

DE WAAROM WE ALLES
HEBBEN EN TOCH
ZIEK WORDEN

GESTRESTE

SAMEN

LEVING

STEPHAN CLAES

Lannoo
Campus

Inhoud

DEEL 1

Lichaam en geest aan de grens 6

- Verwondering 7
- Psychosomatische klachten? 9
- Een diagnostisch moeras 16
- Hokjesdenken 20
- Geen alleenstaand geval 25
- Uitputtingssyndromen 28
- Stof tot nadenken 30

DEEL 2

Het lichaam spreekt 34

- De cruciale rol van het lichaam 35
- Hoe gaat ons lichaam om met druk? 39
- Elke persoon heeft zijn eigen draagkracht 52
- Het lichaam als machine 59

DEEL 3

Waar komt al die druk vandaan? 84

- We willen veel 86
- We willen het goed doen 93
- We willen ons leven zelf vormgeven 108
- We hebben toekomst nodig 121

DEEL 4

Wat kunnen we eraan doen? 126

- Symptoombestrijding 127
- Klassieke preventiemaatregelen 129
- Luisteren naar het lichaam 132
- Het lichaam monitoren 137
- Stoppen met werken 143
- Antidepressiva als ‘stress-schild’ 145
- Psychotherapie 153
- Vergeeten vaardigheden 157
- Mededogen 159
- Zelfkennis 164
- Vergeving 170
- Dankbaarheid 174

DEEL 5

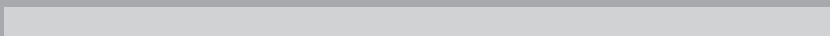
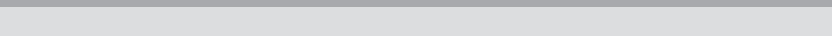
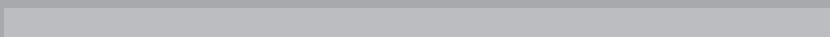
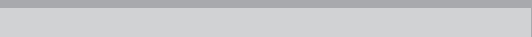
Een uitdaging 178

Dankwoord 186

Eindnoten 188

DEEL 1

Lichaam en geest aan de grens



Verwondering

Een beetje dof kijkend zit Hanne tegenover mij in de spreekkamer van de spoedgevallendienst. Een jonge vrouw, in de dertig, met een mooi gezin en een beloftevolle loopbaan. 'Het ging niet meer, dokter, ik ben volledig geblokkeerd geraakt.' Ze beschrijft hoe ze die morgen, op weg naar haar werk, haar wagen aan de kant moest zetten. Het leek of ze plots helemaal verdoofd was, verstijfd, weg van de wereld ook. Ze belde haar man, die haar naar het ziekenhuis bracht. Enkele uren en een aantal onderzoeken later bracht de urgentiearts haar een geruststellende, maar tegelijkertijd onbegrijpelijke boodschap: 'U hoeft niet ongerust te zijn, mevrouw, alle onderzoeken zijn volledig normaal. Uw probleem is wellicht eerder psychisch van aard. Vindt u het goed dat wij de collega-psychiater vragen om langs te komen?' En daar zit ik dan als psychiater met haar te praten. 'Hoe is dit mogelijk, dokter?'

Dat is meteen de centrale vraag van dit boek: hoe is dit mogelijk? Hoe kan het dat zoveel mensen die op het eerste gezicht alles hebben om het goed te stellen, vast komen te zitten met klachten van vermoeidheid, pijn, angst, en met een lichaam dat niet meer mee wil. Meestal niet zo plots en spectaculair als de casus hierboven, maar even onverbiddelijk.

Mensen met slaapmoeilijkheden, chronische vermoeidheid, chronische pijn, burn-out, hardnekkige maag-darmklachten, melden zich in groten getale aan bij huisartsen en specialisten, die ten

gronde hetzelfde onbevredigende antwoord moeten geven: medisch vinden we eigenlijk geen verklaring voor uw probleem. In het slechtste geval worden de klachten door de betrokken hulpverleners afgedaan als onbelangrijk, in het beste geval krijgen ze een vaag diagnostisch label toebedeeld, maar zonder duidelijke prognose of perspectief op effectieve behandeling, tot frustratie van alle partijen.

Nochtans brengen deze klachten veel lijden mee voor de getroffen, die vaak lange tijd nauwelijks of niet kunnen functioneren op hun werk, in hun gezin en in de bredere sociale omgeving. Ze worden verwezen naar coaches en psychotherapeuten, al dan niet deskundig, en moeten er vooral op rekenen dat de tijd helend zal werken.

