

Helende gedachten

Chronische pijn- en vermoeidheidsklachten kunnen verminderen als patiënten hun gevoel leren accepteren. Er komt steeds meer bewijs dat 'helende gedachten' werken. **Nienke Beintema**

HOE KAN HET TOCH dat psychotherapie soms werkt bij lichamelijke aandoeningen? De laatste tijd zijn er steeds meer onderzoeken die dat aantonen. Mensen hebben voortdurend buikpijn, hoofdpijn of hartkloppingen, zijn duizelig of raken maar niet uitgerust – en het enige wat lijkt te helpen is cognitieve gedragstherapie.

Nu zijn het ook over het algemeen geen 'gewone' fysieke klachten waarbij een psychische behandeling werkt. Meestal gaat het om aandoeningen waarvoor geen duidelijke lichamelijke oorzaak wordt gevonden, zoals chronische vermoeidheid, fibromyalgie (een soort chronische spierpijn), prikkelbare-darmsyndroom en 'klachten arm, nek en schouder', ofwel KANS (vroeger RSI).

Naar schatting heeft vijf tot tien procent van de bevolking zo'n lichamenlijk onverklaarde aandoening. En internisten vinden zelfs bij ruim de helft van hun patiënten geen lichamelijke oorzaak voor de klachten. Daarbij gaat het soms ook om klachten die in eerste instantie wel een aanwijsbare oorzaak hadden, zoals vermoeidheid door chemotherapie bij kanker, maar die onverwacht lang standhouden nadat de oorspronkelijke aandoening is genezen.

NIET GEK De fysiologie van lichamenlijk onverklaarde klachten is nog onopgehelderd. Er is nooit aangetoond dat deze mensen bijvoorbeeld een andere hormoon- of energiehuishouding hebben, dat hun hersenen anders functioneren of dat er andere stoffen in hun lichaam circuleren. "En deze patiënten zijn ook niet gek", zegt Gijs Bleijenbergh, hoogleraar aan het UMC St. Radboud in Nijmegen. Hij is gespecialiseerd in de psychologische aspecten van chronische vermoeidheid. Er zijn, benadrukt hij, geen persoonlijkheidskenmerken die samenhangen met het hebben van dergelijke klachten. Het gaat dus niet per definitie om mensen die moeite hebben om dingen te relativiseren, of die onzeker, negatief of labiel zijn. "Daar hebben wij onderzoek naar gedaan."

Dat maakt het allemaal nog moeilijker om te zeggen hoe het precies kan dat cognitieve gedragstherapie bij deze mensen een lichamenlijk effect heeft. In gemiddeld twaalf tot veertien sessies leren mensen op een an-

dere manier over hun klachten na te denken en ze meer te accepteren. Om niet alleen te denken 'wat ben ik moe', maar vooral ook: 'dat is vervelend, maar geen ramp'. Of: 'Ik heb hoofdpijn, maar dat komt heus niet door een tumor, en er zijn best dingen die ik desondanks kan doen.' Ook krijgen ze ontspanningsoefeningen en leren ze een goed slaapwaakritme aan te nemen en genoeg te bewegen. Het bijzondere is dat als het werkt, de lichamenlijke klachten ook echt verminderen. Bleijenberghs onderzoeksgroep toonde onder meer aan dat gedragstherapie bij ruim de helft van de ex-kankerpatiënten de vermoeidheid sterk deed afnemen, wat slechts bij vier procent van de mensen in de controlegroep het geval was. Het effect was na twee jaar nog aanwezig (*Journal of Clinical Oncology*, oktober 2006). Collega's wereldwijd meldden verge-

lijkbare resultaten met andere aandoeningen: meer dan de helft van de fibromyalgiepatiënten heeft baat bij de aanpak, bleek uit recent promotieonderzoek aan de Universiteit Maastricht. En epilepsiepatiënten krijgen minder aanvallen (*Journal of Behavioral Medicine*, oktober 2010).

MECHANISMEN Hoe dat kan? Experts opperen een aantal mogelijke mechanismen. Als mensen erin slagen hun slaapwaakritme te normaliseren, en weer regelmatig te gaan eten, bewegen en werken, dan valt bijvoorbeeld te verwachten dat hun hormoon- en energiehuishouding 'gezonder' zullen worden. Daardoor gaat hun lichaam weer beter functioneren en zullen ze zich beter voelen. Ook is bekend dat de activiteit van specifieke delen van de hersenschors vóór cognitieve gedragstherapie duidelijk an-

ders is dan erna (*Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, juli 2009). Het zou dus kunnen dat er veranderingen optreden in hersengebieden die bepaalde fysiologische functies aansturen.

Misschien is het effect van cognitieve gedragstherapie ook vergelijkbaar met dat van meditatie: dat verlaagt de hoeveelheid van het stresshormoon cortisol en brengt bloeddruk en hartslag omlaag. Die fysiologische effecten verminderen misschien de chronische klachten. Dat zou met name kunnen gelden voor een relatief nieuwe vorm van gedragstherapie: mindfulnesstherapie.

