Multidisciplinair pijnteam: mode of model?

Een onderzoek naar psychiatrische klachten bij patiënten van een pijnpolikliniek

C.E. FLIK, W.A. VAN DER KLOOT, H. KOERS, M. HUISMAN

ACHTERGROND *Over het verband tussen chronische pijn en psychopathologie bestaat een uitgebreide discussie in de literatuur.*
DOEL *Een beeld krijgen van de ernst van pijnklachten van patiënten op de polikliniek anesthesie, de mate van psychopathologie en de mogelijke verbanden tussen hun somatische en psychische klachten.*
METHODE *Alle nieuwe patiënten tussen oktober 1997 en januari 1999 kregen een vragenlijst opgestuurd met de McGill Pain Questionnaire (MPQ-DLV) en de Symptom Checklist (SCL-90). De MPQ-DLV-scores werden vergeleken met die van 235 patiënten die wegens pijnklachten ambulante fysiotherapie ontvingen; de SCL-90-scores werden vergeleken met normgegevens voor een gezonde en een psychiatrische normgroep. Ten slotte werden de correlaties tussen de somatische en psychische klachten onderzocht.*
RESULTATEN *Van de 294 verstuurde vragenlijsten konden er 208 (70,7%) in het onderzoek betrokken worden. De pijnklachten bleken significant ernstiger bij de polikliniekpatiënten dan bij de patiënten die ambulante fysiotherapie kregen. Het aantal psychische klachten was groter dan bij de 'normale' bevolking, maar lager dan bij een normpopulatie van psychiatrische patiënten. Bij clusteranalyse kwamen twee vrijwel perfect (98% correcte classificatie) te onderscheiden deelgroepen naar voren: 21% scoort even hoog als de psychiatrische normgroep, 79% komt overeen met de gezonde normpopulatie.*
CONCLUSIES *Deze resultaten onderstrepen de wenselijkheid van adequate psychiatrische diagnostiek en behandeling op een pijnpolikliniek.*
[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 2, 71-81]

TREFWOORDEN MPQ-DLV, multidisciplinaire behandeling, pijn, psychopathologie, SCL-90

Pijn is een onplezierige sensorische en emotionele ervaring, veroorzaakt door (dreigende) weefselbeschadiging of beschreven in termen van weefselbeschadiging. In deze definitie van de IASP, de International Association for the Study of Pain (1979), zijn de belangrijkste aspecten van pijn weergegeven. In overeenstemming met deze definitie kunnen nociceptieve (pijngewaarwording ten gevolge van weefselbeschadiging) en niet-nociceptieve pijn onderscheiden worden. Onder de laatste vallen neuropathische pijnen, deafferentatiepijn en niet-somatische pijnen.

De mate waarin iemand pijn ervaart, heeft niet alleen te maken met de aanwezigheid en

mate van weefselbeschadiging, maar ook met psychische en sociale omstandigheden. De Amerikaanse neurochirurg Loeser heeft een schema ontworpen (Loeser 1982), waarin hij onderscheid maakt tussen nociceptie, pijngewaarwording, pijnbeleving en pijngedrag. De laatstgenoemde omvatten de eerdergenoemde. De Gate Control Theory van Melzack & Wall (1965) beschrijft dat pijnprikkels die via de afferente zenuwbanen naar de hersenen worden getransporteerd, beïnvloed worden door prikkels die via de deafferente banen vanuit de hersenen komen. Dit resulteert in verandering van intensiteit en soms zelfs in blokkade van de zenuwimpulsen. Dit proces wordt beïnvloed door lichamelijke, emotionele en cognitieve factoren.

Op elke pijnpolikliniek van een algemeen ziekenhuis melden zich patiënten met nociceptieve en niet-nociceptieve pijn aan. Gezien de complexiteit van pijn wordt in ziekenhuizen dan ook steeds meer gebruikgemaakt van multidisciplinaire teams voor diagnostiek en behandeling. Wat betreft de psychologische casu quo psychiatrische betrokkenheid bij deze teams, kan men in de diagnostische fase globaal drie procedures onderscheiden van minder naar meer betrokkenheid. De aanmelding kan binnenkomen op de polikliniek van de anesthesist. Deze voert dan het eerste gesprek en bepaalt het behandelbeleid. Hij of zij bepaalt ook welke patiënten aan het pijnteam worden voorgelegd. De aanmelding kan ook binnenkomen bij het multidisciplinaire pijnteam en dan wordt er, afhankelijk van de problematiek, bezien welke specialist de patiënt het eerst zal zien. De derde procedure is dat de patiënt standaard een aantal intakegesprekken krijgt met vertegenwoordigers van verschillende disciplines.

