Placebowerking en de behandeling van functionele klachten

MW. DR. A.M. VAN DULMEN

Samenvatting

Placebowerking is inherent aan een contact tussen arts en patiënt. Het exploreren van de hulpvraag, het bieden van een verklaring voor de klachten, het geven van aandacht en het verrichten van lichamelijk onderzoek hebben immers allemaal betekenis voor de patiënt. Bij het ontbreken van een effectieve medische interventie, zoals in geval van functionele klachten, kan inzicht in de werkzaamheid van deze factoren uitkomst bieden. Patiënten met functionele klachten lijken vooral gebaat bij het versterken van positieve verwachtingen omtrent het beloop van de klachten, het veranderen van incorrecte opvattingen over de klachten en het versterken van het gevoel van controle.

Inleiding

Huisartsen worden in hun praktijk veelvuldig geconfronteerd met patiënten met lichamelijke klachten waarvoor geen afdoende medische verklaring kan worden gevonden, zoals buikpijn, hoofdpijn, rugpijn en moeheid. Schattingen over de prevalentie van deze functionele klachten lopen uiteen van 10 tot 35 procent [1]. Binnen de groep langdurig zieken blijkt zelfs 40 procent te lijden aan medisch onverklaarbare klachten [2]. Doordat de oorzaak van de klachten onbekend is, is geen therapeutische interventie voorhanden. Patiënten verlangen niettemin een oplossing voor hun klachten en doen daarmee een aanslag op de tijd, het geduld en de inventiviteit van de huisarts. De gezondheidszorg is gebaat bij het vinden van de effectiefste benadering van deze 'moeilijke' patiënten. Een veelbelovende richting in dit verband is die van onderzoek naar de non-specifieke of placebowerking van het arts-patiëntcontact, ook wel aangeduid als de contextwerking van de medische praktijk [3]. Vanwege het toenemend inzicht in de interacties tussen hersenen, endocrien en immuunsysteem staat placebowerking als onderzoeksgebied momenteel volop in de belangstelling. Van placebowerking is sprake wanneer er een verandering in de gezondheidstoestand of lichamelijke status van een patiënt optreedt die kan worden toegeschreven aan de symbolische meerwaarde van een medische behandeling of een medische setting [4]. Placebowerking staat dus los van het al dan niet toepassen van een therapeutische interventie. In het algemeen berust ook een deel van de effectiviteit van veel *evidence-based* interventies op placebo-effecten. Hoewel placebo-effecten inherent zijn aan elke arts-patiëntrelatie, lijken ze zich vooral te manifesteren in de huisartspraktijk [5]. Vanuit het oogpunt van therapeutische effectiviteit zou het placebo-effect daarom moeten worden versterkt. Zeker wanneer effectieve therapeutische interventies ontbreken, zoals bij functionele klachten, is onderzoek naar de toepasbaarheid van de placebowerking van groot belang. In dit artikel wordt nagegaan hoe de kennis over placebowerking de huisarts van dienst kan zijn bij de behandeling van functionele klachten. Daarbij komen achtereenvolgens de volgende vragen aan de orde:

- Van welke aspecten binnen het con-

tact tussen arts en patiënt gaat een placebowerking uit?
- Welke verklaringen zijn er voor placebowerking te geven?
- Welke placebo-effecten spelen een rol bij de behandeling van patiënten met functionele klachten?
- Is voor alle functionele klachten eenzelfde non-specifieke aanpak naar verwachting even effectief?

