huisarts en de kinderarts. Op basis van literatuur over CVS bij jongeren en onze eigen ervaring met deze patiënten in het Academisch Ziekenhuis Nijmegen gaan wij in op de volgende vragen:

- Hoe vaak komt CVS voor bij jeugdige patiënten?
- Waarin verschilt CVS bij jongeren van CVS bij volwassenen?
- Welke criteria zijn relevant bij het stellen van de diagnose?
- Welke factoren houden de klachten in stand en welke bieden aanknopingspunten voor behandeling?

Academisch Ziekenhuis, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
Afd. Medische Psychologie: mw.dr.s.L.W.A.M.de Jong en mw.dr.s.E.M.M.Meijer-van den Bergh, psychologen; mw.dr.s.J.B.Prins en dr.G. Bleijenberg, klinisch psychologen.
Academisch Kindercentrum: dr.Th.J.W.Fiselier, kinderreumatoloog; mw.dr.C.M.R.Weemaes, kinderimmunoloog.
Correspondentieadres: mw.dr.s.L.W.A.M.de Jong.

SAMENVATTING

- De prevalentie van chronische-vermoeidheidsyndroom (CVS) bij jongeren (tieners) bedraagt circa 10-20 per 100.000 inwoners. Het natuurlijke beloop is volgens de literatuur niet zo gunstig.
- Voorgesteld wordt voor de diagnose 'CVS' bij jongeren (10-18 jaar) als inclusiecriteria te hanteren: de afwezigheid van een somatische verklaring voor de klachten, een klachtenduur van minstens 6 maanden, en een ernstige vorm van schoolverzuim dan wel ernstige beperkingen in sociale en motorische activiteiten; en als exclusie criterium: een psychiatrische aandoening.
- Somatische attributies, ziektebevestigende cognities en gedragingen van ouders alsmede lichamelijke inactiviteit zijn factoren die de klachten instandhouden.
- De rol van de arts en de ouders kan versterkend werken.
- Essentieel in de behandeling zijn het verminderen van lichamelijke attributies, het door ouders laten bekrachtigen van gezond gedrag, het geleidelijk opvoeren van lichamelijke activiteit en het verminderen van aandacht (ook medische) voor de lichamelijke klachten.

PREVALENTIE VAN CHRONISCHE MOEHEID BIJ JEUGDIGEN

In een Australisch onderzoek werd de prevalentie van CVS in de onderzochte populatie geschat op 37,1 per 100.000 inwoners. Van de 42 patiënten met CVS was bijna een kwart in de leeftijd van 10-19 jaar.⁶ In dit onderzoek waren een klachtenduur van 6 maanden en tevens de aanwezigheid van neuropsychologische klachten vereist. In andere publicaties met criteria voor CVS worden problemen met concentratie, aandacht en geheugen wel genoemd, maar zijn deze geen voorwaarde voor de diagnose.⁷⁻⁹ De Nijmeegse onderzoeksgroep kwam op basis van een enquête onder Nederlandse huisartsen tot een geschatte prevalentie van 112 per 100.000 mensen.¹⁰ In dit onderzoek bedroeg de klachtenduur minimaal 1 jaar. Van alle CVS-patiënten was 17% jonger dan 25 jaar en 1% jonger dan 15 jaar. De resultaten uit beide onderzoeken wijzen op een prevalentie van 10-20 jongeren met CVS per 100.000 inwoners. Mogelijk is dit een onderschatting gezien de strenge criteria voor de diagnose 'CVS' in beide onderzoeken.

VERSCHILLEN TUSSEN JEUGDIGE EN VOLWASSEN PATIËNTEN

Een eerste verschil tussen jeugdige en volwassen CVS-patiënten is de belangrijke rol van de ouders als een kind ziek wordt. Niet alleen de eigen reacties van de jeugdige patiënt op de klachten, maar in het bijzonder de attributies en de reacties van de ouders bepalen hoe er met de klachten omgegaan wordt.