In het ziekenhuis waar twee van de auteurs deel uitmaken van het multidisciplinaire pijnteam, wordt de eerstgenoemde procedure gevolgd. Om tot een beter gefundeerde keuze te komen betreffende de vraag welke van deze procedures het meest aangewezen is, leek het ons van belang om een systematisch en empirisch beeld te krijgen van de pijnklachten waarmee patiënten zich op de polikliniek anesthesie presenteren, van de mate van psychopathologie die zij hebben en van de mogelijke verbanden tussen hun somatische en psychische klachten. In dit artikel zijn de eerste resultaten van dit onderzoek weergegeven.

PATIËNTEN EN METHODEN

In het tijdvak oktober 1997 tot januari 1999 werd aan alle nieuwe patiënten van de pijnpolikliniek van de anesthesisten van Ziekenhuis Overvecht te Utrecht (sedert juli 1998 onderdeel van Mesos Medisch Centrum) een vragenlijst opgestuurd, met een begeleidende brief over aard en inhoud van het onderzoek en een verzoek om toestemming om de gegevens voor onderzoeksdoeleinden te mogen gebruiken (*informed consent*). Het onderzoek werd goedgekeurd door de medisch-ethische commissie. Van de 294 verstuurde vragenlijsten werden 215 geretourneerd; 208 hiervan (70,7%) konden in het onderzoek betrokken worden. De vragenlijst bestond uit twee delen: de Nederlandse versie van de McGill Pain Questionnaire (MPQ-DLV) en de Symptom Checklist (SCL-90).

De MPQ is een vragenlijst die oorspronkelijk door Melzack (1975) gepubliceerd is. De Nederlandstalige versie is de MPQ-DLV (Verkes e.a. 1989; Van der Kloot & Vertommen 1989). De MPQ-DLV meet verschillende aspecten van de pijn die personen ervaren. Allereerst worden vragen gesteld over duur, plaats en ontstaan van de pijn. Het tweede deel geeft een beeld van de mate waarin de pijn invloed uitoefent op de kwaliteit van het dagelijks leven van de patiënt. Met deze vragen wordt de Quality of Life Index (QLI) berekend. Het derde onderdeel omvat twee visueel analoge schalen (VAS-schalen). Op een lijn kan de patiënt aangeven hoeveel pijn hij of zij nu ervaart (VAS-nu), op een tweede lijn hoe intens de pijn is wanneer deze het minst erg (VAS-min) en wanneer deze het ergst is (VAS-max). Als vierde onderdeel volgt een lijst van 63 pijnwoorden die de patiënt kan aankruisen om zijn of haar pijn te

beschrijven. Deze pijnwoorden zijn opgesplitst in groepjes sensorische, affectieve en evaluatieve adjectieven. Dit leidt tot vier *pain rating indices*: de PRI-S (sensorisch), PRI-A (affectief), PRI-E (evaluatief: ervaren intensiteit) en PRI-T (totaal). Gebleken is dat de diverse schalen van de MPQ-DLV hoge of in elk geval acceptabele Cronbach's alphas en test-hertestbetrouwbaarheden hebben (Van der Kloot e.a. 1996; Van der Kloot e.a. 1995).

De SCL-90 is een multidimensionale zelfbeoordelingsschaal (Derogatis e.a. 1973). De Nederlandstalige versie werd vervaardigd door Arrindell en Ettema (1986). De SCL-90 meet lichamelijke en psychische klachten waar de patiënt op dat moment last van heeft. De klachten zijn onderverdeeld in acht subschalen: 'Agorafobie' (AGO), 'Angst' (ANG), 'Depressie' (DEP), 'Somatische klachten' (SOM), 'Insufficiëntie van denken en handelen' (IN), 'Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit' (SEN), 'Hostiliteit' (HOS) en 'Slaapproblemen' (SLA). Daarnaast is er een schaal voor het algehele niveau van psychisch en lichamelijk functioneren: 'Psychoneuroticisme' (PSNEUR). Ook voor de schalen van de SCL-90 zijn al eerder hoge of in elk geval acceptabele Cronbach's alphas gevonden (Van der Kloot e.a. 1996).