Placebowerking binnen het arts-patiëntcontact

Kenmerkend voor elke hulpverleningssituatie is dat er iemand is die een gezondheidsprobleem ervaart en daarvoor hulp zoekt (de patiënt), dat er iemand is die de intentie heeft hulp te bieden door het verhelderen van het probleem, het eventueel verrichten van lichamelijk onderzoek en het geven van aandacht en geruststelling (de arts) en dat er vervolgens een verklaring (diagnose en prognose) voor de gerapporteerde klachten wordt gegeven en een behandelplan wordt voorgelegd. Een aantal van deze handelingen (luisteren met een stethoscoop, uitschrijven van een recept) hebben (mede) een ritueel karakter. Van al deze factoren kan een placebowerking uitgaan, omdat ze, los van de feitelijke inhoud van een medische interventie, betekenis hebben voor de patiënt. Veel van deze aspecten zijn niet verbonden aan de specifiek medisch technische inhoud van de behandeling (*cure*), maar aan de zorg voor de patiënt (*care*). Daarnaast dragen ook meer structurele aspecten, zoals beschikbaarheid en continuïteit, bij aan de ontwikkeling van een voor placebowerking onontbeerlijke therapeutische relatie [5]. De belangrijkste placebofactoren worden nader toegelicht.

Exploreren van verwachtingen

De door een empathische arts gegenereerde factoren als vertrouwen en hoop vormen volgens sommigen de kern van de contextwerking [6]. Hoop en vertrouwen spelen een rol via de positieve verwachtingen die eraan ten grondslag liggen. Verwachtingen van patiënten ten aanzien van de aard en het effect van de hulpverlening in het algemeen of van de medische interventie in het bijzonder dragen bij aan het effect van een behandeling. Deze verwachtingen kunnen naast positief ook negatief zijn; het contact met een arts kan een gunstige of ongunstige uitwerking hebben op gezondheidsklachten. De verwachtingen die een patiënt al vóór een bezoek aan een arts heeft, blijken bovendien meer bepalend te zijn voor de uitkomst van het contact dan de verwachtingen die worden gewekt tijdens het consult [7]. Het is dus belangrijk om de verwachtingen van een patiënt expliciet te inventariseren. Voor het voorspellen van het effect van een behandeling is het daarnaast van belang om bij een patiënt na te gaan hoe eerdere behandelingen werden ervaren, aangezien die ervaringen bepalend zijn voor de verwachtingen ten aanzien van de voorgestelde behandelingen.

Geven van informatie

Het beloop van de klachten wordt tevens beïnvloed door het doen van een uitspraak over de duur van de klachten. Onderzoek laat zien dat de klachten van patiënten tegen wie de arts vertelde dat ze in een paar dagen beter zouden zijn meer verbeterden dan die van patiënten tegen wie de arts geen optimistische uitspraak deed over de duur van de klachten [8]. Een correcte voorspelling van de duur van de aandoening is belangrijk, omdat dat het vertrouwen bij de patiënt versterkt. Uit onderzoek in de huisartspraktijk blijkt echter dat huisartsen zich slechts in 32 procent van de onderzochte consulten uitspreken over het beloop van de klachten en slechts in 22 procent van de gevallen een voorspelling doen over de duur van de klachten [9]. In het algemeen is informatie over de ervaren klachten onontbeerlijk om er adequaat mee om te gaan. Behoefte aan informatie is immers voor een patiënt een belangrijke reden om een arts te consulteren. Het tegemoetkomen aan deze behoefte kan dus op zich al

gunstige effecten hebben. Zo blijkt het geven van informatie samen te hangen met de snelheid waarmee een patiënt na een operatieve ingreep herstelt [10]. Bij hypertensiepatiënten nemen na het verstrekken van duidelijke informatie incorrecte opvattingen over de aandoening af met als gevolg een betere controle van de bloeddruk [11]. De manier waarop informatie wordt gegeven, blijkt overigens cruciaal te zijn; vooral eerlijke, open en persoonsgerichte informatie stelt patiënten op hun gemak.

Hanteren van een patiëntgerichte attitude

Het bovenstaande suggereert dat het belangrijk is dat een arts zich een goed beeld vormt van wat er bij de patiënt leeft. Een patiëntgerichte attitude van de arts is daarvoor onontbeerlijk. Van patiëntgerichtheid is sprake wanneer een arts de eigen inbreng van de patiënt actief stimuleert en expliciet aandacht besteedt aan de beleving van diens klachten, zoals angst, verwachtingen en oorzaken die aan de klachten worden toegeschreven [12]. Onderzoek toont aan dat de mate van patiëntgerichtheid bijdraagt aan verbetering van allerlei somatische klachten en aandoeningen, zoals hoofdpijn, reuma, maagzweer, diabetes en borstkanker [13,14,15]. Elke patiënt worstelt met gedachten en emoties die verband houden met zijn specifieke situatie op een bepaald moment. Door die boven tafel te krijgen en expliciet in het gesprek aan de orde te stellen en de validiteit ervan te bespreken, wordt het mogelijk een patiënt effectiever gerust te stellen.