Een tweede verschil hangt samen met de kritische periode in de psychologische ontwikkeling van jeugdige patiënten. Normale ontwikkelingsstapen in de puberteit en de adolescentie, zoals het bereiken van autonomie, identiteit en separatie, zijn strijdig met de afhankelijkheid die het gevolg is van ziekte.¹¹ De leeftijdsfase van de meeste jeugdige patiënten met chronische moeheid houdt dus extra risico's in bij het instandblijven van de klachten.

Een derde verschil komt voort uit de sterke lichamelijke veranderingen die kinderen in de puberteit en de adolescentie doormaken, waardoor zij zich vaak niet meer vertrouwd voelen met het eigen lichaam. Lichamelijke signalen, klachten of symptomen die samenhangen met normale ontwikkelingsprocessen kunnen door de jeugdige patiënt en zijn ouders geïnterpreteerd worden als tekenen van ziekte, bijvoorbeeld CVS.

HET STELLEN VAN DE DIAGNOSE: INCLUSIE- EN EXCLUSIECRITERIA

Gezien de belangrijke verschillen tussen jeugdige en volwassen patiënten is het noodzakelijk om de criteria voor CVS kritisch te bekijken en inclusie- en exclusiecriteria te formuleren voor het stellen van de diagnose bij jongeren.

Somatisch onderzoek. Van CVS is pas sprake als medisch onderzoek geen somatische verklaring voor de klachten geeft. Dat betekent dat in principe elke aandoening waarbij moeheid kan voorkomen als exclusie-criterium in aanmerking komt. Een gedegen anamnese en een degelijk lichamelijk onderzoek bepalen eventueel aanvullend onderzoek. Aandoeningen zoals anemie, bijnier- en schildklier-aandoeningen, auto-immuunziekten, allergie, chronische infecties, spieraandoeningen, nierafwijkingen en maligniteiten dienen uitgesloten te worden.¹² Deze richtlijnen komen vrijwel overeen met die bij volwassenen.^{8, 13}

Klachtenduur. Het criterium betreffende de duur van de klachten in onderzoeken naar chronische vermoeidheid bij jongeren varieert van 6 weken,¹⁴ tot 2 maanden,¹⁵ of 6 maanden.¹⁶ Het belangrijkste argument voor het vlot stellen van de diagnose is de kans dat bij een langere klachtenduur een achterstand in de ontwikkeling ontstaat. Sommigen pleiten ervoor een klachtenduur van tenminste 6 maanden aan te houden ingeval een infectieziekte aan de klachten voorafging, om de patiënt de gelegenheid te geven spontaan te herstellen.¹⁷ Deze zienswijze wordt bevestigd door onderzoek dat is gedaan naar het natuurlijke beloop van vermoeidheidsklachten. Van 31 patiënten met vermoeidheid die nog slechts 2 maanden bestond, bleek driekwart bij follow-uponderzoek na 17 maanden weer als vanouds te functioneren of in een sterk verbeterde toestand te verkeren.¹⁵ Bij 15 jongeren met een klachtenduur van tenminste 6 maanden constateerde men echter in een follow-uponderzoek na 2 jaar dat slechts 4 patiënten hersteld waren.¹⁸ Bij een korte klachtenduur lijken de kansen op natuurlijk herstel redelijk gunstig te zijn. Wordt te snel tot uitgebreid medisch onderzoek overgegaan, dan nemen de somatische attributies toe en de ver-

wachtingen van herstel af. Uit onderzoek bij volwassenen is bekend dat somatische attributies bijdragen tot het instandblijven van de klachten.¹⁹

De ernst van de vermoeidheid. Jongeren met langdurige vermoeidheidsklachten geven aan sterker vermoeid te zijn en meer beperkingen in het dagelijkse leven te ondervinden dan jongeren met cystische fibrose.¹⁶ De door jongeren ervaren vermoeidheid zou mogelijk te vergelijken zijn met die van patiënten met onbehandelde hypothyreoïdie.²⁰

Om de mate van subjectief ervaren moeheid in te kunnen schatten bij jeugdigen in de leeftijdsgroep 10-18 jaar zou men een vermoeidheidsvragenlijst moeten hebben, zoals de 'Checklist individuele spankracht' (CIS-20) of de hiervan afgeleide 'Verkorte vermoeidheidsvragenlijst', die tot nu toe alleen bij volwassenen gebruikt zijn.^{21, 22} Normgegevens voor jongere patiënten zijn nog niet beschikbaar.