Om een beeld te krijgen van de ernst van de pijnklachten die op een pijnpolikliniek voorkomen, zijn van de 208 patiënten die de vragenlijst invulden de MPQ-DLV-scores vergeleken met die van een eerder met deze vragenlijst onderzochte patiëntengroep, namelijk 227 patiënten (62,61% vrouwen; mediane leeftijd 46 jaar) die in verband met pijnklachten ambulante fysiotherapie ontvingen (Kraaijenoord & Van der Kloot 1997). Om de nulhypothese te toetsen dat de polikliniekpatiënten geen ernstiger pijnklachten hebben dan de fysiotherapiepatiënten, is gebruikgemaakt van eenzijdige, niet-parametrische Wilcoxon-Mann-Whitney-toetsen (Siegel & Castellan 1988). Om een indruk te krijgen van de mate van psychopathologie bij de polikliniekpatiënten, is getoetst of de gemiddelden en varianties van hun SCL-90-scores afwijken van de gemiddelden en varianties die vermeld staan in Arrindell & Ettema (1986) van enerzijds een normgroep van gezonde personen en anderzijds een normgroep van personen met psychiatrische klachten. Voor vergelijking met de gemiddelden van de normale normpopulatie zijn eenzijdige *z*-toetsen gebruikt, omdat we verwachtten dat de polikliniekpatiënten hogere scores zouden hebben dan 'normale' personen. Bij de vergelijking met de gemiddelden van de psychiatrische normpopulatie zijn tweezijdige toetsen gebruikt, omdat we geen a-priorische hypothese hadden over de richting van de eventuele verschillen. Omdat er voor elke variabele twee toetsen zijn uitgevoerd, is als significantieniveau 2,5% aangehouden. Met betrekking tot de varianties zijn χ^2-toetsen (vgl. Hays 1988, p. 328) gebruikt voor de nulhypothese dat de variantie van een SCL-90-subschaal bij de polikliniekpatienten niet verschilt van de varianties in respectievelijk de gezonde en de psychiatrische normpopulaties. Deze toetsen zijn tweezijdig met een significantieniveau van 2,5%. Ten slotte zijn de correlaties tussen de somatische en psychische klachten onderzocht. Omdat elke MPQ-variabele gecorreleerd wordt met negen subschalen van de SCL-90, wordt – volgens de Bonferroni-methode – elke correlatie getoetst met een significantieniveau van 0,5%.

RESULTATEN

De groep patiënten bestond uit 74 mannen en 134 vrouwen (respectievelijk 35,6% en 64%), van wie de leeftijd varieerde tussen 19 en 95 jaar. De mediane leeftijd was 51 jaar. De mediaan van het aantal jaren dat men pijnklachten had, was 2,5 jaar, maar 25% van de patiënten had zeven of meer jaren last van pijn.

MPQ-DLV: *de* QLI-*index* Eerst vergeleken we de kwaliteit van leven van de patiënten van de pijnpolikliniek met degenen die fysiotherapie ontvingen. Met behulp van eenzijdige niet-parametrische Wilcoxon-Mann-Whitney-toet-

sen (Siegel & Castellan 1988) is nagegaan of de polikliniekpatiënten uit een populatie met ernstiger klachten afkomstig zijn dan de fysiotherapiegroep. In tabel 1 geven wij een overzicht van de uitkomsten.

De meerderheid van de pijnpolikliniekpatiënten (69,5%) zegt de dag voor het invullen van de vragenlijst meer dan twaalf uur last van pijn te hebben gehad. De meeste patiënten (64,4%) hebben één uur of langer moeten rusten, en een iets klei-

TABEL 1 *Antwoordpercentages op de items van de QLI-index van de MPQ-DLV*

Aantal uren last van pijn	0 uur	1 t/m 3 uur	4 t/m 11 uur	12 of meer uren	
(Z = 8.759; p < 0.001)[1]	2,7 (11,8)[2]	7,0 (27,7)	20,9 (32,7)	69,5 (27,7)	
Aantal uren moeten rusten	0 uur	1 uur	2-3 uur	4 of meer uur	
vanwege pijn (Z= 6.657; p < 0.001)	35,6 (65,2)	10,6 (11,6)	26,7 (15,2)	27,2 (8,0)	
Aantal uren wakker gelegen	0 uur	1 uur	2-3 uur	4 of meer uur	
vanwege pijn (Z = 5.051; p < 0.001)	50,3 (70,5)	11,7 (12,3)	14,5 (14,1)	23,5 (3,2)	
Last van pijn bij wakker worden	niet	een beetje	tamelijk	erg	
(Z = 7.696; p < 0.001)	6,1 (19,4)	28,8 (50,2)	41,9 (25,1)	23,2 (5,3)	
Belemmerd worden door pijn bij	niet	een beetje	tamelijk	erg	
uitvoeren normale werkzaamheden	12,6 (33,6)	22,6 (34,5)	40,7 (23,9)	24,1 (8,0)	
(Z=7.165; p < 0.001)					
Belemmerd door pijn bij het	niet	een beetje	tamelijk	erg	
maken van normale bewegingen	12,6 (23,0)	19,2 (43,4)	41,4 (29,6)	26,8 (4,0)	
(Z = 7.393; p < 0.001)					
Belemmerd door pijn	niet	een beetje	tamelijk	erg	
bij hobby's (Z = 6.043; p < 0.001)	20,1 (44,1)	12,8 (24,8)	40,2 (14,4)	26,8 (16,7)	
Minder eetlust door pijn	niet	een beetje	tamelijk	erg	
(Z = 5.848; p < 0.001)	71,4 (92,5)	11,7 (5,3)	11,7 (1,8)	5,1 (0,4)	
Futloos vanwege pijn	niet	een beetje	tamelijk	erg	
(Z = 8.603; p < 0.001)	26,9 (61,9)	25,9 (26,5)	24,9 (8,0)	22,3 (3,5)	
QLI-index[3]	minimum	1e kwartiel	2e kwartiel	3e kwartiel	maximum
(Z = 8.667; p < 0.001)	0 (0)	10 (4)	14 (7)	18 (11)	26 (24)

