

PSYCHOSOMATIE

INHOUD

THEMA	2
Inleiding	2
Grijpt de lichamelijke klacht naar de psyche?	2
Frisse duik in de geschiedenis	3
Hippocrates en Sigmund Freud kennen we wel, maar wie zijn de anderen?	4
Das Buch vom Es?	4
Voorbeelden	5
Familiaire voorbeelden	6
Case studies	8
Hysterie - het misverstand begin	9
Het misverstand erin	10
Alle klachten psychosomatisch?	11
Psychosomatisch of niet?	12
PHQ 15 Uitleg	12
HAM-A en HAM-D? Wa's da?	13
Whiteley Index: wat zal dat zijn?	14
Een PILL helpt altijd - deze ook?	15
Psychosomatisch vs hypochondrie - twee taken of gewoon hetzelfde onderwerp?	16
Geen ingebeelde klachten?	17
Alles dan German Angst?	18
Culturele verschillen	18
Globaliseert de heleboel?	20
Ho-ho! K- Pop induced symptoms?	21
Behandelingen	23
Ziek door vreugde?	24

THEMA

Inleiding

Vandaag is ons thema - zoals bijna altijd - iets ingewikkelder. Het gaat over iets dat plaatsvindt in je brein maar ook in je lichaam. Je ziet het al, hierover moeten we praten. Het gaat er over de psyche maar ook over je organen, over onderwerpen waar je helemaal gek van kan worden. Het thema vandaag zijn psychosomatische klachten.

Psychosomatische klachten zijn fysieke symptomen of lichamelijke klachten die ontstaan of verergerd worden door psychologische factoren, zonder dat er een duidelijke organische oorzaak aan te wijzen is.

Het begrip “psychosomatisch” komt van de Griekse woorden “psyche” (geest) en “soma” (lichaam) en verwijst naar de complexe wisselwerking tussen mentale processen en lichamelijke functies. Belangrijk om te benadrukken is dat psychosomatische klachten niet betekenen dat de symptomen “ingebeeld” zijn - ze zijn reëel en kunnen aanzienlijke beperkingen veroorzaken.

Wetenschappelijk gezien worden psychosomatische klachten gekarakteriseerd door:

Neurobiologische mechanismen: Stress, angst en emotionele spanning activeren het sympathische zenuwstelsel en de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as, wat leidt tot verhoogde cortisol- en adrenalineproductie. Dit kan verschillende lichaamssystemen beïnvloeden en symptomen veroorzaken.

Somatisatie: Dit is het proces waarbij psychische distress zich manifesteert als lichamelijke klachten. Het brein interpreteert emotionele signalen soms als fysieke sensaties.

Bidirectionele relatie: Er bestaat een wederzijdse beïnvloeding tussen psyche en soma - lichamelijke klachten kunnen ook psychische problemen verergeren, wat een vicieuze cirkel kan creëren.

In de moderne classificatiesystemen zoals de DSM-5 worden deze klachten vaak geclassificeerd onder “somatische symptoomstoornissen” of “lichamelijke symptoom- en verwante stoornissen”, waarbij de nadruk ligt op de mate van disfunctie die de symptomen veroorzaken, ongeacht de onderliggende oorzaak.

Grijpt de lichamelijke klacht naar de psyche?

Hier hebben we al een centrale misverstand. Laat dit helderder uitleggen:

Psychosomatische klachten gaan de andere kant op: je hebt psychische/emotionele problemen (stress, angst, depressie, trauma) en deze manifesteren zich als **lichamelijke** symptomen. De richting is dus: psyche → soma (lichaam).

Voorbeelden:

- Langdurige stress die hoofdpijn, maagklachten of spierspanning veroorzaakt
- Angst die zich uit in hartkloppingen, zweten of ademhalingsproblemen
- Emotionele spanningen die leiden tot chronische pijn

Een lichamelijke klacht die naar je psyche “grijpt” - is eigenlijk het **omgekeerde proces**. Dit zou je kunnen noemen:

- **Somatopsychische klachten:** soma (lichaam) → psyche
- Of gewoon de psychologische impact van lichamelijke ziekte

Bijvoorbeeld: iemand krijgt een chronische ziekte zoals reuma en ontwikkelt daar depressie of angst door.

Beide richtingen bestaan en kunnen elkaar versterken in een vicieuze cirkel:

- Stress veroorzaakt maagklachten (psychosomatisch)
- Maagklachten veroorzaken meer stress en zorgen (somatopsychisch)
- Dit verergert weer de maagklachten, enzovoort

Frisse duik in de geschiedenis

De geschiedenis van psychosomatische concepten gaat verrassend ver terug! Hier zijn de belangrijkste historische mijlpalen:

Antieke periode (vanaf ~500 v. Chr.)

Hippocrates (460-370 v. Chr.) wordt vaak gezien als de eerste die systematisch de relatie tussen lichaam en geest beschreef. Hij introduceerde het concept van de vier lichaamsvochten (bloed, slijm, gele gal, zwarte gal) en koppelde deze aan temperamenten en ziekten. Voor Hippocrates waren emoties en lichamelijke gezondheid onlosmakelijk verbonden.

Galenus (129-216 n. Chr.) bouwde hierop voort en ontwikkelde het concept van “hartstochtenziekten” - aandoeningen veroorzaakt door sterke emoties zoals woede, verdriet of angst.

Middeleeuwen tot 19e eeuw

Het concept van emotioneel veroorzaakte ziekten bleef dominant tot ongeveer 1850. De grote Franse en Duitse artsen uit de 19de eeuw waren allemaal bekend met psychosomatische concepten, hoewel ze dit nog niet zo noemden.

Moderne periode (20e eeuw)

Aan het begin van de 20e eeuw ontstond hernieuwde wetenschappelijke interesse:

- **Sigmund Freud** beschreef hoe emotionele conflicten zich kunnen uiten in lichamelijke symptomen
- **Franz Alexander** onderzocht systematisch welke persoonlijkheidstypes gevoelig waren voor specifieke ziekten
- **Georg Groddeck** schreef over de psychologische behandeling van fysieke aandoeningen

Het opmerkelijke is dat de behoefte aan een psychosomatische benadering al meer dan 2000 jaar wordt erkend, maar dat systematisch wetenschappelijk onderzoek ernaar pas in de 20e eeuw begon!

