

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Persistente somatische klachten

Nieuwe inzichten vanuit de dialoog met de neurowetenschappen

PATRICK LUYTEN

De relatie tussen psychoanalyse en neurowetenschappen wordt op dit ogenblik gekenmerkt door drie trends. Ten eerste is er heel wat epistemologisch onderzoek naar de mogelijkheden en valkuilen van de dialoog tussen psychoanalyse en neurowetenschappen. Deze literatuur is belangrijk, aangezien ze implicaties heeft zowel voor onderzoek (bijvoorbeeld door te wijzen op het gevaar van reductionisme) als voor de praktijk (bijvoorbeeld omdat ze het belang duidelijk heeft gemaakt van complexe interacties tussen biologische en psychologische factoren).

Ten tweede wenden een aantal auteurs neurowetenschappelijke bevindingen aan om klassieke en vooral freudiaanse psychoanalytische assumpties te onderbouwen. Hoewel niet zonder merites, is deze literatuur terecht sterk bekritiseerd, ook vanuit psychoanalytische hoek (Blass & Carmeli 2007). De strekking ervan is immers vooral: 'Zie je wel: Freud/de psychoanalyse had gelijk.' Dit levert niet alleen erg weinig nieuws op voor de klinische praktijk, maar leidt ook tot dogmatisme.

Ten slotte heeft de dialoog tussen psychoanalyse en neurowetenschappen geleid tot veel nieuw onderzoek op het raakvlak van beide domeinen. Dit onderzoek heeft onmiskenbaar belangrijke gevolgen voor de klinische praktijk. Dit artikel bespreekt recente evoluties in dit domein op het gebied van functioneel somatische stoornissen (fss): stoornissen waarbij persistente somatische klachten centraal staan. Het uitgangspunt van deze bijdrage is dat neurowetenschappelijke bevindingen geleid hebben tot aanzienlijke veranderingen in psychoanalytische opvattingen over fss, waardoor er op dit ogenblik een hernieuwde aandacht is voor deze opvattingen in een domein dat tot nog toe vooral gekenmerkt wordt door medicamenteuze, gedragsmatige en rehabilitatieve benaderingen. Vroegere psychoanalytische opvattingen over het ontstaan van persistente somatische klachten en de behandeling ervan bleken immers te simplistisch. Het conversiemodel, dat ondertussen flink is bijgestuurd (Fotopoulou e.a. 2012), is daar een voorbeeld van. Dit geldt ook voor theorieën over verbanden tussen specifieke 'psychosomatische' aandoenin-

gen (de ‘psychoanalytische zeven’) en specifieke intrapsychische conflicten (Alexander 1950), die nu eerder lezen als slechte fictie dan als wetenschap. Ook zogenaamde problemen met symboliseren en alexithymie (Marty & de M’Uzan 1963; Sifneos 1973) blijken niet uniek te zijn voor deze patiëntengroep aangezien ze veeleer samenhangen met gehechtheidstrauma en dus bij vele aandoeeningen voorkomen (Luyten e.a. 2012; 2013). Problematisch in al deze theorieën was het gebrek aan dialoog met de neurowetenschappen en daaraan gekoppeld een gebrek aan systematisch onderzoek, kenmerkend voor de ‘not so splendid isolation’ van de psychoanalyse tot voor kort.

