

FYSIEK IS ALTIJD PSYCHISCH

Simon Wessely en Michael Sharpe over onverklaarde klachten

Eenderde van alle klachten van patiënten kent geen aanwijsbare pathologische grondslag.

Lastig voor artsen. Toch valt er veel voor deze patiënten te doen. Artsen moeten meer uitgaan van symptomen, eenvoudige varianten van de cognitieve gedragstherapie bedenken en vooral de klachten tactvol benoemen.

HENK MAASSEN

De groep patiënten met chronische onverklaarde lichamelijke klachten is groot en ogenschijnlijk divers. Zeven jaar geleden verscheen in *The Lancet* (1999, 354, 936-39) een geruchtmakend artikel dat vragen stelde bij die diversiteit: *Functional somatic syndromes: one or many?* De titel was min of meer retorisch. Want de boodschap van de auteurs was dat elk medisch specialisme weliswaar zijn eigen functioneel somatisch syndroom kent (de interne geneeskunde heeft het prikkelbaredarmsyndroom, de reumatologie de fibromyalgie bijvoorbeeld), maar al deze syndromen vertonen symptomatisch zoveel overlap dat ze feitelijk niet als afzonderlijke ziekten zijn te beschouwen.

Simon Wessely, hoogleraar psychiatrie en epidemiologie (King's College, Londen) en Michael Sharpe, hoogleraar psychologische geneeskunde (Universiteit Edinburgh) waren de auteurs van die analyse. Onlangs waren beiden even in Nederland ter gelegenheid van een symposium over deze thematiek in het LUMC in Leiden.

DIMENSIONELE SCHAAL

De welbespraakte Wessely staat nog steeds achter de paper. 'Die ziektebeelden zijn geen discrete entiteiten. Gelukkig zijn de meeste collega's het daarover inmiddels eens. De evidentie dat we deze syndromen foutief classificeren, is gegroeid. Een dimensionele indeling (zoals bij bloeddruk) zou veel beter zijn, maar we zouden dan wel veel meer moeten weten over de pathofysiologie en over de somatische en psychologische mechanismen die aan de basis van deze syndromen liggen.'

Een dimensionele schaal betekent ook de noodzaak van een afkappunt. Wanneer worden functionele of somatoforme symptomen een belasting, een ziekte? 'De ernstigste vormen van het chronischvermoeidheidssyndroom (CVS) zijn betrekkelijk zeldzaam, met een prevalentie van 0,4-1 procent. Maar kijk je naar mildere varianten van onverklaarde symptomen dan zit je al gauw op 10, 20 of in sommige schattingen zelfs

op 30 procent.' Volgens Wessely is bekend dat al deze patiënten depressieve klachten, vermijdend gedrag en doemdenken met elkaar gemeen hebben. 'Maar er zijn ook fysiologische overeenkomsten. Zo hebben we afwijkingen in de werking van de HPA-as aangetoond. Mogelijk zijn sommige van deze ziektebeelden op pathofysiologisch zelfs van elkaar te onderscheiden, maar zeker niet op symptomatisch niveau. De pijncondities zijn niet compleet anders dan de vermoeidheidsbeelden of de ziektebeelden waarin het gaat om gastrische motiliteit. Die bestaan alleen maar dankzij de medisch-specialistische bril die ze in het vizier krijgt.' Wessely en zijn collega Michael Sharpe drukken artsen daarom op het hart de somatoforme stoornissen niet uitsluitend over te laten aan de psychiatrie: 'Dan vervang je de ene unitaire zienswijze door een andere.'

Eigenlijk zijn het typisch patiënten voor de eerste lijn.

De last van de onverklaarde klachten neemt alleen maar toe

Wessely: 'Huisartsen zijn bovendien geneigd ze wat pragmatischer in te delen: lastige patiënten, patiënten die je makkelijk kunt helpen, patiënten met een grote handicap, patiënten met een duidelijk psychiatrische conditie. Dat is een veel betere afspiegeling van de werkelijke wereld van deze ziektebeelden dan fibromyalgie, CVS enzovoort.'

Het woord is gevallen: lastig. Er is veel studie gedaan naar de houding van (huis)artsen ten opzichte van deze patiënten. Wessely: '*They get a pretty bad deal*. Dokters vinden ze niet echt ziek, ze kosten veel tijd en ze zijn complex. Uit ervaring weet ik dat ook veel medisch studenten er niet aan willen. Ook bij hen leeft al snel het idee dat deze mensen de boel belazeren. Ze vinden dat ze niet worden opgeleid om dit type patiënten te behandelen.' En dat getuigt volgens Wessely van een diepe misvatting over de werkelijkheid 'out there'. Allerlei (lopend) epidemiologisch onderzoek wijst uit dat de last van de onverklaarde klach-

ten alleen maar toeneemt. 'We leven langer, maar we voelen ons zieker. De omgeving waarin we leven en onze gezondheid zijn zeker in het westen objectief gezien sterk verbeterd. Kijk eens hoe mijn geboortestad Sheffield er honderd jaar geleden bijlag: stinkende industrie bepaalde het beeld. Die industrie is verdwenen. Toch is de subjectieve perceptie van veel patiënten een andere. Juist nu schrijven ze hun symptomen toe aan omgevingsfactoren: straling, vervuiling, chemicaliën.

VERDELINGSACTIE

Een fraai, 'natuurlijk' experiment in Nieuw-Zeeland illustreert dat. De overheid was van plan insecten te verdelgen met een sproeivliegtuig. Een onderzoeker maakte van de gelegenheid gebruik om vooraf onder mensen die in de buurt woonden na te gaan hoe ze dachten over (invloeden op) hun gezondheid. Na de verdelgingsactie ging hij terug om te kijken welke mensen met klachten naar hun dokter waren gegaan. Resultaat: hoe bezorgder ze vooraf waren, hoe meer klachten ze ontwikkelden.

Niet alleen opvattingen ('beliefs', zegt Wessely), ook psychosociale gebeurtenissen en stresserende life-events bepalen (mede) of iemand onverklaarde klachten krijgt. Ook infecties kunnen aan de basis liggen, zoals de ziekte van Pfeiffer, tyfoïde koorts of gastro-enteritis. British Medical Journal publiceerde twee weken geleden nog een prospectieve cohortstudie (editie 16 september) naar virale en non-virale pathogenen die post-infectieus CVS kunnen veroorzaken.

Onverklaarde klachten zijn van alle plaatsen en tijden. Uit studies in India en Zimbabwe bijvoorbeeld blijkt dat ook daar veel patiënten zijn met dit soort klachten. Maar er is geen hulp waarop ze kunnen terugvallen en andere gezondheidsvraagstukken eisen begrijpelijkerwijs meer aandacht.

Kijkend naar het verleden concludeert Wessely: 'Een ziektebeeld als CVS heeft in zekere zin altijd wel bestaan, tenminste vanaf het midden van de negentiende eeuw toen dokters een gemeenschappelijke taal hadden ontwikkeld en meer wetenschappelijk onderbouwd gingen werken. Sindsdien had je zoiets als een toestand van chronische vermoeidheid. Rond de voorlaatste eeuwwisseling rangschikte men de symptomen waarschijnlijk onder neurasthenie. Maar dat beeld verdween en het lijkt of die chronische vermoeidheid daarna een hele tijd is weggeweest, totdat ze tegen einde van de twintigste eeuw als CVS weer terugkwam. Wat er intussen is gebeurd - we weten het niet. Misschien hebben we het toen niet als een ziektebeeld geconstrueerd. Ik ben er namelijk vrij zeker van dat we dat wel degelijk kunnen. Een Franse kinderarts kwam enige tijd geleden naar Engeland en zag nogal wat kinderen met CVS. Hij ging terug naar zijn geboorteland en trof daar de diagnose niet aan. Franse dokters zijn niet zo slecht dat ze een dergelijke conditie massaal zouden missen. Ik concludeer daaruit dat in de etiologie van het ziektebeeld culturele variatie een rol moet spelen.'

PATHOLOGIE

Natuurlijk vinden zowel Sharpe als Wessely dat dokters altijd eerst moeten kijken naar fysieke afwijkingen die horen bij bepaalde klachten. 'Komt er iemand bij je die chronisch vermoeid is en je kijkt niet naar de werking van de schildklier, dan ben je rijp voor de tuchtrechter. Daarvoor word je betaald,' zegt Wessely. Maar, zegt hij ook, 'eigenlijk zijn fysieke symp- >>



Simon Wessely: 'Een ziektebeeld als chronischevermoeidheidssyndroom heeft in zekere zin altijd wel bestaan.'



Michael Sharpe: 'Symptomen zijn een issue, ook los van de specifieke pathologie.'

