



MACEDONIË IN DE POLDER

Ook hier kunnen pijnpatiënten 'wonderbaarlijk' genezen

De behandelmethode van een therapeute uit Macedonië vertoont verrassend veel overeenkomsten met een experimentele methode die in Maastricht is ontwikkeld voor patiënten met chronische pijn en bewegingsvrees. De essentie van deze therapie verduidelijkt de gerapporteerde resultaten uit Macedonië.

J.M. RUIJGROK
J.R. DE JONG

Het artikel 'Een wonderbaarlijke genezing' van de collegae Ek en Van Gijn in Medisch Contact verraste ons.¹ Aangenaam zelfs, omdat hun bevindingen een bevestiging vormden van de nog experimentele behandeling die ons team in het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) toepast bij patiënten met complex regionaal pijnsyndroom type 1 (CRPS-I). Deze bestaat uit 'graded exposure in vivo'-therapie die in eerste instantie is toegepast bij chronische-lagerugpijnpatiënten met een hoge mate van aan pijn gerelateerde angst. De therapie is zeer effectief bij patiënten die hoog scoren op een gestandaardiseerde vragenlijst voor bewegingsangst (kinesiofobie).²⁻⁶

In een later stadium bleek dat deze therapie - in een aangepaste versie - mogelijk ook geschikt is voor patiënten met bewegingsangst bij andere chronische pijnsyndromen, zoals RSI, whiplash

en fibromyalgie.⁷ Recent onderzoek heeft aangetoond dat de aan pijn gerelateerde angst een belangrijke voorspeller is voor de mate van beperkingen bij patiënten met chronische pijn.⁸ Patiënten met CRPS-I scoren ook als groep hoog op een vragenlijst voor kinesiofobie.⁹ Dit is niet zo verwonderlijk, omdat deze patiënten hun aangedane ledemaat niet kunnen of willen bewegen. Als motivatie wordt meestal aangevoerd dat bewegen een acute verergering van de symptomen, met name van de pijn, veroorzaakt. Als de angst samengaat met een verhoogde gevoeligheid voor pijn, kan dit leiden tot excessief beschermend en overbezorgd gedrag met als resultaat een verergering van het pijnprobleem. Dit gedrag wordt versterkt door diverse behandelaars die adviezen geven om voorzichtig te zijn en vooral 'binnen de pijngrens' te bewegen.¹⁰

Hoewel in de wetenschappelijke literatuur wordt beschreven dat patiënten een tijdelijke verergering van pijn en vegetatieve symptomen rapporteren na 'pijnlijke fysiotherapie', is hiernaar

nooit onderzoek gedaan.¹¹ Ook staat nergens in de wetenschappelijke literatuur beschreven dat fysiologisch bewegen 'door de pijngrens heen' de symptomen op langere termijn zou verergeren. Wel is er de laatste jaren goed onderzoek gepubliceerd waaruit blijkt dat door fysiotherapie of ergotherapie een (lichte) verbetering is te bewerkstelligen, ook al mochten patiënten hierbij alleen binnen de pijngrens oefenen.¹²⁻¹⁴

RUSTIG AAN

Wellicht kan een parallel worden getrokken met chronische lagerugklachten. Nog niet zo lang geleden kregen rugpijnpatiënten van veel behandelaars het advies om het rustig aan te doen, een advies dat door patiënten vaak wel erg letterlijk werd opgevolgd.

Uit een overvloed aan goed wetenschappelijk onderzoek is inmiddels duidelijk geworden dat bewegen beter is voor de pijn en de functionaliteit op langere termijn dan rust nemen of ontzien. Zelfs bij aantoonbare forse spondylarthrose of acute beelden, zoals een hernia nucleus pulposi (HNP), is fysiologisch bewegen, zoals lopen, beter dan liggen of zitten.¹⁵ Het heeft echter wel enige tijd gekost voordat de medische beroepsgroep ervan overtuigd was dat 'twee weken plat na een HNP' een achterhaald advies is.¹⁶ Terecht vraagt collega Keuter zich af of er bij CRPS misschien ook belangrijke psychosociale factoren in het spel zijn, zoals al decennialang wordt vermoed.¹⁷⁻²⁰

ANGSTOPROEPEDE STIMULI

In het azM wordt in samenwerking met de Universiteit Maastricht volop onderzoek verricht naar de effectiviteit van graded exposure in vivo bij CRPS-I.⁹

Exposure in vivo is een van de meest gebruikte gedragstherapeutische technieken voor de behandeling van angststoornissen. De therapie bestaat uit een set van procedures om het vermijdingsgedrag en het verminderen van de angst te doorbreken. Tijdens exposure worden patiënten herhaaldelijk systematisch blootgesteld aan angstproeppende stimuli, in een hiërarchische volgorde die de patiënt zelf heeft aangegeven.