Schoolverzuim of ernstige beperkingen in sociale en motorische activiteiten. Voor volwassen patiënten geldt als inclusie-criterium voor CVS dat zij hun beroep niet meer kunnen uitoefenen, dat huishoudelijke bezigheden tot een minimum beperkt zijn en dat sociale contacten zijn afgenomen.²³ De naar ons verwezen en door ons onderzochte jongeren met CVS verzuimen nagenoeg volledig de school of vermijden buitenschoolse en motorische activiteiten totaal. De aanschaf van een rolstoel, huisaanpassingen en aanmelding bij scholen voor lichamelijk gehandicapte jongeren met een aan de klachten aangepast lesrooster worden veelvuldig gemeld. De omgang met leeftijdsgenoten is teruggebracht tot ziekenbezoek. Frequent en langdurig schoolverzuim,¹⁴ dan wel ernstige beperkingen in sociale en motorische activiteiten dienen daarom een inclusie-criterium te zijn.²⁴

Psychiatrische stoornissen. Bij volwassen patiënten is de aanwezigheid van bepaalde psychiatrische problemen voordat zij ziek werden of op het moment dat zij met klachten komen een exclusie-criterium. Het spreekt voor zich dat ook bij jeugdigen psychiatrische diagnoses als schizofrenie, manische depressiviteit, drugs- en alcoholverslaving, eetstoornissen en posttraumatische stressstoornis als exclusiecriteria gehanteerd dienen te worden. Veel patiënten geven aan neerslachtig te zijn en aan stemmingswisselingen onderhevig te zijn. Vaak wordt dan ook de vraag gesteld of vermoeidheidsklachten niet vallen onder de diagnose 'depressie'.¹⁵ Jongeren met CVS blijken zich echter duidelijk te onderscheiden van depressieve jongeren. Jongeren met ernstige vermoeidheidsklachten uiten minder zelfbeschuldigingen en gevoelens van inadequaatie, maar meer lichamelijke klachten.²⁵ Ook hebben antidepressiva geen effect bij jongeren met vermoeidheidsklachten.¹⁴ Depressie is alleen als exclusie-criterium te beschouwen indien reeds vóór het optreden van de moeheidsklachten sprake was van deze stoornis.

INSTANDHOUDENDE FACTOREN: DE ROL VAN OUDERS EN ARTSEN

Hoewel nog steeds onduidelijk is welke factoren tot CVS leiden, zijn er duidelijke aanwijzingen dat gedragsfactoren de klachten instandhouden.¹⁹

De rol van attributies. Zolang ouders en patiënt ervan uit blijven gaan dat de klachten het gevolg zijn van een lichamelijke aandoening,^{14 26} zullen in wezen normale lichamelijke percepties beschouwd worden als signalen die wijzen op ziekte. Het is van belang patiënt en ouders expliciet te vragen of en waarom zij denken aan een bepaalde aandoening, omdat alleen dan een dergelijke lichamelijke attributie ontkracht kan worden.

De rol van de ouders. Het is bekend dat ouders die geneigd zijn eigen lichamelijke gewaarwordingen als symptomen van ziekte te beschouwen, dit ook bij hun kinderen doen. Ook kunnen ouders ziektegedrag en hulpeloosheid van hun kind bekrachtigen. Uiteindelijk stemmen ouder(s) en jongere hun gedrag zo op elkaar af dat voor beiden zelfstandig functioneren niet meer mogelijk is.

Dit zo sterk op elkaar aangewezen zijn wordt versterkt doordat patiënt en ouders zich met betrekking tot het chronisch vermoeid zijn vaak onbegrepen en afgevoelen voelen.

