

- 42 Kornstein SG, Dunner DL, Meyers AL, Whitmyer VG, Mallinckrodt CH, Wohlreich MM, et al. A randomized, double-blind study of increasing or maintaining duloxetine dose in patients without remission of major depressive disorder after initial duloxetine therapy. *J Clin Psychiatry* 2008;69:1383-92.
- 43 Meyer JH, Wilson AA, Sagrati S, Hussey D, Carella A, Potter WZ, et al. Serotonin Transporter Occupancy of Five Selective Serotonin Reuptake Inhibitors at Different Doses: An [<sup>11</sup>C]DASB Positron Emission Tomography Study. *Am J Psychiatry* 2004;161:826-35.
- 44 Meyer JH. Imaging the serotonin transporter during major depressive disorder and antidepressant treatment. *J Psychiatry Neurosci* 2007;32:86-102.
- 45 Kent JM, Coplan JD, Lombardo I, Hwang DR, Huang Y, Mawlawi O, et al. Occupancy of brain serotonin transporters during treatment with paroxetine in patients with social phobia: a positron emission tomography study with [<sup>11</sup>C]McN 5652. *Psychopharmacology (Berl)* 2002;164:341-8.
- 46 Meyer JH, Wilson AA, Ginovart N, Goulding V, Hussey D, Hood K, et al. Occupancy of serotonin transporters by paroxetine and citalopram during treatment of depression: a [<sup>11</sup>C]DASB PET imaging study. *Am J Psychiatry* 2001;158:1843-9.
- 47 Parsey RV, Kent JM, Oquendo MA, Richards MC, Prata M, Cooper TB, et al. Acute occupancy of brain serotonin transporter by sertraline as measured by [<sup>11</sup>C]DASB and positron emission tomography. *Biol Psychiatry* 2006;59:821-8.
- 48 Suhara T, Takano A, Sudo Y, Ichimiya T, Inoue M, Yasuno F, et al. High levels of serotonin transporter occupancy with low-dose clomipramine in comparative occupancy study with fluvoxamine using positron emission tomography. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:386-91.
- 49 Catafau AM, Perez V, Plaza P, Pascual JC, Bullich S, Suarez M, et al. Serotonin transporter occupancy induced by paroxetine in patients with major depression disorder: a [<sup>123</sup>I]-ADAM SPECT study. *Psychopharmacology (Berl)* 2006;189:145-53.
- 50 Herold N, Uebelhack K, Franke L, Amthauer H, Luedemann L, Bruhn H, et al. Imaging of serotonin transporters and its blockade by citalopram in patients with major depression using a novel SPECT ligand [<sup>123</sup>I]-ADAM. *J Neural Transm* 2006;113:659-70.
- 51 Ruhé HG, Ooteman W, Booij J, Michel MC, Moeton M, Baas F, et al. Serotonin transporter gene promoter polymorphisms modify the association between paroxetine serotonin transporter occupancy and clinical response in major depressive disorder. *Pharmacogenet Genomics* 2009;19:67-76.
- 52 Neumeyer JL, Tamagnan G, Wang S, Gao Y, Milius RA, Kula NS, et al. N-substituted analogs of 2 beta-carbomethoxy-3 beta-(4'-iodophenyl)tropane (beta-CIT) with selective affinity to dopamine or serotonin transporters in rat forebrain. *J Med Chem* 1996;39:543-8.
- 53 Laruelle M, Baldwin RM, Malison RT, Zea-Ponce Y, Zoghbi SS, al-Tikriti MS et al. SPECT imaging of dopamine and serotonin transporters with [<sup>123</sup>I]beta-CIT: pharmacological characterization of brain uptake in nonhuman primates. *Synapse* 1993;13:295-309.
- 54 Blier P, De Montigny C. Current advances and trends in the treatment of depression. *Trends Pharmacol Sci* 1994;15:220-6.
- 55 Martinowich K, Lu B. Interaction between BDNF and serotonin: role in mood disorders. *Neuropsychopharmacology* 2008;33:73-83.
- 56 Benmansour S, Cecchi M, Morilak DA, Gerhardt GA, Javors MA, Gould GG, et al. Effects of chronic antidepressant treatments on serotonin transporter function, density, and mRNA level. *J Neurosci* 1999;19:10494-501.
- 57 Djavadian RL. Serotonin and neurogenesis in the hippocampal dentate gyrus of adult mammals. *Acta Neurobiol Exp (Wars)* 2004;64:189-200.
- 58 Davidson C, Stamford JA. Effect of chronic paroxetine treatment on 5-HT<sub>1B</sub> and 5-HT<sub>1D</sub> autoreceptors in rat dorsal raphe nucleus. *Neurochem Int* 2000;36:91-6.
- 59 Van der Velde V (red). Richtlijn voor de multidisciplinaire diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003; in opdracht van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ.
- 60 Denys D. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2006;29:553-84, xi.
- 61 Ninan PT, Koran LM, Kiev A, Davidson JR, Rasmussen SA, Zajecka JM, et al. High-dose sertraline strategy for nonresponders to acute treatment for obsessive-compulsive disorder: a multicenter double-blind trial. *J Clin Psychiatry* 2006;67:15-22.

