

2 Symptoomperceptie

F.W. Kraaimaat

Inleiding

Lichamelijke sensaties, symptomen en klachten zijn in de geneeskunde vanzelfsprekende basisgegevens voor diagnostiek en behandeling. Een even eenvoudige als populaire zienswijze is dat lichamelijke sensaties louter het resultaat zijn van lichamelijke prikkels en de daarmee gepaard gaande fysiologische processen. Subjectieve ervaringen zoals pijn, jeuk, of benauwdheid zouden in deze visie geheel vanuit de aangeleverde sensorische informatie kunnen worden verklaard. Wetenschappelijk onderzoek en de dagelijkse geneeskundige praktijk laten echter zien, dat we er met deze louter sensorische benadering nog niet zijn. Zo blijken bij het opmerken van lichamelijke sensaties en symptomen naast sensorische informatie ook diverse psychologische processen een rol te spelen. Deze psychologische processen staan in dit hoofdstuk centraal. Aan de hand van een modelmatige weergave van het waarnemingsproces van symptomen, het zogenaamde symptoomperceptiemodel, wordt de invloed van psychologische factoren als aandacht, selectie en interpretatie bij de waarneming van lichamelijke sensaties toegelicht.

Het gerucht

In het plaatsje Zeevliet ontstond afgelopen winter grote beroering vanwege het gerucht, dat een naast een woonwijk gelegen fabriek zich al jaren niet aan de milieuvorschriften voor uitstoot van schadelijke gassen houdt. Veel medewerkers van de fabriek en directe omwonenden zouden last hebben van klachten als benauwdheid, hoesten, jeuk en moe-

heid. In de drie huisartsenpraktijken was in korte tijd de toestroom van vrouwen en ouderen met deze klachten verdubbeld. De plaatselijke media besteedden er veel aandacht aan door de getroffen en aan het woord te laten.

Leeftijd, veranderingen en aandoening

Op 65-jarige leeftijd en na ruim twintig jaar te hebben gewerkt als ingenieur in de Verenigde Staten, keert meneer De Groot met zijn vrouw terug naar Nederland. Hoewel de aanpassing aan het leven in Nederland hem veel moeite kost, klaagt hij daar niet over. Zijn devies is 'aanpakken en niet zeuren'. Niettemin mist hij zijn contacten en reageert hij de laatste maanden nogal emotioneel, is hij snel moe en komt hij moeilijk op gang. Hij wijt deze symptomen aan de grote veranderingen in zijn leven en aan het feit dat hij een dagje ouder wordt. Een half jaar later heeft hij moeite met lopen, lichte geheugenproblemen en moeite om zich verstaanbaar te maken. Op aandrang van een vroegere collega die hem lange tijd niet heeft gezien, gaat hij ten slotte naar de huisarts. Deze verwijst hem naar de neuroloog op verdenking van de ziekte van Parkinson.

2.1 Waarnemen

Onder waarnemen of perceptie verstaan we het via de zintuigen kennisnemen van de omgeving. Gewoonlijk staan we bij functies als zien, horen

of voelen nauwelijks stil. De meeste informatie wordt door ons automatisch verwerkt en niet als zodanig opgemerkt. Gelukkig maar, want automatische verwerking maakt het mogelijk om snel te reageren en dat kan in sommige situaties van levensbelang zijn. Denk aan bepaalde verkeerssituaties waar we eerst handelen en pas later beseffen wat er precies is gebeurd. Zonder automatische verwerking zou het vangen van een bal of het voeren van een gesprek tijdens autorijden niet mogelijk zijn.

Waarneming is niet alleen in belangrijke mate een automatisch, maar ook een interpretatief proces. Het is zeker niet een simpel ontvangen van signalen, maar een complex proces van selecteren en interpreteren van informatie. Opvoeding en ervaring bepalen wat men selecteert en welke betekenis men aan iets toekent. Zo speelt eerdere ervaring een rol bij de vraag of iemand een bepaalde geur, muziek of voorstelling plezierig of juist onaangenaam vindt. Een arts die geleerd heeft een echografie te interpreteren, ziet dingen die iemand met 'ongetrainde ogen' niet ziet. In feite is waarnemen een nogal complex en circulair proces, waarbij zowel individuele factoren, zoals aandacht en voorafgaande ervaring, als de omgeving van invloed zijn. Vereenvoudigd kunnen we de volgende stappen onderscheiden. Eerst moeten we naar een voorwerp kijken (aandacht), voordat we het zien (interpretatie). We moeten luisteren voordat we wat horen. Ter illustratie: pas als u erop let, hoort u de achtergrondgeluiden in de ruimte waarin u zit. Als iets onze aandacht heeft, gaan we het zien of horen en er een bepaalde betekenis aan toekennen. Onze kennis en ervaring geven richting aan wat we waarnemen. Denk hierbij aan een arts die bij een patiënt hartruis opmerkt of een dirigent die de paukenist net even te laat hoort inzetten. Evenzo zal een bepaalde manier van lopen anders worden beoordeeld door een fysiotherapeut, een neuroloog, een orthopedisch chirurg of een balletdanser. Kort samengevat is perceptie zowel een *actief* als een *selectief* proces (zie ook Eysenck, 2000).