De rol van lichamelijke inactiviteit. Zowel ouders als patiënten kunnen het idee hebben dat zij zelf weinig of niets aan de klachten kunnen doen. Rust wordt vaak gezien als de beste manier om met de klachten om te gaan.²⁷ Activiteiten die leiden tot symptomen van moeheid of pijn worden vermeden. Deze manier van omgaan met de klachten leidt tot steeds meer inactiviteit; zelfs bij zeer geringe inspanning voelt de patiënt zich ziek en vermoeid.

De rol van de arts. Meer medisch onderzoek vergroot de kans op fout-positieve uitslagen, leidt vaak tot verder onderzoek en doorverwijzing en bevestigt ouders en patiënt in het idee dat er toch 'iets' moet zijn. Ook artsen schrijven bij gebrek aan goede behandelingsmogelijkheden nogal eens rust voor.

BEHANDELING

De genoemde instandhoudende factoren bieden aanknopingspunten voor behandeling van CVS bij jongeren. Essentieel in de behandeling zijn het verminderen van lichamelijke attributies, het door ouders laten bekrachtigen van gezond gedrag, het geleidelijk opvoeren van lichamelijke activiteit en het verminderen van aandacht voor de lichamelijke klachten, onder andere door het sterk beperken van medisch onderzoek. Deze behandeling wordt door ons op dit moment verder ontwikkeld en gesystematiseerd. Onderzoek naar de effectiviteit ervan is gewenst.

CONCLUSIE

De diagnose 'CVS' bij jongeren kan pas gesteld worden als de klachten tenminste 6 maanden bestaan, de moeheid niet door een organische of psychiatrische aandoening wordt veroorzaakt en de beperkingen in het dagelijkse leven ernstig zijn. Bij een kortere klachtenduur belemmeren een vroegtijdige iatrogene bevestiging door onnodige en uitputtende medische diagnostiek en een te snelle etikettering van de klachten als 'CVS' de verwachting van genezing, hetgeen ongunstig is voor het beloop.

ABSTRACT

Chronic fatigue syndrome in adolescence

– The prevalence of chronic fatigue syndrome (CFS) in teenagers is 10-20 per 100.000 inhabitants in the Netherlands. The natural course of the disorder is not favourable according to the literature.

– Proposed criteria for the diagnosis 'CFS' in adolescence are: absence of a physical explanation for the complaints, a disabling fatigue for at least six months and prolonged school absenteeism or severe motor and social disabilities. Exclusion criterion should be a psychiatric disorder.

– Factors that attribute to the persistence of fatigue are somatic attributions, illness enhancing cognitions and behaviour of parents as well as physical inactivity.

– The role of the physician and the role of parents can enhance the problems.

– The treatment should focus on decreasing the somatic attributions, on reinforcement by the parents of healthy adolescent behaviour, on the gradual increase of physical activity and on decreasing attention (including medical attention) for the somatic complaints.