## Beschouwing

# Is catastroferen wel zo'n belangrijke risicofactor voor chronische pijn?

Jan Mens

### Inleiding

Onlangs verscheen in dit tijdschrift een commentaar van Evers en medewerkers over de rol van catastroferen bij chronische pijn.<sup>1</sup> De auteurs schreven het stuk naar aanleiding van een observatieonderzoek van Reilingh en medewerkers, die stelden dat (hoog) catastroferen verband houdt met het slechte beloop van chronische schouderpijn.<sup>2</sup> De strekking van Evers' commentaar was dat het bij de behandeling van chronische pijn nuttig is om na te gaan of de patiënt catastrofeert en als dat het geval blijkt, dat catastroferen gericht te behandelen met bijvoorbeeld *graded expo-*

*sure*. Ik vraag me af of deze stellingname gerechtvaardigd is.

In de revalidatie van patiënten met chronische pijn gebruikt men de term 'catastroferen' om aan te geven dat de patiënt een (te) sombere kijk op zijn prognose heeft.<sup>3</sup> In 2000 waren Vlaeyen en medewerkers de eersten in Nederland die suggereerden dat catastroferen en bewegingsangst het herstel van chronische pijn in de weg kunnen staan.<sup>4,5</sup> Het was indertijd een eye-opener. Picavet en medewerkers zagen twee jaar later in een bevolkingsonderzoek een verband tussen catastroferen en bewegingsangst enerzijds en de frequentie van rugpijn zes maanden later.<sup>6</sup> Het verband was

### De kern

- ▶ In bevolkingsonderzoek is gebleken dat de prognose van chronische pijn duidelijk verband houdt met de opvattingen van de patiënt, maar bij mensen die behandeld worden voor chronische pijn is dat verband er niet.
- ▶ Waarschijnlijk is het verschil in patiëntselectie de oorzaak van deze discrepantie tussen bevolkings- en interventieonderzoek.
- ▶ Het heeft geen zin om de behandeling van chronische pijn nog eens apart af te stemmen op de opvattingen van de patiënt over de prognose.

niet gering, de oddsratio's liepen op tot 3,7. Catastroferen had een grotere voorspellende waarde dan bewegingsangst, en het verband met de prognose was sterker bij mensen die aan het begin van het onderzoek al rugpijn hadden dan bij degenen die op dat moment pijnvrij waren.

### Recente literatuur

Ik heb me voor deze discussie beperkt tot RCT's uit 2008 die gaan over de revalidatie van rugpijn. Deze onderzoeken laten zien dat catastroferen en/of bewegingsangst niet duidelijk samenhangen met de prognose.<sup>7-9</sup> Weliswaar namen de (bewegings)angst en/of het catastroferen sterker af met een speciaal daarop gerichte behandeling dan met andere behandelingen, *usual care* of géén behandeling,<sup>7,10</sup> maar in termen van pijn en beperkingen hadden alle gestructureerde behandelingen min of meer hetzelfde resultaat.<sup>7-13</sup> Drie onderzoeken vergeleken het resultaat van een gestructureerde aanpak met *usual care*.<sup>9,12,13</sup> In de praktijk bete-

### Samenvatting

Mens J. Is catastroferen wel zo'n belangrijke risicofactor voor chronische pijn? *Huisarts Wet* 2009;52(6):296-8.

Bij het behandelen van chronische pijn is het niet nodig om een catastroferende en/of angstige houding van de patiënt nog eens extra aan te pakken. De prognose is niet afhankelijk van de behandeling, noch van de mate van catastroferen. Dat men in observatieonderzoek wél een verband vindt tussen catastroferen en prognose en in interventieonderzoek niet, laat zich verklaren doordat catastroferende patiënten gemiddeld vaker zijn uitbehandeld of zich onttrekken aan medische hulp. Die twee categorieën patiënten, die gemiddeld een slechtere prognose hebben, ontbreken in interventieonderzoeken. Bovendien besteden vrijwel alle behandelingen inmiddels impliciet of expliciet aandacht aan een eventuele catastroferende en/of angstige houding, zodat de invloed van die houding als aparte variabele in interventieonderzoek moeilijk meetbaar is geworden.

