

LUISTEREN NAAR HET LICHAAM (Joris Vandenberghe)

De primaire taak van de arts wordt doorgaans begrepen als het proberen terugvoeren van een fysiek ongemak naar een objectiveerbaar proces in het lichaam.

Meest voorkomende somatische klachten: bewegingsapparaat, hoofdpijn, buikpijn. Mensen bij wie de klachten langer aanhouden, rapporteren vaak *ook* emotionele, cognitieve en gedragsmatige problemen, én problemen oh vlak van aandacht, concentratie en geheugen.

Enkele cijfers

- Meer dan 80 % van de algemene bevolking rapporteert minstens één hinderlijke klacht.
- 4 procent van de algemene bevolking vertonen functionele somatische symptomen en syndromen (onvoldoende organische (biomedische) evidentie, geen structurele pathologie of orgaanafwijkingen).

In 25 tot 50 % van de situaties in de eerstelijnszorg, in 33 tot 50 % van de gevallen in de tweedelijnszorg, bij ongeveer tweederde van de patiënten in polyklinieken, is dit het geval

De meest voorkomende functionele klachten zijn C.V.S.¹, het prikkelbaredarmsyndroom², en het fibromyalgiesyndroom³. Dit lijstje kunnen we ook aanvullen met burn-out⁴.

- Specifiek F.G.A.'s (waaronder het prikkelbaredarmsyndroom) zijn de meest gestelde diagnoses door

¹ Omschrijving C.V.S. (60 à 80 % van deze ptn zn vrouwen):

- klinisch onverklaarde, persisterende of steeds terugkerende vermoeidheid die minstens zes maanden duurt, niet het resultaat is van voortdurende uitputtende activiteit, niet substantieel verbetert met rusten en resulteert in een aanzienlijke vermindering van activiteiten + het gelijktijdig voorkomen van minstens vier bijkomende symptomen: ongewone postinspanningsmalaise, niet-verfrissende slaap, significante stoornissen in geheugen en concentratie, hoofdpijn, spierpijn, gewrichtspijn, keelpijn, gevoelige lymfeknopen, duizeligheid.
- Van Houdenhove's benadering is anders (zie verder): hij ziet de volgende trias: abnormale vermoeibaarheid (snel te veel) / intolerantie voor allerlei omgevingsstimuli (stress, maar ook drukte, lawaai, fel licht...). De pt lijkt geen *enkel* soort belasting of stress meer aan te kunnen. / ernstige herstelproblemen na inspanningen. Tegelijkertijd beklemtonen CVS-ptn dat hun zin om dingen te doen, heel anders dan bij depressie, *niet* verdwenen is, én door hen wordt een enorm contrast met vroeger gerapporteerd.

² Definitie prikkelbaredarmsyndroom (irritable bowel syndrom): functionele stoornis vh gastro-intestinaal stelsel (zonder onderliggende structurele of biochemische afwijkingen die de symptomen kn verklaren): terugkerende periodes van abdominale pijn / discomfort, minstens drie dagen per maand tijdens de laatste drie maanden / Tenminste twee vd drie volgende bijkomende symptomen: pijn verbetert met defecatie / begin vd klachten w geassocieerd met veranderde stoelgangfrequentie / ... geassocieerd met een verandering in vorm en – of uitzicht vd stoelgang.

³ Aanwezigheid id geschiedenis van somatisch onverklaarde chronisch verspreide pijn ih houdings- en bewegingsapparaat, gepaard gaande met spierstijfheid en slaapproblemen / verhoogde gevoeligheid bij druk ter hoogte van elf van de achttien tender points (specifieke plaatsen waar spieren aan pezen hechten).

⁴ Burn-out kan worden ondergebracht bij 'ongedifferentieerde somatoforme stoornissen: Eén of meerdere onverklaarde lichamelijke klachten gedurende minstens zes maanden: verlies van eetlust en/of gastro-intestinale klachten, alsook vermoeidheid (bij burn-out). De klachten veroorzaken klinisch relevant lijden, en beperken het dagelijks functioneren.

Extreme uitputting die niet overgaat met bijslapen, minder betrokken op werk, minder gevoel van competentie. Klachten: neerslachtige stemming, schuldgevoelens t.o.v. werk en gezin, meer verkoudheden en griepachtige klachten (verminderde afweer - immuunsysteem). Gevolg van langdurige werkgerelateerde stress bij daarvoor gevoelige personen.

Tijdelijke aanpassing vh lichaam op langdurige werkstress, gekenmerkt door een scala a uitputtings-, somberheids- en afstandelijkheidsklachten die mogelijk het gevolg zn van stressfysiologische ontregelingen en effecten van cytokines op het brein.

gastro-enterologen.

- NL telt 30 à 40.000 CVS-ptn. Chronische vermoeidheid in samenhang met kanker, M.S., spierziekten, reuma, andere chronische ziekten komt tweemaal zo vaak voor.
- 9 % van de werkende populatie zijn te vinden in klinische burn-out-range. 10 % vd totale werkpopulatie in NL geeft aan dat hun klachten werkgerelateerd zijn.
- Vrouwen met onverklaarde lichamelijke klachten raadplegen vaak specialisten, o.a. gynaecologen: in 95 % vd gevallen gaat het om ver-lichamelijking van stress, wat niets afdoet aan het erg au sérieux moeten nemen van ook de andere vijf procent: bijv. hartklachten worden heel vaak ten onrechte aan emotionele stress toegeschreven, waardoor verwijzing voor cardiologisch consult later gebeurt. Dit is versterkt door de minder eenduidige klachtenpresentatie (in vgling met mannen).

Waar er sprake is van dit soort zogenaamd functionele klachten, raken arts en patiënt al snel op de dool. Behandelaars en onderzoekers raken gemakkelijk in een splitsend of-of-denken verwickeld, in een waarheidsstrijd, waardoor de patiënt niet zelden 'tussen (deze) twee stoelen' terecht komt. Een bijkomende factor is de maatschappelijke kost van dit spectrum aan klachten.

Het zoeken, al helemaal waar er sprake is van een verstoorde lichaamsbeleving, én van een relevante niet-somatische context, blijft hier een zoeken naar een benoeming en een theorie die toelaten het psychische en het somatische aan elkaar te denken.

In de hulpverlening is een belangrijke bijkomende factor de vaak voorkomende moeite die deze patiënten/cliënten ondervinden om te verwoorden wat ze voelen en gewaarworden (alexithymie). Er is een gebrek aan talig-symbolische bewerking van arousal, excitatie en spanning, waardoor mensen zich sneller overspoeld voelen door hun ervaringen en emoties⁵.

INLEIDING

Terminologie

De traditionele term is 'psychosomatiek'. 'Psychosomatiek' is een klinisch en wetenschappelijk domein waarin de interacties tussen psychische en biologische processen centraal staan.

(Brugwetenschap tussen somatische geneeskunde en psychologie / psychiatrie – Boydens)

Bezwaren tegen de term

- niet constructief bruikbaar in de comm. met patiënt/cliënt
- de term verbindt de twee begrippen, psychè en soma, niet. - mensen ervaren de term vaak als een verwijt, een veroordeling..., waardoor het de werkrelatie tussen patiënt/cliënt en behandelaar niet ondersteunt.

Somatoforme stoornissen (DSM)

Somatisatie(stoornis)

Hypochondrie

Conversie⁶(stoornis)

Bezwaar

⁵ Vraag is in welke mate we dit moeten beschouwen als een eigenschap van de patiënt/cliënt, dan wel veeleer als een *gevolg* van de pijn.

⁶ Vroeger beschouwd als de symptomen van hysterische neurose.

Zij kn de vorm aannemen v bewustzijnsstoornissen en/of abnormale motorische of sensorielle verschijnselen (pseudoverlamming, pseudodoofheid, afonie), zonder neurologische verklaring, maar mèt psychologisch-symbolische inhoud.

- blijft vaak als verwijt begrepen worden / niet constructief bruikbaar in de comm. met patiënt/cliënt
- verwijst naar stoornissen die een lichamelijke vorm aannemen, maar een andere, niet-lichamelijke essentie en origine hebben / blijft dualistisch

Criteria voor een verkieslijker term

- niet stigmatiserend
- theoretisch zinvol
- aanvaardbaar voor patiënten/cliënten
- motiverend voor verandering
- ondersteunend voor de behandelingsrelatie en voor het komen tot een gedeelde ziekte-theorie
- integrerend en-en-denken / biopsychosociaal⁷ / houdt ons uit een of-of-discussie, helpt ons de lijdende mens te begrijpen als persoon, met psyché en lichaam en betekenisvolle context en geschiedenis, verhaal. Er is de fysische, ruimtelijke en tastbare realiteit van lichaam en brein, maar deze fysische substantie bezit zowel fysische als mentale, totaal uiteenlopende, eigenschappen: in de psyché gaat het om een niet-spatiale realiteit, alleen toegankelijk via het subjectieve bewustzijn. Het mentale kan niet worden gereduceerd tot het fysische.

Alternatieven

S.O.L.K. (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten) / medisch onverklaarde klachten / vage klachten⁸ Positief

- laat opening voor toekomstige verklaringen

Bezwaren

- blijft dualistisch
- negatieve omschrijving (**onvoldoende verklaard**) / kan als onbegrip beleefd worden
- slaat geen bruggen naar ziekte-theorie en behandeling

⁷ Het biopsychosociale model gaat ervan uit dat elke ziekte het resultaat is van een complexe en wederzijdse interactie tussen biologische, psychologische en sociale factoren, wat a fortiori geldt voor het soort klachten waar het hier over gaat.

⁸ Belangrijk te bedenken: deze klachten zijn allerm minst vaag voor de behandelaar, allerm minst voor cliënt of patiënt. (Bvb lijkt de vermindering van de levenskwaliteit bij I.B.S. vergelijkbaar of groter te zijn dan bij bvb inflammatoire darmziekten, nierinsufficiëntie en zelfs kanker.)

⁷ Stress:

- De niet specifieke reactie van lichaam op gelijk welke belasting, of die nu veroorzaakt wordt door, of resulteert in, prettige of onprettige omstandigheden. (Selye)
- Psychische, fysiologische en chemische veranderingen als reactie op een belastende en/of bedreigende situatie.
- Als het begrip 'Stress' wordt gehanteerd, slaat dit op drie zaken (De drie O's van stress / Edel Maex)
 - Stress als omstandigheden
 - Stress als de manier waarop een organisme op de omstandigheden reageert
 - Stress als het omgaan met de omstandigheden (Dit is het terrein waar we het meeste invloed hebben).

Veel zaken hoeven niet als 'ziekte' betekend te worden, maar vallen te begrijpen als signalen van een intact organisme in normale, maar stressvolle, omstandigheden.

Functionele klachten / aandoeningen / stoornissen

Ruimte voor klinisch niet vinden van anatomische afwijkingen / functioneren van organen en stelsels is wel ontregeld

Stressgebonden klachten / aandoeningen / stoornissen⁹: (Toenemende onderzoeksevidentie wijst op een betekenisvolle rol van stress in zgn 'functionele somatische syndromen' (F.S.S.).)

Eigen aanvulling (Taleb: Anti-fragiliteit): levende systemen *groeien* door schokken (dit geldt tot een bepaalde grens.)

- 'Stress' verbindt psychè en soma

- is aanvaardbaarder voor patiënten / cliënten

- ruimte voor veel factoren: slaap, controlegevoel, werk- en andere belasting, ontspanning, lichaamsbeweging, sociale steun, voeding, lichamelijke ziekte, stressgevoeligheid en weerbaarheid, conflicten, trauma, perfectionisme, doseren en afgrenzen...

- ziekmakende effecten van stress vallen uit te leggen: iedereen kent diarree bij een examen / hartkloppingen bij een publiek optreden / Idem wat de relatie betreft tussen kwetsbaarheidsfactoren (genetisch, qua persoonlijkheid, traumata tijdens de kinderjaren, chronische stress en ziekten), acute stressoren (levensgebeurtenissen of ziekten), en de ontwikkeling van symptomen.