LITERATUUR

- 1 Dale JK, Straus SE. The chronic fatigue syndrome: considerations relevant to children and adolescents. *Adv Pediatr Infect Dis* 1992;7:63-83.
- 2 Lask B, Dillon MJ. Postviral fatigue syndrome. *Arch Dis Child* 1990;65:1198.
- 3 Wilson PMJ, Kusumakar V, McCartney RA, Bell EJ. Features of Cocksackie B virus (CBV) infection in children with prolonged physical and psychological morbidity. *J Psychosom Res* 1989;33:29-36.
- 4 Bazelmans E, Vercoulen J, Bleijenberg G. Hoe moe en waarom moe? Diagnostische overwegingen bij het chronisch vermoeidheidsyndroom. In: Berger HJC, Bleijenberg G, Hulstijn-Dirkmaat GM, Spaendonck KPM van, redacteuren. Zomaar wat spreekkamer. Nijmegen: Instituut voor Medische Psychologie, Academisch Ziekenhuis Nijmegen, 1994:21-7.
- 5 Meer JWM van der, Rijken PM, Bleijenberg G, Thomas S, Hinloopen RJ, Bensing JM. Aanwijzingen voor het beleid bij langdurige, lichamenlijk onverklaarde moeheidsklachten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:1516-9.
- 6 Lloyd AR, Hickie I, Boughton CR, Spencer O, Wakefield D. Prevalence of chronic fatigue syndrome in an Australian population. *Med J Aust* 1990;153:522-8.
- 7 Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med* 1994;121:953-9.
- 8 Holmes GP, Kaplan JE, Gantz NM, Komaroff AL, Schonberger LB, Straus SE, et al. Chronic fatigue syndrome: a working case definition. *Ann Intern Med* 1988;108:387-9.
- 9 Sharpe MC, Archard LC, Banatvala JE, Borysiewicz LK, Clare AW, David A, et al. A report – chronic fatigue syndrome: guidelines for research. *J R Soc Med* 1991;84:118-21.
- 10 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 Geneesk* 1997;141:1520-3.
- 11 Pipe R, Wait M. Family therapy in the treatment of chronic fatigue syndrome in adolescence. *ACCP Rev News* 1995;17:916.
- 12 Marshall GS. Children and the chronic fatigue syndrome (CFS). Report on *Pediatr Infect Dis* 1991;6:1-2.
- 13 Swaninck CMA. Chronic fatigue syndrome: clinical, microbiological and immunological aspects. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1996.
- 14 Vereker MI. Chronic fatigue syndrome. *Arch Dis Child* 1992;67:550-5.
- 15 Carter BD, Edwards JF, Kronenberger WG, Michalczyk L, Marshall GS. Case control study of chronic fatigue in pediatric patients. *Pediatrics* 1995;95:179-86.
- 16 Walford GA, Nelson W, McCluskey DR. Fatigue, depression, and social adjustment in chronic fatigue syndrome. *Arch Dis Child* 1993;68:384-8.

- ¹⁷ Kennedy JL, Pearce JB. Chronic fatigue syndrome in childhood. *Curr Opin Psychiat* 1995;8:231-4.
- ¹⁸ Smith MS, Mitchell J, Corey L, Gold D, McCauley EA, Glover D, Tenover FC. Chronic fatigue in adolescents. *Pediatrics* 1991;88:195-202.
- ¹⁹ Bleijenberg G, Vercoulen JHMM, Bazelmans E. Chronische vermoeidheid. In: Everaerd WTAM, redacteur. *Handboek voor klinische psychologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996;6:1-18.
- ²⁰ Kroenke K, Wood DR, Mangelsdorff D, Meier NJ, Powell JB. Chronic fatigue in primary care. Prevalence, patient characteristics, and outcome. *JAMA* 1988;260:929-34.
- ²¹ 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.
- ²² Alberts M, Smets EMA, Vercoulen JHMM, Garssen B, Bleijenberg G. 'Verkorte vermoeidheidsvragenlijst': een praktisch hulpmiddel bij het scoren van vermoeidheid. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:1526-30.
- ²³ Vercoulen JHMM, Swanink CMA, Galama JMD, Fennis JFM, Meer JWM van der, Bleijenberg G. Het chronische-moeheidsyndroom. II. Psychosociale hypothesen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991;135:2010-4.
- ²⁴ Carter BD, Kronenberger WG, Edwards JF, Michalezyk L, Marshall GS. Differential diagnosis of chronic fatigue in children: behavioral and emotional dimensions. *J Dev Behav Pediatr* 1996;17:16-21.
- ²⁵ Thomas PK. The chronic fatigue syndrome: what do we know? *BMJ* 1993;306:1557-8.
- ²⁶ Garralda ME. Somatisation in children. *J Child Psychol Psychiatry* 1996;37:13-33.
- ²⁷ Surawy C, Hackmann A, Hawton K, Sharpe M. Chronic fatigue syndrome: a cognitive approach. *Behav Res Ther* 1995;33:535-44.

