CFS – leere Batterien aufladen

Professor Siep Thomas stellte in einem Workshop am WONCA-Europe-Kongress die holländische Guideline vor.

Statt dass die Patientin¹ erfolglos eine Therapie nach der andern ausprobiert; statt dass die Ärztin eine Reihe von Abklärungen veranlasst und dann hilflos oder ärgerlich reagiert, wenn sie nichts ergeben, beschreibt diese Guideline ein gemeinsames, kognitiv orientiertes Vorgehen, das Erfolg verspricht und ganz spezifisch auf die Möglichkeiten der allgemeinärztlichen Konsultation zugeschnitten ist.

Plutôt que de laisser les patients et patientes essayer en vain un traitement après l'autre, plutôt que de laisser les médecins demander toutes sortes d'examens et réagir avec impuissance ou colère en cas de résultats peu probants: il vaudrait mieux consulter ce guide qui décrit une méthode d'apprentissage conjointe, promettant le succès et exactement adaptée aux possibilités de la consultation de premier recours.

Fiona Fröhlich Egli

Management des Chronic Fatigue Syndrome (CFS) in den Niederlanden

CFS ist eine rein deskriptive Diagnose und als solche ein guter Ausgangspunkt für die Diskussion mit den Patientinnen.

Definition der chronischen Müdigkeit

- Dauer von mind, 6 Monaten
- Durch die Patientin mitgeteilt /diagnosti-
- Keine k\u00f6rperliche Ursache gefunden
- Erhebliche Behinderung im Alltag (wer im oder ausser Haus die vorher üblichen Tätigkeiten leisten kann, dabei aber verstärkt ermüdet, leidet nicht an einem CFS im Sinne dieser Definition!)

Es gibt keine enge Korrelation zwischen persönlichen Problemen und dem Auftreten von chronischer Müdigkeit. Deshalb ist es besser, die Störung nicht zu psychologisieren. Dies wird von den Patientinnen auch schlecht akzeptiert. Müdigkeit ist ein häufiges Beratungsergebnis in der Sprechstunde und zeigt eine grosse spontane Besserungstendenz (Abb. 1). Deshalb machen zu früh eingesetzte intensivere Abklärungen und Beratungen wenig Sinn.

Die holländische Guideline

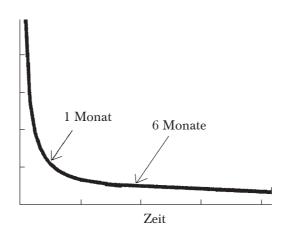
Im ersten Monat nach Auftreten der Müdigkeit wenig Diagnostik betreiben («watchful waiting»).

Im Zeitfenster vom 1.-6. Monat nach Symptombeginn sind regelmässige Kontrolltermine wichtig. Die Anamnese inklusive psychosoziale Faktoren soll präzisiert, die körperliche Untersuchung wiederholt und ein kleines Labor (BSR, TSH, Hb, Blutzucker) durchgeführt werden: Ein weiterführendes Labor macht nur bei spezifischen Symptomen Sinn, denn mit jeder zusätzlichen Laboruntersuchung steigt die Wahrscheinlichkeit eines falsch positiven Wertes mit konsekutiver Verunsicherung und weiterem Abklärungsbedarf. Bereits jetzt ist eine gute Gelegenheit, das Bild der «leeren Batterien» einzuführen, die mit geeigneten Aktivitäten der Betroffenen wieder «aufgeladen» werden können.

Abbildung 1. Chronische Müdigkeit, Symptomverlauf.

¹ Mit «Patientin» und «Ärztin» sind auch die männlichen Patienten und Ärzte gemeint.

Fiona Fröhlich Egli Schlossbergstrasse 3 CH-8408 Winterthur 482 E-Mail: fiona.froehlich@hin.ch





über 6monatigem Verlauf braucht die Patientin klare Informationen, worum es geht, was jetzt weiterhelfen kann und was nicht! Es braucht eine offene Diskussion über die schlechte Nachricht, dass die Müdigkeit persistiert und darüber, was dies für die Patientin bedeutet. Es bleibt immer eine Chance, dass die Symptomatik spontan bessern kann. Auf alle Fälle ist es gut, gewohnte Aktivitäten weiterzuführen. Jede Patientin bringt aus ihrer Lebenserfahrung die Überzeugung mit, dass Müdigkeit nach Ausruhen verlangt. Die Aufforderung, weiterhin möglichst aktiv zu sein, erfordert also ein Umdenken.