Hippocrates en Sigmund Freud kennen we wel, maar wie zijn de anderen?

Laat ons je deze drie minder bekende maar zeer invloedrijke figuren voorstellen:

Galenus (129-216 n. Chr.)

Galenus was een Grieks-Romeinse arts en filosoof, een van de invloedrijkste medische denkers uit de geschiedenis. Hij werkte als lijfarts van gladiatoren en later van keizer Marcus Aurelius. Zijn theorieën over anatomie, fysiologie en geneeskunde domineerden de westerse geneeskunde voor meer dan 1000 jaar! Hij breidde Hippocrates' werk uit en systematiseerde veel medische kennis. Voor psychosomatiek is hij belangrijk omdat hij emoties direct koppelde aan lichamelijke ziekten - bijvoorbeeld dat woede de galblaas kon aantasten.

Franz Alexander (1891-1964)

Alexander was een Hongaars-Amerikaanse psychoanalyticus en een pionier van de psychosomatische geneeskunde. Hij vluchtte vanwege de nazi's naar de VS en richtte daar het Chicago Institute for Psychoanalysis op. Alexander probeerde wetenschappelijk te bewijzen welke persoonlijkheidstypes vatbaar waren voor specifieke ziekten. Hij ontwikkelde de theorie van "de zeven klassieke psychosomatische ziekten" (zoals astma, hoge bloeddruk, maagzweren). Zijn werk was controversieel maar zeer invloedrijk.

Georg Groddeck (1866-1934)

Groddeck was een Duitse arts en schrijver, vaak "de vader van de psychosomatische geneeskunde" genoemd. Hij behandelde lichamelijke ziekten met psychologische methoden in zijn sanatorium in Baden-Baden. Groddeck was nogal excentriek en beweerde dat bijna alle ziekten psychologische oorzaken hadden - zelfs gebroken benen! Hij correspondeerde veel met Freud, hoewel hij zich distantieerde van de orthodoxe psychoanalyse. Zijn boek "Das Buch vom Es" (The Book of the It) was zeer invloedrijk.

Alle drie waren baanbrekend in het erkennen dat lichaam en geest niet gescheiden konden worden in de geneeskunde.

Das Buch vom Es?

"Das Buch vom Es" (1923).

“Es” is het Duitse woord dat Freud gebruikte voor het onbewuste, driftmatige deel van de psyche. Groddeck gebruikte dit concept echter veel breder dan Freud. Voor Groddeck was “das Es” niet alleen de onbewuste driften, maar een soort levenskracht die zowel lichamelijke als geestelijke processen aanstuurt.

In zijn boek beschrijft Groddeck hoe “das Es” verantwoordelijk is voor zowel gezondheid als ziekte. Hij geloofde dat dit “Es” bepaalt wanneer iemand ziek wordt, welke ziekte ze krijgen, en wanneer ze genezen. Een vrij radicale opvatting voor die tijd!

Het boek is geschreven als een reeks brieven aan een vriendin en behandelt zijn theorieën over de psychosomatische oorsprong van ziekten. Het werd zowel geprezen als bekritiseerd vanwege Groddeck's soms extreme stellingen - zoals dat zelfs ongelukken en infectieziekten psychologische oorzaken zouden hebben.

Het is een fascinerende maar ook controversiële tekst die laat zien hoe ver sommige vroege psychosomatische denkers gingen in hun theorieën over de macht van de geest over het lichaam.

Voorbeelden

Psychosomatische klachten zijn lichamelijke symptomen die ontstaan of verergerd worden door psychische factoren zoals stress, angst, depressie of trauma. Hier zijn enkele veel voorkomende voorbeelden:

Spijverteringsstelsel:

- Maagpijn, misselijkheid, braken
- Prikkelbare darmsyndroom (IBS)
- Veranderingen in eetlust
- Diarree of obstipatie

Hart- en vaatstelsel:

- Hartkloppingen, onregelmatige hartslag
- Pijn op de borst
- Hoge bloeddruk
- Duizeligheid

Ademhalingsstelsel:

- Kortademigheid, hyperventilatie
- Gevoel van beklemming op de borst
- Hoesten zonder duidelijke oorzaak

Bewegingsapparaat:

- Hoofdpijn en migraine
- Nek- en schouderklachten
- Rugpijn

- Spierspanningen en krampen

Huid:

- Eczeem, psoriasis
- Jeuk zonder zichtbare oorzaak
- Uitslag of rode vlekken
- Haaruitval

Slaap en energie:

- Chronische vermoeidheid
- Slapeloosheid
- Concentratieproblemen

Andere klachten:

- Tintelingen in handen/voeten
- Seksuele problemen
- Frequent plassen
- Zweeten of koude rillingen

Het belangrijke bij psychosomatische klachten is dat ze echt zijn - de pijn en het ongemak zijn niet "ingebeeld", maar de onderliggende oorzaak heeft een psychische component.

Familiaire voorbeelden

Een van mijn voorouders was een klokkengieter. Hij had elke keer dat hij een klok ging gieten klachten als verhoogde temperatuur, zelf longontsteking. Laat ons dit bekijken.

We moeten hier iets genuanceerder kijken. In dit voorbeeld spelen zeer waarschijnlijk **zowel** toxische blootstelling **als** psychosomatische factoren een rol.

