

Lees dit artikel uit NRC.next Lichaam en geest zijn vaak samen ziek
Lichaam en geest zijn vaak samen ziek

Wiepke Cahn psychiater

Psychiatrische patiënten zijn te lang in afzondering behandeld. Daardoor is er nu weinig aandacht voor hun lichamelijke ziekten.

Door onze redacteur Jannetje Koelewijn

Zestig tot zeventig procent van de psychiatrische patiënten heeft ook een lichamelijke aandoening, maar daar wordt nauwelijks naar gekeken. Wiepke Cahn, psychiater en hoogleraar bij het Hersencentrum van het UMC Utrecht, heeft als opdracht daar wat aan te veranderen.

U had het in uw oratie over een anorexiapatiënt die ook coeliakie bleek te hebben, glutenintolerantie.

„Haar moeder vertelde me dat de coeliakie pas na anderhalf jaar was vastgesteld. In de GGZ hadden ze haar dochter gedwongen acht boterhammen per dag te eten. Voor mijn oratie ben ik het gaan uitzoeken en toen zag ik dat vrouwen met een glutenintolerantie vaak ook eetstoornissen hebben.”

Veertig procent van de mensen met schizofrenie, zei u ook, heeft al jong een verstoorde stofwisseling waardoor ze diabetes en hart- en vaatziekten kunnen ontwikkelen.

„Mede door overgewicht en gebrek aan beweging. Maar ze worden er onvoldoende op gescreend en er zijn geen behandelprotocollen. Zelf zit ik er bij mijn patiënten bovenop,” – als je haar kamer binnenkomt, struikel je over de weegschaal – „maar leuk is anders. Je wilt niet horen dat je weer bent aangekomen. Dus ik zeg nooit: je bent te dik, je eet te veel. Ik leg uit dat overgewicht een bijwerking van de medicijnen kan zijn. Ik zeg: laten we proberen het samen met de diëtist en de psychomotorisch therapeut in de hand te houden.”

Er is een samenhang tussen bepaalde psychiatrische en bepaalde lichamelijke aandoeningen.

„Ja, heel interessant, want hoe komt dat? Die puzzel is nog lang niet opgelost. Waarom gaan psychosen vaak samen met diabetes? Schildklierproblemen met manische depressiviteit? Anorexia met glutenintolerantie? Je vraagt je af welk onderliggend systeem is aangedaan, welke genen en omgevingsfactoren daarop van invloed zijn. We denken dat het met het immuunsysteem te maken heeft. Bij bipolaire stoornissen zie je veel eczeem, astma, allergie. Als hier iemand binnenkomt met van die rode vlekken in het gezicht en rond de ogen, dan denk ik: o ja.”

Wat gaat samen met depressie?

„Dat is minder duidelijk. Bij mildere depressies hangen de oorzaken vaker samen met de omgeving, meer dan bij psychosen of bipolaire stoornis. Maar bij ernstige depressies zie je veel hart- en vaatziekten, overgewicht en diabetes. Kijk je omgekeerd naar patiënten die met een somatische aandoening in het ziekenhuis zijn opgenomen, dan zie je het vaakst depressie en angststoornis. En posttraumatisch stresssyndroom, als gevolg van de behandeling.”

Dertig procent van de somatisch zieken in het ziekenhuis heeft ook een psychiatrische stoornis?

„Ja, en dan heb ik het niet over psychische klachten, want die zul je nog vaker zien. Ik heb het over stoornissen uit de DSM-5, het classificatiehandboek. Neem de ziekte van Addison, waarbij de bijnierschors te weinig cortisol aanmaakt, het stresshormoon. Endocrinologen en hun patiënten zeiden tegen mij: wij zien veel depressie en ook wel cognitieve problemen, moeten we niet gaan samenwerken? Zelf had ik een patiënt met bijnierschorsproblemen, en diabetes en depressie. Opeens werd hij suïcidaal, ik begreep er niets van. Later dacht ik: de cortisol! Nu weet hij dat hij bij psychische stress meer hydrocortison moet innemen. Hij heeft dan ook geen last meer van depressie.”

Zou u alle somatische patiënten willen screenen op psychiatrische aandoeningen?

„Onbegonnen werk. Maar je kunt wel kijken naar groepen met een hoog risico, bijvoorbeeld op de intensive care. Daar is in dit ziekenhuis pas een hoogleraar voor benoemd. Of mensen die een longtransplantatie ondergaan, dat is een vreselijk zwaar traject. Als je daar een psychiater bij zet, kan dat veel schelen. Lang niet alle somatische patiënten hebben een psychiater nodig, maar het zou goed zijn als er breder gekeken werd. Je zou eenvoudig kunnen beginnen door bij somatische patiënten te vragen of er psychiatrische aandoeningen in de familie of in hun voorgeschiedenis zijn.”

Zou de psychiater weer de zenuwarts van vroeger moeten worden?

„Ja!” Ze lacht. „En dan midden in het ziekenhuis en niet meer geïsoleerd, zoals nu.” Die isolatie is ontstaan, zegt ze, omdat lang is gedacht dat rust goed was voor psychiatrische patiënten, lekker in de bossen. Zoals patiënten met een hernia of een hartinfarct maar het best het bed konden houden.”

In uw boek Focus op Familie vertelt u terloops dat uw moeder vermoedelijk manisch-depressief was.

„Die diagnose is nooit gesteld, dat deden ze niet in de jaren zestig. Maar ze was wel in de war. Te uitbundig, en bij perioden depressief. Ze is ook wel kort opgenomen geweest. Het heette dan dat ze overspannen was.”

Hebt u door haar gekozen voor de psychiatrie?

„Mijn vader was ook psychiater, en wat nou wat heeft beïnvloed, weet ik niet. Mijn vader was geneesheer-directeur, eerst in Medemblik, later in Castricum. Ik ben opgegroeid in een psychiatrische inrichting, ik was er al jong aan gewend om op een ongedwongen manier met patiënten om te gaan. Dat is misschien nog wel belangrijker voor me geweest.”

U brengt de ziekte van uw moeder in verband met de oorlog – broers die moesten onderduiken, schietpartijen in de straat.

„Die link legde ze zelf ook. Ze zei: dit heb ik meegemaakt en daarom is het misschien soms niet goed met mij. Patiënten of hun familie vertellen je vaak over gebeurtenissen in hun leven die in hun ogen bepalend zijn geweest voor de latere ziekte en wij hebben dat lang naast ons neergelegd – er was geen verband. Maar dat verband is er natuurlijk wel. In de samenhang met de genen kunnen life events zeer bepalend zijn.”

Daarom vindt u ook dat het belangrijk is om familie bij de behandeling van psychiatrische patiënten te betrekken?

„Om de ziekte werkelijk te doorgronden, ja. De familie ziet complicaties meestal ook eerder aankomen dan de behandelaar of de patiënt zelf. Ik vind ook dat je de familie altijd heel goed moet uitleggen wat er gebeurt in het hoofd van de patiënt en wat je wilt gaan doen. En waarom. En niet pas over drie weken, maar meteen.”

Wiepke Cahn (Amsterdam, 1961) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Haar opleiding tot psychiater deed ze in de Guy's and St Thomas' Hospitals in Londen en in het UMC Utrecht. Daar is ze nu hoogleraar lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen.