

# Chronische pijn en vermoeidheid, en de psychiater

B. VAN HOUDEN-  
HOVE

In het verleden werd voor de behandeling van patiënten met chronische pijn, bijvoorbeeld in multidisciplinaire pijncentra, vaak een beroep gedaan op psychiaters. Hun taak bestond vooral uit het diagnosticeren van angst, depressie en/of slaapstoornissen bij deze patiënten, en hierop aansluitend het instellen van behandeling met psychofarmaca. Bovendien kregen patiënten met pijn bij wie geen duidelijke lichamelijke oorzaken werden gevonden, vaak het stempel ‘psychogene pijnpatiënt’ opgedrukt, en werden sommigen naar een psychiatrische polikliniek verwezen (Van Houdenhove 1989).

Hoewel de meeste multidisciplinaire pijncentra een belangrijke psychiatrische inbreng behielden (zie bijvoorbeeld Sullivan 1993), zijn de klemtonen de laatste jaren veranderd. De ‘psy’-functie is er nu grotendeels overgenomen door klinisch psychologen. Illustratief hiervoor is dat de *International Association for the Study of Pain* nog maar weinig psychiaters onder haar leden telt, in vergelijking met de grote aantallen psychologen. In de *Belgian Pain Society* kan men de psychiaters zelfs op de vingers van één hand tellen. Het tijdschrift *Pain* had tot in 1999 nog een aparte sectie voor psychiatrische aspecten, maar deze sectie is sindsdien geschrapt en opgegaan in ‘clinical psychology’. Een actueel overzicht over chronische pijn, met inbegrip van neurobiologische aspecten, werd recent gepubliceerd door een groep psychologen in het prestigieuze *Psychological Bulletin* (Gatchel e.a. 2007). En in de redactie van de *European Journal of Pain* was ik tot voor kort de laatste der Mohikanen...

Deze ontwikkeling is het gevolg van meerdere factoren, onder andere: het ter ziele gaan van het psychiatrische concept ‘psychogene pijn’ en de terechte vervanging ervan door een biopsychosociaal concept van alle pijn; het verschuiven van de belangstelling van pijnonderzoekers naar psychologische reacties op, in plaats van psychopathologische complicaties van pijn; het groeiend wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van – overwegend door klinisch psychologen toegepaste – cognitieve gedragstherapie bij chronische pijn; de gebruiksvriendelijkheid van antidepressieve medicatie, die ook door artsen die geen psychiater zijn vlot kan worden voorgeschreven; de relatieve desinteresse van veel psychiaters (en hun opleiders) voor het grensgebied tussen psyche en soma.

Om al deze redenen is de rol van psychiaters bij de chronische pijnproblematiek nu eerder beperkt geworden. In veel multidisciplinaire pijncentra fungeren zij in de laatste lijn en worden zij vooral te hulp geroepen bij ‘zwaardere’ of complexere gevallen, niet zelden wanneer andere hulpverleners zijn vastgelopen. Want ongetwijfeld krijgen pijnbehandelingscentra – als derdelijnssettings – patiënten bij wie de pijn ingebed zit in ernstige psychiatrische problemen (bijvoorbeeld borderlinepersoonlijkheid) en/of gedetermineerd is door complexe psychobiologische mechanismen (bijvoorbeeld multipele

somatisatie) (Flik e.a. 2001). Voor cognitief-gedragstherapeutische programma's komen deze pijnpatiënten meestal niet (meer) in aanmerking. Zij hebben te zwakke copingmechanismen, vertonen onvoldoende motivatie tot zelfwerkzaamheid of zitten gevangen in een regressieve levensstijl of een onoverzichtelijk kluwen van familiale of sociaal-professionele problemen. Niet weinigen onder hen zijn in de loop van hun 'pijn carrière' het slachtoffer geworden van iatrogene complicaties, die hen fysiek en psychosociaal in een neerwaartse spiraal hebben gebracht.