Toxische realiteit van klokkengieten:

- **Lood en tin:** traditionele klokkenlegering bevat giftige metalen
- **Koperoxide dampen:** bij hoge temperaturen vrijkomend
- **Zwavedioxide:** van steenkool of houtskool voor verhitting
- **Stof en roetdeeltjes:** longirritatie veroorzakend
- **Extreme hitte:** lichaam onder grote fysieke stress

Waarschijnlijke psychosomatische versterking:

Anticipatie-angst:

- Weten dat het proces hem ziek maakte
- Stress voor elke klokgieterij verhoogde cortisol
- Angst activeerde al immuunsysteem-suppressie vooraf

Conditionering:

- Lichaam leerde associatie: klokkengieteren = ziek worden
- Klassieke conditionering kon symptomen uitlokken nog voor blootstelling
- **Nocebo-effect**: verwachting van ziekte versterkte symptomen

Werkstress:

- Hoge druk om perfecte klok te maken (één kans, kostbare materialen)
- Financiële consequenties bij mislukking
- Sociale reputatie hing af van resultaat

Fysiologisch mechanisme:

Chronische stress + toxische blootstelling = verhoogde infectiegevoeligheid:

- Stress onderdrukt immuunsysteem
- Toxische stoffen irriteren luchtwegen
- Combinatie maakte hem extra vatbaar voor longontsteking

Historische context:

18e/19e eeuwse klokken gieterijen hadden geen beschermende uitrusting. De combinatie van echte toxiciteit en psychologische stress was dodelijk.

Moderne parallel:

We zien dit nog steeds bij arbeiders in gevaarlijke beroepen - reële blootstelling wordt versterkt door anticipatie-angst en werkstress.

Die man in ons voorbeeld had dus waarschijnlijk een klassiek geval van **gecombineerde toxische en psychosomatische pathologie** - beide factoren versterkten elkaar wederzijds.

Er is nog een ander voorbeeld uit hetzelfde gezin. Die klokkengieter zat ook in het stadsbestuur. Toen er in het Duitsland van 1848 de revolutie uitbrak stond er een verontruste menigte mensen voor zijn huis en wilde hem verantwoordelijk maken voor de algemene toestanden. Men brulde „zet hem den rooden haan op het dak“ en zulke dingen. Men probeerde de deur in te slaan maar die bood weerstand. Dat feit deed de menigte nog razender maken. Ze brulden dus „Sla de deur in, hij staat daar zeker achter!“ - toen ging de deur open en hij stond er rustig en in een goed pak. - Toen brulde de menigte: „Hurra Illies, hurra Illies!“ en hij wordt naar het stadhuis gebracht en het wordt een groot feest. Maar zijn vrouw en dochter hadden niet meegekregen dat er alles goed was afgelopen. Dus waren ze erg bezorgd en zijn vrouw liep borstkrampen op die ook later nog bestonden en zijn dochter kreeg hoofdpijnen, waar ze uiteindelijk later aan overleed.

Dit is een buitengewoon krachtig historisch voorbeeld van **acute stress-gerelateerde psychosomatische symptomen** die chronisch werden. Het illustreert perfect hoe extreme psychische trauma's zich kunnen manifesteren in specifieke lichamelijke klachten.

Analyse van de situatie:

Acute traumatische stress:

- Levensbedreigende situatie voor hun geliefde
- Machteloosheid (konden niets doen)
- Onzekerheid over de afloop

- Anticipatie van het ergste (geweld, dood)

Fysiologische stress-respons:

- **Moeder - borstkrampen:** klassieke hartsymptomen bij acute angst
 - Verhoogde hartslag, bloeddruk
 - Samentrekking van kransslagaders
 - Spierspanning rond thorax
- **Dochter - hoofdpijn:** typische stress-respons
 - Vasoconstrictie in hersenen
 - Spierspanning nek/schouders
 - Mogelijk migraine-trigger

Waarom chronisch geworden:

- **Incomplete stress-verwerking:** ze kregen niet mee dat het goed afliep
- **Getraumatiseerde geheugenopslag:** het lichaam “herinnerde” de crisis
- **Hypervigilantie:** constant alert blijven op gevaar
- **Conditionering:** elke herinnering aan de gebeurtenis ontstane symptomen

19e eeuwse context:

- Geen begrip van PTSS of stressverwerking
- Vrouwen hadden weinig psychosociale ondersteuning
- Medische hulp was beperkt
- Sociaal isolement na traumatische ervaring

Moderne diagnose zou zijn:

- Acute stress-reactie die overgaat in
- Chronische somatisatiestoornis
- Mogelijk PTSS-gerelateerde lichamelijke symptomen

Tragische ironie:

De man overleefde zowel fysieke toxiciteit (klokkengieten) als politieke crisis, maar zijn familie werd ziek van de **psychische impact** van zijn overleving.

Dit toont aan hoe machtig psychosomatische processen kunnen zijn - letterlijk levensbedreigend wanneer acute stress niet adequaat verwerkt wordt.

Case studies

Er zijn wetenschappelijke cases en studies die psychosomatische klachten goed illustreren. Hier zijn enkele voorbeelden:

Klassieke gevallen:

- **Anna O. (Bertha Pappenheim)** - Een patiënte van Josef Breuer die verlamningsverschijnselen, spraakproblemen en andere neurologische symptomen

ontwikkelde zonder fysieke oorzaak. Freud stelde later dat zij eigenlijk de oorsprong van de psychotherapie was.

- **Soldaten met “shell shock”** tijdens WO I - Veteranen die trillingen, verlammingen en blindheid ontwikkelden na traumatische oorlogservaringen

Moderne wetenschappelijke studies:

- **Het Whitehall-onderzoek** toonde aan hoe werkstress direct samenhangt met hart- en vaatziekten bij Britse ambtenaren

- **Studies naar 9/11-overlevenden** documenteerden hoe trauma leidde tot ademhalingsproblemen, maagklachten en andere fysieke symptomen jaren later

- **Onderzoek naar “broken heart syndrome”** (takotsubo-cardiomyopathie) - waar emotionele stress letterlijk hartfalen kan veroorzaken

Interessante case studies:

- **Phantom limb pain** - amputatiepatiënten die pijn voelen in ledematen die er niet meer zijn

- **Nocebo-effect studies** - waar negatieve verwachtingen echte fysieke symptomen veroorzaken

- **Conversiestoornis cases** - zoals massale uitbraken van “mysterieuze” symptomen in scholen of fabrieken

Moderne neuroimaging studies laten ook zien hoe emotionele stress hersengebieden activeert die verbonden zijn met pijnperceptie en lichamelijke functies, wat het biologische mechanisme achter psychosomatische klachten bevestigt.

Deze cases tonen aan dat de geest-lichaam verbinding wetenschappelijk goed gedocumenteerd is.