Uiten van empathie

Het stimuleren van een gesprek over de beleving van een aandoening middels het uiten van empathie blijkt een belangrijk non-specifiek effect te hebben. Het uiten van stressvolle ervaringen heeft weliswaar een onmiddellijk negatief effect op de bloeddruk, maar op de lange duur verbetert het de gezondheid, waarschijnlijk als gevolg van vergroting van inzicht. Onderzoek bevestigt in dit verband zowel toename van de immuunrespons als vermindering van angst en verbetering van $HbA1_c$ en bloeddruk [12,16,17]. Meer effecten op de gezondheid kunnen wellicht worden verkregen wanneer een arts een patiënt bovendien begeleidt bij het veranderen van diens perceptie van de gebeurtenissen. Ook een empathische reactie van de arts, in de vorm van geruststellende woorden of een affectieve aanraking, zal leiden tot vermindering van angst en pijn en verlaging van de bloeddruk [18,19].

Verrichten van onderzoek

Naast de effecten van een empathische, patiëntgerichte en informatieve consultvoering blijkt ook het uitvoeren van diagnostisch onderzoek een gunstig effect te hebben op het beloop van lichamelijke klachten. Zo blijken klachten van patiënten met pijn op de borst meer te verbeteren wanneer ze voor die klachten diagnostisch worden onderzocht [20]. Het uitvoeren van lichamelijk onderzoek (meten van de bloeddruk, ausculteren) geeft een patiënt het gevoel dat zijn klachten worden erkend en serieus genomen. Om dezelfde reden is ook het expliciet benoemen van een diagnose, mits verwijzend naar een benigne aandoening, in het algemeen gunstig voor het beloop van klachten.

In feite doet dus elke arts aan placebowerking door het exploreren van de hulpvraag van de patiënt, het bieden van een verklaring voor de klachten, het tonen van aandacht en betrokkenheid, het geven van ruimte voor het uiten van emoties, het versterken van een gevoel van controle, het verrichten van lichamelijk en diagnostisch onderzoek en door het wekken van (zo mogelijk) positieve verwachtingen omtrent het beloop van de klachten.

Verklaringen voor placebowerking

Voor non-specifieke of placebowerking zijn verscheidene verklaringen te geven.

Reductie van angst en stress

Stress speelt een belangrijke rol in het ontstaan en het beloop van aandoeningen. Bovendien kan een lichamelijke klacht zelf worden opgevat als een stressor. Of dit daadwerkelijk gebeurt, lijkt afhankelijk te zijn van iemands *coping*-stijl; cognitieve herwaardering en relativering van de situatie blijkt tot een minder grote stressrespons te leiden [21]. Dit heeft tot gevolg dat de ene patiënt met klachten wel een arts consulteert terwijl een ander met dezelfde klachten dat niet doet. Het bezoek aan de arts kan vervolgens, alleen al door de symbolische waarde van het verlenen van hulp, afname van angst tot gevolg hebben. Voorwaarde is wel dat de communicatiestijl van de arts door de patiënt als positief wordt ervaren.

Beïnvloeding van verwachtingen

Voor de samenhang tussen verwachtingen en een (positief of negatief) behandeleffect worden in de literatuur diverse hypothesen geformuleerd. Zo zal de verwachting dat een behandeling effectief is angst en dus symptomen verminderen, krijgt een patiënt een positievere instelling en ziet hij symptomen daardoor als meer controleerbaar of gaat bepaalde activiteiten minder vermijden. Verwachtingen van de patiënt kunnen, met andere woorden, worden onderscheiden in verwachtingen omtrent de uitkomst van het bezoek aan de arts en in *self-efficacy*-verwachtingen. *Self-efficacy*-verwachtingen zijn verwachtingen omtrent de mate waarin men zichzelf in staat acht iets aan de klachten te doen [22]. Een gevolg hiervan is dat veranderingen in iemands gezondheidstoestand tot stand kunnen komen door het ingaan op zowel uitkomst- als *self-efficacy*-verwachtingen.