In deze bijdrage ga ik eerst kort in op FSS. Vervolgens schets ik de groeiende inzichten in FSS vanuit de dialoog tussen psychoanalyse en neurowetenschappen. Ten slotte ga ik dieper in op de vertaling van deze inzichten naar behandeling. Dit laatste is erg belangrijk, aangezien lang werd aangenomen dat deze patiënten niet of zeer moeilijk te behandelen zijn met psychoanalytische therapie (Sifneos 1977). Recente meta-analyses laten echter positieve resultaten zien bij deze patiëntengroep — op voorwaarde van aanpassing van het kader en technieken (Abbass e.a. 2009a; Koelen e.a. 2014). Het is ook belangrijk op te merken dat niet al deze patiënten langerdurende therapie nodig hebben. Zo vonden Abbass en collega’s dat gemiddeld 3,8 sessies van kortdurende psychodynamische therapie bij patiënten met ‘medisch onverklaarde klachten’ zoals abdominale pijn leidden tot een daling van spoedopnames in het daarop volgende jaar met maar liefst zeventig procent (Abbass e.a. 2009b). Creed, Guthrie en collega’s toonden de effectiviteit en kosteneffectiviteit aan van acht sessies kortdurende interpersoonlijke psychodynamische therapie bij het prikkelbarredarmsyndroom (Francis e.a. 2003). Daarnaast is er ook groeiende evidentie voor de effectiviteit van langerdurende psychodynamische behandeling bij meer complexe problematiek (Beutel e.a. 2008; Koelen e.a. 2014). Dergelijke langerdurende interventies zijn wellicht vereist bij chronisch en ernstig geïnvaleerde patiënten, gezien de problematische overdracht-tegenoverdrachtrelaties, comorbide persoonlijkheids- en relationele problemen en een invaliderende sociale context die deze patiënten kenmerkt als gevolg van een jarenlang slepende problematiek. Maar ook hier is een actievere en meer steunende aanpak vereist: klassieke psychoanalytische therapie met een sterk accent op vrije associatie, inzicht en neutraliteit van de therapeut is eerder schadelijk dan helpend zoals we zullen zien (Luyten e.a. 2013).

¶ *Patiënten met persistente somatische klachten*

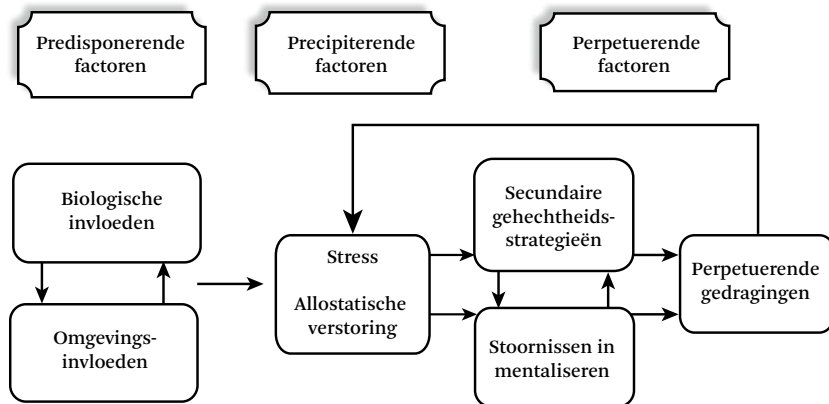
Patiënten met persistente somatische klachten worden vaak gelabeld als ‘psychosomatisch’ of ‘somatoform’. Deze labeling is problematisch aangezien ze onterecht suggereert dat psychologische factoren de hoofdrol spelen in deze stoornissen. Ze roepen bovendien ook en terecht veel weerstand op bij patiënten, aangezien ze vaak gebaseerd zijn op ondertussen achterhaalde visies op

mind-body-interacties die de realiteit van biologische verstoringen bij deze patiënten ontkennen. De term ‘medically unexplained syndromes’ (MUS) is om dezelfde reden ongelukkig. De DSM-5 gebruikt nu het meer beschrijvende ‘somatic symptom disorder’ (SSD). De term ‘persistente somatische klachten’ of FSS is misschien te verkiezen, aangezien deze klachten, wat ook hun origine is, samenhangen met duidelijke functionele disregulaties van biologische en subjectieve pijn- en vermoeidheidsregulatiesystemen die in sommige patiënten persistent worden.

Elke medische specialiteit lijkt zijn ‘eigen’ FSS te hebben: chronisch vermoeidheidssyndroom (interne geneeskunde); fibromyalgie (reumatologie); prikkelbare darmsyndromen (gastro-enterologie); abdominale pijn (gynaecologie); chronische pijn in de borst (cardiologie); spanningshoofdpijn (neurologie), enzovoort (Wessely & White 2004). Er is echter steeds meer wetenschappelijke evidentie dat deze syndromen deel uitmaken van een spectrum van FSS zoals bijvoorbeeld blijkt uit genetische aggregatiestudies (Lacourt e.a. 2013).

¶ *Werkmodel van FSS*

Figuur 1 vat de belangrijkste elementen van een integratief theoretisch model van FSS samen (Luyten e.a. 2012; 2013).