Bedrijven zien medewerkers die jarenlang uitstekend gefunctioneerd hebben, plotsklaps verdwijnen van de werkvloer, vaak voor vele maanden, soms definitief. Leerkrachten die al tientallen jaren voor de klas staan, moeten afhaken. Burn-out en aanverwante aandoeningen vormen de voornaamste oorzaak van arbeidsongeschiktheid in ons land. Ook maatschappelijk gezien betekent dit fenomeen een enorme verliespost. Hoe is dat allemaal mogelijk? Deze vraag willen we vanuit twee verschillende invalshoeken bekijken.

Je kunt die vraag op een medische manier bekijken en dat zullen we dan ook doen. Hoe komt het dat een lichaam zegt dat het genoeg geweest is, dat het onmogelijk verder kan op die manier? Wat gebeurt er in het lichaam van de vrouw uit de casus en van zoveel andere mensen, dat hen dwingt om hun leven 'on hold' te zetten? Op welke manier spreekt het lichaam wanneer het allemaal te veel wordt, en welke mechanismen schuilen daarachter? Wat maakt dat sommige mensen daar gevoeliger voor zijn dan andere? Gebeurt dat dan inderdaad zo plots, of geeft het lichaam signalen die we vroeger zouden kunnen oppikken, voor het licht echt uitgaat? Waarom is het zo moeilijk geworden voor ons om die tekens tijdig op te vangen?

Je kunt dezelfde vraag ook breder maatschappelijk onderzoeken, want het geschetste probleem overstijgt ruim de grenzen van de geneeskunde en de psychologie. Je hoeft geen groot denker te zijn

om te beseffen dat de uitputting die veel mensen treft, niet het gevolg is van een plots toegenomen kwetsbaarheid voor lichamelijk en psychisch lijden. We zijn niet met z'n allen flauwer of zwakker geworden dan vorige generaties. Zou het kunnen dat er maatschappelijke fenomenen aan het werk zijn die maken dat velen die qua aanleg en omstandigheden eigenlijk alles hebben om het prima te stellen, toch in moeilijkheden geraken. Hoe komt dat dan?

Wellicht bent u vooral geïnteresseerd in wat we eraan kunnen doen. Ik moet u waarschuwen, dit is geen zelfhulpboek, het gaat niet over concrete adviezen voor mensen die het moeilijk hebben. Ik wil eerder elementen aanreiken die in algemene zin helpend kunnen zijn. Hoe leren we opnieuw naar ons lichaam luisteren, het ernstig nemen? Wat doen we nu om mensen te helpen die in een vicieuze cirkel van uitputting beland zijn? Hoe doeltreffend is dat allemaal? Maar is er ook hernieuwde aandacht nodig voor oude wijsheden en vergeten vaardigheden die misschien kunnen helpen om het probleem van het overbevraagde lichaam meer fundamenteel aan te pakken? Vanzelfsprekend gaat het niet over pasklare antwoorden, eerder om een uitnodiging om hierover na te denken.

Dit boek is dus geschreven uit verwondering over een fenomeen dat heel sterk aanwezig is in onze samenleving, en waarmee artsen en psychotherapeuten onvoldoende weg weten. Ik hoop dat dit boek ertoe kan leiden dat u deze verwondering met mij deelt, en vooral dat u mee nadenkt over wat er aan de hand zou kunnen zijn en wat ons te doen staat.

Psychosomatische klachten?

De klachten waarover het gaat, hebben verschillende namen gekregen: burn-out, chronische vermoeidheid, fibromyalgie, chronische pijn, aanpassingsstoornissen met depressieve of angstige kenmerken, prikkelbaredarmsyndroom, functionele dyspepsie. Dat zijn de meest

voorkomende. Al deze ziektebeelden hebben een aantal zaken gemeenschappelijk. Mijn pleidooi is om ze niet als afzonderlijke medische diagnoses te beschouwen, maar als signalen dat het lichaam én de geest de druk niet meer aankunnen. Lichaam en geest geven dan aan, op hun eigen manier, in hun eigen taal, maar sterk verweven met elkaar, dat een grens bereikt is. Ik besef dat het samenvoegen van de genoemde diagnoses tot 'signalen dat lichaam en geest niet meer bestand zijn tegen de druk' een gewaagde stap is, waarbij een aantal collega's de wenkbrauwen zullen fronsen. Ik probeer mijn standpunt te verduidelijken aan de hand van een casus.