Anesthesisten-pijnspecialisten en andere teamleden van het pijncentrum koesteren vaak grote verwachtingen van een psychiatrische interventie bij deze patiënten, die hen confronteren met een gevoel van machteloosheid en heel wat irritatie oproepen. Echter, in een louter consultatieve of adviserende functie kan de psychiater hier geen therapeutische meerwaarde bieden. Veel van deze patiënten hebben overigens in de eigen regio al ambulante psychiatrische hulp, die bij de patiënt op de nodige weerstand stuit ('het zit niet tussen de oren').

De in het voorgaande beschreven overwegingen gelden in grote mate ook voor de rol van de psychiater bij patiënten met het chronische vermoeidheidssyndroom (CVS) – een somatisch onverklaard ziektebeeld dat gekenmerkt wordt door een verlies aan fysieke en mentale veerkracht, en veel overlap vertoont met het functionele pijnsyndroom fibromyalgie. Het klassieke psychiatrische etiket 'neurasthenie', dat lange tijd voor dit klachtenpatroon werd gebruikt, is inmiddels even obsoleet geworden als 'psychogene pijn'. Tegenwoordig heeft de psychiater bij deze patiënten vooral een (differentieel)diagnostische taak, onder meer om een primaire depressie of angststoornis uit te sluiten. Op therapeutisch vlak echter moet hij ook weer het initiatief overlaten aan de psycholoog, want cognitieve gedragstherapie (al dan niet gecombineerd met progressieve conditietraining) is op dit moment de enige *evidence-based* behandeling voor CVS (Van Houdenhove 2005).

Dit neemt niet weg dat ook bij CVS een belangrijke subgroep gekenmerkt wordt door ernstige psychiatrische comorbiditeit en negatief interfererende persoonlijkheidsstoornissen die in de regel wortelen in traumatische levenservaringen (Van Houdenhove e.a. 2001). Deze 'psychiatrische' subgroep is wellicht niet de omvangrijkste groep, maar wel de groep patiënten met de meeste medische en sociale kosten die vaak noch door de somatische geneeskunde, noch door de psychiatrie geholpen wordt. Bovendien zijn er aanwijzingen dat ook deze patiënten onvoldoende baat hebben bij cognitief-gedragstherapeutische programma's, zoals die bijvoorbeeld in de Belgische CVS-referentiecentra worden aangeboden (Van Houdenhove e.a. 2006). Wat opnieuw de vraag oproept welke therapeutische meerwaarde de psychiater voor hen te bieden heeft.

## LITERATUUR

- Diefenbacher A. (2005). Psychiatry and psychosomatic medicine in Germany: lessons to be learned? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 782-794.
- Flik, C.E., van der Kloot, W.A., Koers, H., e.a. (2001). Multidisciplinair pijnteam: mode of model? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 71-82.
- Gatchel, R.J., Peng, Y.B., Peters, M.L., e.a. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133, 581-624.
- Houdenhove, B. van (Red.) (1989). *Mijn pijn is toch niet ingebeeld? Chronische pijn in bio-psychosociaal perspectief*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- Houdenhove, B. van (2001). Op de grens tussen psychiatrie en revalidatie. Klinische behandeling van chronisch somatiserende patiënten. In van der Feltz-Cornelis, C., van der Horst, L. (Red.), *Handboek somatisatie*, (pp 189-196). Leusden: De Tijdstroom.
- Houdenhove, B. van, Neerinx, E., Lysens, R., e.a. (2001). Victimization in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in tertiary care: a controlled study of prevalence and characteristics. *Psychosomatics*, 42, 21-28.
- Houdenhove, B. van (2005). *In wankel evenwicht. Over stress, levensstijl, en welvaartsziekten*. Tiel: Lannoo.
- Houdenhove, B. van (Red.) (2007). *Stress, het lijf, en het brein. Ziekten op de grens tussen psyche en soma*. Leuven: Lannoo-Campus.
- Houdenhove, B. van, Blockmans, D., Van Wambeke, P. (2006). Referentiecentrum voor het chronische vermoeidheidssyndroom: een terugblik op drie jaar ervaring en gedachten over de toekomst. *Tijdschrift voor Geneeskunde*,