Hysterie - het misverstandene begin

Het concept “hysterie” is de historische voorloper van wat we nu psychosomatische klachten of conversiestoornissen noemen.

Historische ontwikkeling:

Vroeger (hysterie):

- Kwam van het Griekse woord “hystera” (baarmoeder)

- Werd gezien als een “vrouwenziekte” veroorzaakt door een “rondzwervende baarmoeder”

- Symptomen: verlammingen, aanvallen, blindheid, doofheid, spraakproblemen

- Behandeld met soms bizarre methoden

Overgangsperiode (late 19e/vroege 20e eeuw):

- Charcot bestudeerde “hysterische” patiënten wetenschappelijk in de Salpêtrière

- Freud en Breuer ontwikkelden psychoanalytische theorieën

- Men begon te begrijpen dat het om psychische oorzaken ging, niet fysieke

Modern (nu):

- **Conversiestoornissen** - neurologische symptomen zonder neurologische oorzaak
- **Somatische symptoomstoornissen** - fysieke klachten met psychische component
- **Psychosomatische klachten** - bredere term voor alle stress-gerelateerde lichamelijke symptomen

Belangrijke continuïteit:

De kernobservatie is hetzelfde gebleven: echte, meetbare lichamelijke symptomen die ontstaan door psychische processen. Alleen ons begrip van het mechanisme en onze behandelingsmethoden zijn veel verfijnder geworden.

“Hysterie” was de eerste wetenschappelijke poging om dit fenomeen te beschrijven, ook al was de verklaring toen nog onjuist.

Het misverstand erin

Psychosomatische klachten zijn niet zomaar een vrouwenprobleem. Dus was het woord „Hysterie“ verkeerd gebruikt. En toch wordt het tot de dag van vandaag gebruikt om vrouwen te stigmatiseren. Psychosomatische klachten komen even vaak voor bij mannen als bij vrouwen. Die historische koppeling met “vrouwenziektes” was een grote misvatting.

Waarom die verwarring ontstond:

- Het oude concept “hysterie” werd ten onrechte alleen aan vrouwen gekoppeld
- Vrouwen werden historisch eerder bestempeld als “emotioneel” of “hysterisch”
- Mannen kregen vaak andere diagnoses voor dezelfde symptomen

In werkelijkheid komen psychosomatische klachten bij beide geslachten voor:

Bij mannen bijvoorbeeld:

- Hart- en vaatklachten door werkstress
- Maagzweren door druk en spanning
- Rugpijn en spierspanningen
- Hoofdpijn en migraine
- “Burnout”-gerelateerde fysieke klachten

Verschillen zijn vaak meer in uiting dan in frequentie:

- Mannen rapporteren soms andere symptomen (meer hart/maag, minder pijn)
- Culturele factoren beïnvloeden hoe symptomen geuit worden
- Mannen zoeken soms later hulp, waardoor het onder-geagnostiseerd lijkt

Moderne studies bevestigen dat stress, trauma, angst en depressie bij beide geslachten tot fysieke symptomen kunnen leiden. Het mechanisme - hoe de hersenen en het lichaam met elkaar communiceren - werkt hetzelfde bij iedereen.

Die verouderde koppeling met “vrouwelijke histerie” heeft helaas lang voor stigmatisering gezorgd en belette dat psychosomatische klachten serieus genomen werden, ongeacht het geslacht.

Alle klachten psychosomatisch?

We hoorden eerder dat gesteld werd dat bijna alle aandoeningen die er bestaan zo een beetje psychosomatisch zijn. Hier moeten we over praten. Dat is een interessante maar complexe stelling die je verschillende kanten op kunt interpreteren. Laat ons de nuances uitleggen:

Waarom deze stelling deels klopt:

- Bijna alle aandoeningen hebben een psychische component - stress, angst en depressie kunnen vrijwel elke ziekte verergeren
- Het immuunsysteem wordt beïnvloed door emoties en stress
- Pijnperceptie wordt sterk beïnvloed door psychische factoren
- Genezing verloopt vaak beter bij een positieve mindset

Waarom de stelling te simpel is:

- Er zijn duidelijke primair fysieke oorzaken: bacteriële infecties, genetische afwijkingen, trauma's, tumoren
- Een gebroken been door een ongeluk is niet psychosomatisch ontstaan
- Sommige kankers hebben duidelijke fysieke oorzaken (roken, asbest, etc.)

Een genuanceerder model:

De moderne wetenschap ziet het eerder als een **bio-psycho-sociaal model**:

- **Bio**: fysieke/genetische factoren
- **Psycho**: emotionele/mentale factoren
- **Sociaal**: omgevings- en relationele factoren

Praktische waarheid:

Bij vrijwel alle aandoeningen spelen psychische factoren een rol in:

- Hoe symptomen ervaren worden
- Hoe het ziekteverloop zich ontwikkelt
- Hoe goed iemand herstelt
- Hoe goed behandelingen aanslaan

Dus: niet alle ziekten *ontstaan* psychosomatisch, maar vrijwel alle ziekten hebben wel een psychosomatische *component*.

Psychosomatisch of niet?

Het diagnosticeren van psychosomatische componenten vereist een systematische, evidence-based benadering. Hier zijn de belangrijkste methoden die klinici gebruiken:

Medische uitsluitingsdiagnostiek

Eerst wordt grondig onderzoek gedaan naar organische oorzaken via laboratoriumtests, beeldvorming en lichamelijk onderzoek. Dit is cruciaal omdat veel “psychosomatische” symptomen later blijken een medische oorzaak te hebben.

Gevalideerde vragenlijsten en schalen

- PHQ-15 (Patient Health Questionnaire) voor somatische symptomen
- HAM-A en HAM-D voor angst en depressie
- Whiteley Index voor hypochondrische cognities
- PILL (Pennebaker Inventory of Limbic Languidness) voor lichamelijke klachten

Patroonherkenning

Clinici zoeken naar specifieke patronen: symptomen die fluctueren met stress, inconsistenties in het ziektebeeld, normale testresultaten bij aanhoudende klachten, of symptomen die niet passen bij bekende fysiologische patronen.