Hoe zit het nu met het waarnemen van lichamelijke verschijnselen, klachten en symptomen? Bij de perceptie van lichamelijke sensaties, hier symptoomperceptie genoemd, zijn dezelfde pro-

cessen in het spel als bij de perceptie van onze omgeving. De ervaren sensatie is niet louter een registratie van perifere fysiologische processen, maar komt tot stand op grond van selectie en toekenning van betekenis. Zo ontstaan klachten pas wanneer lichamelijke sensaties als afwijkend worden waargenomen. Aandacht voor die sensaties en bepaalde stimuluskenmerken zoals sterkte, variatie en contrast zijn van invloed op het al of niet opmerken van een lichamelijke sensatie. Of men vervolgens aan zo'n lichamelijke sensatie ook de betekenis van klacht of symptoom toekent, is afhankelijk van iemands opvattingen en ideeën over deze sensatie. Ten slotte bepaalt de betekenis die de patiënt en zijn of haar omgeving aan de klachten toekennen of, en zo ja, aan wie een hulpvraag gesteld wordt. Is de sensatie bijvoorbeeld onaangenaam (pijn), belemmert deze het dagelijks functioneren (moeite met lopen) of maakt men zich er zorgen over (iets ernstigs)?

Na deze schets over klachten en symptomen vanuit het perspectief van de patiënt, vragen we nu aandacht voor het perspectief van de arts.

Voor de arts zijn lichamelijke klachten in eerste instantie een aanwijzing voor mogelijke pathologie en het begin van een zoektocht naar een laesie of functiestoornis. Vanuit een louter biologisch-medische invalshoek wordt een directe relatie gelegd tussen pathologische afwijkingen en symptomen of klachten. Een symptoom is volgens deze zienswijze een teken voor een bepaalde aandoening of ziekte en het uiten van een klacht heeft betrekking op een door een patiënt waargenomen symptoom. Echter de relatie tussen het al of niet aanwezig zijn van pathologie, het optreden van symptomen en het rapporteren van klachten blijkt in de praktijk aanzienlijk complexer te zijn. Zo wordt er soms voor de klachten een organische verklaring gevonden, maar soms ook niet. In de huisartsenpraktijk heeft bijvoorbeeld ongeveer 20% van de consulten betrekking op uiteenlopende medisch onverklaarde klachten (zie ook hoofdstuk 5, Lichamelijk onverklaarde klachten). Sommige patiënten rapporteren meer uiteenlopende en ernstiger klachten dan men op grond van de aanwezige pathologie zou verwachten, terwijl bij andere patiënten sprake is van het omgekeerde. Verder kan

zelfs bij een zeer ernstige lichamelijke afwijking sprake zijn van afwezigheid van lichamelijke klachten, zoals bij 'silent ischemia' en ovariumcarcinoom. Ten slotte zijn belangrijke medische gegevens, zoals bloeddruk en bloedsuikerspiegel, voor zowel arts als patiënt zonder hulpmiddelen niet goed in te schatten.

Dit hoofdstuk beschrijft de processen die een rol spelen bij het waarnemen van klachten en symptomen door de patiënt. Naast de noodzakelijke medische kennis en ervaring is inzicht in deze psychologische processen onmisbaar bij het inschatten van de rapportage van de patiënt. Over en onderrapportage van klachten en symptomen zijn, zoals we zullen zien, veelvoorkomende en goed te begrijpen verschijnselen.

2.2 Een symptoomperceptiemodel

In de inleiding is in grove lijnen geschetst wat er bij waarnemen zoal komt kijken. Gijsbers van Wijk en Kolk (1997) noemen een viertal algemene bevindingen die vooral licht werpen op het waarnemen van lichamelijke sensaties en symptomen. Deze bevindingen worden hieronder eerst weergegeven en daarna verder toegelicht.

