

Vijftig jaar psychiatrie op de grens tussen psyche en soma: een SWOT-analyse

B. VAN HOUDENHOVE, P. LUYTEN

SAMENVATTING Het grensgebied tussen de psychiatrie en de somatische geneeskunde is in de voorbije vijftig jaar sterk geëvolueerd. Theorieën werden psychologisch én neurobiologisch beter onderbouwd, het onderzoek kreeg een meer gesofisticeerd karakter en liaisonpsychiaters en gezondheids- en behavioural medicinepsychologen ontplooiden in toenemende mate activiteiten op dit terrein. Bij het begin van de 21ste eeuw staat de moderne psychosomatiek voor nieuwe uitdagingen, zoals het creëren van een werkbare diagnostische classificatie, adequaat informeren en opleiden van hulpverleners en leken, gebruikmaken van innovatieve onderzoeksconcepten zonder in reductionisme te vervallen, en implementeren van behandelingen ‘op maat van de patiënt’ in de medische praktijk.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 99-103]

TREFWOORDEN biopsychosociaal model, liaisonpsychiatrie, neurobiologie, psychosomatiek, research

Het deelgebied van de psychiatrie dat gewoonlijk wordt aangeduid als ‘psychosomatiek’ heeft gedurende de voorbije vijf decennia een ware metamorfose ondergaan. We geven hier een persoonlijke kijk op de belangrijkste krachtlijnen van deze ontwikkelingen. Terugblikkend naar het verleden en uitkijkend naar de toekomst structureren we onze bespreking aan de hand van het – in de bedrijfswereeld populaire – SWOT-concept (‘strengths’, ‘weaknesses’, ‘opportunities’ en ‘threats’).

STERKE PUNTEN

Theorie en onderzoek Vanaf de eerste helft van de twintigste eeuw probeerden klinici, in het spoor van de freudiaanse conversietheorie, verbanden tussen lichamelijk onverklaarde klachten en emotionele conflicten of persoonlijkheidsaspecten hard te maken via uitgediepte gevalstudies (zie bijvoorbeeld Alexander 1950). In de daar-

opvolgende jaren werd dit ‘klassieke’ psychosomatische denken echter geleidelijk vervangen door Engel (1977) biopsychosociale ziektemodel, dat de grondslag legde van de ‘moderne’ psychosomatiek en een alternatief bood voor zowel eng biomedische als eenzijdig psychogene visies.

Het onderzoek werd van nu af aan ook methodologisch steviger onderbouwd. Het maakte gebruik van operationele concepten, gesofisticeerde meetinstrumenten en statistische methoden. De belangstelling voor de etiologische rol van intrapsychische factoren taande, terwijl het onderzoek naar mediërende (pathogenetische) mechanismen volop in de schijnwerpers kwam te staan.

De opbloei van de stresswetenschap betekende een enorme stimulans voor het pathogenetisch onderzoek. Al rond 1930 hadden de fysiologen Selye en Cannon ontdekt dat het brein en diverse lichamelijke regelsystemen multiële interacties vertonen, en zij hadden daarmee de poort geopend

voor twee nieuwe wetenschappen die het aangezicht van de psychosomatiek compleet zouden veranderen: de psychoneuro-endocrinologie en psychoneuro-immunologie. Met name de ontdekking, in 1975, dat het immuunsysteem via conditionering kan 'leren', betekende een mijlpaal in de fascinerende zoektocht naar de wijze waarop geest en lichaam elkaar beïnvloeden (zie bijvoorbeeld Ader 2007).

Klinische praktijk Rond de jaren vijftig begonnen psychiaters en psychologen consulten te doen in algemene ziekenhuizen. Ondanks snel opduikende organisatorische problemen en gebrekkige financiering slaagden zowel de consultatieve psychiatrie en liaisonpsychiatrie (Leentjens e.a. 2004) als de gezondheidspsychologie en *behavioural medicine* (Kaptein e.a. 2006) erin een vaste plaats te verwerven in de geneeskundige praktijk. Deze sluiten immers perfect aan bij de toenemende aandacht van de moderne gezondheidszorg voor emotionele, cognitieve en gedragsaspecten, het belang van ziektepreventie, en multidisciplinaire samenwerking.

ZWAKKE PUNTEN

Theorie en onderzoek De spectaculaire vorderingen in het pathogenetisch onderzoek brachten ons geen stap dichterbij het antwoord op de filosofische vraag hoe de raakpunten tussen mentale en biologische fenomenen precies moeten worden gedacht. *The mysterious leap from the mind to the body* geeft zijn geheimen blijkbaar niet gemakkelijk prijs ...