Erasmus MC, Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam; dr. J.M.A. Mens, arts-onderzoeker.

Correspondentie: info@janmens.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

kende dat laatste voor de meeste patiënten dat ze nog eens de behandeling konden krijgen die ze daarvoor al tevergeefs hadden geprobeerd. Opvallend is dat zelfs dan het verschil met de interventiegroep minimaal was.

Twee onderzoeken gingen na of er een verband was tussen de afname van angst en/of catastroferen enerzijds en de afname van pijn en beperkingen aan de andere kant.<sup>8,11</sup> De onderzoekers vonden een positieve samenhang en suggereren daarom een causaal verband. Zij slagen er echter niet in dit verband duidelijk aan te tonen.

### Discussie

De gegevens uit de recente literatuur lijken moeilijk te rijmen met Picavets onderzoek uit 2002, dat ik noemde in de inleiding.<sup>6</sup> Er zijn twee mogelijke verklaringen.

Ten eerste was Picavets onderzoek een beschrijvend onderzoek en geen interventieonderzoek. Het is belangrijk te beseffen dat de onderzoekspopulatie bij observatieonderzoek anders is samengesteld dan bij interventieonderzoek. Bij interventieonderzoek ontbreken twee belangrijke categorieën patiënten. Ten eerste zijn dat degenen die de meest gangbare therapieën al tevergeefs hebben geprobeerd en (waarschijnlijk terecht) van mening zijn dat er aan de pijn niet veel te doen is. Deze categorie scoort waarschijnlijk hoog op catastroferen en heeft waarschijnlijk ook een slechte prognose. Hetzelfde geldt voor de tweede categorie, degenen die zich onttrekken aan behandeling omdat ze (waarschijnlijk ten onrechte) denken dat er niets voor hen gedaan kan worden.

Een tweede verklaring is dat het verschil tussen de interventies mogelijk te klein was. Waarschijnlijk maakt het tegengaan van catastroferen en/of bewegingsangst anno 2009 onderdeel uit van elke deskundig uitgevoerde therapie, of dat nu *graded exposure* is, *graded activity* of enkelvoudige fysiotherapie. Een goed uitgevoerde fysieke training houdt de boodschap in dat de patiënt niet bang hoeft te zijn voor zijn pijn. De arts of fysiotherapeut merkt snel genoeg dat de patiënt een verkeerd idee heeft over zijn aandoening en brengt hem met een korte uitleg weldra weer op het goede pad. Het is aannemelijk dat sinds Vlaeyens publicaties alle therapievormen het aanpakken van bewegingsangst en catastroferen hebben geïntegreerd in hun aanpak, zodat het nut van een behandeling gericht op bewegingsangst en/of catastroferen niet meer te bewijzen is door die als extraatje toe te voegen aan een goed uitgevoerde fysieke training. Net zo min als het mogelijk is om anno 2009 nog na te gaan of het toevoegen van vitamine C aan de maaltijd helpt tegen scheurbuik.

Kortom, bij het behandelen van chronische pijn is het niet nodig om een catastroferende en/of angstige houding van de patiënt nog eens extra aan te pakken. Noch het type behandeling, noch de mate van catastroferen hebben noemenswaardige invloed op de prognose.

### Literatuur

- 1 Evers A, Van Rijswijk E. Van prognostische risicofactoren naar interventies-op-maat bij chronische pijn. *Huisarts Wet* 2008;51:527.