- 1 Omdat onze capaciteit voor het verwerken van informatie nu eenmaal beperkt is, vindt er altijd selectie van informatie plaats. Zonder selectie zouden we door de veelheid aan informatie overspoeld worden.
- 2 Aandacht is altijd ergens op gericht en is daarmee zelf ook een vorm van selectie: aandacht moet namelijk worden verdeeld. Dit betekent dat iemand zijn aandacht kan besteden aan interne lichamelijke sensaties of aan externe informatie uit de omgeving. Welk aanbod van informatie, intern of extern, de voorrang krijgt, is afhankelijk van de sterkte en de aard van de aangeboden prikkels. Vanwege de rol van dit stimulusaanbod spreken we hier van een 'bottom-up' proces.

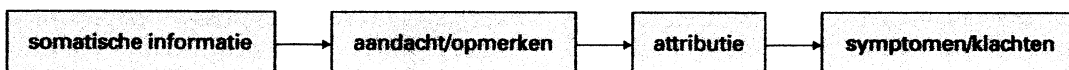
- 3 De vraag of iemand een intern of extern informatieaanbod selecteert is ook afhankelijk van cognitieve processen. Er vindt een automatische of een min of meer bewuste selectie van informatie plaats op grond van iemands ideeën en opvattingen. Ook spelen individuele kenmerken als biologische eigenschappen en persoonlijkheid een rol. Tenzij we ons daar van tevoren van bewust zijn, vindt deze selectie min of meer automatisch plaats. Gezien de centrale rol van cognitieve processen wordt dit een 'top-down' proces genoemd.

- 4 Het aanbod van informatie en de verwerking daarvan vinden grotendeels gelijktijdig plaats. De relatieve bijdrage van aanbod en verwerking is afhankelijk van enerzijds de intensiteit en aard van de informatie (bottom-up) en anderzijds de dominantie van cognitieve processen (top-down). Dit klinkt wat merkwaardig, maar ons brein is in staat om informatie parallel te verwerken. Daardoor kunnen binnenkomende signalen de aandacht richten en cognitieve processen in gang zetten, terwijl min of meer tegelijkertijd cognitieve processen bepalen welke signalen binnenkomen.

Wat is nu de bijdrage van genoemde bevindingen aan wat zich afspeelt tussen het aanbod van informatie en klacht? Op welke wijze vindt er een integratie plaats tussen enerzijds sensorische informatie en anderzijds aandacht, selectie en interpretatie? Dit zal worden toegelicht aan de hand van de vier onderdelen uit onderstaand symptoomperceptiemodel.

Somatische informatie

In principe gaat somatische informatie vooraf aan de meeste klachten en symptomen. Somatische informatie heeft betrekking op elke fysiologische verandering die receptoren in het lichaam activeert. Gewoonlijk is dit de informatie van interne receptoren over normale fysiologische



Figuur 2.1 Een symptoomperceptiemodel (naar: Gijsbers van Wijk & Kolk 1997.)

veranderingen. Denk hierbij aan vermoeidheid in de spieren na inspanning, daling van het bloedglucosenuiveau bij voedseldeprivatie en toename van de hartslagfrequentie bij lichamelijke inspanning. Een andere bron van lichamelijke verschijnselen zijn de fysiologische equivalenten van emoties als angst, boosheid en vreugde. Een laatste bron zijn de pathofysiologische veranderingen bij acute of chronische aandoeningen. Echter niet elke fysiologische verandering wordt ook opgemerkt.

Aandacht en opmerken

Zowel bij interne als externe prikkels worden grote veranderingen en een hoge intensiteit veelal goed opgemerkt. Vanwege de beperkte capaciteit om informatie te verwerken, gaat dit echter wel ten koste van het overige informatieaanbod. Zo hebben we bij hevige pijn nauwelijks aandacht voor de omgeving. Maar ook het omgekeerde komt voor. Bij gebeurtenissen die alle aandacht opeisen, merken we pijn nauwelijks op. Zo merken soldaten vaak pas na afloop van een gevechtssituatie dat ze gewond zijn geraakt. Dit verschijnsel, de competitie tussen interne en externe stimuli ('cue competition') werd door Pennebaker in diverse studies onderzocht. Kuchen, niezen, krabben en geeuwen lenen zich goed voor dit onderzoek omdat deze gedragingen min of meer reflexmatig optreden bij een onbewuste perceptie van interne gebeurtenissen. Pennebaker toonde onder andere aan dat kuchen tijdens een film niet willekeurig maar vooral op weinig interessante momenten plaatsvindt. Een 'onderzoekje' om zelf uit te voeren, is om bij een stoplicht het krabben en peuteren van automobilisten te registreren en rekening te houden met factoren als de duur van het wachten, alleen of met anderen in de auto zitten en al of niet in gesprek zijn.