FIGUUR 1:

Functioneel Somatische Stoornissen vanuit gehechtheids- en mentalisatieperspectief

► **PREDISPONERENDE FACTOREN** Over predisponerende factoren is in feite nog niet zo veel bekend door een gebrek aan prospectief onderzoek, wat ons noopt tot bescheidenheid. Vroege en latere negatieve levensgebeurtenissen spelen echter wellicht een rol bij een subgroep van patiënten. Het gaat daarbij

meestal om emotioneel misbruik en verwaarlozing, eerder dan meer <manifeste> vormen van misbruik, zoals seksueel misbruik (Kempke e.a. 2013). Maar ook genetische factoren en hun invloed op het zich ontwikkelende stresssysteem in relatie tot immunologische en pijnverwerkende systemen zijn wellicht belangrijk (Lupien e.a. 2009). Er is hierbij vooral aandacht voor zogenaamde gen-omgevingsinteracties, waarbij bepaalde genen, betrokken in stressregulatie en gehechtheid, in interactie met omgevingsfactoren leiden tot verhoogde kwetsbaarheid (gen-omgevingsinteracties), dan wel dat een bepaalde genetische aanleg actief een bepaalde maladaptieve context mee creëert en/of in stand houdt (gen-omgevingscorrelaties). Ten slotte is er op dit ogenblik veel aandacht voor mogelijke epigenetische mechanismen bij FSS, waarbij de expressie van bepaalde genen betrokken bij stressregulatie en gehechtheid wordt beïnvloed door (chronische) stressoren.

Zowel dier- als menssonderzoek toont aan dat vroege negatieve levenservaringen in interactie met genetische factoren een vaak blijvende negatieve impact hebben op de ontwikkeling van de hypothalamus-hypofyse-bijnieras (HPA-as) en het sympatho-adrenomedullair systeem (SAM-systeem), het immuunsysteem en neurale circuits die betrokken zijn in de regulatie van emoties en pijn. Hierdoor ontstaat een verhoogde kwetsbaarheid voor een brede waaier van zowel psychiatrische en somatische aandoeningen alsook voor FSS (Lupien e.a. 2009; Van Houdenhove & Luyten 2007).

Gehechtheidsrelaties spelen een centrale rol in deze context, aangezien het zich ontwikkelende stresssysteem intrinsiek verbonden is met het gehechtheidssysteem. Veilige gehechtheidsrelaties fungeren immers als <stressbuffer> en leiden tot adaptieve hypoactiviteit van de HPA-as. Onveilige gehechtheidsrelaties daarentegen, leiden typisch tot hyperactivatie van de HPA- en SAM-systemen, waardoor men in een voortdurende <fight-flight>-toestand terechtkomt, gekenmerkt door biologische en subjectieve hyperalertheid. Door de <wear-and-tear> van een dergelijke chronische hyperactivering volgt op langere termijn vaak een <crash> van het biologische stresssysteem met een cascade van subjectieve en immunologische gevolgen zoals we die vaak zien bij patiënten met chronische pijn- en uitputtingssyndromen. Dat verklaart ook de subjectieve ervaring van deze patiënten: ze willen nog, maar kunnen echt niet meer (Van Houdenhove & Luyten 2010).

► **PRECIPITERENDE FACTOREN** Precipiterende factoren ontstaan vaak in een periode van ernstige fysieke en/of emotionele overbelasting waarbij men betrokken geraakt in negatieve interpersoonlijke cycli (Luyten e.a. 2013). Het gaat hier om veel meer dan het <intrapsychische> conflict dat door <conversie> op symbolische wijze wordt geuit uit de klassieke psychoanalytische opvattingen of een <deficit> in het symboliseren van emotionele toestanden die zich dan <enkel kunnen tonen in somatische klachten>. Wat mag die <conversie> dan wel inhouden? Geloven we echt dat het <lichaam spreekt> doordat het <affectbe-

drag' van bepaalde voorstellingen wordt 'geïnvesteed' in het lichaam? Dit is duidelijk een model dat niet meer in overeenstemming is met onze huidige kennis van de neurobiologie. Zoals hierboven beschreven, gaat het meestal om langdurige uitputting van het biologische stresssysteem door een voortdurend falen van effectieve regulatie van emoties en stress in combinatie met een belastende context, wat op lange termijn aanleiding kan geven tot een subjectieve én biologische crash (Van Houdenhove & Luyten 2009).

