

---

# PIJN EN DEPRESSIE. EEN VERBAZENDE COMBINATIE?

**Harold Wenning**, Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige bij GGZ Friesland

*Als SPV in de huisartsenpraktijk word ik in toenemende mate geconfronteerd met de combinatie van pijn en depressie. Dat heeft er toe geleid dat ik mij heb verdiept in dit onderwerp. In dit artikel wil ik mijn bevindingen delen zonder daarbij de illusie te hebben een volledig en diepgaand beeld te geven van de diagnostiek en behandeling. Ik hoop dat de SPV zich meer bewust wordt van de complexiteit van deze problemen en meer oog en oor krijgt voor deze lastige combinatie.*

## **Inleiding**

Volgens een onderzoek van Breivik heeft 18% van de Nederlanders pijnklachten, waarvan een kwart meer dan twintig jaar pijn heeft! (Breivik, 2006). Om depressief van te worden. Dat is ook zo: ongeveer 80% van de patiënten met buikpijn, rugpijn of hoofdpijn heeft depressieve klachten (Simon, 1999). Bij depressie is pijn een veel voorkomende lichamelijke klacht. Onderzoek toont aan dat er een sterk verband is tussen pijn en depressie (Demyttenaere, 2006). Maar word je nou depressief als je pijn hebt of krijg je pijn als je depressief bent?

Allereerst wordt er ingegaan op pijn en daarna op de samenhang tussen pijn en depressie.

Als spv'n weten wij natuurlijk als geen ander dat lichaam en geest één zijn. Toch schiet de aandacht voor de somatiek er nog wel eens bij in.

## **Pijn**

Pijn heeft een signalerende functie. Indien iemand zijn vinger brand, reageert het lichaam hierop, waardoor de pijn afneemt en ergere brandwonden voorkomen kunnen worden. Bij onverklaarbare pijn wordt deze actie niet ondernomen waardoor het pijnsignaal alleen maar sterker wordt. Tevens zal de patiënt meer gefocust raken op de pijn waardoor de pijn een steeds grotere rol gaat spelen en meer op de voorgrond komt te staan.

In het Tijdschrift voor Geneeskunde publiceerden Claes e.a. in 2006 het artikel 'Pijn bij depressie' waarin het *driefasenmodel* van Gatchel wordt beschreven. In dit model wordt een verklaring gegeven voor de psychologische veranderingen die zich voor kunnen doen bij de verschillende stadia van pijn.

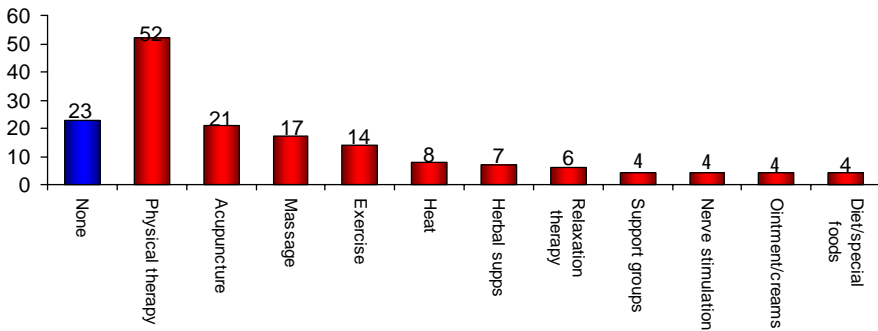
Tijdens de *eerste fase* van de acute pijn hebben patiënten normale emotionele reacties zoals angst, benauwdheid en bezorgdheid als gevolg van hun pijnbeleving. Zodra de pijn verdwenen is, zullen ook deze normale reacties verdwijnen.

De *tweede fase* dient zich aan als de pijn langer dan twee tot vier maanden aanhoudt, waarbij woede, hulpeloosheid en stress meer op de voorgrond komen te staan.