Met de *cue-competition*-hypothese kan de relatie tussen bepaalde demografische kenmerken en het rapporteren van klachten voor een deel worden verklaard. Bekend is dat personen die ongehuwd zijn, alleen wonen en/of geen werk hebben relatief veel klachten rapporteren. Dit is ook het

geval bij personen die vervelend of weinig aandacht vragend werk hebben. In deze voorbeelden speelt mogelijk een gebrek aan externe informatie mee en de tijd die men heeft om aandacht te besteden aan allerlei lichamelijke sensaties en klachten. Een overvloed aan externe informatie vinden we bij iemand die twaalf uur per dag werkt, daar volkomen in opgaat en ook in de vrije tijd met werk bezig is. Door nauwelijks aandacht te hebben voor lichamelijke sensaties, loopt hij of zij zelfs een zeker gezondheidsrisico. In het bijzonder als sensaties die uitputting of een aandoening signaleren niet of pas in een zeer laat stadium worden opgemerkt. Er zijn aanwijzingen dat dit voorkomt bij sommige hartpatiënten, wier gedragsstijl gekenmerkt wordt door een sterke gerichtheid op activiteiten en de omgeving.

Betekenisverlening en attributie

Naast informatieaanbod en aandacht is de betekenis die men aan bepaalde lichamelijke sensaties toekent van belang. Deze betekenisverlening verloopt in eerste instantie automatisch. De daarop volgende of begeleidende emotionele reactie (schrik, onrust, angst, paniek) is veelal pas aanleiding tot reflectie en het zoeken naar verklaringen. Of aan een lichamelijke sensatie ook de betekenis van klacht of symptoom wordt toegekend, hangt af van het referentiekader of de 'ziektetheorie' van de patiënt (zie ook hoofdstuk 3, Cognities). Verklaringen over mogelijke oorzaken en veronderstellingen over factoren die klachten doen toenemen, worden 'attributies' genoemd. Vrijwel iedereen heeft meer of minder duidelijke ideeën over de oorzaak van klachten. Zo kunnen klachten, al of niet terecht, worden toegeschreven aan een *somatische oorzaak* zoals een ziekte, erfelijke aanleg, menstruatie of overgang, fysieke (over)belasting, te veel gegeten of gedronken hebben, aan een bepaalde *psychische oorzaak* zoals bang zijn of zich zorgen maken, en aan *omgevingsfactoren* zoals temperatuur, lawaai, straling of luchtvervuiling. Overigens hoeft een waargenomen samenhang zeker niet op causaliteit te wijzen. Een veelvoorkomende rede-nierfout is dat men uit een bepaalde opeenvol-

ging van gebeurtenissen ten onrechte een zekere causaliteit afleidt ('erna, dus erdoor!').

De invloed van een *overheersende en onjuiste* attributie op het beloop van klachten kan groot zijn. Zo zal een persoon die een bepaalde klachten onrechte toeschrijft aan een ernstige aandoening meer aandacht gaan besteden aan zijn lichaam. Hierdoor wordt de waarnemingsdrempel voor bepaalde lichamelijke sensaties lager. Vervolgens worden onaangename en zorgelijke sensaties meer waargenomen dan voorheen en neemt veelal als reactie ook de lichamelijke activatie of 'arousal' toe. Dit versterkt de met de betreffende attributie verbonden negatieve betekenis van dreiging of gevaar, waardoor weer meer aandacht uitgaat naar de sensaties en de betrokkene sterker op de klachten gefixeerd raakt. In dit geval is de persoon in kwestie selectief op zoek naar sensaties (bijv. een licht versnelde hartslag bij of na inspanning) die verband houden met de aangehangen veronderstelling (hartziekte) en aldus ten prooi aan allerlei vertekening (er is iets ernstigs aan de hand). Bevestigende informatie krijgt hier meer gewicht dan ontkennende informatie en de kans is groot dat vooral ambigue informatie (een geringe versnelling of onregelmatigheid) volgens de aangehangen hypothese wordt ingekleurd. De hier geschetste vicieuze cirkel kan men aantreffen bij patiënten met persisterende lichamenlijk onverklaarde klachten. Zo zal een patiënt die lijdt aan hypochondrie veel lichamelijke sensaties opmerken die zijn of haar hypothese bevestigen (zie ook hoofdstuk 5, Lichamenlijk onverklaarde klachten).