Mevrouw Willems, een dame van 44 jaar, meldt zich aan bij haar huisarts met klachten die al een tijdje bestaan en veeleer geleidelijk begonnen zijn. Ze heeft vooral last van een ernstige vermoeidheid die haar vaak aan de zetel gekluisterd houdt. Als ze een lichamelijke inspanning levert, moet ze daar lang van recupereren. Daarnaast zijn er nog een resem andere klachten. Hoofdpijn en spierpijnen zijn dagelijkse kost. Regelmatig voelt ze zich ook wat misselijk, en haar stoelgangpatroon is verstoord. Dat alles maakt haar behoorlijk boos en gespannen. Ze is ongenietbaar thuis, haar man en kinderen lijden er mee onder. Ze vindt dat haar geheugen sterk is achteruitgegaan en ze is bang dat ze dement aan het worden is, zoals haar grootmoeder. Dat is allemaal begonnen nadat ze een nieuwe baas kreeg op haar werk, die ze in weinig lovende termen beschrijft. Ze voelt zich daar nu een nummer, ondergewaardeerd, nutteloos.

De huisarts heeft het verhaal van mevrouw Willems beluisterd, heeft haar klinisch onderzocht en heeft een bloedafname verricht, op zoek naar een diagnose, naar een bekend medisch ziektebeeld dat de oorzaak is van de vermoeidheid en de andere klachten. Als uit het bloedonderzoek bijvoorbeeld zou blijken dat haar schildklier niet voldoende werkt, dan kan dat verklaren waarom ze zo moe is. Dan zal de huisarts, eventueel in samenwerking met een specialist, de juiste behandeling

opstarten, wellicht het voorschrijven van schildklierhormoon. Zo werkt de geneeskunde optimaal: van klacht naar diagnose naar behandeling. Een ijzersterk model.

Maar de huisarts vindt bij mevrouw Willems geen medische verklaring voor haar klachten, zoals heel vaak bij dit soort gevallen. Heel veel mensen komen hulp zoeken met een resem klachten die eigenlijk niet passen in de bekende diagnostische vakjes. Ze vertellen over uitputting, over pijn, over emotionele ups en downs, over misselijkheid, maagpijn en darmkrampen, over gespannenheid, over slecht slapen, over angst. Het gaat over toestanden waarbij zowel het lichaam als de geest toont dat het niet meer gaat, dat er een grens is bereikt.

Natuurlijk moet bij al dit soort klachten een goed medisch onderzoek gebeuren, op zoek naar een bekend en behandelbaar ziektebeeld. Maar in heel veel gevallen 'vindt men niets', dat wil zeggen dat de geneeskunde, ook met haar meest geavanceerde technische hulpmiddelen, de oorzaak van de klachten niet kan vinden. De pijnlijke spieren blijken bij elektromyografisch onderzoek normaal te functioneren, niets mis mee. De verkrampte darm die pijn doet en een onregelmatige stoelgang produceert, lijkt het bij nazicht met de endoscoop goed te stellen. Het falende geheugen kan niet worden verklaard door de neuroloog, omdat het brein volgens de meest geavanceerde beeldvorming geen enkele afwijking vertoont.

Soms zal eerst het lichaam spreken, soms eerst het psychische, vaak allebei samen. Zeker als de klachten erg uitgesproken zijn, zijn beide terreinen nauwelijks te scheiden. Bij de hoofdklacht van mevrouw Willems, vermoeidheid, is dat niet moeilijk te begrijpen. Bij matige vermoeidheid kan men vaak goed het onderscheid maken tussen het fysieke en het mentale. Men kan zich indenken dat men, bijvoorbeeld na een stevige bergwandeling, lichamelijk moe is, maar psychisch nog fit genoeg om een moeilijk boek te lezen. Omgekeerd kan het ook zijn dat men na een lange vergaderdag zich mentaal uitgeput voelt, maar fysiek nog in staat om een fikse wandeling te maken, en dat dit zelfs deugd zal doen.

Maar als de uitputting extreem wordt, is het nagenoeg onmogelijk om beide nog uit elkaar te halen. Kunt u zich inbeelden dat u mentaal totaal uitgeput, opgebrand zou zijn door langdurige stress op het werk, maar dat uw lichaam nog fris aanvoelt en energie te over heeft om aan die sportprestatie te beginnen? Of dat u een veel te zware fysieke inspanning geleverd hebt, geradbraakt over de drempel van uw huis strompelt, om u vervolgens in *Sein und Zeit* van Heidegger te verdiepen, mocht u daar al zin in hebben? Dat zal u niet lukken, want extreme vermoeidheid is nooit alleen psychisch of alleen lichamelijk: beide gaan samen.

Als lichamelijke symptomen zoals pijn, vermoeidheid en maag-darmklachten vooropstaan, en men vindt geen afwijkingen bij technische onderzoeken, dan spreekt de medische wereld gemakkelijk van psychosomatische klachten, van functionele somatische klachten, of ook van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, afgekort SOLK. Ook die term wordt nu weer ter discussie gesteld: huisartsen spreken nu eerder over aanhoudende lichamelijke klachten, ALK.