Er wordt gesproken van *derde fase* als de pijn blijft voortbestaan. We spreken dan van chronische pijn. De patiënt kan de pijn aanvaarden óf belanden in de rol van zieke. Hij wordt vrijgesteld van bepaalde taken en verantwoordelijkheden. Gevoelens van voldoening en vrijheid worden ingeperkt. De levensstijl wordt ongezonder. In tegenstelling tot de eerste fase waarin de patiënt ergens pijn heeft, zijn patiënten in de derde fase *een lichaam dat pijn doet* (Sternbach, 1974).

Hoe de klachten zich verder ontwikkelen wordt niet alleen bepaald door de ernst van de pijn maar eveneens in belangrijke mate door aanleg en persoonlijke voorgeschiedenis van de patiënt. Hoe is de coping van iemand? Daarnaast spelen natuurlijk ook sociale factoren een rol. Heeft iemand sociale contacten? Werk? Verantwoordelijkheden? Heeft de pijn een functie gekregen in iemand zijn leven?

Uit het onderzoek van Breivik blijkt dat de meeste chronische pijnklachten voorkomen bij patiënten tussen de vijftig en zestig jaar en meer bij vrouwen (60%) dan bij mannen. De helft van de patiënten geeft aan dat ze de hele dag pijn hebben. Hiervan geeft een derde aan dat de pijn ondraaglijk is. Om van de pijn af te komen gaan de patiënten op zoek naar behandeling. Er zijn vele verschillende soorten behandelingen om pijn te bestrijden. In onderstaande grafiek zijn een aantal behandelingen op een rij gezet.



Deze behandelingen worden vaak als onvoldoende effectief ervaren (79%) waardoor de klachten blijven bestaan.

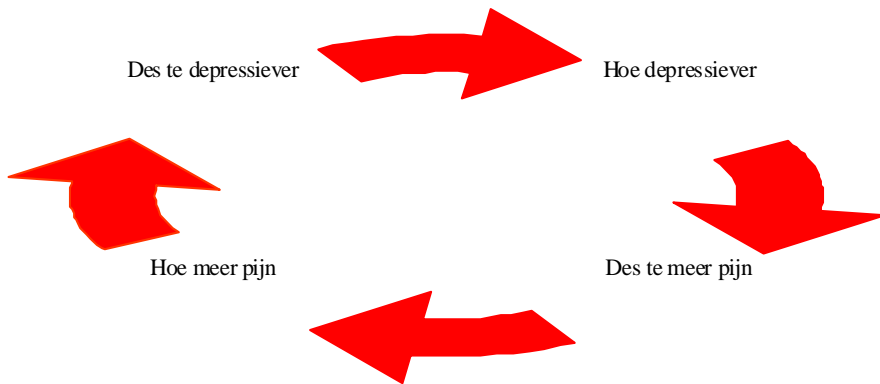
## Pijn en depressie

### Epidemiologie

Kelner e.a. deden in 1973 onderzoek bij patiënten met psychiatrische klachten naar pijn en depressie. Deze patiënten bleken veel frequenter lichamelijke klachten te hebben dan mensen zonder psychiatrische aandoeningen. De hieronder afgebeelde opsomming zet de cijfers naast elkaar, die een schokkend beeld geven van de verschillen.

Klacht / symptoom	Psychiatrie	Zonder psychiatrie
Vermoeidheid, minder energie	86 %	40 %
Hoofdpijn	64 %	48 %
Duizelig, flauwvallen	60 %	14 %
Slap gevoel in het lichaam	57 %	23 %
Spier en gewrichtspijn	53 %	27 %
Buikpijn / maagpijn	51 %	20 %
Pijn / druk op de borst	46 %	14 %

Patiënten met een depressie die bij de huisarts komen, vertellen vaak alleen hun lichamelijke klachten (70%), waardoor de diagnostiek bemoeilijkt wordt en de diagnose depressie vaak wordt gemist. Lichamelijke klachten die vaak voorkomen bij een depressie zijn vage buikpijn, rugpijn, hoofdpijn, verandering van de slaap, verminderde energie, libido en eetlust (Partners in research, 2004). Als het aantal lichamelijke klachten toeneemt, neemt ook de kans op een depressie toe (Kroenke e.a., 1994). Naarmate de ernst van de depressie toeneemt, neemt ook het aantal lichamelijke klachten toe (Bair e.a., 2003).