Hoewel het niveau van het psychosomatische onderzoek in de tweede helft van de 20ste eeuw opvallend steeg, bleven veel studies toch van bedenkelijke methodologische kwaliteit. Onderzoekers houden bijvoorbeeld te weinig rekening met selectiefactoren (in derdelijnssettings vindt men per definitie meer psychiatrische aandoeningen). En ondanks de lessen van het verleden – met als beruchte uitschieters het overmatig beklemtonen van het type A-persoonlijkheidsprofiel bij

hartinfarct en van stressfactoren bij duodenumulcus – treft men in de literatuur nog geregeld etiologische 'tunnelvisies' aan.

Klinische praktijk De terminologie en de diagnostische classificatie in het psychosomatische grensgebied vormen van oudsher een chaotische aangelegenheid. De opeenvolgende versies van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* hebben op dit vlak weinig soelaas gebracht. Het concept van de 'somatoforme stoornissen' bijvoorbeeld is in essentie dualistisch en mist vooral relevantie voor de huisartsenpraktijk – waar echter de overgrote meerderheid van de patiënten met klachten die hieronder vallen, wordt gezien.

Verder blijft het veld van de psychosomatiek, ondanks alle conceptuele evoluties, bezaaid met hardnekkige vooroordelen en misverstanden. Ook vandaag nog lijden veel patiënten onder het 'tussen de oren'-stigma en het ten onrechte gelijkstellen – in een ziekteverzekeringscontext – van 'objectiviteit' met 'meetbaarheid' (Van Houdenhove 2007). En artsen, van hun kant, vertonen nog vaak een ontstellend gebrek aan vaardigheden om op een positieve manier met deze patiënten om te gaan, of blijven vasthouden aan simplistische psychogene verklaringsschema's.

Er is dus op dit gebied nog veel werk te doen, in de vorm van adequate opleiding en informatie, niet alleen ten behoeve van hulpverleners, maar ook voor de media en het grote publiek.

KANSEN

Theorie en onderzoek Een belangrijke stap voorwaarts vormde de formulering van neurobiologische modellen met grote heuristische waarde, zoals 'stresssysteemziekten' door Chrousos en Gold (1992), en het 'allostasis/allostatic (over)load'-model door McEwen (2007). Hierbij is er ook toenemende aandacht voor de 'nature en nurture'-problematiek (zie bijvoorbeeld Meaney 2001), met inbegrip van recursieve interacties tussen (pre- en postnatale) stressoren, persoonlijkheid

en genetische disposities, het spanningsveld tussen factoren die de kwetsbaarheid vergroten en beschermende factoren gedurende de ontwikkeling, enzovoort.

Psychologische modellen voor psychosomatisch onderzoek zijn eveneens veelbelovend. Zo kan Bowlby's hechtingstheorie een onschatbare bijdrage leveren tot een beter inzicht in de psychobiologische basis van de individuele verschillen in stressgevoeligheid. Verder is het concept 'mentalities' interessant omdat het een origineel licht kan werpen op het verarmde gevoelsleven, de problematische zelfregulatie en de hardnekkige lichamelijke preoccupaties van sommige psychosomatische patiënten.

Onderzoekers in het grensgebied tussen psyche en soma hebben nu ook steeds meer gesofisticeerde technieken en methoden ter beschikking. Voorbeelden hiervan zijn hersenbeeldvormingsonderzoek bij 'onverklaarde' pijn en de methode van de *ecological momentary assessment* (EMA) waarbij stressoren en neurobiologische parameters (zoals cortisol in het speeksel en hartritmevariabiliteit) nauwkeurig in kaart worden gebracht via multiële metingen in de loop van de dag (zie Van Houdenhove 2007).

Klinische praktijk Er zijn hoopgevende tekenen dat de belangstelling voor het psychosomatische grensgebied toeneemt. In de VS werd *psychosomatic medicine* vijf jaar geleden officieel als zevende psychiatrisch subspecialisme erkend. In Duitsland werd een gloednieuw medisch (niet-psychiatrisch) subspecialisme gecreëerd, namelijk *psychotherapeutische Medizin*, wat een nieuwe impuls gaf aan de aloude Duitse traditie van psychosomatische afdelingen binnen de interne geneeskunde en revalidatie. In dezelfde lijn werd recent in Nederland het Landelijke Kenniscentrum Psychosomatiek opgericht, terwijl binnen de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie de Sectie Consultatieve en Liaisonpsychiatrie en Psychosomatiek boven de doopvont werd gehouden.