Attributies beïnvloeden de betekenis die de patiënt aan bepaalde sensaties toekent en de acties die daarop worden ondernomen. Dit is onafhankelijk van het al of niet juist zijn van de verklaring, zoals de volgende voorbeelden laten zien. Een patiënt die lichamelijke sensaties (symptomen) behorend bij een myocardinfarct ten onrechte toeschrijft aan verkeerd en te veel gegeten hebben, zal (te) lang wachten voordat hij adequate hulp inroept. Bij een depressieve patiënt kunnen gewichtsverlies en vermoeidheid als zodanig passend bij de depressie worden gezien, dat zelfs een arts deze verschijnselen kan missen als symptomen van een ernstige lichamenlijke

aandoening. Een heel ander voorbeeld is de patiënt die door zijn arts wordt gerustgesteld en een placebo krijgt voorgeschreven. Met de verklaring 'tijdelijk ongemak, niets ernstigs, hiermee verdwijnen de klachten' wordt de patiënt gerustgesteld en wordt zijn verwachting gericht op tekenen van herstel. Hij krijgt hierdoor mogelijk ook weer meer aandacht voor andere zaken en voelt zich daadwerkelijk opknappen. Als interventie wint een placebo zelfs aan kracht als deze meerdere malen wordt toegepast bij onschuldige klachten, die dan na enige tijd spontaan verdwijnen. Wellicht ten overvloede moet worden gezegd dat dit geen pleidooi is voor het routinematig voorschrijven van placebo's.

Symptomen en klachten

Het symptoomperceptiemodel laat zien hoe over- en onderrapportage van klachten tot stand kunnen komen. De bij symptoomperceptie betrokken factoren oefenen hun invloed uit op lichamenlijke sensaties, symptomen en klachten, ongeacht of voor die verschijnselen een medische verklaring bestaat. Vanzelfsprekend hanteren mensen ook in het dagelijks leven diverse verklaringen voor lichamenlijke sensaties (o.a. vrieskou of spanning in geval van koude handen, hard gelopen of te veel koffiedrinken bij hartkloppingen, angst of warmte bij zweten) en veelal komt men daar goed mee uit. Problemen ontstaan pas als attributies leiden tot misinterpretatie van interne signalen.

Opgemerkt moet worden dat het hier beschreven symptoomperceptiemodel enkel uitgaat van de waarneming van de patiënt en niet van een biomedisch referentiekader. In het laatste geval zou in de terminologie namelijk een onderscheid moeten worden gemaakt tussen een symptoom (in de medische optiek een fysiologische of anatomische aanwijzing voor een bepaalde aandoening of ziekte) en de door de patiënt gerapporteerde klacht (een lichamenlijke sensatie die kennelijk voor hem of haar onaangenaam en zorgwekkend is). Vanuit de patiënt gezien vallen symptoom en klacht min of meer samen.

2.3 Verschillen in symptoomperceptie binnen en tussen personen

Een vraag die velen binnen de gezondheidszorg bezighoudt, is hoe het komt dat sommige personen van dezelfde gezondheidsklachten veel meer of juist minder last hebben dan anderen. Waar de een met dezelfde mate van verhoging of koorts te ziek is om uit zijn bed te komen, gaat de ander nog gewoon aan het werk. Het symptoomperceptiemodel veronderstelt dat cognitieve processen zoals informatieverwerking, aandacht en attributie een belangrijke rol te spelen. Symptoomperceptie vindt bovendien niet in een vacuüm plaats, maar in een bepaalde omgeving en door een bepaalde persoon met een bepaalde constitutie en voorgeschiedenis. Verschillen op al deze gebieden kunnen bijdragen aan de optredende verschillen in klachtrapportage.

Belastende situaties zoals een examen, scheiding, overlijden, ziekte, ontslag, hoge werkdruk, lawaai en conflicten dragen bij tot de sterkte en de variatie van de ervaren lichamelijke sensaties. Afhankelijk van de duur fungeren deze situaties als acute of chronische stressoren die niemand onberoerd laten maar leiden tot emoties als spanning, angst, depressiviteit of irritatie. Emoties die gewoonlijk gepaard gaan met tal van lichamelijke sensaties en klachten. Deze klachten kunnen op zich al voldoende aanleiding zijn om de huisarts te consulteren. Het betreft hier veelvoorkomende klachten als benauwdheid, moeheid, tintelingen, zweten, misselijkheid, buikkrampen, pijnlijke spieren, opgeblazen gevoel, duizeligheid, hoofdpijn en bonzen van het hart. Er zijn echter grote verschillen tussen personen in hun emotionele reactie op belastende omstandigheden: een individuele variatie waaraan persoonlijkheidskenmerken en biologische make-up ten grondslag liggen.