De stimuli worden geselecteerd afhankelijk van de primaire focus van de angst en worden zo specifiek en relevant mogelijk toegediend.

Recent experimenteel onderzoek heeft aangetoond dat exposure in vivo

bij patiënten met CRPS-I resulteert in een sterke afname van de aan pijn gerelateerde angst en pijnintensiteit. Vooral de afname van de mate van gerapporteerde pijn is opvallend omdat de exposuretherapie zich dit niet ten doel stelt. Hiernaast treedt er een sterke functieverbetering op van het aangedane ledemaat en verder blijken de vegetatieve verschijnselen zich te normaliseren.⁹

Omdat patiënten met CRPS-I manipulatie en actief doorbewegen van de extremiteit vaak als zeer bedreigend, en dat daarom onderdeel uitmaakt van de exposurebehandeling, werd onze belangstelling gewekt voor de door collegae Ek en Van Gijn beschreven methode. Wij namen contact met hen op en een afvaardiging van ons behandelteam toog naar Hoogeveen, waar 'de Macedonische methode' inmiddels werd toegepast.

Daar werden wij aangenaam verrast door de eenvoud waarmee drie patiënten, onder wie één huisarts, met evidente symptomen van CRPS zich lieten mani-

wordt binnen de gedragstherapie ook wel *flooding* genoemd. Bij *flooding* wordt getracht de patiënt zo angstig mogelijk te maken, waarna hij aan den lijve ondervindt dat de situatie waarvoor hij angstig is, zich niet voordoet. Op dat moment zal de angstpiek imploderen.

Ons inziens benadert de Macedonische methode psychologisch gezien het meest deze *flooding*-therapie. Voorwaarde voor succes is onder meer dat de patiënten zich hieraan willen blootstellen en dus volledig vertrouwen in de behandelaars moeten hebben. In de praktijk blijkt dit het grootste probleem te zijn, enerzijds vanwege de angst van patiënten voor (nog) meer pijn, anderzijds vanwege het feit dat ze een compleet nieuwe boodschap horen, namelijk bewegen ondanks de pijn in plaats van immobiliseren of bewegen binnen de pijngrens.

Enkele aspecten van de methode kunnen nu als volgt worden verklaard. De 'klik' die de door Ek en Van Gijn

Bewegen ondanks de pijn in plaats van immobiliseren

puleren en verlokken om het aangedane ledemaat (zwaar) te belasten. Twee van de drie kwamen voor de tweede keer voor een behandeling. Opmerkelijk was dat, hoewel de klachten al meerdere jaren bestonden, er na één therapieessie reeds een enorme verbetering was opgetreden, zowel qua pijn als qua functionaliteit.

Hoewel het te ver voert om in dit kader dieper in te gaan op de inhoudelijke kant van de therapie, vielen nog drie zaken op. Op de eerste plaats dat er geen sprake was van enig placebo- of goeroe-effect. Ten tweede dat aan de patiënten in eenvoudige bewoordingen werd verteld wat er aan de hand was en wat de bedoeling van de therapieessie was. En ten slotte dat het manipuleren gebeurde door een ervaren fysiotherapeut, volgens een in Nederland gangbare manueeltherapeutische methode.

VERKLARINGSMODEL

Een mogelijke verklaring voor de effectiviteit van de Macedonische behandeling kan zijn dat de patiënten gedurende een relatief lange periode worden blootgesteld aan een situatie die voor hen het meest angstaanjagend is. Deze methode

beschreven patiënten vaak voelen en die gepaard gaat met een korte hevige pijnscheut, komt in dit verklaringmodel overeen met de korte hevige blootstelling aan intensieve sensomotorische stimuli van de manuele therapie die zowel in Hoogeveen als in Macedonië wordt gebruikt en die de patiënt - met op dat moment nog hevige angst voor pijn en bewegen - als weefselbeschadigend (en dus pijnlijk) interpreteert. Wanneer deze manipulatie lege artis gebeurt, treedt er uiteraard geen weefsel schade op, maar blijkt het ledemaat ineens wel anders aan te voelen, en mogelijk wat soepeler te bewegen. Hierna wordt de patiënt gevraagd zelf te gaan bewegen, waarbij dus opnieuw intensieve sensomotorische stimuli worden opgewekt. Deze stimuli worden dan echter niet meer als weefselbeschadigend, maar als fysiologisch geïnterpreteerd, waardoor ze niet meer als pijn worden ervaren. De terugkeer van functie, hoe gering ook nog op dat moment, draagt daar ook aan bij.