1. Z = Wilcoxon-Mann-Whitney *Z* (eenzijdig)
2. Tussen haakjes staan de corresponderende getallen van de fysiotherapiegroep
3. QLI-scores lopen van 0 tot 27; hogere scores = lagere kwaliteit van leven

TABEL 2 *Gemiddelden en standaarddeviaties op de VAS-scores van de polikliniekgroep en de fysiotherapiegroep*

	Gemiddelde		Standaarddeviatie		Wilcoxon-Mann-Whitney Z
	polikliniek-groep	fysiotherapie-groep	polikliniek-groep	fysiotherapie-groep	
VAS-nu	54.83	29.43	26.02	22.64	9.443*
VAS-min	32.52	15.36	22.37	14.37	8.447*
VAS-max	82.08	67.17	15.28	23.82	6.528*

* $p < .0001$ (eenzijdig)

VAS = Visueel Analoge Schaal

ner percentage (49,7%) zegt wakker te hebben gelegen van de pijn. Bij de items over de belemmeringen blijken de meeste polikliniekpatiënten de antwoorden 'tamelijk' of 'erg' te geven. Alleen bij de items over eetlust en futloosheid gaat dat niet op.

In vergelijking met de patiëntengroep die ambulante fysiotherapie ontving, scoort de patiëntengroep van de pijnpolikliniek gemiddeld hoger: alle toetsuitslagen van de Wilcoxon-Mann-Whitney-toetsen toonden aan dat de patiënten van de polikliniek ernstiger klachten hadden. Dit betekent dat we de kwaliteit van leven van deze patiëntengroep als slechter mogen beschouwen dan de kwaliteit van leven van de fysiotherapiegroep.

MPQ-DLV: *de VAS-schalen* De pijnintensiteiten op het moment van afname, op het

TABEL 3 *PRI-scores polikliniekgroep en fysiotherapiegroep*

	Gemiddelde		Standaarddeviatie		Wilcoxon-Mann-Whitney Z
	polikliniek-groep	fysiotherapie-groep	polikliniek-groep	fysiotherapie-groep	
PRI-S	8.33	5.80	5.78	4.07	4.478*
PRI-A	3.67	1.83	3.03	1.97	6.438*
PRI-E	5.56	3.37	3.36	2.14	7.244*
PRI-T	17.56	11.00	10.44	7.03	6.882*

* $p < 0.0001$ (eenzijdig)

PRI pain rating indices:

PRI-S = sensorisch

PRI-A = affectief

PRI-E = evaluatief

PRI-T = totaal

moment dat de pijn het lichtst is en op het moment dat de pijn het meest intens is, worden gemeten door middel van de VAS-schalen. Ook de scores op deze schalen zijn vergeleken met dezelfde fysiotherapiegroep. Tabel 2 geeft een overzicht van de scores.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de polikliniekgroep significant hoger scoort dan de fysiotherapiegroep en voor de VAS-nu en de VAS-min ook grotere standaarddeviaties heeft. De lage standaarddeviaties in de VAS-max kunnen wijzen op een plafondeffect. De maximumscore is 100 en de meeste patiënten van de polikliniekgroep zitten dicht bij die score.

MPQ-DLV: *de pijnwoordenlijst* De pijnwoordenlijst stelt vast welke woorden de patiënten zelf kiezen om hun pijn aan te duiden. Aan de woorden kan een score toegekend worden van 1 voor minst intens naar 3 of 4 voor meest intens. De scores van de sensorische, affectieve en evaluatieve items worden opgeteld tot zogenaamde *pain rating indices,* die samengenomen een totaalscore geven. Tabel 3 geeft een overzicht van de resultaten.

Ook hier blijkt dat de polikliniekgroep op alle variabelen significant hogere gemiddelden en grotere standaarddeviaties heeft dan de fysiotherapiegroep.