Klassieke conditionering

De klassiekeconditioneringstheorie heeft betrekking op hoe ervaringen in het verleden de betekenis van gebeurtenissen in het heden beïnvloeden. Ze gaat ervan uit dat lichamelijke veranderingen plaatsvinden als iemand wordt blootgesteld aan een gebeurtenis die wordt geassocieerd met eerdere gebeurtenissen die effect teweeg hebben gebracht. Door die associatie kan verbetering al op gaan treden als reactie op neutrale stimuli bij afwezigheid van een actieve interventie. Die verbetering is niet alleen het gevolg van het hebben van positieve uitkomstverwachtingen, want verwachtingen zijn, in tegenstelling tot conditioneren, voorbijgaand en gebonden aan een bepaalde gebeurtenis, zoals een bezoek aan de huisarts. Op grond van het conditioneringsprincipe is het voor het vaststellen van het effect van een behandeling van belang om bij een patiënt na te gaan hoe eerdere behandelingen werden ervaren. Bügel en Van Everdingen spreken in dit verband over het afnemen van een behandelingsanamnese [23].

Onderliggende werkingsmechanismen

Er liggen verscheidene systemen in het lichaam ten grondslag aan de invloed die bovengenoemde processen uitoefenen op de gezondheidstoestand van de patiënt. De belangrijkste zijn het endocrien systeem, het autonoom systeem en het immuunsysteem. Via deze systemen maakt het lichaam in reactie op het contact met de arts onder meer catecholaminen, cortisol, endorfinen en immuunstoffen aan die een belangrijke rol spelen bij het handhaven van gezondheid en ziekte. Uitkomsten van onderzoek bevestigen het bestaan van deze mechanismen. Zo blijkt vermindering van antistoffen plaats te vinden wanneer iemand geen controle over zijn situatie denkt te hebben en de moed opgeeft stressoren te vermijden [24]. Ander onderzoek laat zien dat iemands afweerreactie, gemeten aan de hand van het aantal lymfocyten en T-cellen, toeneemt naarmate hij meer *self-efficacy* ervaart. Daarnaast blijken bepaalde hormonen, zoals ACTH, insuline, endorfine, adrenaline en cortisol, waarvan de afgifte door stress wordt beïnvloed, te interageren met het immuunsysteem. Ook het ontdekken van dezelfde peptidenrecepto-

ren in de hersenen als in andere organen toont aan dat er een directe verbinding bestaat tussen lichaam en psyche. Er vinden dus in het lichaam talrijke interacties plaats tussen verschillende systemen die verantwoordelijk zijn voor hormonale, immunologische en cardiovasculaire responsen.

Placebowerking bij de behandeling van functionele klachten

Het is de vraag op welke manier een huisarts voor de behandeling van functionele klachten gebruik kan maken van de verworven inzichten in placebowerking. Daarom zullen in deze paragraaf de eerdergenoemde placebofactoren één voor één worden besproken in relatie tot de behandeling van functionele klachten.

Exploreren van verwachtingen

Wanneer een patiënt herhaaldelijk met een medisch onverklaarbare lichamelijke klacht de huisarts bezoekt, is het duidelijk dat hij bij eerdere bezoeken niet effectief was gerustgesteld. Een reden hiervoor kan zijn dat de eerder gegeven adviezen werden geassocieerd met ervaringen van de patiënt met ineffectieve interventies in het verleden. Vanuit het conditioneringsprincipe bepalen dergelijke negatieve ervaringen voor een groot deel de effectiviteit van latere interventies. Het is dan ook belangrijk om samen met de patiënt na te gaan welke ervaringen hij in zijn leven met de gezondheidszorg heeft gehad en welke therapeutische interventies hij als effectief heeft ervaren. Inzicht in het behandelingsverleden kan nieuwe aangrijpingspunten bieden voor effectievere interventies en duidelijk maken wat de patiënt momenteel van de huisarts verwacht en of dergelijke verwachtingen wel realistisch zijn. Bovendien zal de patiënt de betrokkenheid bij diens belevingswereld op prijs stellen.