Een persoonlijkheidskenmerk dat voor een verklaring van deze variabiliteit tussen personen in aanmerking komt, is neuroticisme. Onder deze eigenschap verstaat men de mate waarin iemand gevoelig is voor aversieve stimuli, zoals blijkt uit een verhoogde reactiviteit van het autonome zenuwstelsel. Neuroticisme is deels genetisch bepaald en kent evenals intelligentie een normale

verdeling binnen de bevolking. Evers c.s. (2002) vonden dat personen die relatief hoog scoren op een maat voor neuroticisme een verhoogde gevoeligheid hebben voor aversieve prikkels en bij confrontatie met belastende levensgebeurtenissen en ziekte relatief veel lichamelijke en psychische klachten rapporteren. Ormel c.s. (2001) toonde aan dat relatief hoog neurotische personen een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van angst- en stemmingstoornissen. Niettemin is een zekere mate van neuroticisme vanuit evolutionair oogpunt zelfs nuttig omdat dit het leren vermijden van aversieve en mogelijk schadelijke situaties bevordert.

Habituatie en *sensitatie* zijn mogelijke fysiologische verklaringen voor de individuele verschillen in reactie op lichamelijke sensaties. Habituatie is het verschijnsel dat herhaalde aanbidding van een stimulus van relatief lage intensiteit na enige tijd resulteert in het uitblijven van een reactie. Voorbeelden daarvan zijn het niet meer opmerken van een bepaalde geur of het geluid van een klok. Sensitatie is de toename in reactie op het herhaald aanbieden van een aversieve stimulus van hoge intensiteit. Zo wordt een hard geluid naarmate het langer aanhoudt steeds onaangener. Beide fenomenen werden aangetoond bij zowel fylogenetisch eenvoudige als complexe organismen (zie ook hoofdstuk 4, Leren). Gieseke et al. (2004) onderzochten sensitatie bij gezonde controlepersonen en twee groepen patiënten met lichamelijk onverklaarde pijnklachten, namelijk patiënten met chronische lage-rugpijn en patiënten met fibromyalgie. De gevoeligheid voor pijn werd onderzocht door intermitterend zowel toenemende als afnemende druk uit te oefenen op de duim. De fMRI-gegevens lieten bij de patiënten, in vergelijking met de controlepersonen, een sterk toegenomen centrale verwerking zien van de drukprikkel in de bij perceptie, emotie en motorische activiteit betrokken hersengebieden. Ook trad er sensitatie op in de perifere nociceptoren van de spieren. Tevens bleek de pijn drempel bij beide groepen patiënten lager te zijn dan bij de controlepersonen. Het belang van deze studie is vooral dat bij patiënten met medisch onverklaarde pijnklachten sensitatie werd aangetoond in zowel de *perifere* nociceptoren in de

spieren (bottom-up) als op *centraal* niveau (top-down). Overigens valt niet geheel uit te sluiten dat bij de patiënten met fibromyalgie in deze studie naast het basale mechanisme van sensitivatie ook een verhoogde aandacht voor aversieve stimuli een rol speelde. Zo vonden Gieseke et al. (2004) relatief hoge neuroticismescores bij de patiënten met fibromyalgie in vergelijking met patiënten met chronische lage-rugpijn.

De genoemde verklaringen voor de verschillen binnen en tussen personen, zoals belastende omstandigheden, neuroticisme, habituatie en sensitivatie, sluiten elkaar zeker niet uit maar kunnen overlappen en elkaar ook versterken of verzwakken.

2.4 Sekseverschillen in klachtenrapportage

Veelvoorkomende klachten als vermoeidheid, buik-, rug- en hoofdpijn, pijnlijke spieren en hoesten komen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (zie de casus op pag. 11). Vrouwen ervaren niet alleen een groter aantal lichamelijke klachten dan mannen, zij hebben er ook meer last van. Voor verschil in het rapporteren van klachten tussen mannen en vrouwen geven Kolk & Gijsbers van Wijk (1997) diverse mogelijke verklaringen. Zo zou de opvoeding van meisjes ertoe kunnen leiden dat vrouwen sterker gericht zijn op interne, lichamelijke sensaties, terwijl jongens juist leren lichamelijke sensaties te negeren. Ook zou de grotere aandacht voor de puberteit bij meisjes, onder andere de menarche, hen meer bewust kunnen maken van lichamelijke veranderingen en op deze wijze het waarnemen van symptomen bevorderen. Een rol speelt mogelijk ook dat een aantal lichamelijke processen bij vrouwen met medische zorg omgeven is (o.a. anticonceptie, uitstrijkje, zwangerschap). Ten slotte zijn vrouwen niet alleen vrouw maar ook consument. Niet voor niets overspoelen de media vrouwen met informatie over typische vrouwenproblemen, vooral als daar te verkopen farmaceutische producten voor zijn, zoals premenstrueel syndroom en de overgang. Afhankelijk van tijd en mode wordt er in de media aandacht besteed aan be-

paalde syndromen die bestaan uit diverse, relatie diffuse en veelvoorkomende klachten. De (h)erkenning van de syndromen in kwestie kan de aandacht voor de erbij behorende klachten doen toenemen. Voorbeelden hiervan zijn hyperventilatie syndroom, 'Irritable Bowel Syndrome', fibromyalgiesyndroom en het chronische-vermoeidheidsyndroom. Allemaal syndromen die meer bij vrouwen voorkomen dan bij mannen.