SCL-90: *verdeling van de scores* In tabel 4 zijn de gemiddelden en standaarddeviaties vermeld van de polikliniekpatiënten op de acht subschalen van de SCL-90 en hun totaalscore (PSNEUR). Ter vergelijking zijn ook de gemiddelden en standaarddeviaties weergegeven van de gezonde en psychiatrische normgroepen.

Behalve voor sensitiviteit heeft de polikli-

TABEL 4 *Gemiddelden en standaarddeviaties op de SCL-90 van de polikliniekgroep, een gezonde normgroep en een normgroep met psychiatrische klachten*[1]

	Gemiddelden			Standaarddeviaties		
	polikliniek	gezonde normgroep	psychiatrische normgroep	polikliniek	gezonde normgroep	psychiatrische normgroep
AGOrafobie	9.09*/**	8.42	14.22	4.17**/**	3.00	7.36
ANGst	15.13*/**	14.03	26.37	6.01**/**	5.25	9.96
DEPressie	27.06**/**	22.70	42.59	10.70**/**	7.86	14.92
SOMatische klachten	25.33**/*	17.95	26.95	9.22**/–	6.64	9.99
INsufficiëntie	17.48**/**	13.78	21.84	6.10**/**	4.93	8.29
SENsitiviteit	24.16–/**	25.70	39.62	8.98–/**	8.15	15.55
HOStiliteit	8.29**/**	7.56	11.62	3.40**/**	2.44	5.36
SLAapproblemen	7.69**/–	5.00	7.86	3.48**/–	2.67	3.73
PSNEUroticisme	143.16**/**	124.74	208.58	43.62**/**	33.50	65.70

* $p < 0.025$; ** $p < 0.005$; / = vergeleken met gezonde normgroep/met psychiatrische normgroep

1. Deze gemiddelden zijn geschat door de in de handleiding van de SCL-90 afzonderlijk vermelde gegevens van vrouwen en mannen te combineren door ze te wegen met het aantal vrouwen (134) en mannen (74) uit ons onderzoek.

SCL = Symptom Checklist

TABEL 5 *Correlaties van de MPQ-DLV subschalen met de SCL-90 subschalen*

	QLI	VAS-nu	VAS-min	VAS-max	PRI-S	PRI-A	PRI-E	PRI-T
AGOrafobie	0.22	0.12	0.07	–0.02	0.04	0.20	–.00	0.08
ANGst	0.36**	0.20	0.12	0.04	0.29**	0.39**	0.10	0.31**
DEPressie	0.46**	0.32**	0.14	0.12	0.32**	0.51**	0.22**	0.40**
SOMatische klachten	0.53**	0.38**	0.24**	0.12	0.30**	0.36**	0.11	0.31**
INsufficiëntie	0.47**	0.34**	0.17	0.03	0.17	0.30**	0.11	0.21**
SENsitiviteit	0.12	0.11	0.03	0.05	–0.02	0.16	–0.03	0.02
HOStiliteit	0.16	0.08	–0.06	–0.00	0.03	0.24**	–0.02	0.08
SLAapproblemen	0.47**	0.28**	0.30**	0.13*	0.19	0.33**	0.12	0.24**
PSNEUroticisme	0.48**	0.31**	0.16	0.09	0.34**	0.45**	0.11	0.35**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.005$ (eenzijdig)

niekgroep significant hogere gemiddelden dan de gezonde normgroep (voor alle toetsen geldt $z < 1.96$; $p > 0.025$ eenzijdig). Met uitzondering van slaapproblemen hebben polikliniekpatiënten significant minder klachten op de SCL-90 dan de psychiatrische normgroep ($z < -2.24$; $p < 0.025$). De gemiddelden van de polikliniekgroep liggen op alle SCL-90-schalen tussen die van de gezonde en de psychiatrische normgroepen en over het algemeen dichter bij die van de gezonde normgroep. Dit duidt op een grotere mate van psychische problematiek bij de patiënten van de polikliniek in vergelijking met de gezonde normgroep en minder psychiatrische problemen dan bij de psychiatrische normgroep.

We zien ook verschillen in standaarddeviaties. De standaarddeviaties van de polikliniekgroep zijn, behalve voor sensitiviteit, significant groter dan die van de gezonde normgroep en, behalve voor somatische klachten en slaapproblemen, significant kleiner dan die van de psychiatrische normgroep (voor de significante toetsen geldt $\chi^2 > 254.53$; $p > 0.025$ tweezijdig). Voor alle SCL-90-schalen liggen de standaarddeviaties van de polikliniekpatiënten tussen die van de gezonde en de psychiatrische normgroepen in.