Evolutionair gezien zijn we goed uitgerust om acute stressoren het hoofd te bieden (de functie is telkens weer stabiliteit te zoeken in een constant veranderende omgeving door fysiologische verandering – arousal / orthosympathicus; adrenaline en noradrenaline / HPA¹⁰-as; o.a. corticotropine-releasinghormoon en cortisol - en gedragsmatige verandering).

We zijn minder voorzien om om te gaan met chronische stressoren (sterk aanwezig in huidige maatschappij), welke het organisme onderuit halen, het lichaam ontregelen (spierspanning en pijn / ontregeling van hart- en bloedvaten, maag-darmstelsel, urogenitaal stelsel / metabole ontregeling / ontwrichting van de energiehuishouding).

Belangrijke vraagstelling: relatie brein – psychè?? / Hoe kan de psychè lichamelijke verstoringen mee veroorzaken? Er is geen sluitend antwoord op deze vraag.

Uitgangspunt:

Covariatie van mentale veranderingen met veranderingen in het brein / we hebben verschillende methoden nodig om beide terreinen te bestuderen: naast de neurowetenschappen blijven de mens- en gedragswetenschappen onmisbaar, die de psychè bestuderen zonder hem te reduceren tot fysische categorieën. Hier gaat het om de ervaringsdimensie, de subjectiviteit, die niet gevat kan worden in termen van hersenzones, neuronen, synapsen, transmitters.

Asymmetrie: een bepaalde neurofysiologische toestand gaat onvermijdelijk gepaard met een bepaalde mentale toestand, maar één bepaalde mentale toestand kan samengaan met verschillende neurofysiologische toestanden.

HISTORIEK

- 1938: Cecil D. Murray stelt dat mensen met een kwetsbare persoonlijkheidsstructuur colitis ulcerosa ontwikkelen bij vernedering die niet op andere manier kan verwerkt worden.

- 1947: Juda Groen, die de Amsterdamse werkgroep voor psychosomatisch onderzoek had opgericht,

¹⁰ Hypothalamic-pituitary-adrenal

pleitte ervoor dat 'alle artsen zouden worden doordrongen v.h. gegeven dat lichaam en ziel zich noch gedurende gezondheid, noch gedurende ziekte, v. elkaar laten scheiden' alsook voor een anamnese die n. alleen het ziekteverloop nagaat maar ook aandacht schenkt ad levensloop v.d. patiënt.

- 1950: Alexander probeert de link tss emotie en ziekte te verklaren met de anatomische en fysiologische kennis van die tijd: volgens hem prikkelden chronische emoties het autonome zenuwstelsel, en veroorzaakte dat op zijn beurt organische disfunctie. Hierbij beschouwde hij het uiterlijk als verklaring van wat er innerlijk gebeurt (woede bijv. zou leiden tot constrictie v.d. haarvaten – 'wit van woede').

- 1954: Rumke beschreef in zijn boek 'psychiatrie' de opgang van de psychosomatische richting id geneeskunde na WO I. Dit lag eerst id lijn van wat 'conversie' werd genoemd, lichamelijke uitvalsverschijnselen en andere pseudoneurologische symptomen met een verondersteld psychische oorsprong (Freud, Charcot, Briquet). Gaandeweg wint het idee veld dat psychische factoren vegetatieve functies en bewegingen kn veranderen, en uiteindelijk dat organisch aantoonbare ziekelijke veranderingen aan organen via psychogene weg konden ontstaan.

Rumke stelt zich ook de vraag of niet ook chronisch ziek-zijn psychische gevolgen kan hebben.

- 1968: NL vereniging voor psychosomatisch onderzoek.

- 1973: symposia w steeds minder bezocht / algemeen gevoel in NL dat de psychosomatiek als terrein doodbloedt, zij het dat artsen en psychologen individueel bleven werken vanuit de holistische uitgangspunten v.d. psychosomatiek + Balintgroepen (bespreking van probleempatiënten door huisartsen met psychiaters / DL bleef de psychosomatiek erg aanwezig: multidisciplinaire werking binnen 'psychosomatische Klinikums').

- jaren '80: liaisonpsychiatrie / psychiaters zien ptn op somatische afdelingen en nemen deel a stafbesprekingen van andere medische disciplines – minder splitsing.

- 1988: voortbestaan v.d. vereniging, ja dan nee? / beslissing tot voortbestaan, mét voorlopig bestuur.

- Contact vanuit NL met een aantal Vlamingen die zich richten op psychosomatiek.

- 1989: - argumenten van Engel worden mee opgenomen in de dialoog om de term 'biopsychosocial medicine'

te gebruiken i.p.v. 'psychosomatiek'. Engel pleit ook tegen opgaan in de 'behavioral medicine' of

'liaisonpsychiatrie'.

- toetreden van Vlamingen tot het bestuur / samenwerking geeft nwe dynamiek.

- jaren '90: men ziet meer en meer af van het idee dat oorzaken, invloeden en gevolgen exclusief tot de somatiek of de psychiatrie behoren.

- Oprichting psychosomatisch centrum UZ Gent.

- '90 e.v.

- psychosomatische revalidatieafdeling UZ Pellenberg.

- samenwerking rond verschillende domeinen van somatici, psychiaters, psychologen, fysiotherapeuten zonder voorafgaande theoretische invulling.

- verlating van het oorzaak-gevolg-denken: klachten gevolg v psychische inhouden / psychiatrie of somatiek

I.p. daarvan wordt er gekeken vanuit een idee van verschillende vormen van psychische beïnvloeding en diverse factoren die een ziekte-toestand in stand kunnen houden of kn verergeren.

UITGANGSPUNTEN VAN PSYCHOSOMATISCHE GENEESKUNDE

- Benadering v.d. mens als geheel (genetica, familiale context, levensgeschiedenis, professionele en vrijetijdsactiviteiten, levensstijl, doelstellingen en verwachtingen).

De patiënt als persoon wordt centraal gesteld: disfuncties en symptomen worden bekeken in hoe zij welzijn en functioneren beïnvloeden.

- Wetenschappelijk, maar...
geen apriori's
Blinde vlekken zijn onvermijdelijk.
- Pragmatisch (open voor al wat werkzaam is). Geen apriori's omtrent wat genezend, helpend of beschermend werkt.
- Multidisciplinair
Men hoeft niet alles zelf te kennen: samenspraak waarborgt een bredere en efficiëntere manier van werken.
- Aandacht voor de persoon vd hulpverlener
HV's dienen de eigen leefhygiëne te verzorgen.

HET BIOPSYCHOSOCIALE MODEL VOORBIJ (Bernard Sabbe)

Introductie van de term 'biopsychosociaal' (Engel, Grinker): reactie tegen het dogmatisme van de psychoanalyse, het nihilisme van de gedragstherapie en het reductionisme van de biologische psychiatrie – antipsychiatrie – kwam voort uit de general systems theory van von Bertalanffy: mensen zijn open, levende systemen in continue interactie met hun omgeving, en er is een intrasysteemhiërarchie tussen de verschillende subsystemen (???)

Klinisch is er het belang van een holistische, interdisciplinaire vraagstelling / wat is het belang van psychotherapie naast het gebruik van psychofarmaca; combinatietherapie.

Algemeen kan aangenomen worden, stelt Sabbe, dat psychosociale factoren invloed hebben op welzijn, op gedrag (roken en drinken, seksueel en risicogedrag), op gezondheid, maar er is geen eenduidig antwoord op vraag hoe psychologische en sociale variabelen het ontstaan en verloop van somatische ziekten beïnvloedt. Het BPS-model, stelt hij ook, ontgoochelde, zowel op het terrein van de klinische praktijk als van onderzoek en voorstellen tot behandeling (bijv. het pathogenetische verband tss stress of depressie en lich. ziekten). Een model, zegt Sabbe, moet niet enkel kunnen beschrijven, maar ook voorspellen, en het moet eigen fouten kunnen ontdekken en corrigeren. Sabbe ziet ook een gespannen verhouding tussen het BPS-model, verrijkt met de systeemtheorie, en het medische model. En: 'De transformatie van de bestaande wetenschappelijke praktijk door de integratie van psychosociale variabelen, van kwantitatief en kwalitatief onderzoek, heeft niet plaatsgevonden.' (McLaren)

Een interessante poging volgens Sabbe, die echter niet veel verspreiding kende, was die van psychiater Rolland (Families, illness and disability – 1994).

Het streven naar een humanistische praktijkvoering, waar de BPS-benadering altijd voor stond, en waarin de kwaliteit van de werkrelatie centraal staat, blijft volgens Sabbe bijzonder relevant.

Verrijking met inzichten in Brain-mind-interacties (bijv. verband moeheid – uitputting vh neurobiologisch stress-systeem), en uit cognitieve en affectieve neurowetenschappen zou nodig zijn.

LUISTEREN NAAR HET LICHAAM EN MET HET HART

Pleidooi voor samenwerkingsverbanden van huisartsen, psychologen, psychotherapeuten en lichaamsgerichte therapeuten. De focus moet liggen op het herwinnen van een biopsychosociale gezondheid (het dualisme voorbij).

Stressbeleving is sterk gekoppeld aan gevoel van (gebrek aan) controle op de balans draagkracht – draaglast.

Huisartsen hebben van nature oog voor allerlei verbanden, beeldvorming in de breedte dus (huisartsen zijn uit hoofde van hun functie per definitie ‘lumpers’). ‘Bij het uitvoeren worden we weer splitters’: we zijn nog steeds ‘in de eerste plaats lijf-arts’.

Empathie is in het beroep van arts cruciaal (empathy-based medicine), evenals, om dit vol te kunnen houden, zorg voor zichzelf. ‘Enkel rustig water kan goed weerspiegelen.’

Professionaliteit is...

- diagnosestelling, leidend naar behandeling.
- goed kunnen luisteren naar wat het lichaam van de ander vertelt, gebaseerd op vakbekwaamheid en wetenschappelijk onderbouwde kennis, zeker meer recent ook door toename van neurobiologische kennis (patiënt als onderzoeksobject).
- een goeie professionele relatie opbouwen (patiënt als subject). De arts luistert en is hierbij volledig aanwezig en open, empathisch en voert de regie (o.a. tijdsbewaking). Meer ‘wat kan ik voor deze persoon betekenen’ dan ‘wat kan ik voor deze persoon doen?’. Wat wil hij in zijn leven? Wil hij hier met mij samen aan werken?
- ‘L’ autre me regarde’, schreef Levinas: wat ik in de blik van de ander zie, raakt mij. En wat mij raakt, verbindt me met die ander en doet me besluiten om zorg en verantwoordelijkheid (response-ability) op te nemen (of niet). Iedereen doet een ander appèl op me. Dit vergt een luisteren naar – vooral – de eigen lichamelijke signalen.
- alertheid voor invloeden op de klachten (bijv. vanuit het gezin / veranderende samenleving...)

DAGPROGRAMMA’S TWEDE LIJN VOOR LANGDURIGE PIJN EN VERMOEIDHEID

Problematiek

- gemengde lichamelijke en psychosociale problematiek
- stressgerelateerde chronische vermoeidheids- en pijnklachten

Uitgangspunten behandeling: psycho-educatie / CGT (therapeutische sfeer: mindfulness) / Graded Exercise Training (zowel voor zij die vermijden als zij die over grenzen blijven gaan) / groep (herkenning, vinden van hoop bij anderen en omgekeerd, het leren in het hier-en-nu) en individueel (inimiteit) / betrekken van de omgeving van de patiënt

Probleem: G.E.T. leidt vaak tot een zich vergelijken

- zorgvuldig vaststellen van goed vol te houden basisniveau noodzakelijk. Inspanning die daar bovenuit stijgt fungeert als fysieke stressor voor een ondermaats functionerend stress-systeem.