Het eigene van een psychoanalytische insteek op deze thematiek is, dat gekeken wordt naar de psychische dynamiek die hierbij betrokken is. Twee gerelateerde aspecten zijn hierbij van belang. Onderzoek toont in dit verband ten eerste de cruciale rol aan van zogenaamde *secundaire gehechtheidsstrategieën*; dit zijn grotendeels onbewuste strategieën die automatisch geactiveerd worden wanneer men te kampen heeft met het voortdurend falen van emotie- en stressregulatie. Deze strategieën leiden, ten tweede, ook tot een toenemend *verlies van het vermogen tot mentaliseren*; dit is de capaciteit om zichzelf (inclusief het eigen lichaam) en anderen te (blijven) begrijpen in termen van interne mentale toestanden, zoals gedachten, gevoelens en verlangens (zie figuur 1) (Luyten e.a. 2013).

► **SECUNDAIRE GEHECHTHEIDSSTRATEGIEËN** Wat schematisch kan men twee secundaire gehechtheidsstrategieën onderscheiden: gehechtheidshyperactiverende en gehechtheidsdeactiverende. Zoals de termen aangeven, leiden de eerste typisch tot een aanklappen van anderen in een poging om effectieve (co)regulatie van emoties mogelijk te maken, maar met een onderliggende en vaak toenemende overtuiging dat anderen hierin niet zullen slagen. Het tweede type gehechtheidsstrategie leidt tot het tegendeel en geeft typisch aanleiding tot compulsieve autonomie: men moet en zal alles alleen doen, vanuit de meestal toenemende overtuiging dat anderen toch niet te vertrouwen zijn. Beide strategieën zijn tamelijk adaptief op korte termijn, aangezien ze het psychisch evenwicht aanvankelijk lijken te herstellen, maar op de lange termijn geven ze aanleiding tot vicieuze interpersoonlijke cirkels aangezien ze leiden tot toenemende irritatie bij en verwerping door anderen, inclusief professionals (zie verder). Onderzoek laat zien dat dergelijke premorbide gehechtheidsproblematiek aanwezig is bij een subgroep, maar zeker niet bij alle FSS-patiënten. Dat hoeft ook niet: eenieder die geconfronteerd wordt met chronische pijn- en vermoeidheidsklachten schakelt meer en meer over op secundaire gehechtheidsstrategieën. Ze kunnen dus eerder het gevolg dan oorzaak zijn, of erdoor versterkt worden bij premorbide gehechtheidsproblematiek (Luyten e.a. 2013). Hetzelfde geldt overigens voor het verlies van de capaciteit tot mentaliseren.

Vooral *gehechtheidsdeactiverende* strategieën komen vaak voor bij patiënten met FSS. De patiënt ontkent het belang van gehechtheidsrelaties en in de lijn daarvan emoties en relaties, en houdt compulsief vast aan de eigen autonomie

en controle (‘Ik heb nooit iemand nodig gehad, ik heb het altijd alleen gekund’). Dit hangt typisch samen met een erg kritische attitude tegenover (professionele) hulp en het ontkennen van de ernst of invloed van negatieve ervaringen en stress (‘Dat raakt mij niet’). Onderzoek vanuit psychodynamische hoek heeft aangetoond dat gehechtheidsdeactiverende strategieën vaak tot uiting komen in zelfkritisch perfectionisme (Luyten e.a. 2011), gekenmerkt door een maladaptieve combinatie van hoge persoonlijke standaarden en doelen, gekoppeld aan een sterke zelfkritiek. Ontwikkelingspsychologisch ontstaat deze dynamiek door identificatie met hoge eisen van primaire verzorgingsfiguren en/of als een (defensieve) reactie op vroegkinderlijke negatieve ervaringen (bijvoorbeeld gepest of uitgesloten worden) om op die manier minderwaardigheidsgevoelens te compenseren door een overmatige focus op prestatie. Ferenczi (1919) had het in deze context al over de ‘zondagsneurose’: ontspannen is een hel, men heeft altijd het gevoel dat men iets nuttigs moet doen.