Neurobiologische markers

Onderzoek naar HPA-as dysfunctie (cortisol), inflammatoire markers (IL-6, TNF- α), en autonome zenuwstelsel parameters kan de stress-lichaam-connectie objectiveren.

Multidisciplinaire evaluatie

De gouden standaard is samenwerking tussen internisten, psychiaters en psychologen, waarbij zowel medische als psychische factoren systematisch worden geëvalueerd.

Het is belangrijk te benadrukken dat “psychosomatisch” niet betekent “ingebeeld” - het betreft reële fysiologische processen beïnvloed door psychische factoren.

PHQ 15 Uitleg

PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15)

De PHQ-15 is een gevalideerde zelfrapportage vragenlijst die specifiek ontwikkeld is om somatische (lichamelijke) symptomen te meten en te screenen op somatisatiestoornissen.

Kenmerken:

- Bestaat uit 15 items die de meest voorkomende lichamelijke klachten dekken
- Onderdeel van de bredere PHQ-serie (ontwikkeld door Spitzer et al.)
- Patiënten beoordelen hoe veel last ze hebben gehad van elk symptoom in de afgelopen 4 weken
- Scoring: 0 (helemaal niet gehinderd) tot 2 (erg gehinderd door)

De 15 symptomen omvatten:

- Maag- en buikklachten
- Rugpijn
- Pijn in armen, benen of gewrichten
- Menstruatieproblemen of andere problemen met menstruatie/geslachtsorganen
- Hoofdpijn
- Pijn op de borst
- Duizeligheid
- Flauwvallen
- Hartkloppingen
- Kortademigheid
- Pijn/problemen tijdens seks
- Constipatie, diarree of darmproblemen
- Misselijkheid, gas of indigestie
- Vermoeidheid/energieverlies
- Slaapproblemen

Interpretatie:

- Totaalscore 0-30
- 5-9: milde somatische symptomen
- 10-14: matige symptomen
- 15+: ernstige symptomen
- Score ≥ 10 wordt vaak gebruikt als afkapwaarde voor klinisch significante somatisatie

Klinische waarde:

De PHQ-15 helpt klinici systematisch lichamelijke klachten in kaart brengen en identificeren wanneer er mogelijk sprake is van een psychosomatische component, vooral bij hoge scores zonder duidelijke medische verklaring.

HAM-A en HAM-D? Wa's da?

HAM-A en HAM-D zijn twee veelgebruikte gestandaardiseerde beoordelingsschalen in de psychiatrie en psychologie:

HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale)

- Ontwikkeld door Max Hamilton in 1959
- Meet de ernst van angstsymptomen
- Bestaat uit 14 items die verschillende aspecten van angst beoordelen
- Items omvatten: psychische angst, somatische angst, cognitieve symptomen, cardiovasculaire klachten, respiratoire symptomen, gastro-intestinale klachten, genitourinaire symptomen, autonome symptomen
- Elke item wordt gescoord van 0-4 (0=afwezig, 4=zeer ernstig)
- Totaalscore: 0-56, waarbij >17 wijst op klinisch significante angst

HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale)

- Ook door Hamilton ontwikkeld (1960)
- Meest gebruikte schaal voor het meten van depressieve symptomen
- Klassieke versie heeft 17 items, maar er bestaan ook 21- en 24-item versies

- Beoordeelt: stemming, schuldgevoelens, suïcidaliteit, slaapproblemen, werken en activiteiten, psychomotorische agitatie/retardatie, somatische klachten
- Scoring per item varieert (0-2 of 0-4)
- Bij 17-item versie: score >13 duidt op depressie, >18 op matige tot ernstige depressie

Klinische toepassing

Deze schalen worden gebruikt voor diagnostiek, behandelmonitoring en onderzoek. Ze helpen klinici objectief vast te stellen of lichamelijke klachten samenhangen met onderliggende angst of depressie - wat cruciaal is bij het herkennen van psychosomatische componenten.

Whiteley Index: wat zal dat zijn?

Whiteley Index

De Whiteley Index is een gevalideerde vragenlijst die specifiek ontwikkeld is om hypochondrische gedachten, zorgen en gedragingen te meten.

Oorsprong en doel:

- Ontwikkeld door Pilowsky in 1967
- Meet de mate van ziektevrees en hypochondrische cognities
- Helpt bij het identificeren van patiënten met overmatige bezorgdheid over hun gezondheid

Kenmerken:

- Bestaat uit 14 items in de standaardversie
- Ja/nee vragen over gedachten en gevoelens betreffende ziekte en gezondheid
- Totaalscore van 0-14
- Afkapwaarde meestal rond 8-9 voor klinisch significante hypochondrie

Voorbeelden van items:

- "Bent u bezorgd over de mogelijkheid dat u een ernstige ziekte heeft?"
- "Als u pijn voelt, bent u dan bezorgd dat het iets ernstigs zou kunnen zijn?"
- "Bent u bang voor ziekte?"
- "Denkt u dat u gevoeliger bent voor pijn dan andere mensen?"

Drie hoofddimensies:

1. **Ziektevrees** - bezorgdheid over het hebben van een ziekte
1. **Ziekte-overtuiging** - overtuiging dat men ziek is
1. **Lichamelijke preoccupatie** - overmatige aandacht voor lichaamssensaties

Klinische toepassing:

Bij psychosomatische diagnostiek helpt de Whiteley Index te identificeren of lichamelijke klachten mogelijk voortkomen uit gezondheidsangst of hypochondrische cognities, wat cruciaal is voor de juiste behandelrichting. Hoge scores kunnen wijzen op een significante psychische component in de gepresenteerde lichamelijke symptomen.

Een PILL helpt altijd - deze ook?

PILL (Pennebaker Inventory of Limbic Languidness)

De PILL is een vragenlijst ontwikkeld door James Pennebaker in 1982 om de algemene gevoeligheid voor lichamelijke sensaties en symptomen te meten.