DERDELIJNSCENTRUM VOOR ERNSTIGE SOMATOFORME STOORNISSEN

30 tot 60 procent van de voorkomende lichamelijke klachten blijft medisch onverklaard. Meestal gaan die dan spontaan over. Als dit binnen het half jaar niet het geval is, kan aan een somatoforme stoornis worden gedacht. Ernstige somatoforme stoornissen kenmerken zich door een hoge psychiatrische co-morbiditeit (dissociatieve, angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen). Doordat de gezondheidszorg verdeeld is in somatiek en psychiatrie, is er onvoldoende geïntegreerde zorg, wat een risico op hoge maatschappelijke kost en chronificering in zich draagt.

Na WO II leden veel mensen aan complexe post-traumatische stress-stoornissen, die vaak gepaard gingen met onbegrepen lichamelijke klachten, wat leidde tot samenwerkingsverbanden tussen psychiaters en internisten.

Altrecht Psychosomatiek

Dikwijls is er sprake van een scala aan zowel verklaarde als onverklaarde klachten.

Aanbod

- klinische behandelingen
 - een- en meerdaagse deeltijdbehandelingen
- Psychodynamisch en Cognitief GedragsTherapeutisch

- (Lichaamsgericht) mentaliseren: eigen en andermans lichaamssignalen kunnen waarnemen, en het ervaren van verbinding met onderliggende mentale toestanden. De behandelaar verwoordt eveneens lichaamssignalen, en verbindt dit met de therapeutische relatie.

- Hoge effectiviteit van Bioenergetic Analysis (BEG).
- Hoge effectiviteit van symptoomvoorschrift (paradoxe therapie).
- Dialectiek tussen acceptatie en verandering: gebaseerd op de het streven naar bereidheid om open te staan voor de eigen en voor andermans ervaring (mindfulness stress reduction en acceptance and commitment therapy)
- Doorbreken van instandhoudende gedragingen, emoties, cognities en lichamelijk functioneren, d.m.v. gedragsinstructies, cognitieve oefeningen, graded exercise, cognitief herstructureren, gedragsexperimenten, zelfcontrole- en ontspanningstechnieken (CGT).
- Systeembenadering: circulair verband tussen SOLK en gezinsinteracties.

- Komen tot samen reflecteren over de gezinsinteracties (bijv. hulp vragen) transgenerationale overdracht van bepaalde ziekteovertuigingen en rolpatronen.
- Familieavonden

Telkens multidisciplinair (medisch-somatisch; psychologisch; psychosomatische fysiotherapie; psychomotorische therapie; kunstzinnige therapie; psychotherapie – ind., in groep en systemisch). Het streven naar integratie, van werkvormen en van het psychische en het somatische, binnen een veilige therapeutische omgeving is algemeen.

Uitleg over de fysiologie van pijn, stress, emoties

Verbinding leggen tussen klachten enerzijds en levensgebeurtenissen, emoties en beleving anderzijds.

De arts bewaakt de lichamelijke draagkracht.

Doelstellingen: afname van symptomen en van psychiatrische comorbiditeit, acceptatie van blijvende beperkingen, toename van zelfstandigheid en kwaliteit van leven, afname van medische consumptie.

PSYCHODYNAMISCHE FACTOREN BIJ FUNCTIONELE SOMATISCHE SYMPTOMEN EN SYNDROMEN

Diagnostische categorieën slecht afgebakend

Splitsing van lumpers (uitgangspunt: alle FSS zijn uitingsvormen van eenzelfde basale stoornis) en splitters (uitgangspunt: eigenheid van uiteenlopende types van FSS). In feite blijken er verschillen te zijn, maar ook gemeenschappelijke predisponerende, uitlokkende en instandhoudende factoren én pathogenetische mechanismen.

Splitsing van voorstanders van biologische t.o. voorstanders van psychosociale verklaringen.

Van Houdenhove verrichtte veel werk om dit dualisme te overstijgen.

Dit hoofdstuk gaat in op het moderne psychodynamische denken over FSS: de klemtoon ligt op het begrijpen van het ontstaan en voortbestaan van FSS in een breed ontwikkelingspsychologisch en – psychopathologisch perspectief. Rekening wordt gehouden...

... met psychosociale én biologische factoren.

... met de pogingen van het individu om betekenis te geven aan het leven zoals dat tot uiting komt in het levensverhaal.

Cruciaal belang van interpersoonlijke factoren bij het ontstaan en de behandeling van FSS.

De sterke opkomst van de neurowetenschappen bracht het belang van de eerste kinderjaren, en van gehechtheidservaringen, weer in beeld: invloed daarvan op het verwerven van veilige gehechtheid, affectregulatie en een voldoende positief zelfbeeld werd bevestigd, en er kwamen toenemende inzichten in de onderliggende neurobiologische mechanismen...

- Vaak blijvende negatieve impact op het zich ontwikkelende stress-systeem (HPA-as – hypothalamus- hypofyse-bijnier-as) en het sympathoadrenomedullair systeem, waar verstoringen uit resulteren in neurotransmittersystemen, immuunsysteem en neurale circuits, betrokken in de regulatie van emoties en pijn, wat op zich weer uitmondt in een verhoogde gevoeligheid voor zowel ernstige als alledaagse stressoren. Na de geboorte tot in de adolescentie bestaat er een kritische periode voor het ‘programmeren’ van het stress-systeem. Veilige gehechtheidsrelaties spelen hierin een belangrijke rol (stressbuffer en adaptieve hypo-activiteit van de HPA-as). Onveilige gehechtheid leidt tot hyperactivatie van HPA- en SAM-systemen, met mogelijk continue hyperactiviteit die later in hypo-activiteit kan omslaan. Zowel hyper- als hypoactiviteit betekenen kwetsbaarheid voor latere FSS (prikkelbaredarmsyndroom, chronische pijn- en uitputtingssyndromen, alsook somatische aandoeningen zoals diabetes, astma, hoofdpijn, auto-immuunziekten en cardiovasculaire aandoeningen).

Negatieve ervaringen met gehechtheidsfiguren hebben een explicietere negatieve impact, omdat gehechtheidsfiguren hier zowel bron van veiligheid als van onveiligheid zijn, wat wisselend gedrag in relaties kan geven, bijv. aantrekken en afstoten en een gebrek aan narratieve coherentie met betrekking tot de eigen levensgeschiedenis en context (verband met revictimisering).

Daarnaast zijn er indirecte effecten op de psychische en somatische gezondheid, via risicogedrag (roken, overmatig eten, seksueel risicogedrag, automutilatie, lage relationele en seksuele tevredenheid, kans op revictimisering, op victimisering van eigen kinderen en op partnergeweld.

Verder partiële vaststellingen uit onderzoek...

- genetische factoren die kans op depressie bij negatieve levensgebeurtenissen verhogen; andere die die kans verlagen. Geen specifiek vastgestelde verbanden met FSS.

- onderzoek naar de rol van zelfkritisch perfectionisme – hoge persoonlijke standaarden + sterke zelfkritiek - (en afhankelijke-persoonskenmerken), én globaler affectieve spectrumstoornissen, bij CVS, fibromyalgie, en bij prikkelbaredarmsyndroom. Zelfkritisch perfectionisme ontwikkelt zich door identificatie met hoge eisen, gesteld door primaire verzorgingsfiguren, of als defensieve reactie op vroegkinderlijke negatieve ervaringen (pesten, emotioneel, fysiek of seksueel misbruik door ouders). Dit als compensatiepoging van minderwaardigheidsgevoelens door prestatie. Dit geeft geen blijvende voldoening, wel integendeel gevoelens van onrust, ontevredenheid, stress, depressie. – mogelijk verband met CVS (pijn, verhoogde vermoeidheid, depressie, én verhoogde stressgevoeligheid en genereren van stress lijken samen te hangen met overactiviteit / komt tot uiting in verstoorde HPA-as-responsiviteit) / weinig onderzoek. Ook kan zelfkritisch perfectionisme de aanvaarding van beperkingen bemoeilijken, resulteren in boom- and bust-activiteitenpatroon, waardoor de klachten zich gemakkelijker bestendigen. Mensen gaan zich dan ook vaak terugtrekken. (Eogen opmerking: wat met maatschappelijke impact?)

Neiging tot overactiviteit gerelateerd aan toegenomen kans op diagnose CVS.

Ander onderzoek richt zich op de invloed van tegen-afhankelijkheid (ontkennen van afhankelijkheidsbehoefte).

Alexithymie (lett.: zonder woorden voor gevoelens): problemen met het identificeren en benoemen van gevoelens, moeilijk onderscheid maken tussen gevoelens en gewaarwordingen, zoals arousal, problemen met communiceren over gevoelens, weinig 'innerlijk leven' (gevoelens en fantasie).

- slechts 22 procent van ptn met somatoforme stoornissen, en 15 procent van ptn met fibromyalgie toonden klinisch verhoogde niveaus van alexithymie. Deficits kunnen zeer goed i.p.v. de oorzaak het gevolg zijn van de 'aanval' en de beperking die FSS voor het lichaam en de persoon betekent, nog eens versterkt door het onbegrip dat mensen vaak ervaren. (bijv. de idee functionele klachten te zien als een 'intern object' dat van binnenuit het subject bedreigt en aanvalt – Shahar en collega's).

'Mentalisatie' (de capaciteit om zz en anderen te begrijpen in termen van mentale toestanden (emoties, verlangens, doelen)). Dit vermogen blijkt volgens onderzoek erg context- en relatiespecifiek; het neemt sterk af onder sterkere stress en arousal. 'Primitievere denkmodi zouden de kop opsteken bij verlies aan mentalisatie...

- de teleologische modus: men moet iets zien om het te geloven (verband met het absoluut vasthouden bij FSS aan biologische theorieën, en het ontkennen van enige rol van psychosociale factoren. (moet behandeling hier dan niet starten?)

- de psychische-equivalentiemodus - het ontbreekt aan innerlijke veiligheid tot mentale exploratie. Dit leidt bijv. tot het gelijkstellen van psychische en fysieke pijn (mogelijk verband met hoge comorbiditeit van pijn, vermoeidheid, depressie) / kritiek kan bijv. lichamelijk als pijnlijk / desintegrerend worden ervaren. – rejection literally hurts!

- de pretend-modus: extreem cognitief-rationeel aandoende verhalen over zichzelf, eerder dan dat

men *namens* zichzelf spreekt / bevreemdend voor de toehoorder / OF affectief overspoelende verhalen over de eigen levensgeschiedenis / verstrikt zijn in verleden.

Sommige ptn met FSS zijn vrij goed in het cognitief begrijpen van mentale toestanden, maar veel minder in het affectief doorvoelen ervan / ... vrij goed in het doordenken van de impact van FSS op anderen, maar veel minder bij zichzelf. Wel ook hier weer de bedenking: deze deficits kunnen zeer goed i.p.v. de oorzaak het *gevolg* zijn van de 'aanval' en de beperking die FSS voor het lichaam en de persoon betekent, nog eens versterkt door het onbegrip dat mensen vaak ervaren.

Samenvattend: FSS *leidt* wellicht tot mentalisatiedeficits (i.p.v. er het gevolg van te zijn), wat op zich een belangrijke rol kan spelen in behandeling en prognose: mentalisatie is immers een belangrijke beschermende factor die het effect van vroege en latere life-stress buffert.

Als andere beschermende factor in het omgaan met stress en tegenslagen wordt narratieve coherentie, te verwerven in het doorwerken van een traumatische voorgeschiedenis, vernoemd.

INTEROCEPTIE, SYMPTOOMPERCEPTIE EN GEZONDHEIDSKLACHTEN

Dit artikel schenkt veel aandacht aan de rol van perceptueel-cognitieve processen in gezondheidsklachten.

Interoceptie of 'perceptie van het inwendige lichaam'

- vnl. sensorische informatiestroom via dorsale hoorn v.h. ruggemerg, de nucleus tractus solitarius, de thalamus, de posterieure dorsale insula, waar zich een primair beeld van de toestand van het inwendige lichaam zou vormen. Dat beeld wordt verwerkt in de rechter anterieure insula tot dit subjectieve bewustzijn van sensaties en gevoelens.

In de verdere verwerking voegt zich bij de sensorische signalen het soort onaangename gevoelens die aanzetten tot actie (wegtrekken van de hand, snakken naar adem...).