Typisch voor een andere subgroep van patiënten met FSS is het gebruik van *gehechtheidshyperactiverende* strategieën. In een poging om stress te coreguleren zoeken ze op overmatig claimende wijze hulp en geruststelling bij anderen, wat kan leiden tot ‘idealisatie-denigratie’-cycli in (hulpverlenings)relaties (Luyten e.a. 2013). Dit is vooral het geval bij patiënten met *gedesorganiseerde gehechtheid*, die gekenmerkt wordt door een snelle afwisseling van gehechtheidshyperactiverende en -deactiverende strategieën; deze patiënten kennen meestal een geschiedenis van ernstig trauma en comorbide persoonlijkheidsproblematiek.

► **VERLIES VAN DE CAPACITEIT TOT (BELICHAAMDE) MENTALISATIE** Het overmatig gebruik van secundaire gehechtheidsstrategieën hangt ook samen met een gradueel toenemend verlies van mentalisatie. Traditioneel verbonden psychodynamische opvattingen persistente somatische klachten met moeilijkheden met het beschrijven en differentiëren van emoties en gevoelens. Stress en gevoelens zouden enkel geuit kunnen worden ‘via het lichaam’ (Marty & de M’Uzan 1963). Sifneos sprak in dit verband van ‘alexithymie’, wat letterlijk ‘zonder woorden voor emoties’ betekent (Nemiah & Sifneos 1970).

Er zijn echter tal van redenen waarom inzichten in de *embodied mind* hebben geleid tot een precisering terzake en we er daarom goed aan doen om vroegere opvattingen hierover te verlaten. De belangrijkste reden wellicht is dat slechts een kleine groep van FSS-patiënten duidelijk alexithyme kenmerken vertoont. Zo vonden Pedrosa Gil en collega’s bijvoorbeeld dat slechts tweentwintig procent van de patiënten met somatoforme stoornissen (Pedrosa Gil e.a. 2008a) en slechts vijftien procent van de patiënten met fibromyalgie (Pedrosa Gil e.a. 2008b) klinisch verhoogde niveaus van alexithymie vertonen. Ten tweede is alexithymie vooral gerelateerd aan ernstige gehechtheidsproblematiek en negatieve vroegkinderlijke ervaringen (Waller & Scheidt 2006) en

dus zeker niet specifiek voor patiënten met FSS. Ten derde is <alexithymie> niet noodzakelijk een stabiele persoonlijkheidstrekk, maar vaak situatie- en symptoomgebonden. Problemen met reflecteren over het eigen lichaam, het zelf en relaties beginnen vaak pas op het ogenblik dat de klachten ontstaan of worden erdoor versterkt. Vele patiënten zijn wel degelijk in staat tot het doorvoeld beschrijven van relaties én ze kennen ernstige gevoelens van depressie en angst. Dit is niet te verzoenen met de hypothese van alexithymie en <enkel kunnen spreken via het lichaam>. Dergelijke <deficits> zijn dan ook vaak veel specifieker en bij heel wat patiënten eerder het *gevolg* van de <aanval> die persistente lichamelijke klachten doen op het eigen lichaam en op de capaciteit tot mentaliseren, vooral met betrekking tot het geleefde lichaam. Dergelijke ongrijpbare klachten activeren heel wat paranoïde-schizoïde fantasieën, een <intern object> dat hen van binnenuit bedreigt en aanvalt. Ten vierde verliezen vele van deze patiënten zich in hypermentaliseren (zie verder) (Luyten e.a. 2013): lange verhalen over zichzelf en/of anderen doorspekt met gedetailleerde beschrijvingen van gevoelens en relaties — allesbehalve een indicatie van <alexithymie>.