*Al met al zijn er voldoende aanwijzingen dat pijn depressieve klachten veroorzaakt en dat een depressie pijn veroorzaakt (Garcia-Cebrain, 2006).*

### Diagnostiek

Doordat veel patiënten met een depressie in eerste instantie alleen over hun lichamelijke klachten vertellen, denkt de huisarts minder snel aan een depressie (22%) in vergelijking met patiënten die over hun psychosociale klachten vertellen (77%) (Kirmayer e.a., 1993). Als een patiënt bij de huisarts of spv komt met de al eerder genoemde lichamelijke klachten is het van belang dat *depressieve symptomatologie wordt uitgevraagd*.

Andersom is het zo dat spv-en en huisartsen zich niet alleen moeten focussen op de psychische klachten maar *ook aandacht moeten hebben voor lichamelijke klachten*. Uit onderzoek blijkt dat somatische behandelaren meer aandacht hebben voor depressie dan behandelaren uit de GGZ voor pijn (Katona e.a. 2005). In de DSM-IV-TR is bij depressie het item pijn toegevoegd waarmee wordt aangegeven dat het een volwaardig criterium is dat moet worden uitgevraagd.

### Fysiologie

Stemming en pijn zijn met elkaar verbonden via de serotonerge en noradrenerge neurotransmittersystemen (Stahl e.a. 2002 en 2004). Neurotransmitters zijn stoffen die voorkomen in de uiteinden van de zenuw en die impulsen overbrengen van de ene naar de andere. Bij depressie en chronische pijn is het serotonerge en noradrenerge systeem verstoord waardoor normale lichamelijke sensaties niet meer worden onderdrukt maar als pijnlijk worden ervaren (Stahl, 2002). Er treedt als het ware een verlaging van de pijndrempel op. Dit zou een goede verklaring kunnen zijn waarom geen lichamelijke oorzaak voor de pijn gevonden kan worden bij patiënten met een depressie.

### Behandeling

Behandeling van lichte depressies begint uiteraard met *minimale interventies* zoals watchful waiting, de cursus 'In de put, uit de put', begeleiding en/of runningtherapie.

Helaas wijst onderzoek uit dat behandelresultaten slechter zijn als pijn en depressie samen voorkomen (Bair e.a., 2003). Het streven is uiteraard remissie (herstel). Remissie betekent in dit geval niet alleen het behalen van een aanvaardbaar niveau van de depressieve klachten maar ook van de pijn. Volledige remissie is van groot belang omdat restklachten een veel groter kans op een recidief geven (76%) in vergelijking met patiënten zonder restklachten. Een grote meerderheid van de patiënten met een recidive (94%) heeft lichamelijke klachten waaronder pijnklachten als restklacht (Paykel, 1995). Onvoldoende behandelresultaat betekent dat de lijdensweg voor de patiënten blijft bestaan wat gevolgen heeft voor iemand zijn sociaal functioneren bijvoorbeeld op het werk. Hierdoor nemen de medische consumptie en de kans op verslavingen toe (Hirschfeld 1997).

### **De rol van de SPV**

Het geven van *psycho-educatie* is bij de begeleiding van de SPV van groot belang om de patiënt inzicht te geven in de samenhang tussen depressie en pijn. Hierdoor zal meer begrip en motivatie ontstaan voor de behandeling. Herstel van het geloof in eigen kunnen is de beste voorspeller van een goed behandelresultaat (Rahman, 2004).

Het sensitisatiemodel van Van Wilgen en Keizer (2004) is goed bruikbaar om een aannemelijke verklaring voor de pijn te geven. In het sensitisatiemodel worden metaforen gebruikt om inzicht te geven in het ontstaan en voortbestaan van pijnklachten. In onderstaand voorbeeld wordt de metafoor van een te scherp afgesteld inbraakalarm gebruikt. In het kort ziet het er zo uit: *"U hebt van uw huisarts gehoord dat er geen lichamenlijk oorzaak voor uw pijnklachten gevonden kan worden. U benoemt echter al lange tijd dat u wel pijn in uw rug heeft. Uw lichaam lijkt te reageren op signalen als een te scherp afgesteld inbraakalarm. U zegt dat uw rug al pijn doet als u gaat fietsen. We weten dat er bij dit soort activiteiten geen schade optreedt in uw rug. Er is geen inbreker maar toch gaat het alarm. De alarmbellen, de pijn, gaan dus voor niks af. Omdat u de pijn natuurlijk wilt vermijden, bent u steeds minder gaan doen. Daardoor beweegt u nauwelijks meer en is er veel spierspanning in de rug. U werkt niet meer en kunt uw hobby niet meer uitoefenen. Het is dus nu van belang niet meer op zoek te gaan naar een inbreker, in dit geval de lichamenlijke oorzaak van de pijn, maar iets te doen aan de factoren die het alarmsysteem op scherp zetten, dat wil zeggen de pijnklachten onderhouden. Ik zou daar graag met u over door praten"*

Deze uitleg kan de patiënt op een ander spoor zetten en hem doen besluiten zijn zoektocht in het somatische circuit te laten rusten en hem motiveren voor een gecombineerde behandeling.

De SPV kan een rol spelen bij het *bepalen van de koers van de behandeling*. De SPV kan de therapeutische mogelijkheden met de patiënt doornemen en met de patiënt uitzoeken welke mogelijkheden het beste aansluiten bij diens wensen en mogelijkheden. Het aanbieden van *deze keuze is de eerste stap in het motiveren* voor behandeling. Patiënten voelen zich hierdoor meer betrokken en verantwoordelijk voor de behandeling.

Het starten van *adequate medicatie* moet ook in overweging worden genomen. Het is van groot belang dat de SPV goed vraagt welke medicatie de patiënt gebruikt. Overleg hierover met de arts is noodzakelijk. Soms moet overwogen worden om met *medicatie te stoppen*. Zo geven een flink aantal medicijnen tegen hoge bloeddruk depressieve klachten. Ook antihistaminica worden verantwoordelijk gesteld voor depressieve reacties. En zelfs benzodiazepinen en neuroleptica geven vaak depressieve remming (Van Schaick, 1993).

Natalie Wiendels promoveerde in 2008 op een onderzoek waaruit blijkt dat 60% van de patiënten met chronische frequente hoofdpijn te veel pijnstillers slikt. Als het gebruik van de pijnstillers wordt verlaagd, blijken ook de hoofdpijnklasten af te nemen! Ook kan overwogen worden te stoppen met medicatie als een depressie verward wordt met rouwpathologie welke veelal gepaard gaat met pijnklachten. Belangrijk is om dan te starten met gesprekstherapie gericht op rouwverwerking.

De SPV kan het nut en de werking van medicatie uitleggen. Bij het behandelen van pijn en depressie is het van belang dat het serotonerge en noradrenerge systeem weer hersteld wordt. Resultaten van onderzoeken hebben aangetoond dat serotonine-noradrenalineheropnameremmers (SNRI's) een positief effect hebben op zowel de pijn- als de depressieve klachten (Briley, 2004). Door het toevoegen van SNRI's neemt de activiteit van zowel de serotonine als de noradrenaline toe waardoor een betere regulatie van de pijn ontstaat. Te denken valt hierbij aan Venlafaxine (in hoge doseringen) en Duloxetine. TCA's hebben over het algemeen een vergelijkbare werking, zij gaan echter gepaard met meer bijwerkingen (Stahl, 2004).