2.5 Chronische lichamelijke ziekten

Symptoomperceptie neemt een centrale plaats in bij patiënten met chronische ziekten. Bij de behandeling van chronische aandoeningen heeft de patiënt zelf zo veel mogelijk een actieve rol. Deze zelfwerkzaamheid richt zich op de direct met de aandoening verbonden klachten en de met de aandoening samenhangende nadelige gevolgen. Om actie te kunnen ondernemen, is een adequate perceptie nodig van onder andere de met de pathofysiologie geassocieerde lichamelijke sensaties en symptomen. Eventueel ingrijpen is alleen mogelijk als er een substantiële relatie is tussen pathofysiologie en symptomen. Van recente datum is de ontwikkeling van medische technologieën waarmee patiënten hun klachten kunnen reguleren. Voorbeelden hiervan zijn het zichzelf toedienen van insuline bij diabetes mellitus en het gebruik van een bronchusverwijder bij astma. Uit literatuur blijkt dat ongeveer een kwart van de patiënten met insulineafhankelijke diabetes mellitus de waarschuwendende symptomen van hypoglykemie niet tijdig waarneemt. Ongeveer gelijke percentages worden gevonden bij patiënten met astma ten aanzien van het onjuist gebruik van inhalatiemedicijnen. Onderzoek van Harver (1994) en Stout et al. (1997) laat zien dat het mogelijk is om door middel van training de perceptie van luchtwegobstructie bij patiënten met astma te verbeteren. Aannemelijk is dat een meer accurate symptoomperceptie de zelfregulatie van klachten bij patiënten met chronische aandoeningen aanzienlijk kan verbeteren. Een chronische ziekte vraagt van de patiënt doorgaans veel tijd en aandacht, denk onder andere aan het opmerken en registreren van symptomen,

het innemen van medicatie, het volgen van een dieet en het doen van oefeningen. Deze tijd en aandacht kunnen niet aan andere activiteiten worden besteed: door sommige patiënten wordt hun chronische ziekte dan ook 'een baan erbij' genoemd. Afhankelijk van de aard en ernst van de ziekte kunnen zich beperkingen voordoen op diverse terreinen (werk, vrije tijd, sociale contacten, seksualiteit enz.) waardoor het levensgebied van de patiënt wordt ingeperkt. Dit laatste maakt dat de ziekte en daarmee verbonden klachten en symptomen veel plaats in het leven van de patiënt gaan innemen. Vooral bij het wegvallen van niet aan ziekte gebonden activiteiten is de kans op overrapportage van klachten groot.

Bijzondere aandacht verdienen ook patiënten bij wie naast de chronische aandoening ook stressgerelateerde klachten in het spel zijn (zie de casus op pag. 11). Deze klachten kunnen hun oorsprong hebben in van de aandoening losstaande belastende levensgebeurtenissen zoals scheiding, overlijden of ontslag. De stressklachten kunnen echter ook een reactie zijn op gevolgen van de aandoening, zoals de ervaren beperkingen. In beide gevallen kan de stressreactie (angst, spanning, depressiviteit) de beleving van symptomen als pijn, benauwdheid of vermoeidheid, die typerend zijn voor een bepaalde ziekte, versterken. Dit is ook het geval als de met de chronische aandoening verbonden klachten voor de patiënt moeilijk te scheiden zijn van spanningsklachten. Rietveld et al. (1996) beschreven deze problematiek bij kinderen met astma, die met angst reageerden op benauwdheid. Zij schetsten de volgende mogelijke situaties: (a) met angst geassocieerde sensaties (versnelde ademhaling, beklemd gevoel) kunnen worden verward met de feitelijke symptomen bij luchtwegobstructie; (b) angst voor benauwdheid kan aanzetten tot selectieve aandacht en misattributie van klachten; en (c) de hogere ademhalingsfrequentie bij sterke angst kan overgaan in hyperventilatie met luchtwegvernauwing als gevolg. Duidelijk zal zijn dat een interventie die enkel gericht is op het opheffen van de luchtwegobstructie (bijv. bronchusverwijder) bij deze kinderen een beperkt succes zal hebben. In de door Rietveld et al. (1996) geschetste situaties vragen de spanningsklachten en de symptomen van luchtweg-

obstructie elk om een aparte aanpak, die echter pas succesvol zal zijn als de patiënt beide bronnen van klachten/symptomen van elkaar heeft leren onderscheiden.