Het concept <(belichaamde) mentalisatie> laat een meer verfijnde conceptualisering toe die beter empirisch onderbouwd is en ook therapeutisch meer aangrijpingspunten biedt (Luyten e.a. 2012; 2013). Ten eerste is mentalisatie een *multidimensioneel* concept en is het duidelijk dat patiënten met FSS vaak vrij goed zijn in het *cognitief* begrijpen van mentale toestanden, maar dikwijls problemen hebben met het *ffectief* doorvoelen ervan, vooral als de klachten intens zijn. Ten tweede zijn patiënten met FSS vaak <off-line> goed in staat te reflecteren over klachten en hun impact op henzelf en relaties, maar lukt dit onder toenemende stress niet meer. Dit leidt, ten slotte, tot de activering van zogenaamde prementaliserende modi: modi van het begrijpen van het (belichaamde) zelf en anderen die ontwikkelingspsychologisch de capaciteit tot mentaliseren voorafgaan. Het gaat dus om normale deelaspecten van mentaliseren die bij deze patiënten het denken en voelen echter vaak volledig gaan domineren wanneer ze focussen op hun klachten. Patiënten schakelen dan vaak over op de *teleologische modus*: hierbij is er een erkenning van mentale toestanden, maar enkel als ze veroorzaakt worden door <objectieve> feiten. De enige <echte> oorzaak van hun klachten moet een biologische factor (bijvoorbeeld een virus, bacterie) zijn. Het lichaam verwordt aldus tot een (disfunctionerende) machine, vandaar het excessief vasthouden aan en zoeken naar biologische theorieën bij vele van deze patiënten. Dit leidt vaak tot een vruchteloze discussie tussen patiënt en behandelaar (ook als die behandelaar zwijgt zet de patiënt intern die discussie verder!), wat aanleiding geeft tot meer weerstand en vaak drop-out. Zoals hieronder in meer detail besproken wordt, is een actieve en validerende houding gericht op het herstel van mentaliseren veel effectiever.

De *psychische-equivalentie*-modus leidt tot het gelijkstellen van gedachten en de realiteit: 'Wat ik denk is waarheid', er is geen ruimte voor het 'spelen met gedachten' en andere perspectieven. Psychische en fysieke pijn zijn hetzelfde. Neurobiologisch onderzoek toont in deze context inderdaad aan dat er gemeenschappelijke neurale circuits betrokken zijn bij psychische en fysieke pijn: 'Rejection literally hurts' (Eisenberger e.a. 2003), wat in de psychische-equivalentiemodus letterlijk als pijn aanvoeld wordt.

Zoals gezegd kenmerkt niet alleen hypomentaliseren FSS-patiënten, maar doen ze ook het omgekeerde. In de *alsof*-modus ('pretend modus') verliest de patiënt zich in hypermentaliseren: eindeloze verhalen, die geen enkele relatie nog hebben met de realiteit en die de indruk kunnen wekken dat men therapeutisch goed werkt levert, maar slechts 'lege opvulling' zijn.

Ten slotte leiden deze prementaliserende modi typisch tot een constante druk tot *re-externalisatie van ongementaliseerde aspecten van het zelf* ('alien-self'- of 'vreemde-zelfaspecten', traditioneel omschreven als 'projectieve identificatie'). Deze ongementaliseerde aspecten 'gulpen eruit' en leggen de *psyche* en vaak ook het *lichaam* van anderen in de omgeving (inclusief de therapeut) lam. Vooral bij patiënten met ernstige gehechtheidsproblematiek uit zich dit ook in tal van risicogedragingen, zoals verstoord eetgedrag, seksueel risicogedrag, automutilatie en een sterk verhoogde kans op (seksuele) revictimisering in een poging deze aspecten te controleren (Luyten e.a. 2013).

¶ *Perpetuerende factoren*

De hierboven beschreven combinatie van overmatig gebruik van secundaire gehechtheidsstrategieën en mentalisatieproblemen geeft ten slotte aanleiding tot gedragingen die klachten bestendigen (overactiviteit, ongezonde levensstijl, frenetieke pogingen zelfwaarde aan te tonen door over eigen grenzen te gaan), versterkt door intrapsychische (ruminatie, catastrofen) en relationele (toenemende gevoelens van onbegrip, idealiseren/denigreren) problemen die hierdoor volgen. Hierdoor neemt het gevoel geen controle meer te hebben over gevoelens nog meer toe, wat een vicieuze cirkel teweegbrengt in een poging deze gevoelens te reguleren (zie figuur 1).