SCL-90: correlaties met pijnvariabelen Tussen de scores op de subschalen van de SCL-90 en de subschalen van de MPQ-DLV zijn productmomentcorrelatiecoëfficiënten berekend. Omdat we verwachtten dat ernstigere pijnklachten zouden samenhangen met ernstigere psychische klachten, kunnen de betreffende correlatiecoëfficiënten, die in tabel 5 zijn weergegeven, eenzijdig getoetst worden. Daarbij wordt een significantieniveau van 0,5% aangehouden. Van de 72 correlaties zijn er 31 significant in de verwachte richting; de overige correlaties wijken niet af van nul. De SCL-90-subschalen met de meeste significante correlaties met de pijnvariabelen zijn 'Depressie' (DEP) en 'Somatische klachten' (SOM), gevolgd door 'Slaapproblemen' (SLA) en 'Psneuroticisme' (PSNEUR). Van de MPQ-DLV-subschalen heeft de PRI-A-schaal de meeste significante correlaties met de SCL-90-schalen; daarna komen de QLI-schaal, de PRI-T en de VAS-nu. Deze resultaten tonen duidelijk een samenhang aan tussen pijnklachten en psychische problematiek.

Bij de in dit artikel beschreven populatie blijkt het aantal psychische klachten significant hoger te zijn dan bij de normgroep van gezonde respondenten, maar lager dan bij de psychiatrische normgroep. Dit zou enerzijds kunnen inhouden dat de onderzoekspopulatie een homogene is, qua psychopathologie tussen beide SCL-

TABEL 6 *Gemiddelden en standaarddeviaties op de SCL-90 van de twee clusters die in de polikliniekgroep onderscheiden kunnen worden*

	Gemiddelden		Standaarddeviaties	
	cluster 1	cluster 2	cluster 1	cluster 2
AGOrafobie	14.38	7.73	6.23	1.71
ANGst	24.73	13.22	7.45	3.22
DEPressie	44.28	23.00	10.12	5.55
SOMatische klachten	36.68	22.25	9.58	6.24
INsufficiëntie	25.73	15.48	6.22	4.06
SENsitiviteit	36.29	21.61	14.39	4.21
HOStiliteit	12.58	7.29	5.18	1.65
SLAapproblemen	10.68	6.92	2.86	3.21

90-normgroepen in. Anderzijds zou er sprake kunnen zijn van een hybride mengsel van een psychisch gezonde en een psychiatrisch zieke deelgroep. Deze tweede veronderstelling wordt ondersteund door de resultaten van een *k-means*-clusteranalyse op de SCL-90-scores van onze polikliniekpatiënten. In een k-means-clusteranalyse (zie bijvoorbeeld Milligan & Cooper 1987; SPSS Inc. 1999) worden de observatie-eenheden (in dit geval de patiënten) ingedeeld in zogenaamde *clusters*, dit zijn zo homogeen mogelijke groepen die zoveel mogelijk van elkaar verschillen in termen van de variabelen die gemeten zijn (hier de SCL-90-scores). De clusteranalyse leverde twee clusters op: 79% patiënten met gemiddeld lage scores en 21% patiënten met gemiddeld hoge scores op de SCL-90-schalen. Door middel van een lineaire discriminantanalyse (zie bijvoorbeeld Hoytink & Siero 1994; SPSS Inc. 1999) met de clusters als groepen en de SCL-90-schalen als variabelen zijn de twee clusters vrijwel perfect (98% correcte classificatie) van elkaar te onderscheiden. De gemiddelden en standaarddeviaties, die zijn weergegeven in tabel 6, vertonen een onmiskenbare overeenkomst met de gemiddelden van de gezonde en de psychiatrische normgroepen (vgl. tabel 4). Deze resultaten betekenen dat men de polikliniekpatiënten op grond van hun SCL-90-scores consistent en met grote nauwkeurigheid in twee groepen kan verdelen: een psychiatrisch gezonde groep en een groep met veel psychiatrische problematiek.

DISCUSSIE EN CONCLUSIES

Als wij onze resultaten overzien, blijkt de ernst van de pijnklachten significant hoger te zijn bij de patiënten van de polikliniek dan bij patiënten die ambulante fysiotherapie kregen. Het aantal psychische klachten van deze polikliniekgroep was groter dan bij de 'normale' bevolking maar lager dan bij een normpopulatie van psychiatrische patiënten. Het ziet er in eerste instantie dus naar uit dat de ernstigere pijnklachten van de polikliniekpatiënten samengaan met ernstigere klachten op psychisch gebied. Er is echter al vaak gewezen op problemen met *selectie* en *assessment* als het gaat om het verband tussen chronische pijnklachten en psychopathologie (Van Houdenhove & Onghena 1997). Ook in ons onderzoek is sprake van een selectiebias doordat gebruik wordt gemaakt van een *convenience sample*: een steekproef die bestaat uit díe patiënten die zich aandienen op een pijnpoliklinik. Dit houdt naar alle waarschijnlijkheid een selectie in: gespecialiseerde pijncentra trekken patiënten aan die meer geneigd zullen zijn tot het presenteren van psychopathologie. Ook de door genoemde auteurs gesignaleerde problemen van assessment zouden zich in ons onder-