Bi-directionele invloed tussen emotie en interoceptie: mensen die hun hartslag beter kunnen waarnemen bijv. kunnen ook intensere emoties ervaren. Interoceptie kan sterk beïnvloed worden door emoties.

Sterke correlatie tussen zelf-gerapporteerde klachten en iemands persoonlijke neiging om situaties als meer bedreigend in te schatten en vaker negatievere gemoedstoestanden te ervaren (negatieve affectiviteit – N.A.). (Wrschnlk te maken met een overgevoelig systeem in hersenen waarmee prikkels worden ervaren.¹¹)

Hogere graad van N.A. gaat samen met een hogere hoeveelheid en intensiteit van ervaren lichamelijke klachten, zonder dat deze een uitdrukking zijn van fysiologische disfuncties. Belangrijke werkhypothese: de subjectieve ervaring van functioneel-lichamelijke klachten kan beschouwd worden als interoceptieve disfuncties. Deze interoceptieve prikkels lijken door de hersenen verwerkt te kunnen worden tot een lichamelijke klacht. (niet-dualistisch)

¹¹ Kan dit te maken hebben met wat ik elders aantrof? Bij I.B.S.-patiënten werd bij experimenteel geïnduceerde viscerale pijn een hogere activatie aangetoond van de mid- en posterieure cingulaire cortex, hersenregio's die een belangrijke rol spelen bij het tot stand komen van 'pain unpleasantness'. (Dit was het meest uitgesproken bij I.B.S.-ptn met een traumageschiedenis. Deze mensen rapporteerden tevens meer pijn, en bij hen werd een verminderde activatie vastgesteld van de pregenuale anterieure cingulaire cortex, die een belangrijke pijninhiberende functie heeft.

Samenvattend: relatie tss lichamelijke disfuncties en klachten is erg veranderlijk / w beïnvloed door kenmerken van de persoon in kwestie in interactie met eerdere ervaringen met symptomen. In labo kunnen in gecreëerde omstandigheden ervaren symptomen niet zozeer de signalen uit het lichaam reflecteren, dan wel processen die zich voordoen in de hersenen (bedoelde omstandigheden zijn het toedienen milde tot matig sterke interoceptieve stimuli, in aanwezigheid van stimuli die negatief affect induceren of contexten die eerder geassocieerd werden met klachtenperiodes). Vermoed wordt dat het hier gaat om geactiveerde somatische herinneringen.

STUDIEDAG SOCIETY FOR PSYCHOSOMATIC MEDECINE

Uitgangspunten

- De implicatie van zelfs een als uitdrukkelijk somatisch begrepen klacht verschilt sterk van persoon tot persoon. Mensen *interpreteren* immers hun ervaring: in eerste instantie is er een nogal vage ervaring van onbehagen, die vervolgens wordt geïnterpreteerd. Deze interpretatie heeft op zich vervolgens invloed op het brein, en op het lichaam als geheel.

Psychologische processen kunnen via hun neuro-biologische substraten in de hersenen het lichamelijke functioneren beïnvloeden langs verschillende pathways die nauw met elkaar interageren. Deze pathways kunnen zowel neuraal (autonoom zenuwstelsel), endocrinologisch (hypothalamus-hypofyse-bijnier-as) als immunologisch van aard zijn.

Ook bij goedgekende lichamelijke aandoeningen is het verband bij zelfgerapporteerde klachten en lichamelijke disfunctie vaak zwak en variërend. Een eng biomedisch model gaat er aan voorbij dat zelfgerapporteerde klachten altijd het resultaat zijn van een complexe integratie van afferente signalen uit het lichaam en perceptueel-cognitieve en affectieve processen. Een groot aantal variabelen kan perceptie, interpretatie en rapportering beïnvloeden. (Klachten zitten altijd 'tussen de oren'.)

Soms is deze invloed op het lichaam zeer uitgesproken: wat Reich het spierpantser noemde: emoties krijgen geen expressie, maar er gebeurt een soort van in-buffering in het lichaam: het lichaam en de fascia verstijven / ademhaling en beweging verlopen moeilijker / er is een verminderde lichaamsbeleving).

Zeker in deze situaties moeten we het idee van de diagnosticus als objectieve decodeerder, als degene die achter de opsomming van symptomen de 'echte', neurobiologische stoornis kan achterhalen, fors relativeren.

- Begrijpelijk genoeg is er de evidente beeldvorming van een symptoom als iets negatiefs, dat dient gemedend. Belangrijk is de signaal- of waarschuwingfunctie mee in beeld te brengen.

- Participatory medicine / samenwerking, met veel ruimte voor de eigen wijsheid van cliënt / patiënt.

- Werken met 'body awareness', het zich bewust worden van het proprio- en interoceptieve, zonder (een teveel aan interferentie van) beoordelende gedachten, a.h.v. Focussing en Mindfulness, bieden hier belangrijke mogelijkheden. Hands-on werken (en het prikkelen van de 'insulaire route') kunnen nog een meerwaarde betekenen: zachte aanraking maakt bewustwording mogelijk, én bevordert de release van oxytocine (stressverlagend). Belangrijk is ruimte te maken voor expressie, zonder al te snel door te schieten naar interpretatie.

VREES VOOR PIJN. EEN ASSOCIATIEF LEERPROCES

Het belang van psychologische processen in de ervaring van pijn

Gevolgen van pijn voor het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (discrepantie tussen gestelde doelen en actuele situatie / pijn).

Leren als ontdekken van functionele oorzaak-gevolg-relaties. CS of geconditioneerde stimulus, bijv. een beweging, (bij gebrek daaraan de context, die doorgaans stabiel in de tijd is / langere duur – meer diffuse anticipatie op dreiging en meer gegeneraliseerde angst voor pijn) die samen voorkomt met US of ongeconditioneerde stimulus (bijv. pijn) krijgt een signaalwaarde; onderlinge relatie wordt opgeslagen in het geheugen Iemand leert bijv. dat beweging de pijn voorspelt, en gaat die verwachten. Gevolg is een defensief gedragspatroon: fysiologische reactiviteit, hypervigilantie en verhoogde arousal, vlucht- en vermijdingsgedragingen. Deze reacties moeten de impact van potentieel gevaar reduceren. Bij chronische pijn is de impact van zulk veiligheidsgedrag vaak belangrijker dan de impact van pijn. (Behandeling gericht op het veranderen van de dreigwaarde van pijn en op het corrigeren van disfunctionele CS-US-koppelingen.)

Interpretatie van pijn...

- net als bij acute pijn, wordt ook chronische pijn begrepen als een signaal van schade aan het lichaam, ook al tonen objectieve metingen aan dat dit niet het geval is.
- toekennen van een overmatig negatieve of bedreigende interpretatie, wat de pijnintensiteit opvoert, doet focussen op en piekeren over de pijn, gevoelens van machteloosheid geeft, de functionele en zelfgerapporteerde beperkingen verhoogt en de levenskwaliteit vermindert.

Welke stimuli een signaalwaarde krijgen verschilt heel erg van individu tot individu...

- exteroceptieve stimuli (licht / geluid)
- proprioceptieve stimuli (beweging) – meest bestudeerd
- interoceptieve stimuli (vermoeidheid, stemming, spierspasmen)

Soms vermijdings-vermijdings-conflict: actieve vermijding (uit schrik voor sociale afwijzing gaat men door met een taak, ondanks pijntoename) / passieve vermijding (taak willen stopzetten uit schrik voor pijn / letsel). Mogelijk geeft dergelijk conflict mee aanleiding tot afwisselen van lage en overmatige activiteit.

ARTS, PATIËNT EN FAMILIE / Een systemische kijk

Relationele context en levensgeschiedenis van de patiënt centraal

Gezin van herkomst

- overdracht van genetische informatie
- overdracht van mythes, geheimen, overtuigingen, gedrag
- plaats van verbondenheid / afhankelijkheid versus eigenheid / autonomie (idem koppel). Dit is een belangrijk evenwicht. (Afwisseling momenten van autonomie – intimiteit belangrijk?)

- passende steun in die context kan een belangrijke stressbuffer zijn.
- in deze context vinden we vele van de levensgebeurtenissen die als stressvol worden ervaren. (Verband tussen hoge scores en ernstig ziek worden in het daaropvolgende jaar)

Adviezen voor de behandelaar

- geef kans tot uiten
- hou zeker ook de bloeddruk in het oog
- neem (functionele) lich. klachten au sérieux

Er lijken gezinnen te zijn waar de kans ziek te worden groter lijkt te zijn: vooral chaotische, overbeschermende, rigide en conflictmijdende gezinnen (Minuchin).

Gezinscontext kan herstel bevorderen dan wel tegenhouden. Bij C.V.A. bijv. bleek herstel en tevredenheid over de eigen familie samen op te gaan. Realistische beeldvorming van bijv. de partner omtrent de ernst van de aandoening van de patiënt kan hieromtrent ook belangrijk zijn.

Dit alles maakt het belangrijk voor de behandelaar om het gezin als therapeutische bondgenoot te verwerven.

Belang ruimte te creëren voor openlijk bespreken van onderzoeken en prognoses

Gezinsgesprekken kunnen duidelijk maken wie...

- ... de symptoomdrager is
- ... het meeste lijdt onder de situatie
- ... de hulpvraag stelt (of vindt dat er hulp nodig is).

Koppel

Iedere 'derde partij' riskeert soms het ouderlijke koppel te hypothekeren: een kind, maar ook het professionele leven, een activiteit.

Een symptoom kan een helpende functie hebben voor de partner (bijv. overgangssituatie naar pensioen).

De hulpverlener moet uitkijken het koppel niet te trianguleren, bijv. wanneer een partner beter communiceert met de HV dan met de partner.

DE ROL VAN LIFE-STRESS EN FYSIOLOGISCHE VERANDERINGEN

Dit artikel gaat over de betekenisvolle rol van stress in zgn 'functionele somatische syndromen' (F.S.S.). betekenisvolle rol van stress in zgn 'functionele somatische syndromen' (F.S.S.).

Omtrent CVS

Onderzoek (waarschuwing: op nogal wat vlakken zijn de resultaten niet consistent.)

- CVS-symptomen verergerden door de stress t.g.v. orkaan Andrew.
- CVS-ptn rapporteren meer stressvolle levensgebeurtenissen. Ongevr 15 % van hen hadden een Post-traumatische stress-stoornis.

- CVS ptn maken een groot aantal dagelijkse stressoren mee op vlak van zelfbeeld en zelfwaarde.
- Stress id vroege kderjaren gaat samen met een verhoogd risico op CVS.
- Stress zou het ontstaan van CVS predicieren.

Onderzoek omtrent HPA-as

Relatief hypocortisolisme bij CVS

- Lagere cortisolniveaus bij CVS-ptn (wat samengaat met toegenomen stress)
- Negatieve feedbackgevoeligheid?????
- Verhoogde gevoeligheid van de bijnierschors voor het adrenocorticotroop hormoon (ACTH)
- Gereduceerde maximale cortisolrespons

Onderzoek omtrent autonoom zenuwstelsel

CVS-symptomen (zie hoger) lijken samen te gaan met klachten die optreden bij het aannemen en volhouden van een rechtopstaande positie.

Gerapporteerd: versnelde hartslag bij rust én belasting, lage vagale tonus?????, algemene sympathische overactiviteit / soms blijkt verlaagde hartslag bij oefeningen of mentale stress / soms geen verschil

Toegenomen alfa-amylase-activiteit (sympathische activatie), zowel in basale toestand als bij psycho-sociale stress.

Onderzoek omtrent immuunsysteem

Aanwijzingen voor immuunstoornissen bij CVS / gestegen niveaus van pro-inflammatoire cytokines.

Verhoogde niveaus van auto-antilichamen???? / Gedaalde natural killer celactiviteit / hoge niveaus van type 2-cytokineproducerende cellen / geactiveerde T-lymfocyten / CD19+-B-cellen en neopterin????? Veranderingen in immuungerelateerde genexpressie?????

Prikkelbaredarmsyndroom

Onderzoek omtrent psychologische stress

Verhoogde aanwezigheid van stressvolle levensgebeurtenissen

Sterk geassocieerd met seksueel misbruik en fysieke mishandeling id kinderjaren

Veranderde psychologische stressreactiviteit

Onderzoek omtrent HPA-as (weinig)

Verlaagde cortisolniveaus in associatie met pijn

Gestegen cortisol tijdens de slaap bij patiënten met vooral obstipatie
Lagere cortisol bij ptn met vooral diarree

Veranderde cortisolresponsen bij diverse vormen van stress.

Onderzoek omtrent autonoom zenuwstelsel

Verlaagde vagale outflow???? (onderzoek ahv hartritmevariabiliteit, die de verhouding tss sympathische en parasympathische activiteit meet) en/of toegenomen sympathische activiteit – bevindingen niet consistent

Toegenomen chromograniniveaus (weerspiegelen de sympathische activiteit)

Verhoogde noradrenaline (????) tijdens slaap bij patiënten met vooral constipatie
Verlaagd bij ptn met vooral diarree.

Onderzoek omtrent Immuunsysteem

IBS geassocieerd met veranderingen in ontstekingsprocessen (weinig onderzocht: cytokines als ontstekingsmerkers).

Verhoogde IL-6-concentraties (IL-6 is een krachtige stimulator van de endocriene (????) stress-as).

Toegenomen activatie van T-cellen (????). (Immuundysregulatie bij IBS omkeerbaar dmv het gebruik van ontstekingsremmers.

Fybromyalgie

Onderzoek omtrent psychologische stress

Toegenomen percentages van fysieke mishandeling en seksueel misbruik tijdens de kindertijd (niet consistent)

Ook tijdens de volwassenheid: meer kritische levensgebeurtenissen en dagelijkse stressoren. (Toegenomen gepercipieerde stressniveaus geassocieerd met deze symptomen).

Onderzoek omtrent HPA-as

(inconsistent)

Verlaagde cortisolresponsen.

Onderzoek omtrent autonoom zenuwstelsel (uitvoerig)

Sympathische hyperactiviteit (ahv hartritmevariabiliteit)
Verminderde sympathische activiteit ahv dysautonomietesten (????)

Onderzoek omtrent Immuunsysteem

Cytokines (inconsistent)

Poging tot integratie

Bijna bij elk v deze aandoeningen systematisch verhoogde subjectieve stresservaringen

Belangrijke rol van dysfuncties vd biologische stressresponsystemen: voortdurende of ernstige stress kan leiden tot veranderingen in de fysiologische regelsystemen die ad basis zouden liggen van FSS. (hypothese: FSS hebben een gemeenschappelijke fysiopathologie, die resulteert in varianten – spectrumstoornissen).

Omtrent hypocortisolisme

- bij CVS kan dit leiden tot immunosuppressie (kan rol spelen in vermoeidheidsklachten)
- bij IBS kan dit meespelen in de pijn en een veranderde darmmotiliteit
- bij FMS kan dit leiden tot pijn.

Hyperactiviteit vh autonome zenuwstelsel kan bij elk van deze aandoeningen ontregelingen van HPA-as en immuunsysteem versterken.

VROEGTIJDIGE NEGATIEVE LEVENSGEBEURTENISSEN¹² EN FUNCTIONELE GASTRO-INTESTINALE AANDOENINGEN (F.G.A.¹³)

Er lijkt, qua onderliggende pathogenetische processen, een grote overeenkomst te bestaan tss verschillende F.G.A.'s.

Er bestaat een associatie tss trauma en het rapporteren van lichamelijke klachten in het algemeen en abdominale pijn in het bijzonder.

Er bestaat eveneens een associatie tss trauma en het rapporteren van psychologische klachten, verminderde levenskwaliteit, aantal doktersbezoeken en het ondergaan van meerdere heelkundige ingrepen.

Waarschijnlijk dienen de mechanismen, waarlangs een traumageschiedenis en de psychologische impact ervan, leiden tot het rapporteren van gastro-intestinale klachten, gezocht te worden op het niveau van de HPA-as.

Bij I.B.S. voorspelt een traumageschiedenis een betere respons op psychofarmacologische en psychotherapeutische behandeling.

Niet de IBS-diagnose, maar de aanwezigheid van trauma, is significant geassocieerd met een hogere cortisolrespons tijdens viscerale stimulatie (????).

Bij I.B.S. correleert een snellere terugkeer van de cortisolwaarden naar de basiswaarden met lagere symptoom- en hogere levenskwaliteitsscores.

¹² Hieronder wordt een brede waaier begrepen, gaande van seksueel misbruik, mishandeling, tot meer subtiele traumatiserende ervaringen zoals emotionele verwaarlozing.

¹³ Meest bekende zijn I.B.S. en functionele dyspepsie (F.D.)

Bij FD-ptn werden in de traumagroep, in vergelijking met ptn zonder traumageschiedenis, hogere pijnscores gevonden, een gebrek aan activatie van de insula en prefrontale hersenregio's, een gebrek aan deactivatie van de amygdala en de hippocampus. Tevens werd een gebrek aan activatie van prefrontale en temporopariëtale gebieden vastgesteld (tijdens anticipatie van pijn) bij ptn met een traumageschiedenis. Deze zaken wijzen op een deficiënte affectief/cognitieve pijnmodulerende respons bij ptn met een geschiedenis van vroegkinderlijk trauma.

EMOTIES, PERSOONLIJKHEID EN HARTZIEKEN

Psychologie heeft een steeds prominentere rol ingenomen bij het begrijpen van ontstaan en evolutie van hart- en vaatziekten, wat op zijn beurt perspectieven voor interventie biedt. Hier ligt de focus op de rol van emoties en persoonlijkheid bij deze aandoeningen, vooral coronaire hartziekten¹⁴. Een andere frequent voorkomende vorm van hartziekte heet hartfalen¹⁵.

Depressie, angst (in de periode na een ingreep), en wellicht het ervaren van negatieve emoties in het algemeen, beïnvloeden het verloop van hartziekten negatief, en verhogen het risico op herhaling van hartinfarct. Dit komt vaak overeen met het persoonlijkheidskenmerk 'negatieve affectiviteit' (N.A.), de tendens tot het ervaren van negatieve gevoelens (angst, spanning, neerslachtigheid).

Ook hoe iemand hiermee *omgaat* is van belang: sociale geremdheid als persoonlijkheidskenmerk, en daaraan gekoppeld, het onderdrukken van de eigen gevoelens / meer passieve copingstrategieën (zoals zich terugtrekken) / het minder geneigd zijn psychologische hulp te zoeken.

De combinatie van deze beide zaken wordt type-D-persoonlijkheid¹⁶ genoemd.

- Meer gezondheidsklachten bij hartpatiënten die hieronder vallen / meer klachten omtrent vermoeidheid / gaat gepaard met depressieve stemming (ook daaromtrent), angstgevoelens, uitputting, neerslachtigheid. Dit geldt, ongeacht de *ernst* van de hartaandoening. Het lijkt er niet op dat dit kan begrepen worden als enkel *een gevolg van* de hartproblemen.
- Samenhang type-D-persh. enerzijds en coronaire aandoeningen en hartfalen anderzijds. (risico tot overlijden in de eerste jaren na de diagnose X 3)
- Mogelijke rechtstreekse verbanden: spanning, angst en neerslachtigheid gaat vaak gepaard met een verstoord hartritme, én met een verhoogd risico op bloedstolsels.
- Cytokines (de boodschappers van het immuunsysteem) werken ontstekingen in het bloedvatstelsel in de hand. Type-D-persh. blijkt samen te hangen met een verhoogde, disfunctionele activiteit van het immuunsysteem bij hartptn.
- Andere verbanden: reactie van het hart- en vaatstelsel op stress / het functioneren van het 'acute-stress-systeem'.
- Mogelijk onrechtstreeks verband via de neiging minder gezond te gaan leven (o.a. minder beweging), via verlaagde therapietrouw en het verzuimen van onderzoek bij klachten.

¹⁴ Aandoeningen/vernaauwing van de kransslagader, waardoor er zuurstoftekort kan ontstaan voor de hartspier. In extremis doet zich een afsluiting voor, wat een hartinfarct tot gevolg kan hebben.

¹⁵ Het hart is niet meer goed in staat om aan de metabole eisen van het lichaam te voldoen.

¹⁶ D staat voor 'distressed'.

DISCUSSIES IN DE CVS-WETENSCHAP

Werkcontext: Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid. (Websites: voor ptn: www.umcn.nl/nkcv/ voor professionals: www.umcn.nl/cv)

'Aanwezigheid van seksueel of ander misbruik' bij procentueel minder CVS-ptn. dan Van Oudenhoven vaststelde. Wel ook bij deze onderzoekspopulatie een relevant verschil met de gezonde controlegroep.

Instandhoudende factoren van vermoeidheid bij CVS

- De overtuiging geen controle te hebben over de klachten versterkt vermoeidheid.
- Sterke lichaamsgerichtheid (aandacht voor vermoeidheid) heeft een neg. effect op vermoeidheid en beperkingen.
- Het toeschrijven van de vermoeidheid aan lichamelijke oorzaken remt de lichamelijke activiteit, wat leidt tot meer beperking, én de vermoeidheid in stand houdt.
- CVS-ptn ervaren doorgaans te weinig sociale steun en weinig erkenning voor hun klachten, wat de ernst van vermoeidheid en beperkingen beïnvloedt. Daarnaast moet gesteld dat ook *veel* aandacht voor de klachten de vermoeidheid mee in stand kan houden.
- Poging 'depressie' mee te nemen in deze lijst van factoren / vooralsnog onvoldoende bewijs.
 - depressie bij voormeting voorspelde een negatief resultaat op vermoeidheid
 - eigen interpretatie van nkcv: mits passende behandeling van de depressie (of een andere psychiatrische problematiek) is CGT even effectief als bij ptn *zonder* deze problematieken.

Van Houdenhoven richt zich op 'omgaan met' als doelstelling, de verandering van levensstijl dus (bvb. het veranderen van een overactieve levensstijl). NKCV erkent dit, maar vindt geen tegenspraak met de mogelijkheid tot volledig herstel. NKCV vindt ook dat men dit perspectief voor ptn. dan ook moet openhouden, omdat men anders de *mogelijkheid* uitsluit. (Eigen bedenking: klopt dit altijd? Moet niet ook overwogen worden wat de impact is van een spreekwoordelijke 'hoge lat' in de behandeling bij mensen bij wie precies 'overactiviteit' een risicofactor is?)

Lumping (benadrukken van de overeenkomsten / helicopter view) of splitting als weg naar betere behandeling?

NKCV pleit voor 'splitting' op sommige vlakken

- Soms lijkt aparte behandeling van de ernstige pijnklachten nodig.
- Verschil tss wenselijke behandeling voor laag-actieve CVS-ptn t.o. fluctuerend-actieve ptn.

WAAROM HET 'VERHAAL' VAN DE CVS-PT BELANGRIJK IS

Het perspectief van van Houdenhove...

Het persoonlijke verhaal dat mensen vertellen wordt niet zelden bekeken als niet ter zake doende, door artsen en onderzoekers: B v H vindt luisteren naar het ziekteverhaal, en naar het bredere levensverhaal waarin de ziekte zich inschrijft, een essentieel onderdeel van de geneeskundige praktijk: diagnostiek, wetenschappelijk onderzoek, behandeling. Dit vindt hij des te meer gelden op het terrein van de psychosomatiek.

Diagnostiek is vaak een kwestie van een opsomming van symptomen. Diagnostische criteria, vindt hij, zijn in de eerste plaats bedoeld voor research. In de klinische praktijk moeten ze sterk

gerelativeerd worden.

Een punt waar we dit duidelijk zien is bv. het volgende: 'postspanningsmalaise' wordt in de diagnostiek van CVS bekeken als een facultatief criterium, terwijl het wellicht één van de sleutelkenmerken is van het syndroom.