Achtergrond en theorie:

- Gebaseerd op Pennebaker's onderzoek naar lichamelijke bewustwording en symptoomrapportage
- Meet individuele verschillen in de neiging om lichamelijke sensaties waar te nemen en te rapporteren
- De term "limbic languidness" verwijst naar een verhoogde gevoeligheid van het limbische systeem voor lichamelijke signalen

Kenmerken:

- Bestaat uit 54 items in de volledige versie (er bestaan ook kortere versies)
- Meet hoe vaak mensen last hebben van verschillende lichamelijke sensaties
- Scoring op een schaal (bijvoorbeeld 1-5: nooit tot zeer vaak)
- Richt zich op alledaagse lichamelijke sensaties, niet op ernstige medische symptomen

Voorbeelden van items:

- Hoofdpijn
- Gespannen spieren
- Koude rillingen
- Duizeligheid
- Snelle hartslag
- Transpireren zonder inspanning
- Tintelingen in handen/voeten
- Droge mond
- Warme/koude handen

Klinische relevantie:

- Hoge PILL-scores correleren met verhoogde rapportage van lichamelijke klachten
- Helpt onderscheiden tussen mensen die van nature meer lichamelijk bewust zijn versus degenen met specifieke medische problemen
- Nuttig bij psychosomatische diagnostiek omdat het de baseline "somatische amplificatie" van een persoon meet
- Mensen met hoge PILL-scores kunnen eerder geneigd zijn om normale lichaamssensaties als problematisch te ervaren

De PILL helpt klinici dus begrijpen of iemands klachten mogelijk samenhangen met een verhoogde gevoeligheid voor normale lichamelijke processen.

Psychosomatisch vs hypochondrie - twee taken of gewoon hetzelfde onderwerp?

Dit is een belangrijke klinische vraag omdat beide concepten vaak verward worden, maar ze verschillen fundamenteel:

Psychosomatische klachten:

- **Reële lichamelijke symptomen** die (mede) veroorzaakt worden door psychische factoren
- Stress/emoties leiden tot daadwerkelijke fysiologische veranderingen (verhoogde spierspanning, veranderde darmfunctie, etc.)
- Symptomen zijn **objectief meetbaar** - bijvoorbeeld verhoogde bloeddruk, spiercontractures, maagklachten
- Patiënt ervaart echte fysieke sensaties
- Focus ligt op het **symptoom zelf**
- Behandeling richt zich op stress-reductie én symptoommanagement

Hypochondrie (ziektevrees):

- **Overmatige bezorgdheid** over het hebben van een ernstige ziekte
- Normale lichaamssensaties worden **geïnterpreteerd als ziektesignalen**
- Het probleem ligt in de **cognitieve interpretatie**, niet in de lichamelijke sensaties zelf
- Focus ligt op de **angst voor ziekte**, niet op specifieke symptomen
- Patiënt blijft bezorgd ondanks geruststellende medische uitslagen
- Behandeling richt zich op **angstreductie en cognitieve herstructurering**

Praktische onderscheidingscriteria:

Symptoompatroon:

- Psychosomatisch: consistent, stress-gerelateerd patroon
- Hypochondrie: wisselende klachten, vaak na medische informatie/verhalen

Respons op medisch onderzoek:

- Psychosomatisch: symptomen blijven bestaan maar patiënt accepteert medische bevindingen
- Hypochondrie: tijdelijke opluchting gevolgd door nieuwe zorgen

Geruststelling:

- Psychosomatisch: patiënt wil vooral symptoomverlichting
- Hypochondrie: patiënt blijft zekerheid zoeken dat er niets ernstigs is

Overlap mogelijk:

Beide kunnen tegelijkertijd voorkomen - iemand kan zowel stress-gerelateerde lichamelijke symptomen hebben als overmatig bezorgd zijn over de betekenis ervan.

Geen ingebeelde klachten?

Psychosomatische klachten zijn geen ingebeelde klachten. Maar hoe zit dat met bijvoorbeeld een klas waar een beetje wat rare geur in het klaslokaal ze met alleman naar de spoedeisende hulp spoelt?

Dit is een voorbeeld dat de complexiteit van psychosomatische fenomenen illustreert. Je hebt hier te maken met **massa-psychogene ziekte** (MPI - Mass Psychogenic Illness), ook wel “epidemische hysterie” genoemd.

Wat er gebeurt:

- De symptomen zijn **echt** - mensen voelen zich daadwerkelijk ziek
- Er ontstaan echte fysiologische reacties: misselijkheid, hoofdpijn, duizeligheid, ademhalingsproblemen
- Het mechanisme is **psychoneurologisch**: angst en stress veroorzaken daadwerkelijke lichamelijke reacties
- De “besmetting” gebeurt via **sociale overdracht** van angst en bezorgdheid

Kenmerken van MPI:

- Begint vaak bij één persoon die gevoelig is
- Verspreidt zich snel door sociale netwerken
- Geen toxische oorzaak aantoonbaar
- Symptomen zijn echt maar reversibel
- Vooral in gesloten gemeenschappen (scholen, fabrieken)

Fysiologisch mechanisme:

- Hyperventilatie door angst → duizeligheid, tintelingen
- Stress-respons → misselijkheid, hoofdpijn
- Autonome zenuwstelsel activatie → hartkloppingen, transpireren
- Nocebo-effect versterkt symptomen

Waarom het GEEN “inbeelding” is:

- De symptomen zijn meetbaar en echt
- Patiënten simuleren niet
- Er zijn daadwerkelijke fysiologische processen
- Het is een normale stress-respons op een abnormale situatie

Behandeling:

- Snelle, empathische communicatie
- Uitleg van het mechanisme zonder stigmatisering
- Symptomatische behandeling indien nodig
- Voorkomen van verdere sociale verspreiding

Dit toont aan dat psychosomatische processen zeer real en krachtig kunnen zijn, zelfs zonder bewuste psychische problematiek bij de individu.

Alles dan Germanische Angst?

We kennen de germanische angst. Praten we hier dan over een vooral Duits probleem? Psychosomatische klachten zijn absoluut geen specifiek Duits fenomeen, hoewel er wel interessante culturele verschillen bestaan in hoe symptomen zich manifesteren en worden ervaren.

Internationale prevalentie:

Prevalentiecijfers voor depressie varieerden van 2 tot 19 procent tussen verschillende landen, wat toont dat psychische en psychosomatische klachten universeel voorkomen maar cultureel beïnvloed worden.