Dat er verschillende namen voor bestaan die een tijd in zwang zijn om dan weer verdrongen te worden door een nieuwe term, duidt op het feit dat geen van die namen echt verhelderend is. Eigenlijk betekent het gewoon dat er lichamelijke klachten zijn die met de huidige medische technologie niet of maar gedeeltelijk verklaarbaar zijn. In de term 'psychosomatisch' zit bovendien de aanname dat psychische factoren de eigenlijke oorzaak zijn van de klachten, en dat de lichamelijke problemen daaruit volgen. Dat is een misverstand dat kan leiden tot onverkwikkelijke discussies tussen patiënt en arts, zoals hieronder beschreven bij mevrouw Willems.

De huisarts was van mening dat mevrouw Willems leed aan een burn-out en verklaarde haar arbeidsongeschikt. Mevrouw Willems wou verdergaan in haar zoektocht naar een lichamelijke oorzaak, en ging daarvoor te rade bij dokter X, specialist in algemene inwendige ziekten. Deze internist onderzocht haar eerst grondig klinisch, en nam daarna een aantal buisjes bloed af voor onderzoek. Nu komt mevrouw

Willems op consultatie bij de specialist om de resultaten te bespreken.
Dat leidt tot de volgende conversatie:

DOKTER X: 'Mevrouw, ik kan u zeggen dat alle bloeuduitslagen geruststellend zijn. U hebt alleen een iets te hoog cholesterolgehalte, dus ik wil u adviseren om een vetarm dieet te volgen.'

MEVROUW WILLEMS: 'Maar die hoge cholesterol kan toch niet de reden zijn dat ik mij zo moe voel en zoveel pijn heb? Of wel?'

DOKTER X: 'Nee, dat denk ik inderdaad niet. We vinden in uw bloed en bij het klinisch onderzoek eigenlijk geen oorzaak voor dit probleem.'

MEVROUW WILLEMS: 'Maar er moet toch iets zijn, dat kan toch niet zomaar gebeuren, dat ik niet vooruit raak. Ik ben al maanden ziek!'

DOKTER X: 'Toch lijkt alles lichamelijk in orde te zijn. Zou het kunnen dat u nogal gestresseerd bent de laatste tijd?'

MEVROUW WILLEMS: 'Dat zal wel zijn. Dat is toch normaal, dat je je niet goed voelt als je zoveel lichamelijke problemen hebt. Dat is echt niet te verdragen.'

DOKTER X: 'Zou het kunnen dat u veel last hebt van stress, en dat u daardoor zo moe geworden bent?'

MEVROUW WILLEMS: 'Nee, dat kan het niet zijn, ik heb wel problemen op mijn werk gehad, maar ik ben nu al twee maanden thuis. Ik ben ook niet gewoon moe, ik ben doodop. Er moet toch iets zijn? Kunt u geen scan laten nemen van mijn lichaam?'

DOKTER X: 'Ik denk echt niet dat dat zin heeft, mevrouw. De kans dat daar iets uitkomt, is bijzonder klein. Ik zou u eerder voorstellen om een afspraak te maken met de psycholoog die in ons ziekenhuis werkt.'

MEVROUW WILLEMS: 'Een psycholoog? Het is toch niet door te praten dat ik minder moe ga zijn? Ik ben niet gek.'

DOKTER X: 'Natuurlijk bent u niet gek. Maar ik denk dat uw klachten passen bij wat we noemen het chronische-

vermoeidheidssyndroom. Onze psycholoog heeft daar een bepaalde aanpak voor die kan helpen.'

MEVROUW WILLEMS: 'Zou ik geen vitamines kunnen nemen? Of magnesium? Een nicht van mij zegt dat dat haar erg geholpen heeft.'

DOKTER X: 'Dat mag u doen, mevrouw, maar ik vrees dat dat de zaak niet gaat oplossen. (Kijkt op zijn uurwerk.) Anders moet u er even over nadenken. Als u toch met de psycholoog wilt praten, kunt u daar terecht.'

Vaak proberen patiënten hun artsen te overtuigen dat ze een lichamelijk probleem hebben, en dat de psychische last – voor zover die niet geminimaliseerd wordt – daarvan een gevolg is. De patiënt wil niet bekeken worden als iemand die psychisch kwetsbaar is, zeker niet omdat in zijn ervaring het lichamelijke primeert. Hij zit bovendien in een ambivalente positie. Uiteraard is er de hoop dat de klachten niet veroorzaakt worden door een levensbedreigende ziekte, pakweg kanker. Anderzijds wil men dat er toch iéts gevonden wordt, een medische oorzaak die de patiënt kan helpen om voor zichzelf en voor de naaste omgeving te verklaren waarom het niet meer gaat, en die tot een effectieve behandeling kan leiden.

Even vaak probeert de arts – die met al zijn technische onderzoeken geen lichamelijk probleem heeft kunnen vaststellen – de patiënt te overtuigen van het tegendeel: 'Er is niets mis met uw lichaam, de oorzaak van de klachten is psychisch.'