Ook wat de diagnostische classificatie betreft, lijkt er verbetering op komst. In diverse 'denk-

tanks' wordt druk overleg gepleegd om de toekomstige DSM-V-classificatie minder cartesiaans en stigmatiserend te maken, en meer toe te snijden op de concrete klinische praktijk en modern onderzoek (zie bijvoorbeeld Fabbri e.a. 2007).

Op het vlak van psychotherapeutische strategieën stelt men in het 'grensgebied' dezelfde trends vast als in de rest van de psychiatrie: cognitieve gedragstherapie (CGT) blijkt tot gunstige resultaten te leiden, hoewel de implementatie van deze therapie in de doorsnee klinische praktijk niet altijd van een leien dakje gaat. Bovendien komen er de laatste tijd ook positieve berichten over de effecten van de op acceptatie georiënteerde psychotherapiemethoden, zoals *mindfulness meditation* en *acceptance and commitment therapy*, die een tegengewicht bieden tegen een te eenzijdige klemtoon op probleemoplossende strategieën.

Een laatste klinische kans betreft de tendens tot een meer gerichte therapeutische indicatiestelling ('wat werkt voor wie?'). Zo groeit de overtuiging dat men patiënten met het chronische vermoeidheidssyndroom (CVS) het beste kan helpen met een gedifferentieerde benadering: sommigen hebben baat bij een psycho-educatief en cognitief-gedragstherapeutisch programma waardoor zij optimaal leren omgaan met hun beperkingen, anderen bij voorzichtige conditietraining die hun fysieke veerkracht herstelt, terwijl voor nog anderen een multimodale, revalidatiegerichte benadering noodzakelijk is waarin psychiatrische, psychotherapeutische en lichaamsgeoriënteerde strategieën worden gecombineerd.

BEDREIGINGEN

Theorie en onderzoek De toepassing van een integrerend ziektemodel in onze 'supergespecialiseerde' geneeskunde is geen vanzelfsprekendheid. Al te vaak worden de klachten van psychosomatische patiënten kunstmatig opgesplitst en in aparte diagnostische hokjes gestopt: bij onverklaarde chronische vermoeidheid en pijn bijvoorbeeld spreekt de reumatoloog over 'fibromyalgie' en de internist over 'CVS', terwijl de biopsychoso-

ciale ‘rode draad’ uit het oog wordt verloren (Van Houdenhove 2007).

Ook het moderne psychosomatische onderzoek is niet zonder keerzijde. Bijvoorbeeld, in het actuele onderzoek over fibromyalgie zijn concepten zoals ‘catastroferen’ en ‘emotionele dysregulatie’ hot topics, wellicht omdat ze goed operationaliseerbaar en meetbaar zijn. Daarentegen krijgt het ‘verhaal’ van de patiënt, met zijn moeilijker grijpbare sociaal-familiale en historische dimensies, nauwelijks onderzoeks aandacht – hoewel recente epidemiologische en neurobiologische bevindingen het belang van vroege omgevingsfactoren in de kwetsbaarheid voor diverse stressgebonden ziekten onderstrepen (zie bijvoorbeeld Anda e.a. 2006).

Het lijkt zelfs niet ondenkbaar dat wanneer psychosomatische onderzoekers steeds meer in de ban raken van het beeld (‘kijk, de hersenscan toont de pijn!’), zij hun belangstelling voor de ‘onzichtbare’ betekeniswereld van deze patiënten volledig zullen verliezen.

Klinische praktijk Het grensgebied tussen psyche en soma is nooit het troetelkind van de psychiatrie geweest en zal het wellicht nooit worden. Veel psychiaters zijn meer geboeid door de ‘zware geestesziekten’ dan door patiënten met somatische klachten (misschien kiezen zij dit specialisme wel om niet met het lichaam van patiënten geconfronteerd te worden). Ook voor somatische artsen is psychosomatiek een terrein waarop zij zich met de nodige ambivalentie bewegen.

Liaisonpsychiaters, werkzaam in het grensgebied, zitten bijgevolg in het nauw. Somatici hebben soms (te) hoge verwachtingen van hun interventies (probleemgevallen moeten liefst vandaag nog worden opgelost), en op waardering of steun van collega’s die zich met de ‘echte’ psychiatrie bezighouden, moeten liaisonpsychiaters niet al te veel rekenen. Of zoals de Canadees Zbigniew Lipowski – een van de pioniers van de liaisonpsychiatrie – cynisch opmerkte: ‘when you are at the borderline of two countries, you risk to be shot by both sides’.