2.6 Conclusie

Waarneming of perceptie verloopt grotendeels automatisch, waardoor er capaciteit vrij is voor cognitieve processen die om bewuste aandacht vragen. Dit automatische verloop is het resultaat van eerder opgedane kennis en ervaring. Tenzij een bepaalde externe of interne prikkel sterk afwijkend is of onze aandacht er nadrukkelijk op wordt gericht, geldt de regel 'dat we waarnemen wat we reeds kennen'. Deze regel is van toepassing op de perceptie van lichamelijke sensaties bij zowel gezonde personen als bij patiënten met een al of niet medisch verklaarde aandoening. Stimuluscompetitie, belastende omstandigheden en stressreacties, selectieve aandacht, persoonlijkheidskenmerken en biologische make-up zijn de factoren die afzonderlijk en in samenspel bijdragen aan het waarnemen van klachten en symptomen. Inzicht in deze bij symptoomperceptie betrokken factoren en hun wisselwerking is een voorwaarde om de lichamelijke sensaties en klachten van de patiënt te kunnen inschatten. Deze kennis is bovendien noodzakelijk om misattributies te kunnen corrigeren en het onderschatten en overschatten van klachten te kunnen bijstellen (zie hoofdstuk 3, Cognities). Adequate symptoomperceptie bevordert de therapietrouw en de vroegtijdige onderkenning van ziekte.

Kernpunten

- Bij het opmerken van lichamelijke sensaties en symptomen spelen naast sensorische informatie ook diverse psychologische processen een rol.
- Bij symptoomperceptie zijn informatieaanbod, aandacht en attributies van belang.
- Belastende omstandigheden, neuroticisme, habituatie en sensitiviteit zijn verklaringen

voor de verschillen in symptoomperceptie binnen en tussen personen.

- Vrouwen ervaren niet alleen een groter aantal lichamelijke klachten dan mannen, zij hebben er ook meer last van.
- Om adequaat met hun aandoening te kunnen omgaan, is bij chronisch zieken een adequate perceptie nodig van de met hun ziekte geassocieerde lichamelijke sensaties en symptomen.

Samenvatting

Waarneming is in belangrijke mate een automatisch, maar ook een interpretatief proces. Bij het opmerken van lichamelijke sensaties

en symptomen spelen naast sensorische informatie ook diverse psychologische processen een rol. In het symptoomperceptiemodel wordt de invloed van psychologische factoren op de waarneming van lichamelijke sensaties toegelicht.

Klachten ontstaan wanneer een lichamelijke sensatie als afwijkend wordt waargenomen. Bij het waarnemen van klachten en symptomen door de patiënt is een belangrijke rol weggelegd voor cognitieve processen zoals informatieverwerking, aandacht voor bepaalde lichamelijke sensaties en de betekenis die men aan dergelijke sensaties toekent. Ook omgevingsfactoren, sekseverschillen, constitutie en voorgeschiedenis spelen een rol. Verschillen op al deze gebieden kunnen bijdragen aan verschillen in klachtrapportage.

Literatuur

- Everaerd W, Hout M van den. Lichamelijke sensaties: waarnemen en klagen. *Ned Tijdschr Psychologie* 1993;49:240-6.
- Evers AWM, Kraaimaat FW, Geenen R, Jacobs JWJ, Bijlsma JWJ. Long-term predictors of anxiety and depressed mood in early rheumatoid arthritis: A 3- and 5-year follow-up. *J Rheumatol* 2002;29:2327-36.
- Gieseke T, Graceley RH, Grant MAB, Nachemson A, Petzke F, Williams DA et al. Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. *Arthritis Rheum* 2004;50:613-23.
- Gijsbers van Wijk MT, Kolk AM. Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Soc Sci Med* 1997;45:231-46.
- Harver A. Effects of feedback on the ability of asthmatic subjects to detect increases in the flow-resistive component to breathing. *Health Psychol* 1994;13:52-62.
- Kolk A, Gijsbers van Wijk G. Medisch onbegrepen klachten en sekse. In: T Lagro-Janssen, G Noordenbos (red.). *Sekseverschillen in ziekte en gezondheid*. SUN: Nijmegen, 1997.
- Ormel J, Oldewinkel AJ, Brilman EL. The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties and life events in the etiology of major and subsyndromal, first and recurrent episodes in later life. *Am J Psychiatry* 2001;158:885-91.
- Pennebaker JW. *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer Verlag, 1982.
- Rietveld A, Kolk AMM, Prins PMJ. The influence of lung function information on self-reports of dyspnea by children with asthma. *J Pediatric Psychol* 1996;21:367-77.
- Stout C, Kotses H, Creer TL. Improving perception of airflow obstruction in asthma patients. *Psychosom Med* 1997;59:201-6.