Er gaat veel tijd en energie, meestal vruchteloos, naar pogingen om elkaar te overtuigen van de eigen visie. Het gebeurt maar al te vaak dat patiënt en arts in een dovemansgesprek belanden dat beiden frustrereert. De patiënt vindt dat de arts niet luistert, geen begrip heeft voor zijn verhaal, en te snel de zoektocht opgeeft naar wat er misloopt met het lichaam. De arts voelt irritatie omdat de patiënt blijkbaar niet wil horen wat nochtans overduidelijk is: er is niets mis met het lichaam, verdere technische onderzoeken zijn tijdverlies, de patiënt moet onder ogen zien dat de oorzaak mentaal is. In het slechtste geval – maar dat

wordt gelukkig zeldzaam – denkt de arts dat de patiënt geen echte lichamelijke klachten heeft, dat hij of zij het zich inbeeldt.

Wie heeft er nu gelijk? Ik zou zeggen dat ze allebei op het verkeerde spoor zitten, de patiënt en de arts, of tenminste dat ze hun tijd verdoen met een nutteloze discussie. Ze willen een hiërarchie, een oorzakelijk verband zien tussen lichaam en geest, waarbij het ene het andere veroorzaakt. Maar dat is niet mogelijk en ook niet helpend. Het is niet juist om lichaam en geest te zien als twee afzonderlijke domeinen waarbij een afwijking op het ene niveau een probleem op het andere veroorzaakt. De uitspraak van de arts hierboven dat ‘lichamelijk alles in orde lijkt te zijn’, is misleidend. Lichamelijk is niet alles in orde, verre van: de vrouw voelt zich doodop, heeft pijn en maag-darmproblemen. Ook de stelling dat dit door stress is veroorzaakt, is dubbelzinnig. Wat bedoelt men daar dan mee? Vaak wordt dit begrepen als: u hebt stress, u kunt dat mentaal niet meer aan, en dit vertaalt zich dan in het feit dat uw volgens alle onderzoeken kerngezonde lichaam het laat afweten.

Ik wil ervoor pleiten dit anders te denken: de levensomstandigheden werken rechtstreeks in op het lichaam én op de geest, die beide op hun eigen manier zullen reageren, met hun eigen taal als het ware, maar diep vervlochten met elkaar. Het heeft geen enkele zin, en het is ook fundamenteel onjuist, om tussen beide domeinen een hiërarchisch of causaal verband te willen vastleggen. Beide zijn evenwaardige en onafscheidelijke medespelers. Fundamenteel is dit soort wederzijds onbegrip tussen patiënt en arts het gevolg van de betreurenswaardige scheiding tussen het lichamelijke en het psychische register die in onze westerse cultuur is gesloten. Daarover zullen we het verder in dit boek nog hebben.

Een diagnostisch moeras

Mensen melden zich dus aan bij de zorg met een mengeling van lichamelijke en psychische klachten. Maar de volgorde waarin lichaam en geest zich zullen manifesteren, en welke klachten op de voorgrond staan, dat zal uiteraard verschillen van persoon tot persoon. Die volgorde is op zich eigenlijk niet zo belangrijk, maar zal toch vaak bepalend zijn voor de hoofdklacht die de patiënt formuleert, voor de artsen die betrokken worden bij het verhaal en voor de diagnose die wordt gesteld.

Een diagnose zal er onvermijdelijk gesteld moeten worden. Dat is een kernpunt van het medische handelen, al is het maar omdat het een zeker houvast biedt. De patiënt heeft iets dat benoembaar is, en dat kan hem of haar helpen om voor zichzelf en naar de buitenwereld toe te verantwoorden waarom het niet meer gaat. In sommige gevallen – maar niet altijd – helpt het ook om voor bijvoorbeeld de ziekteverzekering te rechtvaardigen waarom werken onmogelijk is. Welke diagnose zal men dan geven aan mevrouw Willems en haar lotgenoten?

Als de vermoeidheidsklachten vooropstaan en al lang aanslepen, zal men wellicht zeggen dat de persoon lijdt aan het ‘chronischevermoeidheidssyndroom’, zoals de internist deed in de conversatie hierboven. Dat is een puur beschrijvende term: je bent moe, je hebt er veel last van en het duurt al lang. Zo’n diagnose zegt heel weinig over de oorzaken, over wat er misloopt in het lichaam, over de juiste behandeling en de prognose, terwijl dat nu net de belangrijkste dingen zijn waarover een diagnose helderheid zou moeten scheppen.