Ten slotte, net zoals in andere domeinen van de psychiatrie het geval is, dreigt ook in de psychosomatiek het gevaar van te strikt opgevatte protocolaire behandelingen en economisch gestuurde *managed care*. Zo zou de gestructureerde aanpak van onverklaarde lichamelijke klachten volgens het ‘gevolgenmodel’ (Speckens e.a. 2004) ertoe kunnen leiden dat men de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie en de hiermee verbonden non-specifieke therapeutische factoren gaat verwaarlozen. Vooral bij patiënten met meer complexe psychosomatische problemen, die niet zelden gebukt gaan onder een traumatische voorgeschiedenis, psychiatrische comorbiditeit (met inbegrip van persoonlijkheidsstoornissen) en ernstige fysieke invalidering, zijn therapeuten nodig met een open mind, een flexibele, patiëntgerichte houding, aandacht voor belevingsaspecten (waaronder tegenoverdracht), en bereidheid tot multidisciplinaire samenwerking om een ‘behandeling-op-maat’ mogelijk te maken.

✍ De auteurs danken dr. J. Vandenberghe voor zijn waardevolle opmerkingen bij een vorige versie van dit artikel.

LITERATUUR

- Ader, R. (Red.) (2007). *Psychoneuroimmunology*. (4de druk). New York: Academic Press.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine. Its principles and applications*. New York: W.W. Norton.
- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., e.a. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174-186.
- Chrousos, G.P., & Gold, P.W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioural homeostasis. *The Journal of the American Medical Association*, 267, 1244-1252.
- Houdenhove, B. van (Red.) (2007). *Stress, het lijf, en het brein. Ziekten op de grens van psyche en soma*. Leuven: LannooCampus.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

- Fabbri, S., Fava, G.A., Sirri, L., e.a. (2007). Development of a new assessment strategy in psychosomatic medicine: the diagnostic criteria for psychosomatic research. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 28, 1-20.
- Kaptein, A.A., Beunderman, R., Dekker, J., & Vingerhoets, A.J.J.M. (Red.) (2006). *Psychologie en geneeskunde - Behavioural medicine*. (3de herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Leentjens, A.F.G., Bannink, M., Boenink, A.D., & Huyse, F.J. (Red.) (2004). *Consultatieve psychiatrie in de praktijk*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- McEwen, B.S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87, 873-904.
- Meaney, M.J. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Reviews of Neuroscience*, 24, 1161-1192.
- Speckens, A.E.M., Spinhoven, P., & Van Rood, Y. (2004). Protocollaire behandeling van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten: Cognitieve gedragstherapie. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, & C.A.L. Hoogduin (Red.), *Protocollaire behandelingen*

in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I. (2de herziene druk). (pp.183-218). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

AUTEURS

B. VAN HOUDENHOVE is psychiater, verbonden aan de Dienst Liaisonpsychiatrie, Universitair Psychiatrisch Centrum, campus Gasthuisberg, KU Leuven, en als buitengewoon hoogleraar Medische en Gezondheidspsychologie aan de faculteit Geneeskunde, KU Leuven.

P. LUYTEN is psycholoog en als docent verbonden aan de faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, afdeling Psychotherapie en Dieptepsychologie, KU Leuven.

Correspondentieadres: prof. dr. B. van Houdenhove, campus Gasthuisberg, Herestraat 49, B-3000 Leuven, België.

E-mail: boudewijn.vanhoudenhove@uz.kuleuven.ac.be.

Geen strijdige belangen meegegeed.

Het artikel werd geaccepteerd voor publicatie op 26-3-2008.

SUMMARY

Fifty years of psychiatry at the interface between psyche and soma: a SWOT analysis – B. van Houdenhove, P. Luyten –

During the past 50 years the border area between psychiatry and somatic medicine has undergone remarkable changes. Theories have become better-founded, both psychologically and neurobiologically, research has become more sophisticated, and liaison-psychiatrists and health psychiatrist/behavioural medicine psychologists have played an increasingly active role in this domain. At the beginning of the 21st century modern psychosomatic medicine is facing new challenges; these include how to create a workable diagnostic classification system, how to instruct and educate both health professionals and lay-persons to an adequate level, how to utilize innovative research paradigms without having recourse to reductionism and how to implement in medical practice treatments that are geared to the needs of the individual patient.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 99-103]

KEY WORDS biopsychosocial model, liaison-psychiatry, neurobiology, psychosomatic medicine, research