Das Aufsuchen von Spezialärztinnen und Therapeutinnen der Komplementärmedizin macht wenig Sinn, nützt nichts. Eine Ausweitung der Suche nach Heilung löst mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Negativspirale von Hoffnung, Enttäuschung und verstärkter Müdigkeit aus. Kostbare Energie dürfte verschwendet werden, die besser für einen massgeschneiderten Rehabilitationsplan eingesetzt wird.

Und wenn die Patientin trotzdem spezialärztliche/alternativmedizinische Hilfe sucht? Es ist sinnvoll, es ihr zu erlauben. Doch sollte ein Termin vereinbart werden, um die Resultate zu besprechen. Bei dieser Gelegenheit kann dann verstärkt werden, was der Patientin bereits früher gesagt worden ist über die Nutzung knapper Energien, die Negativspirale falscher Hoffnung sowie die Möglichkeit, ihre gesunden Seiten zu trainieren und so ihre Batterien wieder zu laden.

Und wenn die Patientin von diesem Angebot nicht überzeugt ist? Wenn das Vertrauen in die Hausärztin gestört ist, dann ist eine therapeutische Arbeit nicht möglich. Dann sollte die Ärztin der Patientin klar kommunizieren, dass sie als Ärztin ihr als Patientin in diesem Zeitpunkt mit diesem Problem nicht weiterhelfen kann.

Kognitiver Ansatz und individuelles Aufbautraining bei der Begleitung der Patientin mit CFS. Der Patientin sollte die Diagnose CFS bestätigt werden, sobald die Kriterien dafür erfüllt sind. Es soll auch betont werden, dass eine komplette oder teilweise Erholung immer möglich ist. Eine individualisierte Beratung mit dem Ziel einer besseren Lebensqualität kann angeboten werden. Kognitive Therapieansätze sind nachweislich wirksam bei CFS-Patientinnen.

In etwa einem Drittel der Fälle führt das Programm zu deutlicher Besserung.

Prinzipien der therapeutischen Intervention – wie sage ich es meiner Patientin? «Entscheiden Sie sich dafür, den gesunden Teil Ihres Körpers zu stärken.» «Geben Sie den Kreislauf von falschen Hoffnungen mit anschliessender Enttäuschung auf.» «Führen Sie ein gestuftes Aufbautraining durch.»

Mit solchem Vorgehen wird die Energiebilanz doppelt verstärkt, indem Negativenergien unterbunden werden, welche durch die Suche nach einer Heilung verloren gehen, und indem positive Energien mittels Training verstärkt werden.

Bei jeder Konsultation wird die Hausärztin wieder auf diese Prinzipien eingehen. Es macht Sinn, sich für diese Gespräche mit den Patientinnen gute, positiv formulierte Sätze zurechtzulegen: «Jetzt noch weiter nach Ursachen oder anderen Behandlungen zu suchen, verschwendet Ihre kostbare Energie, die Sie besser für ein persönliches Aufbautraining brauchen könnten.» «Es ist bewiesen, dass dieses Training Ihnen helfen kann, Ihre Energie wieder aufzubauen. Bei andern Methoden sind leider keine Erfolge bekannt.»

Achtung! Kostenargumente interessieren die Patientin genau so wenig wie wissenschaftliche Studien über die Nutzlosigkeit weiterer Abklärungen und Therapien. Deshalb ist es zweckmässiger, mit ihr nur über deren Auswirkungen auf ihren ganz persönlichen Energiehaushalt zu sprechen.