De combinatie van een SNRI en gesprekstherapie blijkt van belang te zijn als er sprake is van depressie en pijn (Goldapple, 2004). Deze combinatie geeft een betere behandelrespons, minder terugval, een verbeterde levenskwaliteit en een verhoogde therapietrouw voor medicatiegebruik (Segal 2001). Het bieden van ondersteunende begeleiding door een SPV, face-to-face, telefonisch of via mail, kan een goede aanvulling zijn op een farmacologische behandeling (Simon, 2004; Pevelar, 1999). Daarnaast lijkt de cognitieve gedragstherapie het meest voor de hand te liggen omdat deze in vergelijking met inzichtgevende therapie betere resultaten geeft (Kroenke, 2000).

De snel in opkomst zijnde *Mindfulness* kan helpen om klachten als chronische pijn en depressie te verminderen (Baer, 2003). In een onderzoek van 136 patiënten werd een afname gezien van 34% van de depressieve klachten. Deze verbeteringen waren ook na een jaar nog aanwezig (Reibel, 2001). *Mindfulness* is echter geen trucje dat even toegepast kan worden maar een manier van leven waarin meditatie een permanente plaats heeft (Schipholt, 2007).

Om te komen tot een volwaardige en evenwichtige behandeling van depressie en pijn zal aandacht besteed moeten worden aan de lichamelijke klachten. Vaak is het invoeren van een *psychosomatisch fysiotherapeut* een belangrijk onderdeel van de behandeling. Ontspanningsoefeningen, lichte inspanning en lichaamsbeweging zijn effectief tegen depressiviteit en pijnklachten (Nice, 2005). Het verbeteren van de conditie en vergroten van het uithoudingsvermogen vergroten de bewegingsvrijheid en zorgen voor een toename van het zelfvertrouwen en zelfrespect van de patiënt.

In 2004 deden Wismeijer en Vingerhoets een literatuurstudie naar de effecten van *Virtuele Realiteit* (VR) en *Audisievele Afleiding* (Af Afleiding) als methoden van pijnbestrijding.

VR wil zeggen dat een patiënt op een bepaald moment door middel van een helm met een geïntegreerd visueel en auditief platform meerdere stimuli (gehoor, zicht, tast reuk) wordt aangeboden. Daarnaast kan de patiënt interactief reageren op een Virtuele Omgeving.

Af Afleiding wil zeggen dat een patiënt door middel van een 3D-bril met geïntegreerd LCD-scherm en een koptelefoon wordt afgesloten van de buitenwereld.

Beide methodes lijken veelbelovend te zijn die veilig, effectief en zonder noemenswaardige bijwerkingen kunnen worden toegepast om bij pijnlijke medische handelingen pijn en ongemak tegen te gaan. Hierbij wordt aangenomen dat de aandacht wordt opgeëist door de afleiding waardoor er minder aandacht 'overblijft' voor de pijngevaarwording. Deze methode vergt meer onderzoek en lijkt vooralsnog niet voor de hand te liggen bij de behandeling van chronische pijn.

### Conclusie

Pijn en depressie zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De combinatie pijn en depressie maakt diagnostiek lastig, behandeling moeilijk en bij niet volledige remissie is de prognose ongunstig. Het is daarom van groot belang dat somatische behandelaars aandacht hebben voor depressieve klachten en dat GGZ-hulpverleners aandacht hebben voor pijnlijke lichamelijke klachten.