Als de pijnklachten meer op de voorgrond staan en de arts bij het klinisch onderzoek een aantal pijnlijke plekken identificeert, dan krijgt de patiënt misschien te horen dat hij of zij fibromyalgie heeft. Dat klinkt meer medisch, maar het zegt even weinig. Nog impressionanter klinkt de term ‘myalgische encefalomyelitis’. Dat klinkt alsof je een levensgevaarlijke hersenziekte hebt, maar ook hier gaat het om een

diagnostische term die nietszeggend is, tenzij misschien de ‘-itis’ aan het einde, die suggereert dat ontstekingsprocessen een belangrijke rol spelen bij de zaak, wat wellicht ten dele juist is. Als er frequente pijnklachten zijn ter hoogte van de buik, darmkrampen en een wisselvallig patroon in de stoelgang, dan is de kans reëel dat het label ‘prikkelbare-darmsyndroom’ in het medisch dossier verschijnt. Is er sprake van veel misselijkheid en maagpijn, dan zou het wel eens kunnen dat de dame in kwestie naar huis gaat met het label ‘functionele dyspepsie’.

Maar wat is er nu werkelijk aan de hand? De patiënte lijdt aan wat men in het Engelse taalgebied *medically unexplained symptoms* (MUS) noemt: symptomen die niet passen in een bekend ziektebeeld.

In de klassieke medische visie is een ziekte iets waarvan we een bepaalde oorzaak kunnen detecteren, bijvoorbeeld een bloedvat dat dichtgeslibd is, of cellen die zich oncontroleerbaar beginnen te vermenigvuldigen. Vanuit die oorzaak kunnen we dan begrijpen wat er misloopt in het betreffende orgaan, en daaruit volgen op logische en coherente wijze de symptomen waar de patiënt last van heeft.

Niets van dat alles is waar in deze en soortgelijke casussen. Er is geen duidelijk aanwijsbare oorzaak, er lijkt niets mis te zijn met de organen en de symptomen hangen onderling niet samen. Medisch geen touw aan vast te knopen eigenlijk. Toch zeggen we niet gewoon – en dat is in mijn ogen een slechte zaak – dat we deze symptomen niet begrijpen. Nee, we geven er een naam aan op basis van de hoofdklacht van de patiënt.

In andere gevallen is het psychische het eerste dat naar voren komt. De persoon kan moeilijk tot rust komen, voelt zich voortdurend opgejaagd, slaapt slecht. Hij of zij voelt zich over het algemeen wat droeviger gestemd of ervaart meer schommelingen in het emotionele leven zonder dat er sprake is van een ernstige depressie.

De huisarts of de ter advies geroepen psycholoog of psychiater zal dan misschien spreken van een ‘aanpassingsstoornis’. Met dat woord geeft men aan dat er een aantal klachten zijn die eigenlijk niet

voldoende zijn om een diagnose te stellen van een bekend psychiatrisch ziektebeeld, en die wellicht het rechtstreekse gevolg zijn van levensomstandigheden. Hoewel de term ‘aanpassingsstoornis’ een diagnose is die voorkomt in officiële psychiatrische nomenclatuur, is die even weinigzeggend als de hogervermelde meer medische diagnoses.

Eigenlijk zou je kunnen zeggen dat de patiënt, naar analogie met de *medically unexplained symptoms* van daarnet, lijdt aan psychische symptomen die niet te verklaren zijn vanuit een bekend en algemeen aanvaard psychiatrisch ziektebeeld zoals depressie, een angststoornis of schizofrenie. Je zou kunnen stellen dat de patiënt lijdt aan *psychiatrically unexplained symptoms*, hoewel we deze term niet gebruiken in de praktijk.

Sommige artsen gaan ervan uit dat achter alle medisch onverklaarde klachten een psychiatrisch ziektebeeld schuilgaat dat zich dan lichamelijk uit. Dat is niet juist, in die zin dat er meestal geen psychiatrisch ziektebeeld te bespeuren is. Ook psychiatrisch is er eigenlijk geen heldere verklaring voor wat er met de patiënt aan de hand is.

Als de patiënt daarentegen aan de arts vertelt dat de klachten volgens hem te maken hebben met de werksituatie, dat die te belastend is, dat hij te lijden heeft onder een zeer moeilijke baas, en dat hij zich de laatste maanden minder en minder in staat voelde om daar te functioneren, dan was de diagnose wellicht ‘burn-out’ geweest. Dat was ook de diagnose die de huisarts bij aanvang had gesteld bij mevrouw Willems. Ook de arbeidsgeneesheer zal deze stelling wellicht bijtreden. Een diagnose die we allemaal kennen en die helder is, toch? Of toch niet?