zoek voorgedaan kunnen hebben. Vanwege overlap in de symptomatologie van pijn en depressie (slaapproblemen, vermoeidheid, gewichtsverlies, psychomotore remming en sociaal terugtrekgedrag), kan het komen tot overschatten van de prevalentie van depressie bij pijn. Gerapporteerd is dat deze 'criteriacontaminatie' in het bijzonder bij de Beck Depression Inventory (Beck e.a. 1961) zou kunnen leiden tot 20% fout-positief vaststellen van depressie bij pijnpatiënten. Het is echter mogelijk de prevalentie te onderschatten door de bij veel pijnpatiënten voorkomende neiging tot ontkennen van emotionele problematiek. Wegens de grote kans dat de ernst van de depressie wordt overschat bij samengaan van lichamelijke ziekte en depressie, wordt door Nolen & Hoogduin (1998) aanbevolen om gebruik te maken van de Inventory for Depressive Symptomatology (IDS) van Rush. Een belangrijk voordeel van deze schaal is dat zij twee versies heeft: een voor de clinicus (IDS-C) en een voor de patiënt (IDS-SR). Dit laat een directe vergelijking van beide perspectieven ten opzichte van hetzelfde probleem toe. Voor toekomstig onderzoek zou dit een interessante uitbreiding van het instrumentarium kunnen betekenen.

Gezien de in dit onderzoek gevonden uitkomsten (zie vooral tabel 6 en de bespreking daarvan) is het van belang om door middel van adequate diagnostiek te bepalen bij wie verdere behandeling door psychiater en psycholoog is aangewezen. Indien onze onderzoeksgroep representatief is, pleit dit voor het in perifere ziekenhuizen opzetten van multidisciplinaire pijnteams, waarin in ieder geval ook de psychiatrische en psychologische inbreng gegarandeerd is. Van Houdenhove breekt in een van zijn artikelen (1997) een lans voor meer betrokkenheid van de psychiater bij de pijnproblematiek, en ook voor een onderscheid in 'those who want to fix' en 'those who want to manage'. Hij vindt de psychiater bij uitstek geschikt om als medisch coördinator van het multidisciplinair pijnteam op te treden, omdat deze specialist de biopsychosociale aspecten bij de patiënt goed kan onderkennen. Een verdergaande opvatting vinden we bij Anooshian e.a. (1999), die pleiten voor een monodisciplinaire psychiatrische polikliniek.

Wij zouden ervoor willen pleiten dat iedere patiënt die zich aanmeldt bij de pijnpolikliniek van een algemeen ziekenhuis, in ieder geval ook door een psychiater of klinisch psycholoog gezien wordt. Wanneer dit niet realiseerbaar is, is het op zijn minst aangewezen om pijnpatiënten voorafgaande aan het eerste contact de in dit onderzoek gebruikte of vergelijkbare vragenlijsten te laten retourneren, waarbij elke patiënt die boven van tevoren vastgestelde normen scoort, in ieder geval ook door de psychiater of klinisch psycholoog gezien wordt.

Dat niet alle patiënten voor wie een verwijzing nodig wordt geoordeeld dit willen, hangt in sterke mate samen met de manier waarop een dergelijke verwijzing door de somatisch behandelaar wordt gepresenteerd. In ons ziekenhuis wordt dit door de anesthesist als noodzakelijk onderdeel van de diagnostiek gebracht.

☞ Met dank aan mevrouw A. Plakas, die in het kader van haar onderzoeksstage in de psychologiestudie een deel van de gegevens invoerde en voorlopige analyses uitvoerde.

LITERATUUR

Anooshian, J., Streltzer, J., & Goebert, D. (1999). Effectiveness of a psychiatric pain clinic. *Psychosomatics, 40*, 226-232.

Arrindel, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *Klachtenlijst (SCL-90)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Banks, S.M., & Kerns, R.D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin, 119*, 95-100.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., e.a. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 53-63.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin, 9*, 13-27.

Hays, W.L. (1998). *Statistics*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Houdenhove, B. Van, (1997). Moet de pijn weg ... of kan men ermee leren omgaan? Bedenkingen bij het concept 'pijnkliniek' en de rol van de psychiater in de diagnostiek en behandeling van chronische pijn. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 39*, 10.

Houdenhove, B. Van, & Onghena, P. (1997). Pain and depression. In M. Robertson & C. Katona (red.), *Depression and physical illness* (pp. 465-497). Chichester, UK: Wiley.