---

### Literatuur

- Bair MJ, Robinsom RI, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity. A literature review. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2433-2445.
- Bear R. Mindfulness training as a Clinical Intervention: a Conceptual and empirical Review. *Clinical Psychology Science and Practice* 2003; 10: 125-43.
- Breivik H, Collet B et al. Survey of chronic pain in Europe, impact on daily life and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287-333.
- Briley M. Clinical experience with dual action antidepressants in different chronic pain syndromes. *Hum Psychopharmacol* 2004; 19 (suppl 1) : S21-S25
- Claes S, De Bie J, De Bruyckere K, De Fruyt J, Demyttenaere K, Reynaert C, Sabbe B, van Heeringen C. *Tijdschrift voor geneeskunde* 2006; 18: 1257-1272.
- Demyttenaere K e.a.. *J Affect Disorders* 2006; 92: 185-93.
- Gatchel RJ. Early development of physical and mental deconditioning in painful spinal disorders. In: Mayer TG, Mooney V, Gatchel RJ, editors. *Contemporary conservative care for painful spinal disorders*. Philadelphia: Lea & Febiger; 1991.
- Garcia-Cebain A, Gandhi P, Demyttenare K, Peveler R. The association of depression and painful physical symptoms - a review of the European literature. *Eur Psychiatry* 2006.
- Goldapple K, Segal Z, Garson C e.a. Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 34-41.
- Hirschfeld RM e.a. *Jama* 1997; 277: 333-340
- Katona C, Peveler R, Dowrick C, Wessely S, Feinmann C, Gask L, Lloyd H, C de Williams A, Wager E. Pain symptoms in depression: definitions and clinical significance. *Clin Med* 2005; 5:390-395.
- Kirmayer LJ, Robbins JM., Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 734-741.
- Kellner R., Sheffield BF. *Am J Psychiatry* 1973; 130: 102-105.
- Kuyper A, Tulner D, Schins A, Ormel J. Nonresponse to treatment for depression following myocardial infarction: association with subsequent cardiac events *Am J Psychiatry* 2007; 164(9): 1371-1378
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Linzer M, Hahn SR, de Gruy F, 3rd, Brody D. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994; 3: 774-779.
- Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndroms: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom* 2000; 70: 810-27
- Nice, Clinical Guideline No23 Depression: *Management of depression in primary and secondary care*. London: Nice; 2004.
- Paykel ES. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol. Med.* 25: 1171-1180, 1995
- Peveler R, George C, Kinmonth AL, Campbell M, Thompson C. Effects of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 1999; 319:612-615.
- Rahman A, Ambler G, Underwood MR, Shipley ME. Important determinants of self-efficacy in patients with chronic musculoskeletal pain. *J Theumatology* 2004; 31: 1187-1192.

- Reibel D, Greeson J, Brainard G, Rosenzweig S. Mindfulness-bases stress reduction and health related quality of life in heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*. 2001; 23 (4): 183 - 192.
- Schene A. Als pijn eigenlijk een depressie is. *Plus Magazine*. 2007; 11: 96 -103
- Schaick van H.W., Blansjaar B.A., Vox Hospiti. 1993. 8 - 11
- Stahl S, Briley M. Understanding pain in depression. *Hum Psychopharmacol* 2004; 19 (suppl. 1): S9 - S13)
- Schipholt IL. Behandelen met meditatie. *Medisch Contact*. 2007; 62: 1266 - 9.
- Segal ZV, Kennedy SH, Cohen NL; Canmat Depression work group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. V. Combining psychotherapy and pharmacotherapy. *Can J Psychiatry* 2001; 46 (suppl 1): 59S - 62S.
- Simon GE, Vonkoff M, Piccinelly M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341: 1329 -1335.
- Simon GE, Ludman EJ, Tutty S, Operskalski B, Von Korff M. Telephone psychotherapy and care management for depression. *Jama* 2004; 292: 935 - 942.
- Stahl S, The psychopharmacology of painful physical symptoms in depression. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 382 - 282.
- Stahl S. Does depression hurt? *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 273 -274
- Stahl S., Briley M, *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2004; 19: S9-S13
- Sternbach RA, Pain patients, traits and treatment. *Academic Press*, NY
- Wiendels N J, Chronic frequent headache in the general population. *Proefschrift*. 2008
- Wilgen van CP, Keizer D. Het sensitiseringsmodel: een methode om een patient uit te leggen wat chronische pijn is. *NTvG* 24: 51: 2535 - 2538.
- Wismeijer AAJ, Vingerhoets, AJJM, Virtuele Realiteit en Audiovisuele afleiding als methoden van pijnbestrijding bij medische procedures, *Gedrag en gezondheid* 2004; 32: 311- 125