In mei 2019 maakte de Wereldgezondheidsorganisatie WHO wereldkundig dat de volgende, elfde versie van de officiële classificatie van alle ziektebeelden, de *International Classification of Diseases*, de ICD-11, burn-out zou opnemen als ziektebeeld, een bericht dat onmiddellijk grote weerklank vond in de internationale media. Maar al in de eerste uren na dat bericht krabbelde de WHO terug. Burn-out zou in de ICD-11 geen officiële diagnose worden, maar een ‘factor die de gezondheidstoestand of het contact met de gezondheidszorg beïnvloedt’¹ (mijn vertaling).

Met andere woorden, de WHO erkent wel dat er zoiets als burn-out bestaat, dat mensen daar last van hebben en daar hulp voor zoeken – het zou al vreemd zijn als ze dat niet zou erkennen – maar een erkend ziektebeeld vormt burn-out niet. De reden daarvoor is niet moeilijk te raden en komt overeen met wat we hierboven stelden over andere verwante diagnoses: de term burn-out zegt te weinig over de oorzaken, over de onderliggende fysiologie, over de aangewezen behandeling en over de prognose om als diagnose te kunnen gelden, en is bovendien moeilijk af te grenzen van andere diagnoses.

Misschien hebt u de wenkbrauwen gefronst toen u hierboven las dat de term burn-out te weinig zou zeggen over de oorzaken van het probleem. Hoezo, hoor ik u denken, burn-out is toch een aandoening die veroorzaakt wordt door problemen op de werkplek? Dat zou je inderdaad kunnen denken, maar dat is toch te kort door de bocht.

De definitie van burn-out, zoals origineel geformuleerd door Freudenberg in de jaren zeventig van de vorige eeuw, was breder. Hij definieerde burn-out als ‘een toestand van vermoeidheid of frustratie teweeggebracht door toewijding aan een bepaalde zaak, aan een manier van leven of aan een relatie die niet de verwachte voldoening heeft geschonken’² (mijn vertaling). Dat is dus veel breder dan het werk alleen. En dat is ook wat we zien in de klinische realiteit van iedere dag, namelijk dat bij mensen die van de huisarts of van zichzelf de diagnose burn-out krijgen, het werk een belangrijke rol speelt maar meestal niet de enige factor is, en zelfs niet altijd de voornaamste. We zien trouwens ook studenten met dergelijke klachten, mensen zonder werk, huisvrouwen of -mannen en gepensioneerden.

Het officiële boek met alle criteria voor psychiatrische stoornissen, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders versie 5*, de DSM-5, kent het begrip burn-out niet. Als burn-out al gediagnosticeerd wordt, wordt het benoemd als een aanpassingsstoornis, zoals hierboven beschreven, waarvan de oorzaken multipel kunnen zijn.

Ik heb een aantal personeelsdirecteurs meegemaakt in mijn loopbaan, en een van hen geloofde niet in het concept burn-out. Tenminste,

de persoon in kwestie geloofde niet dat de werkorganisatie de oorzaak was van het probleem: mensen vielen uit omdat ze thuis problemen hadden of er niet de juiste levensstijl op na hielden. Deze directeur koos, misschien om zelf geen burn-out te ontwikkelen, voor een naïef en evident onjuist standpunt dat de werkgever volledig vrijpleit.

Natuurlijk kan de werkorganisatie een heel belangrijke impact hebben op de druk die mensen ervaren, en dus op het ontstaan van uitputtingsklachten. Maar het is evenzeer onzinnig te beweren dat mensen ziek worden enkel en alleen door werkdruk. De druk die ze ervaren, is altijd een optelsom van wat er gebeurt op verschillende domeinen: het werk, de relatie, het gezin, de sociale context en hun eigen weerbaarheid. Op dat laatste komen we verder terug.

Hokjesdenken

De diagnose die je krijgt, zal niet alleen afhangen van de hoofdklacht, maar ook van de arts waarbij je als patiënt te rade gaat. De huisarts noemde het probleem van mevrouw Willems burn-out: begrijpelijk, want het lijkt duidelijk dat de klachten met het werk te maken hebben. De specialist algemene inwendige ziekten sprak van chronischevermoeidheidssyndroom. Mevrouw Willems heeft dus al twee diagnoses op zak. Gaat ze in hetzelfde ziekenhuis een gang verder bij de collega van reumatologie of bij een specialist fysische geneeskunde, dan is de kans reëel dat die aangeven dat ze lijdt aan fibromyalgie. Van de gastro-enteroloog zou ze kunnen vernemen dat ze het prikkelbaredarmsyndroom heeft. De om advies geroepen psychiater, waar mevrouw Willems met grote tegenzin naartoe gaat, spreekt dan weer van een algemene stressgebonden problematiek, en vult op het formulier voor de ziekteverzekering ‘aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken’ in. Al deze collega’s stellen naar best vermogen vanuit hun expertise een diagnose, en op zich doen ze hun werk goed. Maar misschien wordt u nu getroffen door een diep medelijden

met mevrouw Willems. De arme vrouw is getroffen door maar liefst vijf ziektes tegelijk. Hoeveel pech kan een mens hebben!