Mindfulness wil zoveel zeggen als je bewust zijn van het hier en nu, van je gedachten, emoties en waarnemingen. "Wij noemen het wel de derde generatie cognitieve gedragstherapie", zegt Anne Speckens, hoogleraar

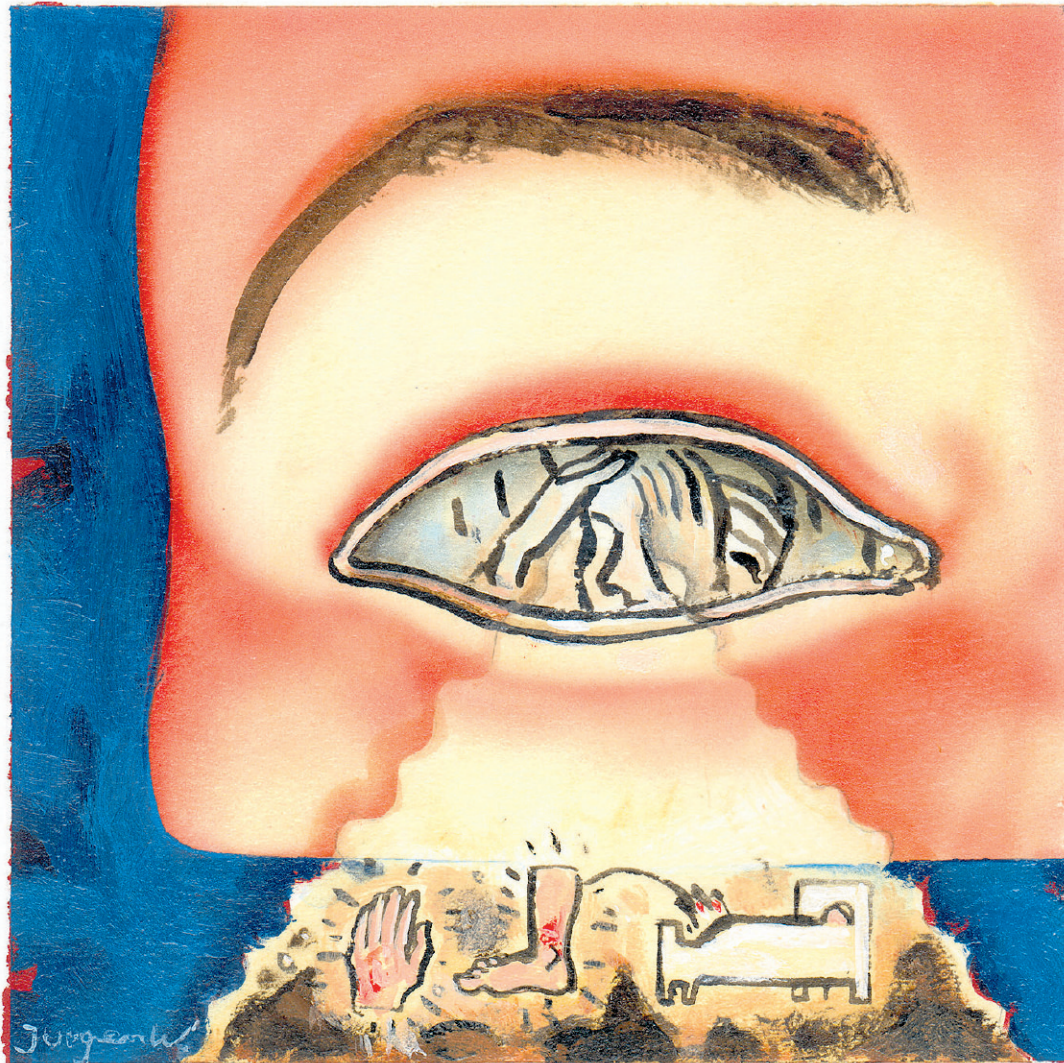
psychiatrie aan de Radboud Universiteit Nijmegen en verbonden aan het Han Fortmann Centrum voor Mindfulness. "De eerste generatie is de klassieke gedragstherapie, die uitgaat van belonen van gewenst gedrag, dan wel negeren of afstraffen van ongewenst gedrag. De tweede generatie richt zich niet alleen op het gedrag, maar ook op het denken daarover. Mindfulness gaat nog een stapje verder: daarbij gaat het niet zozeer om de inhoud van gedachten, maar om iemands relatie tot die gedachten."

OBSERVEREN Mensen leren hun gedachten niet als vaststaand gegeven te zien, maar ze vanaf een afstandje te observeren zonder er een oordeel over te hebben. En om negatieve gedachten los te laten. Of te accepteren. Bij sommige mensen is juist dat belangrijk, vertelt Speckens: dat ze ophouden zich tegen hun klachten te verzetten. "Door de pijn of de angst toe te laten, merken ze dat die minder erg is dan ze dachten. Ze 'zijn' niet meer hun klachten, maar 'hebben' klachten."

Nijmeegs onderzoek is nog gaande, maar Utrechtse collega's rapporteerden onlangs in *Psycho-oncology* goede resultaten van mindfulnesstherapie bij mensen met chronische vermoeidheid na kanker. Zweedse onderzoekers meldden hetzelfde bij prikkelbare-darmsyndroom (*Behaviour Research and Therapy*, oktober 2010).

Ook kinderen kunnen gedragstherapie krijgen voor hun onverklaarde lichamenlijke klachten. Else de Haan, hoogleraar cognitieve gedragstherapie bij kinderen en adolescenten aan de Universiteit van Amsterdam, heeft net een grote studie afgerond bij kinderen met chronische, onverklaarde buikpijn. De resultaten waren gunstig; ze moet ze nog publiceren. "We denken dat er een rol is weggelegd voor de manier waarop kinderen – en wellicht ook hun ouders – met pijnprykkels omgaan. Pijn is een beleving. Het gaat om de betekenis die je aan de pijn hecht. Wij zeggen tegen ze zo'n kind: jij bent misschien gevoeliger voor bepaalde prikkels vanuit je buik, en wij gaan jou leren om daar beter mee om te gaan."

Zoiets moet in elk geval voorzichtig geformuleerd worden, zowel tegen kinderen als tegen volwassenen. "Artsen moeten nooit tegen een patiënt zeggen: het zal wel psychisch zijn", zegt De Haan. "Mensen worden daar heel boos van. En terecht." ●



ILLUSTRATIE JURGEN WIERSMA