

Posttraumatische stress-stoornis en chronische pijn

A. DE WITTE, B. VAN HOUDENHOVE

SAMENVATTING In dit artikel wordt een patiënt besproken met symptomen van zowel een posttraumatische stress-stoornis als chronische pijn. Bij de diagnose en behandeling van dergelijke patiënten moet men rekening houden met de complexe biopsychosociale interacties tussen beide syndromen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 9, 651-654]

TREFWOORDEN chronische pijn, comorbiditeit, posttraumatische stress-stoornis

Dat patiënten na een traumatische ervaring psychische symptomen kunnen ontwikkelen zoals nachtmerries, flashbacks, vermijding van gedachten en gedrag, en verhoogde prikkelbaarheid en waakzaamheid, is in de literatuur voldoende beschreven. Dat bij patiënten met posttraumatische klachten ook vaak een chronisch pijnsyndroom wordt gezien, is veel minder bekend (Sherman e.a. 2000). Deze aan de traumatische gebeurtenis gerelateerde pijn kan tot een chronisch proces evolueren en in complexe interactie met posttraumatische symptomen tot een ingewikkeld klinisch beeld leiden. Wij illustreren dit aan de hand van een casus.

GEVALSBESCHRIJVING

Een 37-jarige man werd op de afdeling Psychosomatische Revalidatie van het UZ Pellenberg (Universitaire Ziekenhuizen, KU Leuven) opgenomen naar aanleiding van een ernstig ongeval met bijna doodervaring, waarbij hij als bestuurder van een wiel ladder van de loskade was gereden. Aanvankelijk kon hij zich niet bevrijden uit de zinkende bestuurderscabine, maar dit lukte hem, naar eigen zeggen, 'door de

hulp van een gesluierde vrouw'. Niemand van zijn collega's had het ongeval opgemerkt. Hij werd in shock en onderkoeld overgebracht naar een algemeen ziekenhuis, waar een craniocerebraal trauma met intraparenchymateuze bloedingen werd vastgesteld, evenals verspreide kneuzingen over het gehele lichaam. Hij klaagde vooral over pijn, wazige visus en vertraagd reactievermogen; hij was ook erg angstig en vertoonde amnesie voor de gebeurtenis.

Na ontslag uit het ziekenhuis bleven diverse pijnklachten, angstig-depressieve klachten en gedesorganiseerd gedrag aanwezig. Om de laatstgenoemde reden werd hij in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen. Hier werd als diagnose gesteld: posttraumatische stress-stoornis, dissociatieve verschijnselen en reactieve depressie; de persisterende neurologische klachten (pijn, duizeligheid, gevoelsstoornissen) werden, wegens het ontbreken van cerebrale restletsels, als 'vermoedelijk conversief' beschouwd.

Bij opname op onze afdeling – meerdere maanden na de opname in het psychiatrisch ziekenhuis – had patiënt nog steeds chronische diffuse pijnklachten, verminderde kracht en evenwichtsproblemen. Bovendien had hij erec-

tiestoornissen. Er waren nog dagelijks herbelevingen van het ongeval met visuele en auditieve hallucinaties, angstgevoelens met agorafobie, en depressieve symptomen. Bovendien herhaalde patiënt meermaals dat hij zich onbegrepen voelde door de instanties die hem onvoldoende geloofden en als 'profiteur' behandelden. Dit onbegrip ervoer hij zo mogelijk als nog traumatischer dan het ongeval.

In de voorgeschiedenis van de patiënt waren meerdere belastende factoren aanwezig: scheiding van de ouders, relatieproblemen in zijn eerste huwelijk, ernstige conflicten met zijn vader, met wie hij alle contact had verbroken, en een huidige partner die eveneens aan chronische pijn leed.

Neurologisch onderzoek toonde een zeer discreet pyramidaal beeld links aan met hemihyesthesie. Het elektro-encefalogram en de CT-scan van de hersenen vertoonden geen afwijkingen. Een hyperventilatieprovocatietest was positief. Spierkracht en inspanningscapaciteit waren ernstig beperkt.

Via een multidisciplinair, cognitief gedragstherapeutisch georiënteerd revalidatieprogramma werd in de eerste plaats getracht patiënt te motiveren tot een meer geïntegreerde visie op, en benadering van, zijn lichamelijke en psychische klachten. Progressieve fysieke revalidatie en functieverbetering, acceptatie en betere verwerking van het gebeurde, en optimalisering van coping-mechanismen werden als doelen geformuleerd. Farmacologisch werd patiënt ondersteund met antidepressiva, antipsychotica en analgetica.