Neen, natuurlijk gaat het niet over vijf verschillende ziektebeelden. Het gaat over één en hetzelfde probleem, waarin het lichaam én de geest van mevrouw Willems spreken, elk op zijn manier en in sterke interactie met elkaar. Nogmaals, de lichamelijke klachten zijn niet het gevolg van het psychische lijden, en de psychische klachten zijn geen reactie op het feit dat het lichaam het niet goed stelt. Beide domeinen hebben hun eigen manier om te zeggen dat het niet meer gaat, dat er een grens bereikt is in de draagkracht van de persoon in kwestie.

Het feit dat verschillende specialisten tot verschillende diagnoses komen, heeft er ook mee te maken dat ze, vanuit hun eigen vakgebied denkend, niet geneigd zijn om vragen te stellen over symptomen die daar niet toe behoren. De psychiater zal vaak nalaten een grondige navraag te doen naar vermoeidheid, pijnklachten of de werking van het maag-darmstelsel, en zal eerder de focus leggen op psychische componenten zoals angst, prikkelbaarheid en emotionele instabiliteit, waarmee hij aan de slag kan. De internist zal dan weer niet zo snel op deze laatste aspecten ingaan, maar wil wel alles weten over spijsvertering en stoelgang. De arts-specialist in de fysische geneeskunde vindt het meest interessante aan de casus om te vernemen welke pijnklachten mevrouw heeft en hoe die haar hinderen bij het bewegen.

Huisartsen zijn nog wel in staat om het geheel te zien, maar de opleiding van specialisten is in die zin problematisch dat men door de toenemende specialisatiegraad het geheel uit het oog dreigt te verliezen. Daarin verbetering brengen zou voor de hele geneeskunde, en specifiek voor het domein van de stressgebonden lichaam-geestklachten, een vooruitgang zijn. Als al mijn collega's, ikzelf inclusief, meer opgeleid zouden zijn om een grondige bevraging te doen van het geheel aan lichamelijke en psychische symptomen, dan zouden ze merken dat bij het overgrote deel van dergelijke patiënten diverse klachten van lichaam en geest aanwezig zijn. Dat blijkt overigens ook uit het beschikbare onderzoek.

Zo is burn-out niet enkel een mentale zaak. De drie grote mentale symptomen van burn-out, zoals beschreven door de Amerikaanse psychologe Christina Maslach, zijn uitputting, cynisme (waarmee bedoeld wordt dat men mentaal afstand neemt van het werk en van de collega's) en een lager zelfbeeld, dus weinig vertrouwen in de eigen competenties. Deze definitie van burn-out is dominant geworden, ook in onderzoek. Maar in de praktijk gaan de klachten bij burn-out veel verder.

In zijn originele beschrijving van burn-out gaf Freudenberg al aan dat dit syndroom ook gepaard kan gaan met fysieke symptomen zoals hoofdpijn, maag-darmlast, slaapproblemen en kortademigheid.³

Onderzoekers van de KU Leuven⁴ spreken van verschillende kerngebieden: fysieke en psychologische uitputting (zoals hoger gezegd zijn beide nauwelijks van elkaar te scheiden), geheugen- en concentratieproblemen, hevige emotionele reacties en mentaal (en eventueel fysiek) afstand nemen van het werk. Daarnaast zijn er volgens deze collega's nog bijkomende symptomen, met name mentale spanningsklachten zoals slaapproblemen of paniekaanvallen, en tot slot ook nog wat zij noemen 'psychosomatische spanningsklachten'.

Bij dat laatste denkt men bijvoorbeeld aan 'lichamelijke pijn met een psychische oorzaak'. Dit is, zoals ik hoger al opmerkte, een aanvechtbare omschrijving. Het gaat helemaal niet over pijn met een psychische oorzaak. De lichamelijke klachten ontstaan rechtstreeks door de negatieve effecten van de chronische overmatige stress op het lichaam, waardoor biologische systemen zoals het stressresponsstelsel en het immuunstelsel ontregeld raken. Het is niet nodig, niet correct en naar mijn overtuiging ook contraproductief voor het verloop van de behandeling om te stellen dat de druk psychische problemen veroorzaakt heeft, die dan op hun beurt geleid zouden hebben tot lichamelijke klachten.

Het onderzoek naar lichamelijke symptomen bij burn-out is nog redelijk beperkt. Een recente studie bij 687 mensen met burn-out en 2544 gezonde vrijwilligers bevestigt dat die symptomen wel degelijk heel frequent zijn.⁵ Rugpijn, spierpijnen, slaapproblemen, maagpijn,