Geven van informatie

Het correct voorspellen van de duur van functionele klachten is welhaast onmogelijk. Om tegemoet te komen aan de informatiebehoefte van patiënten hieromtrent is het wel belangrijk om hun te vertellen dat de klachten meestal overgaan. Het is af te raden om patiënten te vertellen dat bepaalde functionele klachten, zoals onverklaarde moeheid, indien ze langer dan drie maanden duren, heel moeilijk vanzelf weer overgaan. Dit bekrachtigt namelijk negatieve verwachtingen en is vanuit het oogpunt van placebowerking contraproductief.

Hanteren van een patiëntgerichte attitude

Vooral bij patiënten met chronische functionele klachten is het belangrijk dat ze de controle over hun klachten (terug)krijgen [4]. Daartoe dient men op een patiëntgerichte manier met elke patiënt na te gaan wat hij kan doen om meer grip te krijgen op de klachten. Het maken en bespreken van klachtendagboeken kan hierbij behulpzaam zijn. Onderzoek van Blankenstein toont aan dat patiënten zich door het bijhouden van een klachtendagboek gezonder voelen, dat het aantal bezoeken aan hulpverleners halveert en het ziekteverzuim afneemt [1]. Achterliggend idee is dat mensen niet alleen incorrecte ideeën kunnen hebben over een mogelijke ziekte, maar ook schadelijke. Deze belemmeren het functioneren en dienen daarom te worden gecorrigeerd. Volgens Blankenstein is het daarom belangrijk een patiënt serieus te nemen, de agenda van het gesprek tussen arts en patiënt te verbreden tot onderwerpen die te maken hebben met de leefsituatie van de patiënt en een verband te leggen tussen het leven van de patiënt en diens klachten [1]. Alleen praten over de klachten en de onderliggende emoties lijkt onvoldoende [25]. Een beroemde valkuil is te snel te denken dat men wel weet hoe de patiënt de klachten ervaart. Het correct inschatten van wat bij patiënt leeft, blijkt namelijk zeer moeilijk [26].

Uiten van empathie

Emotionele opwinding en stress kunnen functionele klachten verergeren. Specifieke aandacht voor de emoties van de patiënt is daarom van groot belang. Er zijn patiënten die hun emotionele problemen in de vorm van somatische klachten presenteren, terwijl anderen rechtstreeks psychische klachten uiten. Het is niet zo dat elke behandeling altijd gericht moet zijn op de onderliggende emotionele problematiek. De emotionele problemen van de patiënten die somatische klachten presenteren, blijken namelijk meer gebaat bij het aanpakken van de fysieke gezondheidsproblemen, terwijl diegenen die emotionele problemen presenteren meer gebaat zijn bij luisteren en counselen [27].

Verrichten van onderzoek

Het is bij functionele klachten per definitie onmogelijk om een diagnose te stellen. Het niet stellen van een diagnose heeft echter ook betekenis en daarmee invloed op het beloop van de klachten. Die betekenis dient dan ook door de arts te worden geëxploreerd. Ook is het belangrijk om uit te leggen dat de klachten door incorrecte opvattingen en vermijdingsgedrag in stand kunnen worden gehouden omdat dat richting kan geven aan het op een positieve manier leren omgaan met de klachten. Daarnaast kunnen diverse rituele handelingen, zoals het opnemen van de bloeddruk of het beluisteren van het hart, vanwege het geruststellende placebo-effect worden toegepast. Het voorschrijven van medicatie, verwijzen of het doen van uitgebreid diagnostisch onderzoek is minder geschikt, omdat daarmee de angst voor een somatische aandoening juist wordt bekrachtigd. Van belang is om niet te blijven zoeken naar de oorzaken van de klachten maar zich als huisarts te concentreren op de belemmeringen en de gevolgen daarvan. Zoals gezegd, is het hervinden van de controle over de klachten cruciaal.