Als de clinicus goed naar het verhaal luistert, kan hij doorheen de kenmerken en de ontstaansgeschiedenis van de symptomen een 'rode draad' vinden die hem op het juiste diagnostische spoor kan brengen, een samenhang van klachten en kenmerken' (zie eerder, bij def. C.V.S.). De clinicus kan dan proberen te gaan begrijpen hoe de pt in deze symptoomtrias terecht is gekomen (Eigen ideeën over het ontstaan van de ziekte? Wat is er allemaal aan voorafgegaan?...). Een ander terugkerend gegeven dat in het verhaal kan gehoord worden is de copingstrategie 'steeds blijven doorgaan' (vs luisteren naar de signalen vh lichaam en gas terugnemen): CVS-ptn lijken pas te stoppen wanneer de veerkracht van hun organisme het begeeft.

Nog een ander terugkerend verhaal is dat de lichamelijke klachten pas volop de kop opsteken wanneer de belasting wegviel. (parallel met neurobiologische switch?)

Eén denkspoor: infectieuze etiologie van CVS (strijd van beleivers en non-beleivers). Volgens v. O.: *combinatie* van uitlokkende factoren: virale (en andere) triggers in de context van fysieke en/of psychosociale overbelasting + mogelijke kwetsbaarheidsfactoren van zowel biologische (en genetische) als psychosociale aard, én vroege traumata. / hetzelfde geldt voor herstelbelemmerende en instandhoudende factoren.

Vlgns v. O. kan er dus geen sprake zijn van de dichotome opsplitsing tussen psychiatrische en neurologische CVS (ME).

Op het vlak van het stress-systeem...

Relatieve hypofunctie van de HPA-as (na een lange hyperfunctie – zie vorige paragraaf). Aanname: via gebrekkige gluco-corticoïdsignalering – lichte immuunactivatie, met overmatige productie van pro-inflammatoire cytokines – sensitatie van centrale (???) pijnmechanismen. (Klachten: 'Alles doet pijn.' / griepachtig malaisegevoel / neiging zich terug te trekken).

Het stress-systeem lijkt zijn normale aanpassingsvermogen kwijt te raken.

De therapie beperkt zich momenteel tot symptoomcontrole en aanmoediging om zo goed mogelijk met de eigen beperkingen om te gaan. Cognitieve gedragstherapie en graduele oefentherapie met pacingstrategie¹⁷ lijken duidelijk helpend (verhoging van de cortisolspiegel kan aangetoond worden). Ondersteuning door de belangrijke context is hierbij van groot belang.

Struikelblokken zijn de overactieve levensstijl en vroegkinderlijke traumatische voorgeschiedenis...

Overactieve levensstijl

Onmisbare functie in de psychische economie.

- perfectionisme (bv. in verband te brengen met hun verhouding tot ouders voor wie ze nooit goed genoeg waren, met parentificatie, of met hun 'nood' om emotionele problemen of kwetsbaarheid op afstand te houden, of met zorg voor iedereen, behalve voor zichzelf, met een dwingende situatie – bv. zorg vr kdn na scheiding).

¹⁷ Willen en kunnen dienen beter op elkaar afgestemd, omdat dit een natuurlijk herstelproces kan bevorderen. Ptn moeten zich aanpassen aan verlaagde grenzen – levensstijl en –doelen herbekijken - en die actuele begrenzing na verloop van tijd gaan verleggen.

Moeilijkheid is dat het rechtstreeks aanzetten tot veranderingen in levensstijl pt vaak gespannen mkt, omdat mensen met een perfectionistische levensstijl nu bv moeten accepteren dat zaken aan hun controle ontsnappen, of dat ze niet altijd kn tegemoetkomen aan verwachtingen van anderen.

Trauma

- ... kan leiden tot een kwetsbaarder stress-systeem.

- ... kan leiden tot persoonlijkheidsstoornis (borderline, afhankelijkheid), welke bedoelde gedrags- en levensstijlveranderingen bemoeilijken (Bv zich grenzeloos opofferen als een soort omkering vd eigen gefrustreerde afhankelijkheidsbehoeften). Regelmatig is, gezien de relationele stijl die deze mensen tonen, ook in de therapeutische relatie, een voldoende veilige *holding environment* nodig (residentieel).

INSPANNINGSINTOLERANTIE EN BEWEGINGSTHERAPIE bij fibromyalgie en CVS: een schijnbare paradox

Bewegen is bij die aandoeningen een majeure probleem. Ook hier vinden we dikwijls een strijd in het hulpverleningsveld: zij die bewegen als ziekmakend beschouwen, vs zij voor wie bewegingstherapie een noodzakelijk onderdeel van de behandeling is.

Bewegings- en stressintolerantie (het erger worden van de klachten na inspanning)

Bij gezonde mensen, en bij andere aandoeningen, is beweging eerder bevorderlijk (pijndempend), wat suggereert dat bij CVS en fibromyalgie het centrale pijndempende systeem onvoldoende wordt geactiveerd / uiting vh onvermogen vh lichaam om gepast te reageren op fysieke stress / verlaagde belastbaarheid vh stress-systeem. Hoe is dit te begrijpen?

De rol van stresshormonen

Verminderde functie of uitputting v HPA-as (die in gezonde lichamen door lichamelijke inspanning wordt geactiveerd, wat resulteert in een verhoogde cortisolproductie). Dit zou bij deze aandoeningen niet het geval zijn, terwijl cortisol een pijndempende functie hft.

De rol vd centrale pijnmechanismen

CVS ontstaat vaak na chronische fysieke en/of emotionele uitputting: desinhibitie van serotonergische activiteit en pre- en postsynaptische GABA-neurotransmissie (????) die hier het gevolg van is leidt tot hyperalgesie (????).

Emotionele stressoren activeren de dorsomediale nucleus (????), waardoor pijnfaciliterende banen geactiveerd, en pijninhiberende banen onderdrukt worden.

De rol vh immuunsysteem

Ontregeling vh immuunsysteem bij te zware lichamelijke inspanningen bij CVS. Dit hft ook te maken met de deficiënte HPA-as: verminderde cortisolproductie laat het immuunsysteem gemakkelijk ontsporen.

De rol v psychologische factoren

Gebrekkige aanvaarding, catastroferen, kinesiofobie, somatische hypervigilantie.

Pijn en bewegen

Pijn verergert door teveel beweging / Ook in rust is er pijn

Weefselbeschadiging die ad basis ligt van de meeste vormen van pijn verstoort de afferente propriosensorische informatiestroom naar de hersenen, waardoor de hersenen een onnauwkeurig beeld krijgen van de positie v onze ledematen.

Dezelfde weefselbeschadiging, indien aanhoudend, verstoort het motorische programma dat vanuit de hersenen de musculatuur aanvuurt. Aanhoudende pijn inhibeert de primaire motorische cortex, waardoor er een onvermogen is tot vloeiende en langerdurende bewegingen.

Bewegen als therapie

Al het vorige is nochtans zeker geen absolute tegenindicatie voor bewegingstherapie, noch bij CVS, noch bij fibromyalgie: enkel overdreven inspanning leidt tot malaise. Wat wel helpt is bewegen a lage intensiteit, en het afwisselen van korte periodes van inspanning en rust (ontlasten van het stress-systeem en extra hersteltijd / dit wordt 'pacing' genoemd). Dit is vooral gericht op een vermindering vd symptoomvariatie (????). Dit gaat gepaard aan educatie, stressmanagement, ademhalingskinesi- (of fysio-)therapie.

Pas in een latere fase, wanneer het klachtenpatroon zich stabiliseert, kan er weer aan opbouw gedacht worden (flexibele en stapsgewijs opgebouwde activiteiten- en oefenprogramma's). Pacing blijft belangrijk, om herval te voorkomen.

DE STRESSRESPONS BIJ DEPRESSIEVE STOORNIS EN CVS

Belangrijk onderscheid: de stressor is de negatieve of aversieve prikkel; de respons het geheel van lichamelijke (biochemische, endocrinologische) en psychische (emotionele, cognitieve, gedragsmatige) veranderingen die volgen op het ervaren van een stressor.

Beiden worden vaak met het begrip 'stress' benoemd.

Depressie kan ontstaan na het ervaren van acute, zowel als chronische stressoren. Daarbij komt dat ernstige stressoren in de kindertijd een duidelijke risicofactor vormen voor depressie op volwassen leeftijd.

Depressie is echter niet alleen te begrijpen als 'gevolg van', maar gaat ook gepaard met afwijkingen id *stressrespons*.

Hoewel er ook verschillen zijn (spec. In de verstoorde stressrespons) gaat het voorgaande grotendeels op voor CVS.

De veranderingen in het stress-systeem o.i.v. acute stressoren zorgt, in functie van een beter reageren op de stressor, voor lichamelijke veranderingen: de spiertonus neemt toe, evenals de beschikbaarheid van energie in de vorm van suikers en vetten, en de persoon wordt meer alert.

De HPA-as bij een depressieve stoornis

- (Eerder subtiele) toename van cortisol werd meermaals vastgesteld, gedurende 21 dagen per md, waar dit bij gezonde proefpersonen om een vijftal dagen per maand gaat.

Vroeg trauma betekent via dezelfde weg een verhoogd risico op depressie.

De HPA-as bij CVS

- Verlaagde cortisolafschieding, en, ruimer, verlaagde HPA-as-functie.

Vermoeidheid valt te begrijpen vanuit de functie van cortisol, nl. het zorgen dat er in stress-situaties meer suikers in de bloedbaan vrijkomen. (hetzelfde cortisol zorgt ook voor de onderdrukking van op

stressmomenten minder belangrijke systemen, zoals het voortplantings- en het immuiteitssysteem.

- Ook de verminderde beschikbaarheid van CRH kan voor een verminderde activering van het centrale zenuwstelsel zorgen, en daardoor bijdragen aan klachten van vermoeidheid en pijn.
- Cortisol hft ook een onderdrukkend effect op het immuunsysteem (de HPA-as voorkomt ontsporing van het immuunsysteem.). Verlaagde cortisol kan door verminderde onderdrukking vh immuunsysteem abnormaal sterke inflammatie veroorzaken.

Tegengesteld karakter van de ontregelingen van de HPA-as bij depressie en CVS: verhoogd bij depressie, verlaagd bij CVS. Dit is op zich wat vreemd, gezien beide aandoeningen verschillende voorbeschikkende en uitlokkende factoren delen.

Hypothese omtrent verlaagde HPA-as-functie is de switch-hypothese: onder invloed van chronische stress treedt er bij sommige mensen een omslag op van een initieel verhoogde naar een verlaagde functie van de HPA-as. Dit kan begrepen worden als een uitputting vh stress-systeem na een lange periode van hyperfunctie.

PSYCHONEURO-IMMUNOLOGIE VAN BURN-OUT (hormonale en immunologische aspecten van burn-out)

Stress en cortisol

Normale situatie: niveau in bloed en speeksel stijgt sterk tijdens het eerste halfuur na het ontwaken (Cortisol Awakening Respons).

Cortisolafscheiding vanuit de bijnieren neemt toe in stress-situaties. Cortisol activeert mee de HPA-as (hypothalamus, hypofyse en bijnieren, in die volgorde).

Functie van deze activatie:

- vrijmaken van energie id vorm van glucose; hormonen als adrenaline en noradrenaline zorgen ervoor dat het lichaam klaarstaat om actie te ondernemen (vechten / vluchten / bevriezen).
- onderdrukken van processen die acuut minder van belang zijn: spijsvertering, groei, voortplanting, immuunreacties. (Na zulke stressperiode komt er een herstelperiode waarin de energiebalans weer in evenwicht komt, en de onderdrukte processen weer geactiveerd worden.
- cortisol is tegelijkertijd een antistresshormoon, want deze stof remt de neurotransmitter noradrenaline af. Zonder deze remming kost de werking van adrenaline/noradrenaline het organisme ontzettend veel energie.

Ontregeling o.i.v. chronische stress:

- organisme is in staat van voortdurende activatie.
- onklar zijn van de 'shut-off-reactie' die het stress-systeem inactieveert.