Het toestandsbeeld verbeterde geleidelijk, zowel op lichamenlijk als psychisch vlak. Hij leek wat meer afstand te kunnen nemen van de gebeurtenis en hoopte zelfs op werkhervatting. Bij ontslag na zes weken waren zijn klachten niet verdwenen, maar wel in intensiteit verminderd. Hij werd doorverwezen naar een Centrum voor Geestelijke Gezondheid in zijn buurt voor ambulante nazorg. Toen hij – op eigen initiatief – na ongeveer vier jaar op het spreekuur kwam, ver-

telde patiënt dat de problemen met de medisch-sociale instanties nog steeds niet waren opgelost. Hij was nog altijd niet aan het werk. Zijn psychische klachten waren na de opname verder afgenomen, maar op lichamenlijk vlak had hij maar weinig vooruitgang geboekt.

BESPREKING

Bij patiënten met chronische pijnsyndromen wordt in 10 tot 25 procent van de gevallen een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) vastgesteld (Kuch e.a. 1996; Jaspers 1998). Recent onderzoek bij fibromyalgiepatiënten spreekt zelfs van 56 procent (Sherman e.a. 2000). Anderzijds geeft tussen 48 en 64 procent van de patiënten na een traumatische gebeurtenis aan chronische pijnklachten te hebben (Goldberg e.a. 1999; Sherman e.a. 2000). Voldoende aandacht voor de PTSS-klachten kan dus belangrijk zijn om de persisterende pijnklachten te begrijpen, en omgekeerd.

Het trauma en de daaraan verbonden lichamenlijke letsels veroorzaken stress en pijn. Op verschillende lichamenlijke niveaus vinden door het trauma geïnduceerde stressfysiologische processen plaats, die erop gericht zijn de homeostase te herstellen: ter hoogte van de verwonding (ontstekingsreactie), de bijnier (noradrenaline- en cortisolproductie), het immuunstelsel (cytokinenproductie) en diverse hersencentra (bv. alfa-2-receptorsensitivering). Als de stress chronisch wordt, kunnen veranderingen optreden in de reactiviteit van de hypothalamus-hypofyse-bijnieras, evenals neuronale sensitivering in het centrale pijnverwerkingssysteem, met het chronisch worden van pijn als gevolg (Loeser & Melzack 1999; Van Houdenhove 2000).

Verder worden chronische posttraumatische stress- en pijnklachten bepaald door perceptueel-cognitieve en sociaal-culturele factoren, zoals aandachtsfixatie, attributie en betekenisgeving (Schnyder 1996). Premorbide angst en persoonlijkheidsstoornissen kunnen bij dat alles een voorbeschikkende rol spelen, terwijl relatio-

nele problemen, verliesreacties, disfunctionele coping en gebrek aan sociale ondersteuning de lichamelijke en psychische posttraumatische klachten versterken en onderhouden (Blank 1994). Na het uitlokkende trauma komen de getroffen patiënten vaak in aanmerking voor meerdere as-I- en as-II-diagnosen. Uit onderzoeken waarin de korte- en langetermijneffecten van trauma werden nagegaan, blijkt dat comorbide psychiatrische stoornissen bij PTSS eerder regel dan uitzondering zijn. Peri- en posttraumatische dissociatieve hallucinaties, conversiestoornissen en stoornissen in de affectregulatie werden in de literatuur beschreven en kunnen tot een complex klachtenpatroon leiden (Van der Kolke e.a. 1996).

Geisser e.a. (1996) toonden aan dat – vergeleken met patiënten bij wie de pijn niet in verband stond met een traumatische gebeurtenis – chronische pijnpatiënten bij wie de pijn het onmiddellijke gevolg was van een traumatische gebeurtenis en die daarop ook posttraumatische stress ontwikkelden, hogere pijnscores, meer affectieve stoornissen, gevoelens van hulpeloosheid en machteloosheid, en een verlaagde eigenwaarde rapporteerden.

Controleverlies over het eigen lichaam en uiteindelijk over de hele levenssituatie werkt bijkomende angst en vermijdingsgedrag in de hand. Sommige auteurs suggereren bovendien – zonder hiervoor reeds voldoende bewijzen aan te voeren – dat PTSS-patiënten vaak gekenmerkt worden door alexithymie, wat hen verhindert de emotionele aspecten van hun ziekte in te zien en hen doet reageren met lichaamstaal (somatisatie) om ‘pijnlijke’ gevoelens te vermijden (Van Hest e.a. 1999).

CONCLUSIE

Deze gevalsbeschrijving illustreert vele van de hierboven besproken factoren. Ten gevolge van het ernstige trauma was er bij de patiënt mogelijk een beperkte, organisch-neurologische factor aanwezig. Voorafgaande en nog steeds

aanwezige stressoren in zijn levenssituatie maakten hem vermoedelijk extra kwetsbaar voor een chronisch worden van zijn klachten.

Van bijzonder belang lijkt ook het gebrek aan sociale steun waarmee de patiënt van het begin af werd geconfronteerd. De (al dan niet openlijke) suggestie van secundaire ziekte winst hing als een zwaard van Damocles boven zijn hoofd. Het voortdurend moeten bewijzen van zijn klachten en onvermogen tot functioneren veroorzaakte niet alleen veel bijkomende stress, maar maakte het loslaten van de ziekterol extra moeilijk. Zoals Hadler (1997) het pertinent uitdrukt: ‘when you have to prove you are ill, you cannot get better’. Het niet diagnosticeren van PTSS-symptomen kan op zich dus veel stress en pijn veroorzaken of doen toenemen (McFarlane e.a. 1994).

Tot slot kan worden gesteld dat het vragen naar voorbeschikkende, uitlokkende en onderhoudende factoren steeds noodzakelijk is. Het chronische pijnsyndroom dat bij patiënten met posttraumatische klachten vaak wordt gezien, kan het gevolg zijn van de complexe interactie tussen deze verschillende factoren. Een systematische ondervraging van chronische pijnpatiënten naar PTSS-symptomen kan bovendien belangrijke therapeutische consequenties hebben (Sherman 2000).

Verder wetenschappelijk onderzoek is nodig om de onderliggende neurobiologische mechanismen en gedragsmechanismen van de relatie tussen PTSS en chronische pijn te verhelderen.

LITERATUUR

- Blank, A.S. Jr. (1994). Clinical detection, diagnosis and differential diagnosis of post-traumatic stress disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 17, 351-383.
- Geisser, M.E., Roth, R.S., Bachman, J.E., e.a. (1996). The relationship between symptoms of post-traumatic stress disorder and pain, affective disturbance and disability among patients with accident and non-accident related pain. *Pain*, 66, 207-214.
- Goldberg, R.T., Pachas, W.N., & Keith, D. (1999). Relationship

- between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 21, 23-30.
- Hadler, N. (1997). Fibromyalgia: La maladie est morte. Vive le malade! *The Journal of Rheumatology*, 24, 1250-1252.
- Hest, M.A.G. van, Vingerhoets, A.J.J.M., Zwartjes, G.C., e.a. (1999). Posttraumatische stress-stoornis: de relatie met alexithymie en coping. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 341-348.
- Houdenove, B. van (2000). Psychosocial stress and chronic pain. *European Journal of Pain*, 4, 225-228.
- Jaspers, J.P. (1998). Whiplash and post-traumatic stress disorder. *Disability and Rehabilitation*, 20, 397-404.
- Kolk, B.A. van der, Pelcovitz, D., Roth, S., e.a. (1996). Dissociation, somatization and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93.
- Kuch, K., Cox, B.J., & Evans, R.J. (1996). Posttraumatic stress disorder and motor vehicle accidents: a multidisciplinary overview. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 429-434.
- Loeser, J.D., & Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *The Lancet*, 353, 1607-1609.
- McFarlane, A.C., Atchison, M., Rafalowicz, E., e.a. (1994). Physical symptoms in post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 715-726.
- Sherman, J.J., Turk, D.C., & Okifuji, A. (2000). Prevalence and impact of posttraumatic stress disorder-like symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. *The Clinical Journal of Pain*, 16, 127-134.
- Schnyder, U. (1996). Prävention und Therapie posttraumatischer Störungen aus biopsychosozialer Sicht. *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis*, 85, 1603-1608.

AUTEURS

A. DE WITTE is psychiater in opleiding aan de KU Leuven.

B. VAN HOUDENHOVE is neuropsychiater, hoogleraar medische psychologie en psychopathologie en kliniekhoofd van de afdeling Psychosomatische Revalidatie van het UZ Pellenberg, KU Leuven.

Correspondentieadres: Enkelstraat 21, 2570 Duffel.

Telefoon: (015) 311095, e-mail: andy@dewitte.fsnet.co.uk.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 01-01-2001.

SUMMARY

Posttraumatic stress disorder and chronic pain. A case study. – A. de Witte, B. van Houdenove –

In this article a patient with symptoms of both posttraumatic stress disorder and chronic pain is discussed. The assessment and therapy of such patients should take into account the complex biopsychosocial interactions between the two disorders.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 9, 651-654]

KEYWORDS chronic pain, comorbidity, posttraumatic stress disorder