Aanvaard op 16 april 1997

Voor de praktijk

Aanwijzingen voor het beleid bij langdurige, lichamelijk onverklaarde moeheidsklachten

J.W.M.VAN DER MEER, P.M.RIJKEN, G.BLEIJENBERG, S.THOMAS, R.J.HINLOOPEN EN J.M.BENSING

Langdurige, lichamelijk onverklaarde moeheidsklachten vormen een belangrijk medisch probleem. Voor de patiënt betekenen deze een aanzienlijke aantasting van de kwaliteit van leven; voor de gezondheidszorg brengen de moeheidsklachten hoge lasten met zich mee vanwege de vele, meestal teleurstellende, diagnostische en therapeutische interventies die worden toegepast.

De organisaties van patiënten met deze klachten gebruiken de term 'myalgische encefalomyelitis' (ME), een naam die suggereert dat de ziekte een somatische oorzaak heeft. Artsen en onderzoekers kunnen deze opvatting niet onderschrijven, omdat hiervoor tot nu toe onvoldoende wetenschappelijk bewijs bestaat. Zij spreken daarom liever van 'chronische-vermoeidheidsyndroom' (CVS). De prevalentie van CVS in Nederland wordt geschat op minimaal 1,1 per 1000 personen.¹

Een aantal patiënten heeft brieven geschreven aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, waarin zij aangeven vaak geconfronteerd te worden met artsen die zeggen dat zij de diagnose niet kunnen stellen of beweren dat de ziekte niet bestaat. Zij voelen zich door artsen onvoldoende serieus genomen. Als reactie hierop

SAMENVATTING

– In een door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geïnitieerd overleg tussen huisartsen en specialisten over chronische-vermoeidheidsyndroom (CVS) werden aanwijzingen voor de diagnosestelling bij en de behandeling en begeleiding van patiënten met langdurige, lichamelijk onverklaarde moeheidsklachten opgesteld, gegeven de huidige stand van de wetenschappelijke kennis.

– Van CVS kan worden gesproken als het gaat om tenminste 6 maanden bestaande, door de patiënt zelf gerapporteerde, medisch geëvalueerde moeheidsklachten waarvoor geen lichamelijke verklaring is gevonden en die leiden tot aanzienlijke beperkingen in het beroepsmatig, sociaal en (of) persoonlijk functioneren.

– Het te volgen beleid is afhankelijk van de ziekteduur. Er wordt onderscheid gemaakt tussen een acute fase (tot 1 maand na het eerste consult; het beleid is vooral afwachtend), een subacute fase (tot 6 maanden na het begin van de klachten en beperkingen; het beleid is erop gericht de patiënt de aandoening te laten accepteren en hem of haar ertoe te brengen zich voor gezondheidsbevordering te gaan inzetten) en een chronische (vanaf 6 maanden na het begin van de klachten en beperkingen; het beleid is gericht op gezondheidsbevorderende gedragingen en cognities).

– Nader (laboratorium)onderzoek heeft pas zin als de klachten na 1 maand niet zijn verdwenen (dat is het geval bij circa 20% van de patiënten); soms is zulk onderzoek eerder zinvol bij oudere patiënten.

– Het is belangrijk dat de CVS-patiënt gaat inzien dat het geen zin heeft om energie te blijven steken in het zoeken naar oorzaken en behandelmogelijkheden, maar actief de eigen gezondheid tracht te bevorderen, bijvoorbeeld door het volgen van een gedoseerd activiteitenprogramma dat gekoppeld is aan een tijdschema (in plaats van aan een moeheidsniveau).

Academisch Ziekenhuis, Nijmegen.

Afd. Algemeen Interne Geneeskunde: prof.dr.J.W.M.van der Meer, internist.

Afd. Medische Psychologie: dr.G.Bleijenberg, klinisch psycholoog, NIVEL/Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Mw.dr.P.M.Rijken, gezondheidswetenschapper; mw.prof.dr.J.M.Bensing, psycholoog.

Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht.

Dr.S.Thomas en mw.R.J.Hinloopen, huisartsen.

Correspondentieadres: mw.dr.P.M.Rijken.