Een non-specifieke aanpak voor alle functionele klachten?

Hoewel per definitie de etiologie van functionele klachten onbekend is, wordt steeds meer inzicht verkregen in met de specifieke klachten samenhangende factoren die mogelijk aangrijpingspunten bieden voor therapeutisch ingrijpen. Hardnekkige, persisterende dysfunctionele cognities (catastroferen, ongerustheid) vormen het mechanisme achter veel medisch onverklaarbare klachten/symptomen. Dit zou de indruk kunnen wekken dat functionele syndromen zich vooral onderscheiden in de wijze waarop ze zich openbaren, bij de ene patiënt als vermoeidheidsklacht, bij een andere als buikpijn. Dit is echter een te simplistische voorstelling van zaken. In het geval van functionele buikklachten, bijvoorbeeld, blijken hardnekkige, met de aard van de klachten samenhangende incorrecte opvattingen en angst voor een belangrijk deel verantwoordelijk te zijn voor het persisteren van de klachten [28]. Het in gunstige zin veranderen van deze dysfunctionele opvattingen blijkt de klachten ten goede te komen. Bij chronische vermoeidheid waarvoor geen lichamelijke verklaring kan worden gegeven (het chronische vermoeidheidssyndroom, CVS) blijkt naast het toeschrijven van de klachten aan lichamelijke oorzaken bovendien een lage mate van ervaren controle over de klachten ongunstig voor het beloop [29]. Vergeleken met patiënten met somatisch verklaarde vermoeidheidsklachten blijken patiënten met CVS sterker gericht te zijn op lichamelijke gewaarwordingen. Bij medisch onverklaarbare rugpijn speelt juist het vermijden van bepaalde bewegingen een belangrijke rol bij verergering van de klachten [30]. Het toeschrijven van de klachten aan lichamelijke factoren kan dus bij CVS tot lichamelijke inactiviteit leiden, bij rugpijn het vermijden van bepaalde bewegingen veroorzaken en bij IBS tot verkeerde eetgewoonten aanzetten. Deze in veel gevallen dysfunctionele klachtspecifieke gedragingen en cognities leveren geheel andere aangrijpingspunten voor therapeutisch

ingrijpen op. Psychologische factoren (emoties, cognities en gedrag) leveren weliswaar een belangrijke bijdrage aan het instandhouden van verschillende functionele syndromen, de verschillende syndromen worden toch ieder op hun beurt door andere factoren instandgehouden. Het benutten van placebowerking in de medische praktijk lijkt vooral zin te hebben wanneer rekening wordt gehouden met de factoren die samenhangen met de specifieke aard van de gepresenteerde klachten. Op grond hiervan onderscheiden de verschillende functionele syndromen zich immers van elkaar. Het ligt dan ook niet voor de hand om één non-specifieke benadering aan te raden voor alle functionele syndromen. Naast de in de vorige paragraaf aangedragen praktische handreikingen is het daarentegen juist aan te bevelen een waakzaam oog te houden op de specifieke aard van de gepresenteerde klachten.

Mw.dr. A.M. van Dulmen is psycholoog en is op het Nivel werkzaam als programmaleider op het themagebied Hulpverleningsprocessen. Belangrijkste aandachtsgebieden: arts-patiëntcommunicatie, IBS en placebowerking. Voorts is ze secretaris van Each, the European Association for Communication in Healthcare.