¶ *Implicaties voor de behandeling*

De meeste van deze patiënten doen het erg slecht in meer traditionele langerdurende psychoanalytische therapie. Vooral wanneer therapeuten neutraliteit sterk beklemtonen en uitgaan van inzichtgevende capaciteiten die eenvoudigweg niet aanwezig zijn door de 'fight-flight'-toestand waarin de patiënt zich bevindt, haken patiënten af en kunnen iatrogene effecten ontstaan (Luyten & Abbass 2013). Eerder dan aan te nemen dat de 'patiënt nog niet klaar is voor therapie' of 'het ongelijk of de onmacht van de therapeut wil aantonen en

daarom stopt › (stellingen die nogal eens geventileerd worden), is het kader verantwoordelijk voor drop-out. Zoals we eerder zagen is het ook niet omdat de patiënt in therapie blijft, dat er sprake is van verandering; vooral ernstige patiënten › nestelen › zich vaak in een regressieve sadomasochistische positie in een langdurende therapie.

Het integratieve Dynamische Interpersoonlijke Therapie (DIT) model vormt een goed voorbeeld van het belang van veranderingen in kader en techniek in contemporaine psychodynamische behandelingen (Luyten e.a. 2012; 2013). DIT is een kortdurende (zestien sessies) psychodynamische therapie; voor ernstiger geïnvalideerde patiënten is er een variant met vijftientig tot veertig sessies. Binnen DIT is de therapeut veel meer actief en validerend; het kortere tijdsbestek activeert de patiënt en voorkomt het gevoel zich te verliezen in de amorfe eindeloosheid van therapie zonder tijds kader. Vooral in de beginfase is er veel meer aandacht voor het valideren van de patiënt en zijn of haar ziekte-theorie en voor het engageren van de patiënt tot therapie. Daarnaast is er een vroege focus op de eventuele angsten die therapie met zich meebrengt, angsten die bij deze patiënten vaak leiden tot drop-out als ze niet open besproken worden. Directieve interventies worden gebruikt om veranderingsprocessen actief te ondersteunen, aangezien patiënten zeker initieel de reflectieve capaciteiten missen om zelf › broaden-and-build ›-cycli in gang te zetten.

¶ *Discussie en conclusies*

De toenemende dialoog tussen psychoanalyse en neurowetenschappen heeft geleid tot aanzienlijke veranderingen in zowel de conceptualisering als de behandeling van patiënten met FSS vanuit psychoanalytische hoek. De toekomst zal wellicht nog meer veranderingen brengen en zo hoort het ook. Vooral ontwikkelingen in de epigenetica en interdisciplinair onderzoek naar de *embodied mind* zijn veelbelovend voor deze patiëntengroep en hun behandelaren aangezien de huidige › evidence-based › behandelingen voor een aanzienlijk deel van deze patiënten ontoereikend zijn, vooral op lange termijn.

Literatuur

- ABBASS, A., CAMPBELL, S., MAGEE, K. & TARZWELL, R. (2009b). Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms — Preliminary evidence from a pre-post intervention study. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 11, 529-534.
- ABBASS, A., KISELY, S. & KROENKE, K. (2009a). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265-274.
- ALEXANDER, F. (1950). *Psychosomatic medicine, its principles and applications*. New York: Norton.
- BEUTEL, M., MICHAL, M. & SUBIC-WRANA, C. (2008). Psychoanalytically-oriented inpatient psychotherapy of somatoform disorders. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36, 125-142.
- BLASS, R.B. & CARMELI, Z. (2007). The case