Deze ontregeling kan op termijn een belangrijke factor zijn in het ontstaan van stressgebonden ziekten.

Nochtans gaat chronische stress niet *altijd* gepaard met een verhoogd cortisolniveau, maar net met een verlaagd niveau. Vermoedelijk hft dit te maken met een zelfbescherming vh lichaam, en wordt de cortisolproductie afgeremd, én wordt de gevoeligheid van de receptoren voor cortisol verlaagd. (Dit laatste is wat er wellicht gebeurt bij de omslag of switch van een HPA-as-hyper naar een –hypofunctie (die heel wel gepaard kan gaan met gebrek aan energie en gevoelens van uitputting).

Vraagstelling: depressie gaat in de regel gepaard met hogere cortisolwaarden en een verminderde zelfremmende werking vd HPA-as / CVS en PTS gaan eerder gepaard met een lagere cortisolwaarden en een versterkte zelfremmende werking vd HPA-as. Hoe is dit verschil te begrijpen?

De rol vd HPA-as in burn-out

In burn-out treffen we zowel depressieve gevoelens als vermoeidheidsklachten. Vandaar dat het moeilijk was te voorspellen wat we zouden aantreffen in onderzoek vd HPA-as bij burn-out.

- Bij burn-out bleek een significant lager cortisolniveau na het ontwaken, maar geen verschil in niveau id loop vd dag. (Niet bevestigd in ruimer onderzoek)
- bij burn-out / vermoeidheid / uitputting was er een minder sterke toename in cortisol in het halfuur na het ontwaken. HPA-as lijkt bij die klachten minder te worden geactiveerd na het ontwaken.

Gevolg van ontregelde HPA-as op het immuunsysteem bij burn-out?

Er lijkt heel duidelijk een relatie te bestaan tussen psychosociale stress en het ontstaan en de evolutie van ziektes. Cortisol speelt in de eerste schakels van deze keten vermoedelijk een rol. Cortisol hft een sterk remmende werking oh immuunsysteem. Het immuunsysteem past zich aan door zich meer (in andere situaties van verlaagde cortisolafscheiding net minder) receptief te maken.

Wanneer mensen (en dieren) ziek zijn, zien we gedragsveranderingen (schijnaar uitgelokt door de afgescheiden cytokines, die het immuunsysteem moeten mobiliseren, en de ziekteverwekkers dienen op te ruimen). Bedoelde gedragsveranderingen zijn moeheid, verlies van initiatief, mindere concentratie, zich sociaal terugtrekken, verminderde eetlust. Vaak is er ook koorts en een grotere gevoeligheid voor pijn. Dit alles lijkt gericht op rust nemen, geen energie verspillen, het immuunsysteem zijn werk laten doen.

Diezelfde gedragingen kn w uitgelokt door (sociale) stress-situaties.

We zien heel vergelijkbare effecten...

- ... bij depressie: vooral lusteloosheid
- ... bij CVS: malaisegevoel
- ... bij burn-out: uitputting en een gevoel van afstandelijkheid

Spelen cytokines een rol bij het klachtenpatroon van burn-out? (als burn-out gekenmerkt w door een minder actieve HPA-as, dan zou dit, door een mindere remming vh immuunsysteem, kn zorgen voor een verhoogd cytokineniveau).

Geen eenduidig antwoord od vraag wat er met burn-out immunologisch ad hand is. Wel tonen verschillende studies een ontregeling vd productie v immuunmediatoren, wat in sommige gevallen gepaard gaat met ontregelingen id HPA-as.

Burn-out en hart- en vaatziekten

Een relatie tussen immuunsysteem, burn-out en hart- en vaatziekten, tussen werkstress dus en toegenomen risico voor het ontwikkelen van atherosclerose, is aannemelijk.

In enkele recente studies is een relatie gevonden tss type-D-persoonlijkheid en burn-out. Het idee is dat type-D-personen gevoeliger zijn voor stress, en dat dit diverse lichamelijke gevolgen heeft (*verergering* v hart- en vaatziekten). (Risico op ontstaan van dat soort aandoeningen niet aangetoond.)

VROUWEN EN PSYCHOSOMATIEK

Ondanks de maatschappelijke evolutie naar een zekere gelijkwaardigheid van mannen en vrouwen, zijn ook verschillen – psychologisch, sociaal, biologisch – aanwezig. Ook meer specifiek wat ziekten betreft is dit het geval: ziekterisico's, aard van ziekten, klachtenpresentatie, respons op behandeling en sterftetekansen (gender-based medicine). Grootste verschillen tussen man en vrouw op het terrein van de psychiatrie, maar ook op het terrein van de psychosomatiek zijn die uitgesproken.

Vage en multipale onverklaarde lichamelijke klachten, lichamelijke klachten dus die geheel of gedeeltelijk de lichamelijke presentatie zouden zijn van stress, psychosociale problemen of psychiatrische aandoeningen komen globaal genomen frequenter voor bij vrouwen.

- De wederzijdse beïnvloeding van lichamelijke en het psychische is bij vrouwen complexer: bijv. lichamelijke klachten door hormonale schommelingen in combinatie met psychische problemen (postnatale depressie, postnatale moeheid, premenstrueel syndroom) / Vaker botontkalking, artrose, aandoeningen die psychische gevolgen hebben, die op hun beurt het lichamelijke beïnvloeden.
- Grotere kwetsbaarheid van vrouwen voor stressklachten heeft minstens gedeeltelijk te maken met vrouwspecifieke hormonale invloeden (menstruatie, lactatie, menopauze...), die kan leiden tot fysiologische veranderingen, die op hun beurt lich. symptomen veroorzaken.
- Reacties van hersenen op stress zijn duidelijk seksegedifferentieerd: grotere kwetsbaarheid van vrouwen, vermoedelijk door interacties tussen de HPA-as (hypothalamus – hypofyse – bijnier) en de HPG-as ((hypothalamus – hypofyse – ovaria). Vrouwen zijn bij bedreiging minder geneigd tot een 'fight-flight-respons', maar meer tot een 'tend-and-befriend-respons' (zorg en steun zoeken bij andere vrouwen) – te maken met het hormoon oxytocine, dat algemene ontspanning teweegbrengt, in tegenstelling tot hormonen als testosteron – voor onze vrouwelijke voorouders (zwangerschappen / nabijheid kinderen / borstvoeding) was dit een betere strategie.
- Sociologisch: vrouwen zijn vaker sociaal geïsoleerd, wat de kans op psychosomatische klachten verhoogt / Recent combineren vrouwen meerdere complexe taken / Verband tussen spanningsklachten en relatief lage inkomens van vrouwen / meer somatisatie bij migrantenvrouwen, meer uitgesproken nog bij vrouwen uit het ML-zeegebied (hoofdpijn, rugpijn, duizeligheid, ademhalingsmoeilijkheden, gynaecologische klachten...) – identiteitsverlies, acculturatie, verwijdering uit een hechtere sociale omgeving, sterke afhankelijkheid van de man.
- Meer stress, wat te maken heeft met...
 - multipale rollen, specifieke traumata (seksueel en ander geweld), financiële afhankelijkheid, uitbuiting, lagere status.
 - vrouwen zijn vaak intenser betrokken bij gezinsconflicten, voelen zich vaker schuldig, hebben vaker een negatief zelfbeeld, lijden sterker onder het gevoelde gebrek aan belangstelling van partner.
- Meer alleenstaande oudere vrouwen, en oudere vrouwen die geen steun bij partner vinden.
50 % van de vrouwen boven de zestig jaar heeft geen seksuele partner.

Psychosomatiek bij vrouwen

- Onverklaarde pijn en moeheid
 - eenzaamheid, frustratie, uitzichtloosheid versterken vaak discreet aanwezige somatische factoren (reuma, arthrose...).
 - 60 à 80 % v CVS-ptn zijn vrouwen.
 - Spanningshoofdpijn door stress en door gebrek a activiteit id buitenlucht.
- Conversiesymptomen
 - Komen twee- tot vijfmaal vaker voor bij vrouwen. (Uitingsvormen veranderen: begin vorige eeuw in zwijm vallen en spierconvulsies / nu uitputtings- en pijnklachten)
- Slaapproblemen
 - Meer chronische slaapproblemen en slaapmiddelengebruik.
- Eet- en gewichtsstoornissen (anorexia en boulimia)
 - Komen vaker voor bij vrouwen, steeds jonger / gaan vaak gepaard met alcohol- of medicatiemisbruik.
 - Somatische kwetsbaarheid + slankheidsideaal en psychologische druk tot aanpassing.
- Middelenmisbruik
 - Taboe maakt vraag om hulp moeilijker
 - Leidt bij vrouwen makkelijker tot psychische afhankelijkheid, negatief zelfbeeld en dito verhouding met het eigen lichaam, schuld- en schaamtegevoelens t.o.v. het gezin.
- (Post-)menopauzale klachten
 - Deze fasen, hoewel natuurlijk, w door veel vrouwen als heel negatief ervaren (worden door de farmaceutische industrie bovendien gepathologiseerd, en gemedicaliseerd).
 - Tegelijkertijd is er wèl reële nood aan preventie v potentieel fatale aandoeningen (hartziekte, borstkanker, botontkalking).

Overmatig gebruik v psychofarmaca (X 2 in vgling met mannen)

Redenen

- frequentie van psychische / psychosomatische klachten
- seksistisch voorschrijfgedrag van zowel vrouwelijke als mannelijke artsen (vrouwen: kalmeermiddelen en antidepressiva / mannen: meer sportbeoefening of verandering van job of...)
- idem – reclame voor psychofarmaca toont meer vrouwen, en is vaak schuldaitlokkend (verwaarlozing van familieleden).

Meer miskende somatiek bij vrouwen, en onterechte toewijzing vd klachten a emotionele stress.

Vrouwen moeten hier bewust van gemaakt worden, en bovenal vrouwen die opgevoed zijn in een traditionele vrouwenrol (passiviteit, onderwerping a gezag en externe gebeurtenissen).

Besef is ook belangrijk van de socialisatie die deze zkn kan versterken.

VISIE VAN EEN ERVARINGSDESKUNDIGE

Gevolgen voor ptn van 'oorlog' tussen aanhangers van biomedische en van biopsychosociale model, versterkt door strijd om subsidies. Heel uiteenlopende verklaringen. Hoe die verschillende perspectieven te integreren?

Eigen ervaren van CVS:

- hele organisme lijkt uit evenwicht. Niet precies te duiden waar het precies misliep.

- mogelijk was intense levensstijl mee een factor in het ontstaan van CVS
- hoever kan het verhoopte herstel gaan?
- revolte tegen diagnose (geloof dat er een duidelijker organische verklaring *moet* kunnen gegeven w.)
- moeilijk uit te leggen / moeilijk over te brengen – niet altijd even duidelijk of zichtbaar / onbegrip / w niet zelden begrepen als burn-out of depressie / deze ‘reacties’ w ervaren als bijkomende belasting (wellicht mèt neg. Invloed od gezondheid en op het psychisch welbevinden / neg. Bejegening kan een toename van pijn, van negatieve emoties, en een afname van gezondheidsgedrag veroorzaken), terwijl net sociale steun net gunstig is voor de mentale en fysieke gezondheid, én de gevolgen van negatieve stressoren kan temperen.
- neiging om tegen grenzen (erover?) aan te gaan, met daarna een zware ervaren noodzaak tot recuperatie.
- ervaren spanning tussen neiging te plannen en onvermogen tot activiteit.
- wisselende karakter van de klachten, te begrijpen als signalen vanuit ‘zwakke plekken vh lichaam in een ontregeld organisme’.
- onvoorspelbare prognose en uiteenlopende manieren vd professionals om hier mee om te gaan.
- aandacht zinvol, zowel voor mogelijke oorzaken (levensstijl?) als voor instandhoudende en herstelbelemmerende factoren.
- op de weg naar herstel gaan ptn zich vaak ook belangrijke vragen stellen: foute denkpatronen herevalueren, gezonder gaan eten, warmer omgaan met anderen...