- 2 Reilingh M, Kuijpers T, Tanja-Harfterkamp AM, Van der Windt DA. Het beloop en de prognose van schouderklachten: Verschillen tussen acute en chronische klachten. *Huisarts Wet* 2008;51:542-8.
- 3 Köke AJA, Swaan JL, Heuts PHTG, Schiphorst Preuper HR, Smeets RJEM, Vlaeyen JWS. Resultaten van het consensusproject Pijnrevalidatie Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Pijn en Pijnbestrijding* 2004;23:13-7.
- 4 Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain* 2000;85:317-32.
- 5 Vlaeyen JW, De Jong J, Geilen M, Heuts PH, Van Breukelen G. The treatment of fear of movement/(re)injury in chronic low back pain: Further evidence on the effectiveness of exposure in vivo. *Clin J Pain* 2002;18:251-61.
- 6 Picavet HSI, Vlaeyen JWS, Schouten JSAG. Pain catastrophizing and kinesiophobia: Predictors of chronic low back pain. *Am J Epidemiol* 2002;156:1028-34.
- 7 Leeuw M, Goossens ME, Van Breukelen GJ, De Jong JR, Heuts PH, Smeets RJ, et al. Exposure in vivo versus operant graded activity in chronic low back pain patients: Results of a randomized controlled trial. *Pain* 2008;138:192-207.
- 8 George SZ, Zeppieri G, Cere AL, Cere MR, Borut MS, Hodges MJ, et al. A randomized trial of behavioral physical therapy interventions for acute and sub-acute low back pain (NCT00373867). *Pain* 2008;140:145-57.
- 9 Van der Hulst M, Vollenbroek-Hutten MMR, Groothuis-Oudshoorn KGM, Hermens HJ. Multidisciplinary rehabilitation treatment of patients with chronic low back pain: A prognostic model for its outcome. *Clin J Pain* 2008;24:421-30.
- 10 Woods MP, Asmussen GJ. Evaluating the efficacy of graded in vivo exposure for the treatment of fear in patients with chronic back pain: A randomized controlled clinical trial. *Pain* 2008;136:271-80.
- 11 Smeets RJEM, Vlaeyen JWS, Hidding A, Kester ADM, Van der Heijden

## Abstract

Mens J. Is catastrophizing indeed an important risk factor for chronic pain? *Huisarts Wet* 2009;52(6):296-8.

When treating patients with chronic pain, doctors need not pay extra attention to a catastrophizing or fearful attitude because prognosis is not dependent on the severity or treatment of catastrophizing. That catastrophizing and prognosis are associated in observational studies but not in intervention studies is because patients who catastrophize often have disease that no longer responds to curative treatment or withdraw from medical care, and these patients, who on average have a poorer prognosis, tend not to be included in intervention studies. Moreover, because most treatments implicitly or explicitly deal with this attitude, it is difficult to evaluate its effect as independent variable in intervention studies.

GIMG, Knottnerus JA. Chronic low back pain: Physical training, graded activity with problem solving training, or both? The one-year post-treatment results of a randomized controlled trial. *Pain* 2008;134:263-76.

12 Staal JB, Hlobil H, Köke AJ, Twisk JW, Smid T, Van Mechelen W. Grade activity for workers with low back pain: Who benefits most and how does it work? *Arthritis Rheum* 2008;59:642-9.

13 Bastiaenen CH, De Bie RA, Vlaeyen JW, Goossens ME, Leffers P, Wolters PM, et al. Long-term effectiveness and costs of a brief self-management intervention in women with pregnancy-related low back pain after delivery. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008;8:19.

## Intermezzo

# Doktersbriefje

Dokters mogen geen verklaringen schrijven: niet voor huisvesting, niet voor beenruimte in het vliegtuig. Dat mag allemaal niet van de artsenorganisatie. Als iedere dokter dit zou doen, dan was het gauw afgelopen met die doktersbriefjes. Maar ja, ik vind het wel eens zielig. En dan doe ik stiekem toch een briefje.

Wel mogen we opschrijven wat er feitelijk mankeert aan dat been of die knie. We schrijven dus dat iemand een zwak hart heeft, meer niet. Feiten wel, interpretaties niet. Of ik maak er theater van, voor de lol. Want nee verkopen, daarvoor moet je in de stemming zijn. 'Meneer vertelt van zijn beenkramp in uw vliegtuigstoel. Hij trapt dan wild om zich heen en krijgt van de kuitpijn. Ooit heeft hij zo een noodlanding veroorzaakt. Medisch gezien is een businessclassstoel het minste, voor de gewone prijs natuurlijk.' Nog vreemder was het jongetje dat een medische verklaring vroeg om van voetbalclub te wisselen, wegens stress door pesten bij zijn oude club. Zogezegd lager spelen levert nog meer stress op (die snapte ik niet). Deed hij het stiekem toch, dan moesten de clubs onderling veel geld betalen (?). In een zwak moment koos ik de theatrale aanpak. Stress is namelijk vreselijk ongezond en ontzettend medisch. Toevallig tegelijk legde mijn collega aan een ander

jongetje uit – zelfde sport, zelfde clubs, zelfde stress – dat dokters geen briefjes mogen schrijven. Beide ouderstellen troffen elkaar bij de balie. U snapt de stampij. En ik kreeg op mijn kop van mijn collega, terecht. Misschien moet ik voortaan weer mijn oude brief doen: 'Heeft bubonische longpest en open tbc. Ik raad u aan te doen wat de man vraagt, want anders krijgt hij van opwinding een hoestbui'.



Foto: Susan Law Cain/Shutterstock

Nico van Duijn