Das Aufbautraining mittels eines individuellen Rehabilitationsprogramms

Die Ärztin ist Coach, nicht Therapeutin, für das individuelle Rehabilitationsprogramm ihrer Patientin. Sie rät der Patientin, allmählich mehr Zeit einzuplanen für Aktivitäten, die angenehm sind oder Spass machen. Die Aktivitäten sollen nicht dem Grad der jeweiligen Müdigkeit angepasst werden. Dadurch wird die Hauptklage der Patientin – «ich war wieder zu müde, um auszugehen» – ausgeblendet. Sie sollen stattdessen – von der Ärztin positiv konnotiert: «Toll, Sie sind wieder einmal ins Kino gegangen!» – auf den Erfolg fokussiert sein.

Wir Menschen fühlen uns dann am wohl-



sten, wenn wir Dinge tun, die wir gerne tun und die zum Erfolg führen. Diese Kombination verstärkt das Selbstbewusstsein und damit den Energiepegel.

Helfen Sie Ihrer Patientin also, eine Liste aufzustellen von angenehmen Interessen und Aktivitäten; ihr ganz persönliches Trainingsprogramm zu planen aus solchen angenehmen Aktivitäten, die über die normalen Alltagstätigkeiten hinausgehen; dieses Programm durch regelmässige Konsultationstermine beizubehalten und zu verstärken.

Erklären Sie ihr, dass sie am besten in kleinen Schritten vorgehen soll; dass ein «Sägezahnmuster» mit Fortschritten und kleinen Rückschritten normal ist; dass sie, auch wenn sie sich einmal besonders gut fühlt, auf ganz ungewöhnlich strenge Tätigkeiten («Energieexplosionen») besser verzichtet; dass sie regelmässige Kontakte zu ihrem Coach hält.

Ein guter Coach reagiert kaum auf die ursprüngliche Klage; lobt Erfolge; akzeptiert, wenn die Erfolge hinter den Erwartungen zurückbleiben; erklärt häufig die Grundprinzipien der Generierung positiver Energie.

Beispiel eines individuellen Trainingsplans

In den ersten beiden Wochen werde ich

- täglich 10 Minuten mit meinen Kindern spielen;
- zweimal in der Woche ein Dessert vorbereiten;
- mit dem Bus an einen schönen Ort fahren, eine Stunde dort sitzen und die Landschaft geniessen;
- am Ende der zweiten Woche meine Hausärztin aufsuchen und das Erreichte besprechen.

Was ist denn das Besondere an der Therapie des CFS? Dies ist eine berechtigte Frage, denn ganz ähnliche Ansätze wurden in einem andern Workshop über funktionelle Beschwerden empfohlen; also ein aktives trainingsorientiertes Vorgehen statt eines ärztlich defensiven Verhaltens mit vielen Abklärungen, das die Patientin letztlich mit ihren Beschwerden allein lässt.

Manchmal hilft es und manchmal nicht! Getreu dem kognitiven Ansatz, auf das Positive zu fokussieren, wurde in unserem Workshop allerdings nicht diskutiert, wie wir diejenigen zwei Drittel der Patientinnen begleiten, die nicht auf das oben beschriebene Coaching ansprechen. Aber schon das Wissen, dass wir beim dritten Drittel zu einer Besserung beitragen können, hilft uns aus der Resignation, die uns doch manchmal beim Verdacht auf CFS befällt.

Literatur

- 1 Prins JB, Bleijenberg G, Bazelmans E, Elving LD, de Boo TM, Severens JL, et al. Cognitive behaviour therapy for chronic fatique syndrome: a multicentre randomised controlled trail. Lancet 2001;357:841–7.
- 2 Powell P, Bentall RP, Nye FJ, Edwards RHT. Randomised controlled trial of patient education to ecourage exercise in chronic fatigue syndrome. BMJ 2001;322:1–5.
- 3 Risdale L, Godfrey E, Chalder T, Seed P, King M, Wallace P, et al. Chronic fatigue in general practice: is counselling as good as cognitive behaviour therapy? A UK randomised trial. Br J Gen Pract 2001;51:19–24.
- 4 Whiting P, Bagnall AM, Sowden AJ, Cornell JE, Mulrow CD, Ramirez G. Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome. A systematic review. JAMA 2001;286:1360–8.
- 5 CFS/ME Working Group. Report to the Chief Medical Officer of an independent working group. London: Department of Health, 2001. www.doh.gov.uk/cmo/ cfsmereport/index.htm.