FYBROMYALGIE: GRIP OP ONBEGRIP (Illness Invalidation Inventory)

- Vaststelling: geen instrumenten om onbegrip voor onzichtbare symptomen als pijn en moeheid te meten.
- Instrument ontwikkeld om onbegrip te meten en onderzoek van de samenhang van onbegrip met symptomen, welbevinden en functioneren.

Onbegrip in de ervaring van ptn (rheuma) – belangrijkste categorieën

- geen begrip krijgen
- veroordeeld worden

Vijf potentiële ‘bronnen’

- partner
- familie
- medische wereld
- werkomgeving
- maatschappelijke instanties
 - meer onbegrip oh werk en bij hulpverlenende instanties dan in familie
 - onbegrip id familie w als ernstiger ervaren (verwachting van onvoorwaardelijk begrip)

Ziekten met een duidelijk medisch substraat, levensbedreigende ziekten en ziekten die te genezen zijn staan in groter aanzien dan chronische ziekten met symptomen die minder goed en minder eenduidig met medische middelen te behandelen zijn. Kans op onbegrip w groter bij deze laatste, en

zeker als er geen algemeen erkend pathologisch proces in het lichaam kan worden aangetoond (ontsteking, kanker, weefselschade...).

Samenhang van onbegrip en pijn kan neurologisch gesitueerd worden: anterieure cingulaire cortex, waarvan activatie vrij direct tot toename van pijn leidt, wordt ook geactiveerd bij sociale uitsluiting.

Maatschappelijk perspectief

- betere behandeling zorgt voor mindere zichtbaarheid, maar hierdoor voor een toename van onbegrip.
- idem wat betreft maatschappelijk grotere nadruk op eigen verantwoordelijkheid voor welbevinden en functioneren, wat kan ervaren w als onbegrip als iemand zich hier net niet toe in staat voelt.

Mogelijke gevolgen op sociaal vlak

- pt gaat ziekte verbergen
 - pt gaat zich sociaal isoleren
- ... om sociale verwerping te voorkomen.

Omgaan met sociale verwerping

- individuele kenmerken kunnen een rol spelen: gehechtheid, kwetsbaarheid, zelfvertrouwen, communicatievaardigheden.
- omgeving kan eveneens de onbegripservaring verminderen / dit geldt eveneens voor de ruimere omgeving (veranderingen in regelgeving oh werk / maatschappelijke veranderingen)

EEN ETHISCH-ECONOMISCHE REFLECTIE

Niet te activeren werklozen zijn niet zelden mensen die zich ziek voelen, zonder dat dit voldoende verklaard kan worden. Dit is economisch gezien een probleem in een maatschappij die moeite moet doen om een verzorgingsstaat te blijven.

CVS lijkt de dolgedraaide logica van de maatschappij ah licht te brengen (steeds hoger maatschappelijk ritme sinds de tweede wereldoorlog). Iedereen en alles moet efficiënt zijn. Wie deze ratrace niet aankan riskeert gemarginaliseerd te raken.

Vraagstelling: welk recht op ziekteuitkering kunnen deze mensen laten gelden? Hoever reikt de maatschappelijke solidariteit? Dit dient in deze maatschappij gevat in politieke beslissingen, conclusies na een politiek debat. De intellectueel, de filosoof, de ethicus leveren voorbeeldige redeneringen hieromtrent.

- Martha Nussbaum: iedere mens moet in staat zijn een aantal dingen te doen die fundamenteel zijn ih leven. (gehandicapten moeten hoger onderwijs kunnen volgen en zelfstandig kunnen leven bijv.), ook als ze niet in staat zijn tot het verwerven ve autonoom inkomen. Geluk ziet zij als het zo goed mogelijk kunnen ontplooiën van zijn handelingsmogelijkheden, én ze gaat er van uit dat mensen de kansen die hen geboden worden ook grijpen. Zij staat dus voor onvoorwaardelijke hulp aan mensen (en dieren) in nood.

- John Rawls: ongelijkheid in maatschappij kan, mits die ten goede komt ad zwaksten. Deze positie had immers ieders deel kunnen zijn. Dit neemt niet weg dat wie hard werkt meer zal krijgen dan de anderen. Dit betekent, aldus R., een voldoende motivatie.

- Dworkin, Cohen, Roemer, Arneson: enerzijds zijn er de zaken waar we niet veel impact op hebben (genen, kwaliteit v omgeving, kansen die we krijgen...), anderzijds zijn er de keuzes die we maken, en waarvan we de gevolgen zelf moeten dragen. De maatschappij moet ervoor zorgen dat de middelen waarmee we van start gaan in leven ongeveer gelijk zijn, voor zover het om de *omstandigheden* gaat. Vraag is hoe dit kan opgenomen worden in de organisatie vd sociale zekerheid. (Bijkomend probleem: de grens tussen keuze en gedetermineerdheid is moeilijk scherp te trekken: keuzes bijv. zijn niet enkel individueel, maar ook sociaal bepaald / we hebben onze talenten, maar moeten ze ontwikkelen.)

Als we dit op CVS betrekken, is het niet zo simpel uit te maken of dit 'brute pech' is, dan wel een gevolg van verkeerde opties (bijv. alle grenzen v lichaam negeren, maar is dit dan een persoonlijke optie, dan wel mee bepaald door de omgeving?).

Het eenvoudigste is dat de maatschappij mensen in staat stelt om zich te verzekeren, omdat dit 'brute pech' transformeert in 'option luck'. (zuiver privaat stelsel van ziekteverzekering / denkwijze van bijv. Bush) Probleem hier is dat verzekeringen mensen met een bepaalde handicap of ziekte, en mensen bij wie de aanleg tot bijv. een bepaalde ziekte kan worden vastgesteld, eerder uitsluiten. Daarbij komt dat men over een inkomen moet beschikken om de premies te betalen. Zo bekeken wordt dit een erg hardvochtig systeem: individuele verantwoordelijkheid krijgt hier teveel gewicht, ten koste van het maatschappelijk opsporen van verdrukking en uitsluiting.

Dworkin verdedigt een vrije markt met correcties. Hij verdedigt een hypothetische verzekering: markten bevoordelen diegenen met hogere inkomens, en mensen schatten vaak onvoldoende de risico's tot bepaalde ziektes in, en verzekeren zich dan te weinig. (Mensen houden alleen rekening met risico's waarmee zij geconfronteerd worden in hun onmiddellijke omgeving). Een rechtvaardige toewijzing van middelen naar en in de gezondheidszorg is er theoretisch één die goed geïnformeerde mensen door individuele keuzes zouden maken binnen een rechtvaardige maatschappij, wat uiteraard niet de werkelijkheid is. Vraag is dan nog hoeveel mensen in die omstandigheden als premie voor de verzekering tegen allerlei risico's, zonder te weten of zij zelf door bijv. een bepaalde ziekte zullen getroffen worden.

Dworkin pleit voor een sociale verzekering waarbij iedereen verplicht aangesloten moet zijn. Maatgevend voor de omvang v het verplichte verzekeringspakket zijn de keuzes die mensen in genoemde hypothetische situatie gemiddeld zouden maken. Vraag is of een goed werkend systeem op zulke rationele manier kan gebeuren. Zou dit een betere leidraad zijn voor een sociaal beleid? Auteur pleit eerder om lijnen te laten trekken door een panel van experts die dit soort gedachtengangen als inspiratiebron kunnen gebruiken.

EEN VERZEKERINGS-GENEESKUNDIG PERSPECTIEF

Onverklaarde, functioneel-lichamelijke klachten zijn een hedendaagse epidemie. Dit verdient aandacht: het kan niet weggemaakt worden met de bedenking 'zit het niet allemaal tussen de oren?', en de maatschappelijke kost is zeer hoog.

Het is belangrijk om tot meer consensus te komen...

- ... omtrent alle meespelende lichamelijke en psychosociale factoren en het te volgen therapeutische

beleid.

- ... omtrent de medisch-sociale erkenning van ptn met functioneel-somatische aandoeningen.

Geen financiering van een gestructureerde, multidisciplinaire samenwerking. (Bijv. nog steeds geen erkenning van psychotherapie, wat bovendien de indruk wekt dat iedereen psychotherapeut kan zijn)

Consultvoering id doorsnee huisartspraktijk is niet geschikt.

Mensen met functioneel-somatische aandoeningen verwachten vaak dat hun ongemakken zuiver medisch benaderd worden, reden om niet al te haastig te interveniëren op de door de professional(s) veronderstelde onderliggende oorzaken. Dit gebeurt nochtans nog vaak, met als resultaat dat mensen zich dikwijls onbegrepen voelen, gaan 'shoppen', verglijden ie pseudo-wetenschappelijk discours.

Auteur pleit voor samenwerking ie multidisciplinair netwerk tss huisarts, psychotherapeut en/of kinesi-/fysiotherapeut, met gebruikmaking van 'klinimetriscche' strategieën¹⁸. Voorwaarde is RIZIV-erkenning van psychotherapeuten (vergoeding voor de professional / betaalbaarheid voor de pt).

Onbegrepen voelen / scepticisme van artsen / onduidelijkheden in de beeldvorming, en id sociale ziekterol.

Moeten patiënten met functioneel-somatische aandoeningen medisch-sociaal erkend worden?

Het gaat over een erg invaliderende ziekte-toestand

Velen voelen zich onbegrepen

Scepticisme v vele artsen

Onduidelijkheid vd ziekte maakt toegang tot de gezondheidszorg weinig vanzelfsprekend

Onverzoenbare kennisconstructies omtrent CVS en fibromyalgie en de daarbij horende polarisatie tussen wetenschappelijke scholen, wat tot argwaan tss behandelaars onderling en tss behandelaars en verzekeringsartsen leidt. Ptn vragen dikwijls onbeperkte toegang tot ziekte-uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid en terugbetaling van alle gezondheidszorgen, ook die waarvoor geen medische evidentie bestaat.

Verzekeringsartsen, die peilen naar restmogelijkheden en v ptn 'good patientship' en participerende inzet, w vaak zeer negatief bekeken (onbegrip, klachten niet ernstig nemen, geen uniform beleid). (Verzekeringsgeneeskunde richt zich wèl meer en meer op als realistisch ingeschatte herstelmoghn i.p.v. op vermindering met 2/3 van verdienmoghn)

Gevolgen zijn: ptn verliezen de weg in klassieke en alternatieve geneeskunde / fight for rights door zorgverleners en ptn-verenigingen / verstarring vd houding v verzekeringsartsen / splitsing dus en reductionisme. Dit alles komt het welzijn vd pt uiteraard niet ten goede. Een zinvolle verzekeringsgeneeskunde is slechts mogelijk binnen een participerende verhouding tussen zorgverleners, arbeids- en verzekeringsgeneeskundigen.

Van Houdenove stelt voor dat onderzoek zich zou toespitsen op de functionele mogelijkheden en beperkingen, met als bedoeling zicht op 'illness, disease and disability' (???), en op de balans 'beperkingen – restmogelijkheden'.

¹⁸ Fava GA, Sonino N. Psychosomatic assesment. Psychother Psychosom 2009;78:333-41.

Methoden:

- een grondig interview (wat kan pt nog? Wat niet? Zijn gerapporteerde beperkingen coherent?)
- psychometrische testing (???)
- functioneel bilan, mentaal-cognitief en fysiek (???)

Voorstellen vd auteur

- intensieve samenwerking tss veldwerkers, experts v universiteiten / communicatie m beleidvoerders, socialeverzekeringsmaatschappijen, het RIZIV, politici, met als doel het mogelijk maken van een gemeenschappelijk beleid op vlak v ziektevergoedingen en professionele revalidatie.
- een nationale studiegroep als gestructureerd discussie- en expertplatform van klinici en onderzoekers, het Federaal Kenniscentrum en diverse maatschappelijke actoren.
- 'stressziektecommissaris'

Uiteindelijk doel hiervan is uiteraard ptn te helpen optimaal te functioneren id maatschappij, rekening houdend met hun moghn en beperkingen.