Literatuur

1 Blankenstein N. Somatising patients in general practice. Reattribution, a promising approach. Proefschrift. Amsterdam: VU 2001.
2 Ursin H. Sensitization, somatization, and subjective health complaints. A review. Int J Behav Med 1997;4:105-16.
3 Dulmen AM van, Bensing JM. Contextwerking in de geneeskunde; een programmeringsstudie. Den Haag: RGO, 2000.
4 Brody H. The placebo response. Recent research and implications for family medicine. J Fam Pract 2000;49:649-54.
5 Dulmen AM van. De helende werking van het arts-patiëntcontact. Huisarts Wet 2001;44:490-4.
6 Oh VMS. Magic or medicine? Clinical pharmacological basis of placebo medication. Ann Acad Med 1991;20:31-7.
7 Bovbjerg DH, Redd WH, Maier LA e.a. Anticipatory immune suppression and nausea in women receiving cyclic chemotherapy for ovarian cancer. J Cons Clin Psychol 1990;58:153-7.
8 Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? BMJ 1987;294:1200-2.
9 Bügel PC, Meyboom-de Jong B, Roordink MH e.a. Geruststellen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 2000;43:559-62.
10 Cupples SA. Effects of timing and reinforcement of preoperative education and recovery of patients having coronary artery bypass graft surgery. Heart Lung 1991;29:654-60.
11 Inui TS, Yourtee EL, Williamson JW. Improved outcomes in hypertension after physician tutorials; a controlled trial. Ann Intern Med 1976;84:646-51.
12 Weston WW, Brown JB, Stewart MA. Patient-centred interviewing. Part I: understanding patients' experiences. Can Fam Physician 1989;35:147-51.
13 Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care 1989;27:S110-S127.
14 Rost KM, Flavin KS, Cole K e.a. Change in metabolic control and functional status after hospitalization. Diabetes Care 1991;14:881-9.
15 Lorig KR, Mazonson PD, Holman HR. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. Arthritis Rheum 1993;36:439-46.
16 Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L e.a. Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. Health Psychol 1987;6:29-42.
17 Esterling BA, Antoni MH, Fletcher MA e.a. Emotional disclosure through writing or speaking modulates latent Epstein-Barr virus antibody titers. J Cons Clin Psychol 1994;62:130-40.
18 Weiss SJ. Effects of differential touch on nervous system arousal of patients recovering from cardiac disease. Heart Lung 1990;19:474-80.
19 Hwang SL, Chang Y, Ko WJ e.a. Stress-reducing effect of physicians' tape-recorded support on cardiac surgical patients in the intensive care unit. J Formos Med Assoc 1998;97:191-6.
20 Sox HC, Margulies I, Hill Sox C. Psychologically

mediated effects of diagnostic tests. Ann Intern Med 1981;95:680-5.
21 Bohnen N, Nicolson N, Sulon J e.a. Coping style, trait anxiety and cortisol reactivity during mental stress. J Psychosom Res 1991;35:141-7.
22 Crow R, Gage H, Hampson S e.a. The role of expectancies in the placebo effect and their use in the delivery of health care: a systematic review. Health Technol Assess 1999;3(3).
23 Bügel PC, Everdingen JJE van. De placebowerking van taal. TSG 1998;7:403-6.
24 Brosschot JF, Godaert GLR, Benschop RJ e.a. Experimental stress and immunological reactivity: a closer look at perceived uncontrollability. Psychosom Med 1998;60:359-61.
25 Schilte AF, Portegijs PJM, Blankenstein AH e.a. Randomised controlled trial of disclosure of emotionally important events in somatisation in primary care. BMJ 2001;323:86-9.
26 Dulmen AM van, Fennis JFM, Mokkink HGA e.a. Doctors' perception of patients' cognitions and complaints in irritable bowel syndrome at an out-patient clinic. J Psychosom Res 1994;38:581-90.
27 Cape J. How general practice patients with emotionel problems presenting with somatic or psychological symptoms explain their improvement. Br J Gen Pract 2001;51:724-9.
28 Dulmen AM van, Fennis JFM, Mokkink HGA e.a. Persisting improvement in complaint-related cognitions initiated during medical consultations in functional abdominal complaints. Psychol Med 1997;27:725-9.
29 Vercoulen JHMM. Chronic fatigue syndrome: assessment and psychological processes as perpetuating factors. Proefschrift. Nijmegen: KU, 1997.
30 Vlaeyen JWS. Catastrofale misinterpretaties: vrees voor pijnbeweging/letsel en lage rugpijn. In: Spinhoven PH, Hemert AM van, Hengeveld MW (red.). Onverklaarde lichamelijke klachten. Pathogenetische modellen en behandeling. Leiden: Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, 1999.

Trefwoorden

arts-patiëntcontact
chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)
functionele syndromen
irritable-bowel syndrome
placebo
psychologische factoren
verwachtingen