- against neuropsychanalysis — On fallacies underlying psychoanalysis' latest scientific trend and its negative impact on psychoanalytic discourse. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 19-40.
- EISENBERGER, N.I., LIEBERMAN, M.D. & WILLIAMS, K.D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302 (5643), 290-292.
- FERENCZI, S. (1919). Sonntagsneurosen. In S. Ferenczi (red.), *Bausteine zur Psychoanalyse. Band II: Praxis* (p. 178-184). Bern: Hans Huber.
- FOTOPOULOU, A., PFAFF, D. & CONWAY, M.A. (2012). From the couch to the lab — Trends in psychodynamic neuroscience. Oxford: Oxford University Press.
- FRANCIS, C., LAKSHMI, F., ELSPEETH, G., STEPHEN, P., JOY, R., E.A. (2003). The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 124, 303-317.
- KEMPKE, S., LUYTEN, P., CLAES, S.J., VAN WAMBEKE, P., BEKAERT, P., GOOSSENS, L. & VAN HOUDENHOVE, B. (2013). The prevalence and impact of early childhood trauma in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 664-669.
- KOELEN, J.A., HOUTVEEN, J.H., ABBASS, A., LUYTEN, P., EURELINGS-BONTEKOE, E.H., E.A. (2014). Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder — Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 204, 12-19. doi: 10.1192/bjp.bp.112.121830.
- LACOURT, T., HOUTVEEN, J. & VAN DOORNEN, L. (2013). 'Functional somatic syndromes, one or many?' An answer by cluster analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 6-11.
- LUPIEN, S.J., MCEWEN, B.S., GUNNAR, M.R. & HEIM, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews — Neuroscience*, 10, 434-445.
- LUYTEN, P. & ABBASS, A. (2013). What is the evidence for specific factors in the psychotherapeutic treatment of fibromyalgia? Comment on 'Is brief psychodynamic psychotherapy in primary fibromyalgia syndrome with concurrent depression an effective treatment? A randomized controlled trial'. *General Hospital Psychiatry*, 35, 675-676. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.07.007.
- LUYTEN, P., KEMPKE, S., VAN WAMBEKE, P., CLAES, S.J., BLATT, S.J. & VAN HOUDENHOVE, B. (2011). Self-critical perfectionism, stress generation and stress sensitivity in patients with chronic fatigue syndrome — Relationship with severity of depression. *Psychiatry — Interpersonal and Biological Processes*, 74, 21-30.
- LUYTEN, P., VAN HOUDENHOVE, B., LEMMA, A., TARGET, M. & FONAGY, P. (2012). An attachment and mentalization-based approach to functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26, 121-140.
- LUYTEN, P., VAN HOUDENHOVE, B., LEMMA, A., TARGET, M. & FONAGY, P. (2013). Vulnerability for functional somatic disorders — A contemporary psychodynamic approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23, 14-27.
- MARTY, P. & DE M'UZAN, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 1345-1356.
- NEMIAH, J.C. & SIFNEOS, P.E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O.W. Hill (red.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (Vol. 2, p. 26-34). Londen: Butterworths.
- PEDROSA GIL, F., SCHEIDT, C.E., HOEGER, D. & NICKEL, M. (2008a). Relationship between attachment style, parental bonding and alexithymia in adults with somatoform disorders. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38, 437-451.
- PEDROSA GIL, F., WEIGL, M., WESSELS, T., IRNICH, D., BAUMULLER, E. & WINKELMANN, A. (2008b). Parental bonding and alexithymia in adults with fibromyalgia. *Psychosomatics*, 49, 115-122.
- SIFNEOS, P.E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- SIFNEOS, P.E. (1977). The phenomenon of 'alexithymia'. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 47-57.
- VAN HOUDENHOVE, B. & LUYTEN, P. (2007). Fibromyalgia and related syndromes

- characterized by stress intolerance and pain hypersensitivity — Do we need a new nosology? *Current Rheumatology Reviews*, 3, 304-308.
- VAN HOUDENHOVE, B. & LUYTEN, P. (2009). Central sensitivity syndromes — Stress system failure may explain the whole picture. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 39, 218-219.
- VAN HOUDENHOVE, B. & LUYTEN, P. (2010). Chronic fatigue syndrome reflects loss of adaptability. *Journal of Internal Medicine*, 268, 249-251.
- WALLER, E. & SCHEIDT, C.E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation — A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18, 13-24.
- WESSELY, S. & WHITE, P. (2004). There is only one functional somatic syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 185, 95-96.

SUMMARY

Persistent somatic complaints — New insights resulting from the growing dialogue with the neurosciences

Recent decades have witnessed a growing dialogue between psychoanalysis and the neurosciences. This paper provides an update on contemporary psychoanalytic approaches to the conceptualization and treatment of patients with persistent somatic complaints or Functional Somatic Symptoms (FSS) that have resulted from this increasing dialogue. In this article an integrative psychodynamic model of FSS is presented, and implications for treatment are discussed. It is argued that future developments in the field of epigenetics and affective neuroscience studies on the embodied mind promise to further revolutionize psychoanalytic assumptions about these patients which may translate into more effective interventions.

Key words: attachment, functional somatic disorders, mentalizing, psychoanalysis

Manuscript ontvangen 6 mei 2014

Definitieve versie 14 september 2014