BEELD: DE BEELDREDAKTIE, TACO VANDER EB

<< tomen op zichzelf, zonder een direct aanwijsbare ziekte, heel gewoon: *'They are the stuff of life'*. Michael Sharpe wijst in dat verband op een merkwaardige wending in de geneeskunde. 'Patiënten gaan naar de dokter omdat ze klachten hebben. Maar de geneeskunde is klachten in toenemende mate gaan zien als een richtingaanwijzer op de weg naar de werkelijke oorzaak. De gedachte is dat klachten de expressie zijn van onderliggende pathologie. Dat gaat lang niet altijd op. Uit een recente Amerikaanse studie onder mensen met een chronische hartziekte bleek dat er geen enkel verband was tussen de kwaliteit van de

'Hoe meer symptomen, hoe meer kans op een depressie'

pompfunctie van het hart en hun handicap, hun kwaliteit van leven, en hun subjectief ervaren gezondheid. Verrassend genoeg bleken die maten wel allemaal geassocieerd met de mate van depressiviteit van de patiënt. Ik wil maar zeggen: symptomen zijn een issue, ook los van de specifieke pathologie.'

Wessely is het daarmee eens. Hij geeft nog een voorbeeld. 'Reumatoïde artritis is een somatische ziekte. Maar als je wilt weten of zo'n patiënt weer kan werken, kijk dan niet - of in ieder geval niet alleen - naar de grootte van de zwellingen van zijn gewrichten of naar de bezinking, maar ga na hoe depressief hij is. Dat is namelijk een veel betere voorspeller. Hoe gehandicapt iemand zich voelt als gevolg van een somatische aandoening, wordt vaak bepaald door gedragsmatige en sociale factoren. Hoe vermoeider iemand is, hoe meer pijn hij heeft, hoe belangrijker het is om te vragen naar angst en depressie - daar bestaat zelfs een fraaie lineair verband tussen. Je kunt ook stellen: hoe meer symptomen iemand heeft, hoe waarschijnlijker het is dat hij ook een stemmingstoornis heeft.'

Sharpe wil de zaak daarom liever omkeren. Tijdens het Leidse symposium zei hij: 'We moeten niet beginnen bij de pathologie, maar bij de symptomen. En erkennen dat symptomen een complex vormen van onderliggende pathologie, maar zeker in het geval van chronische ziekten, ook van psychologische, interpersoonlijke en sociale factoren.'

Wessely en Sharpe hebben geprobeerd de makers van DSM V te overtuigen van het belang van psychologische factoren bij somatische ziekten. 'Een nieuwe as waarop psychische categorieën als fobisch en vermijdend gedrag een plaats zouden krijgen, zou intellectueel zeer bevredigend zijn.'

GEDRAGSTHERAPIE

Voor de praktijk van alledag is het, aldus Michael Sharpe, vooral belangrijk hoe de dokter tegenover de patiënt met onverklaarde klachten diens symptomen verklaart. Sharpe: 'Het maakt uit of u zegt: "Ik weet niet wat er met u aan de hand is" of: "We zien dit vaker, niets om u zorgen over te maken en ik verwacht dat het wel beter wordt". Het eerste is wetenschappelijk eerlijker, het tweede is beter, denk ik. Uit nog beperkt onderzoek blijkt dat wat u zegt het succes van de behandeling mee bepaalt.'

De beste therapieën oriënteren zich niet meer op de veroorzakende factoren, maar op het streven met de patiënt met de aandoening te leren leven. Dat geldt vooral voor de cognitieve gedragstherapie (CGT). De resultaten ogen bemoedigend.

Wessely: 'Ruwweg eenderde van de mensen wordt beter, eenderde kan beter met zijn symptomen omgaan en eenderde heeft er geen baat bij.'

Sharpe vindt dat echter nog niet goed genoeg. 'Bovendien is CGT een gecompliceerde en bewerkelijke behandeling. We zouden het simpeler willen, zodat we meer patiënten van dienst kunnen zijn. Ik denk bijvoorbeeld aan zelfhulp op basis van gedragstherapeutische principes. We doen momenteel een trial om de mogelijkheden daarvan na te gaan.'

Ook antidepressiva helpen wel bij het mitigeren van onverklaarde symptomen. Maar pas op, zegt Sharpe: 'Hoe verkoop je een antidepressivum aan mensen die hun klachten helemaal niet als depressiviteit interpreteren?' Sommigen vinden het zelfs beledigend als je ze depressief noemt en daarom kiest Sharpe altijd voor een formulering in de trant van 'deze middelen normaliseren het functioneren van de hersenen en uw zenuwstelsel'.