Hoytink, H.J.A., & Siero, F.W. (1994). Discriminantanalyse. In A. van Knippenberg & F.W. Siero (red.), *Multivariate analyse: Beknopte inleiding en toepassingen* (pp. 83-108). Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.

International Association for the study of pain, subcommittee on taxonomy (1979). Painterms: A list with definitions and notes on usage. *Pain, 6*, 249-252.

Kloot, W.A. van der, & Vertommen, H. (red.) (1989). *Een Neder-landstalige versie van de McGill Pain Questionnaire: Achtergronden en handleiding.* Lisse: Swets & Zeitlinger.

Kloot, W.A. van der, Kroeze, S., Bakx, V.E.M., e.a. (1996). Psychologische aspecten van langdurige pijn bij patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat. *Gedrag en Gezondheid, 24*, 49-64.

Kloot, W.A. van der, Oostendorp, R.A.B., van der Meij, J., e.a. (1995). De Nederlandse versie van de 'McGill Pain Questionnaire': een betrouwbare pijnvragenlijst. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 139*, 669-673.

Kraaijenoord, E., & van der Kloot, W.A. (1997). Pijnmeting met de MPQ-DLV: een kijkje in de data. *Leiden Psychological Reports PRM 97-3*. Leiden: Leiden University, Department of Psychology.

Loeser, J.D. (1982). Concepts of pain. In M. Stanton-Hicks & R. Boas (red.), *Chronic low back pain* (pp. 145-148). New York: Raven Press.

Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Mayor properties and scoring methods, *Pain, 1*, 277-299.

Melzack, R., & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science, 150*, 971-979.

Milligan, G.W., & Cooper, M.C. (1987). Methodology review: Clustering methods. *Applied Psychological Measurement, 11*, 329-354.

Nolen, W.A., & Hoogduin, C.A.L. (1998). *Behandelingsstrategieën bij depressie.* Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Siegel, S., & Castellan Jr., N.J. (1988). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences.* New York: McGraw-Hill.

SPSS Inc. (1999). SPSS *Base 9.0: Applications guide.* Chicago, IL.: SPSS Inc.

Verkes, R.J., Vanderiet, K., Vertommen, H., e.a. (1989). De MPQ-DLV: een standaard Nederlandstalige versie van de McGill Pain Questionnaire voor België en Nederland. In W.A. van der Kloot & H. Vertommen (red.), *De MPQ-DLV: een standaard Nederlandstalige versie van de McGill Pain Questionnaire. Achtergronden en handleiding* (pp. 57-74). Lisse: Swets & Zeitlinger.

AUTEURS

C.E. FLIK, psycholoog-psychotherapeut, is werkzaam bij Mesos Medisch Centrum te Utrecht.

W.A. VAN DER KLOOT, psycholoog, is universitair hoofddocent bij de sectie Methoden en Technieken van Psychologisch Onderzoek van de Universiteit Leiden.

H. KOERS, psychiater, is werkzaam bij Mesos Medisch Centrum te Utrecht.

M. HUISMAN is gezondheidspsycholoog te Leiden.

Correspondentieadres: mevrouw C.E. Flik, psycholoog-psychotherapeut, Mesos Medisch Centrum, Paranadreef 2, 3563 AZ Utrecht.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-3-2000.

SUMMARY

Multidisciplinary pain center: Trend or model? A study of psychiatric complaints in patients of a pain clinic – C.E. Flik, W.A. van der Kloot, H. Koers, M. Huisman –

BACKGROUND *There is an extensive debate in the literature on the relation between chronic pain and psychopathology.*

AIMS *To assess the severity of pain and psychopathology, and the possible relations between the somatic and psychiatric complaints of patients of an anaesthesiologic pain clinic.*

METHOD *All new patients between October 1997 and January 1999 received a questionnaire consisting of the McGill Pain Questionnaire (MPQ-DLV) and the Symptom Checklist (SCL-90). The MPQ-DLV-scores of this sample were compared with those of 235 patients who received ambulatory physiotherapy. The SCL-90-scores were compared with the standard scores of a normal population and with those of psychiatric outpatients. Eventually correlations between somatic and psychiatric complaints were investigated.*
RESULTS *Of the 294 questionnaires that were returned 208 (70.7%) could be used for analysis. The severity of pain complaints in our sample was significantly higher than in the physiotherapist control group. The rate of psychopathology was higher than in the 'normal' population, but lower than in the psychiatric outpatient group. Cluster analysis revealed two almost perfectly divided subgroups: 21% compares with the psychiatric outpatient group, 79% with the normal population.*
CONCLUSIONS *These results highlight the need for adequate psychiatric diagnosis and treatment facilities at a pain clinic.*
[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 2, 71-81]

KEYWORDS MPQ-DLV, multidisciplinary treatment, pain, psychopathology, SCL-90