Verder gaat angst in het algemeen gepaard met sympathicotonie, en kan angstvermindering dus bijdragen aan normalisering van door verhoogde >>

<< sympathische activiteit veroorzaakte symptomen.¹⁸

WETENSCHAPPELIJK

De afgelopen maanden heeft u in Medisch Contact diverse reacties kunnen lezen op het artikel van Ek en Van Gijn. Daarbij viel op dat enkele collega's blijkbaar moeite hebben met de beschreven methode, die uiteraard nogal afwijkt van de gangbare opvattingen. Het is misschien eenvoudiger om kritiek te hebben op een schijnbaar onbegrijpelijke (en wie weet schadelijke?) behandelmethode dan om oude paradigma's los te laten en open te staan voor nieuwe inzichten.

Om vooruitgang te boeken is het vaak nodig oude ideeën los te laten en ook eigen gedrag en opvattingen ter discussie te durven stellen. Daarom is het verfrissend dat collega Keuter vanuit de neurologische hoek beschrijft hoe allerlei psychologische en sociale factoren van invloed zouden kunnen zijn op het ontstaan van CRPS, een aandoening die de meeste medici in Nederland nog als voornamelijk somatisch classificeren.¹⁷ Recentelijk concludeerde collega Van de Vusse in zijn proefschrift dat CRPS met de huidige classificatiesystemen nauwelijks is te onderscheiden van een somatoforme stoornis.²¹ Dit vormt op dit moment de belangrijkste differentiële diagnose. De vraag dringt zich nu op of de beide diagnoses, ondanks de zichtbare afwijkingen bij CRPS, wel kunnen en moeten worden gescheiden.

RICHTLIJN

Voor CRPS is een CBO-richtlijn in ontwikkeling, waarin op grond van evidence-based medicine (EBM) zoals gevonden in de literatuur, aanbevelingen worden gedaan omtrent de diagnostiek

en behandeling van CRPS. Zodoende weten we in de loop van volgend jaar wat op grond van de huidige stand van de wetenschap wel of niet heilzaam is bij CRPS. De richtlijncommissie heeft echter geconstateerd dat er weinig literatuur bestaat over conservatieve therapie bij CRPS die aan alle criteria voor evidence-based medicine voldoet.

Ook op het artikel van Ek en Van Gijn valt methodologisch een en ander af te dingen. Toch is het artikel erg waardevol: het laat ons inzien dat er wellicht andere effectieve behandelmethod

Eigen gedrag en opvattingen ter discussie stellen

den zijn. Dit vereist wel dat we als artsen openstaan voor nieuwe ideeën die misschien ogenschijnlijk tegenstrijdig zijn met oude etiologische verklaringen of modellen of die ons dwingen toe te geven dat we tot nu toe zelf aan de continuering van het ziektebeeld hebben bijgedragen.

Hoewel Ek en Van Gijn nooit de intentie hadden een volwaardig EBM-artikel te schrijven, moet hun behandelmethode uiteraard wel volgens de regelen der wetenschap worden geëvalueerd, het liefst op meerdere plaatsen. Naar aanleiding van ons bezoek aan Hoogeveen hebben wij dan ook afgesproken om met hen nader wetenschappelijk onderzoek te verrichten naar de effectiviteit en overdraagbaarheid van de Macedonische behandelmethode.

Wordt vervolgd. ■

SAMENVATTING

- *Patiënten met CRPS blijken in de praktijk als groep hoog te scoren op een vragenlijst voor aan pijn gerelateerde angst (kinesiofobie).*
- *In Maastricht bestaat sinds enkele jaren ervaring met de bestrijding van bewegingsvrees bij pijnsyndromen door middel van een methode uit de gedragstherapie: 'graded exposure in vivo'.*
- *Deze nog experimentele methode wordt sinds enige tijd ook met succes toegepast bij de behandeling van CRPS.*
- *De 'Macedonische methode' lijkt psychologisch gezien op 'flooding', een andere effectieve methode uit de gedragstherapie voor de behandeling van fobieën.*
- *Momenteel wordt wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd om de effectiviteit en het indicatiegebied van exposuretherapie aan te tonen.*
- *Na een bezoek aan collega Van Gijn in Hoogeveen is er voldoende aanleiding om wetenschappelijk onderzoek naar de Macedonische methode te rechtvaardigen.*

De literatuurlijst, het artikel 'Een wonderbaarlijke genezing' en een video waarop de Macedonische therapeute aan het werk is, vindt u bij dit artikel via www.medischcontact.nl/dezeweek.

dr. J.M. Ruijgrok,
revalidatiearts, academisch ziekenhuis Maastricht, lid
CBO-richtlijncommissie voor CRPS

drs. J.R. de Jong,
gedragswetenschapper, pijnbehandelaar academisch
ziekenhuis Maastricht en Universiteit Maastricht

Correspondentieadres: jru@frev.azm.nl