De ervaring heeft mij geleerd dat een specifieke psychiatrisch-therapeutische inbreng bij patiënten met chronische pijn- en -vermoeidheidssyndromen slechts mogelijk is in een multidisciplinaire setting waarin een verpleegkundig en paramedisch team samenwerkt onder de leiding van een psychiater, en met diverse somatische specialisten in een liaisonfunctie (Van Houdenhove 2001). Kenmerkend voor deze setting – die zowel als polikliniek, als dagkliniek of met (beperkte) opname georganiseerd kan worden – is dat er veel aandacht gaat naar het geduldig opbouwen van een vertrouwensrelatie met de hulpverleners, het adequaat medicamenteus behandelen van comorbide psychiatrische stoornissen, het verhogen van inzicht in de verbanden tussen de ziekte en het levensverhaal, en het systemisch werken met contextfactoren. Op die manier kan de basis worden gelegd voor een ‘biopsychosociale blikverruiming’ bij de patiënt en kan deze vervolgens gemotiveerd worden om, gesteund door het therapeutisch team, de moeizame zoektocht te ondernemen naar ‘een nieuw evenwicht’ (Van Houdenhove 2005).

Het Duitse ‘Klinikum für Psychosomatik und Psychotherapie’ vormt een uitstekend voorbeeld van een dergelijke multimodale therapeutische benadering – al staat het landelijke netwerk van deze Kliniks, met hun uitgebreide faciliteiten voor opgenomen patiënten, op dit moment ter discussie (zie bijvoorbeeld Diefenbacher 2005). In Nederland vervult het ‘Kenniscentrum Psychosomatiek’ (afdeling Eikenboom), deel uitmakend van de Altrecht-groep, op dit terrein een voortrekkersrol. Ook in België hebben enkele geïnteresseerde jonge psychiaters kleinschalige initiatieven genomen, gericht op de behandeling van patiënten met complexe ‘psychosomatische’ problemen.

Het opzetten en ‘managen’ van een multidisciplinaire setting voor deze patiënten is echter, rekening houdend met de huidige Zeitgeist (snelle, goedkope, symptoomgerichte kortetermijnoplossingen) geen eenvoudige opdracht – zoals onder meer is gebleken uit het opdoeken van onze eigen psychosomatische revalidatieafdeling (Van Houdenhove 2001).

Samenvattend kunnen wij stellen dat de rol van de psychiater in de problematiek van chronische pijn en vermoeidheid heden ten dage niet evident (meer) is. Vooral liaisonpsychiaters zullen zich in de toekomst moeten bezinnen over de modaliteiten waarbij zij hun specifieke deskundigheid bij (een subgroep van) deze patiënten het best kunnen laten renderen. De prevalentie en de maatschappelijke relevantie van chronische pijn en vermoeidheid zijn hoog, en de huidige neurobiologische ontwikkelingen op dit vlak zijn ronduit fascinerend (Van Houdenhove 2007). Het zou jammer zijn als psychiaters hun belangstelling voor deze ziekten ‘op de grens tussen psyche en soma’ zouden verliezen.

61, 1264-1271.

Sullivan, M.D. (1993). Psychosomatic clinic or pain clinic – which is more viable? *General Hospital Psychiatry*, 15, 375-380.

#### AUTEUR

B. VAN HOUDENHOVE is psychiater en buitengewoon hoogleraar medische en gezondheidspsychologie aan de faculteit Geneeskunde, KU Leuven.

Correspondentieadres: prof. dr. B. van Houdenhove, U.Z. Gasthuisberg, Herestraat 49 B-3000 Leuven, België.

E-mail: boudewijn.vanhoudenhove@uz.kuleuven.ac.be.

TITLE IN ENGLISH Chronic pain and fatigue, and the psychiatrist