TUSSEN DE OREN

Samen met anderen heeft hij een aantal jaren geleden het *number needed to offend* gemunt. Hoe jaag je de meeste patiënten met onverklaarde klachten het snelst op de kast? De uitkomst liet weinig twijfels bestaan: door te zeggen dat hun klachten *'all in the mind'* zijn. Vrijwel allemaal prefereren ze een fysieke duiding van hun klachten. 'Maar als je zegt dat de klachten functioneel zijn, beledig je er gelukkig al veel minder, zo blijkt.'

Wessely begrijpt de reactie van de patiënten heel goed: 'We praten vaak over lichaam en geest als twee zijden van dezelfde medaille. Maar feit is dat wij het zelf niet werkelijk geloven. Patiënten en dokters blijven dualistisch denken. Je kunt daarover wel pompeuze editorials schrijven en het vervolgens intellectueel eens worden, het helpt niets, want zo ervaren we onszelf niet, zo handelen we niet, zo denken patiënten niet.'

Wessely geeft een voorbeeld. 'In ons ziekenhuis is mijn afdeling verantwoordelijk voor de psychologische hulp aan kankerpatiënten. Zij willen altijd meer van dat soort hulp: meer counseling, meer psychiatrie, meer alternatieve geneeskunde. Ze willen holistisch - een woord dat ik haat - worden behandeld. We zijn ook verantwoordelijk voor patiënten met CVS. We weten dat het bij hen vooral draait om psychosociale problematiek. Maar dat horen ze niet graag. En waarom niet? Omdat ze dezelfde legitimiteit als de kankerpatiënten willen: een bonafide, somatische ziekte. Anders zouden ze een soort tweederangs patiënten worden. Ze hebben geen ongelijk - hoe betreurenswaardig dat ook is. Hier biedt de alternatieve sector in hun ogen uitkomst. Mijn CVS-patiënten zoeken hun toevlucht bij deze lieden, omdat ze nergens zo'n reductionistische, biomedische blik op hun aandoening vinden. U dacht dat de alternatieven grossierden in holistische geneeskunde? Hoe naïef, niets is minder waar. De alternatieve dokters komen immers altijd met een - nou, ja - soort van somatische oorzaak. Er is wel een klein probleem: alles wat ze daarover beweren is jammer genoeg *'totally bollocks.'* ■

MC publiceerde in 2002 een serie over onbegrepen lichamelijke klachten. U vindt deze serie via onze website:
www.medischcontact.nl/dezeweeek.



VELDWERK

Op mijn rug



Huisartsen en bedrijfsartsen hechten steeds meer belang aan onderling overleg.

Dat wint aan waarde als de overlegpartners een beetje weten wat ze van elkaar kunnen verwachten. Ik prijs me dan ook altijd gelukkig dat ik bedrijfsarts ben bij een interne dienst met een regionale populatie. De meeste huisartsen kennen onze dienst en onze professionele opvattingen. Dat praat een stuk makkelijker.

Bij een overleg is ook de rolverdeling van belang. De communicatie is beduidend anders als collega's elkaar in een arts-patiëntrelatie tegenkomen. Maar sinds ik een paar keer met lichamelijke ongemakken mijn huisarts heb geconsulteerd, heb ik mijn draai als patiënt wel gevonden. En als bedrijfsarts bij een universitair medisch centrum, komen er uiteraard ook collega-specialisten en collega-huisartsen op mijn spreekuur. Voor een bedrijfsarts zijn dit plezierige patiënten. Is het ijs eenmaal gebroken, dan wordt het praten heel gemakkelijk.

Onlangs had ik een geheel nieuwe ervaring in intercollegiaal overleg. Mijn 86-jarige moeder vroeg me om haar huisarts te bellen in verband met haar aanhoudende klachten. De collega die ik aan de lijn kreeg, stond me vriendelijk maar voorzichtig te woord. Het was volstrekt duidelijk dat moeder trots had verteld dat haar zoon ook dokter was. En dat hij - ik dus - wel eens contact zou opnemen. Ik besloot daarom om, geheel conform mijn positie in de medische pikorde, als eerste op mijn rug te gaan liggen: 'Collega, ik heb uw hulp nodig. Mijn patiënten worden nooit ouder dan 65 jaar.' Na een korte stilte kreeg ik mijn beloning in de vorm van een bulderende lach aan de andere kant van de lijn. Daarna verliep het praten heel gemakkelijk.

Met mijn moeder gaat het dankzij de adequate interventie van deze collega inmiddels een stuk beter. ■

Jan Maasen

de bedrijfsarts