Culturele verschillen in symptoomexpressie:

Duitse context:

Een zwak hart, lage bloeddruk of slechte circulatie zijn beschreven als cultuur-specifieke somatische symptomen in Duitsland. In Duitse cultuur wordt inderdaad veel aandacht besteed aan bepaalde lichamelijke klachten.

Cross-culturele patronen:

- Vietnamese patiënten rapporteerden significant hogere niveaus van somatische symptomen, vooral pijn-gerelateerde klachten, duizeligheid en flauwvallen, ondanks vergelijkbare depressieniveaus met Duitse patiënten
- Bijna 60% van de onderzoeken toonde aan dat mensen uit minderheidsgroepen eerder een fysiek symptoom rapporteerden als indicator van distress

Waarom deze verschillen bestaan:

- **Culturele expressievormen:** Cultuur beïnvloedt hoe we onze gedachten, gedragingen en emoties uitdrukken
- **Stigma:** In sommige culturen is het sociaal acceptabeler om lichamelijke dan psychische klachten te rapporteren
- **Medische tradities:** Verschillende culturen hebben verschillende concepten van geest-lichaam verbanden
- **Taalkundige factoren:** Sommige talen hebben meer woorden voor emotionele toestanden, andere voor lichamelijke sensaties

Conclusie:

“German Angst” en de Duitse focus op bepaalde somatische symptomen reflecteren culturele expressiepatronen, maar psychosomatische klachten komen wereldwijd voor. De manifestatie en interpretatie verschillen cultureel, niet de onderliggende neurobiologische mechanismen.

Culturele verschillen

Psychosomatische klachten komen rond de hele wereld voor. Maar er zijn verschillen in de manier hoe ze gezien worden in de verschillende culturen. Hier zijn dus meer specifieke culturele verschillen in psychosomatische symptoomexpressie:

Aziatische culturen:

- **Neurasthenie** (神经衰弱) in China: “zwakke zenuwen” met vermoeidheid, concentratieproblemen, hoofdpijn
- **Hwa-byung** in Korea: “woede-ziekte” met pijn op de borst, hitte-sensaties, verstikking
- **Taijin kyofusho** in Japan: intense angst voor sociale verlegenheid, vaak met blozen, transpireren
- **Shen-kui** (nieressentie uitputting): seksuele angsten geuit als rugpijn, duizeligheid

Mediterrane culturen:

- “**Nervios**” in Latino gemeenschappen: breed spectrum van emotionele distress uitgedrukt als zenuwklachten
- Meer acceptatie van dramatische emotionele expressie
- Familiaire/sociale context speelt grote rol in symptoominterpretatie

Midden-Oosterse culturen:

- “**Narahati**” (hartproblemen) in Iran: emotionele problemen uitgedrukt als hartklachten
- Hoofdpijn en buikpijn als primaire expressievormen van psychische distress
- Religieuze en spirituele verklaringsmodellen voor symptomen

Afrikaanse culturen:

- “**Brain fog**” in West-Afrika: hoofdpijn, oogproblemen, concentratiemoeilijkheden bij studenten
- Meer collectieve/sociale verklaringen voor ziekte
- Traditionele genezers spelen belangrijke rol

Noord-Europese verschillen:

- **Scandinavië**: veel rapportage van vermoeidheid en seizoensgebonden klachten
- **Nederland**: relatief directe communicatie over zowel fysieke als psychische klachten
- **Groot-Brittannië**: “stiff upper lip” cultuur - onderrapportage van emotionele aspecten

Noord-Amerikaanse patronen:

- Sterke focus op functionele beperkingen
- Individualistisch: “ik kan niet werken/functioneren”
- Hoge prevalentie van fibromyalgie en chronische vermoeidheid

Opmerkelijke verschillen:

- **Pijnexpressie**: Italianen uiten pijn expressiever dan Noord-Europeanen
- **Hartklachten**: Meer gerapporteerd in culturen met collectivistische waarden
- **Maagklachten**: Prominent in culturen met hoge sociale hiërarchie/stress
- **Hoofdpijn**: Universeel, maar interpretatie verschilt sterk

Deze patronen tonen aan dat psychosomatische symptomen universele neurobiologische processen zijn, maar hun expressie wordt sterk gevormd door culturele betekenisssystemen, sociale normen en beschikbare conceptuele kaders.

Globaliseert de heleboel?

Globalisering en culturele vermenging veranderen inderdaad de patronen van psychosomatische klachten op meerdere manieren:

Hybridisering van symptoompatronen:

Migranten met somatisatie vertoonden meer psychische distress, hadden een verhoogde behoefte aan zorggebruik, en rapporteerden meer post-migratie levensmoeilijkheden . Mensen combineren nu symptoomexpressies uit verschillende culturen.

Nieuwe digitale psychosomatische fenomenen:

Er ontstaan compleet nieuwe vormen:

- **“Social media contagion”**: Sociale media fungeert als broedplaats voor persoonlijkheids- en gedragspsychopathologie, waarbij symptomen zich via sociale besmetting verspreiden
- **“TikTok-tics”**: plotselinge toename van tic-achtige bewegingen bij jongeren na blootstelling aan sociale media content
- **Digitale zelf-diagnose**: Steeds meer kinderen en tieners “diagnosticeren” zichzelf met mentale stoornissen na het bekijken van influencers op sociale media

Migrant-specifieke patronen:

Migratie-gerelateerde stress manifesteert zich in verschillende psychosomatische symptomen als “natuurlijke” reacties op veranderingen . Dit creëert nieuwe categorieën:

- **Acculturatiestress-symptomen**: hoofdpijn, maagklachten, slaapproblemen
- **Culturele rouwsymptomen**: verlies van culturele identiteit uit zich lichamelijk
- **“Liminal stress”**: symptomen van het tussen-twee-culturen-in-leven

Homogenisering vs. diversificatie:

- **Globale symptomen**: sommige klachten (zoals burn-out, fibromyalgie) worden universeler
- **Lokale variaties**: tegelijk blijven regionale verschillen bestaan
- **Nieuwe mengvormen**: bijvoorbeeld “K-pop induced symptoms” in niet-Aziatische jongeren

Technologie-gerelateerde somatisatie:

- **“Phantom vibration syndrome”**: voelen van niet-bestaande telefoonvibraties
- **“Screen fatigue”**: hoofdpijn, oogklachten door beeldschermgebruik
- **“Digital overwhelm”**: angst en lichamelijke klachten door informatie-overload

Epidemiologische veranderingen:

- Snellere verspreiding van “mass psychogenic illness” via sociale media
- Nieuwe “culture-bound syndromes” ontstaan online en verspreiden zich wereldwijd
- Traditionele culturele symptoompatronen verdwijnen of transformeren

Therapeutische implicaties:

Clinici moeten nu rekening houden met:

- Multiculturele symptoomexpressies bij individuele patiënten
- Invloed van digitale media op symptoomvorming
- Nieuwe vormen van sociale besmetting van symptomen

De wereld wordt inderdaad “mixer” - en daarmee worden ook psychosomatische klachten complexer en gevarieerder dan ooit tevoren.

Ho-ho! K- Pop induced symptoms?

“K-pop induced symptoms” is een term die gebruikt wordt om een fenomeen te beschrijven dat klinici wereldwijd observeren, maar het is belangrijk te verduidelijken dat dit geen officiële diagnose is.

Wat er wordt geobserveerd:**Fysieke symptomen bij intense K-pop fandom:**

- Extreme emotionele reacties die zich lichamelijk uiten
- Hyperventilatie tijdens concerten of bij zien van idolen
- Slaapproblemen door obsessieve gedachten over artiesten
- Eetproblemen (proberen eruit te zien als K-pop sterren)
- Sociale isolatie met bijbehorende lichamelijke klachten

Culturele body dysmorphia:

- Jongeren buiten Azië die extreme diëten volgen om het K-pop schoonheidsideaal na te streven
- Lichamelijke klachten door ondervoeding
- Stress-gerelateerde symptomen door het niet kunnen bereiken van onrealistische standaarden

Sociale media-versterkte effecten:

- “Stan culture” (extreme fan devotie) kan leiden tot angst, depressie en bijbehorende somatische klachten
- FOMO (fear of missing out) rond K-pop events → stress symptomen
- Parasociale relaties die zo intens worden dat ze fysieke impact hebben

Waarom dit interessant is voor psychosomatiek:

Het toont hoe moderne globalisering-fenomenen nieuwe vormen van psychosomatische expressie creëren. Culturele producten uit één regio kunnen wereldwijd lichamelijke symptomen veroorzaken via sociale media verspreiding.

Belangrijke nuance:

Dit is geen pathologisering van K-pop fandom - de meeste fans zijn gezond. Het gaat om de extreme gevallen waar culturele obsessie lichamelijke symptomen veroorzaakt, wat een modern voorbeeld is van hoe globalisering psychosomatische patronen beïnvloedt.

Is dit echt nieuw?:

Dit fenomeen is inderdaad niet nieuw. De "Beatlemania" van de jaren '60 vertoont sterke overeenkomsten:

Historische vergelijkingen:

Beatlemania (1960s):

- Massale flauwvallen tijdens concerten
- Hyperventilatie en histerie bij fans
- Fysieke symptomen van extreme emotionele opwindning
- "Screaming sickness" - fans die letterlijk hun stem kwijtraakten

Elvis-fenomeen (1950s):

- Vergelijkbare fysieke reacties
- Sociale paniek over de invloed op jongeren
- Lichamelijke symptomen van emotionele overweldiging

Franz Liszt (1840s):

- "Lisztomania" - fans die flauwvielen tijdens zijn pianorecitals
- Fysieke histerie rond klassieke muziek
- Heinrich Heine schreef over de "epidemie" van emotionele reacties

Wat is er veranderd:

- **Schaal:** sociale media verspreidt fenomenen nu wereldwijd in plaats van lokaal
- **Intensiteit:** 24/7 toegang tot content versterkt obsessieve patronen
- **Duur:** vroeger ebde het weg na concerten, nu is het constant aanwezig
- **Complexiteit:** moderne fandoms zijn georganiseerder en intensiever

Wat hetzelfde blijft:

- Adolescenten en jongvolwassenen zijn het meest vatbaar
- Groepspsychologie speelt dezelfde rol
- Dezelfde neurobiologische mechanismen (dopamine, sociale binding)
- Vergelijkbare lichamelijke symptomen

Het interessante is niet dat het gebeurt, maar hoe moderne technologie en globalisering de traditionele patronen versterken en transformeren.

Behandelingen

De vraag die zich nu nog stelt is hoe je van een psychosomatische klacht eraf raakt. En dit is een cruciale vraag waar veel patiënten mee worstelen. De behandeling vereist een geïntegreerde aanpak omdat we te maken hebben met echte lichamelijke symptomen met psychische componenten.

Stap 1: Medische afronding

Eerst moet medisch onderzoek volledig zijn afgerond. Patiënten kunnen zich pas focussen op psychische factoren als ze zeker weten dat er geen onderliggende organische oorzaak is gemist.

Cognitief-gedragstherapie (CGT)

- Herkennen van automatische gedachten over symptomen
- Doorbreken van vicieuze cirkels: symptoom → angst → meer symptoom
- Exposure-oefeningen om angst voor lichamelijke sensaties te verminderen
- Acceptatie dat symptomen echt zijn, ook al hebben ze psychische oorzaken

Stressmanagement

- **Ontspanningstechnieken:** progressieve spierontspanning, ademhalingsoefeningen
- **Mindfulness:** accepterende houding tegenover lichamelijke sensaties zonder ze te versterken
- **Biofeedback:** bewust worden van fysiologische processen

Levensstijlaanpassingen

- Regelmatige slaap-waakritme
- Matige lichaamsbeweging (niet vermijden vanwege symptomen)
- Stress-triggers identificeren en aanpakken
- Sociale ondersteuning versterken

Medicamenteuze ondersteuning

- Antidepressiva kunnen zowel stemming als pijngevoeligheid beïnvloeden
- Soms tijdelijke anxiolytica voor acute episodes
- Geen symptoombestrijding als hoofdstrategie

Fysiotherapie/bewegingstherapie

- Belangrijk om deconditioning te voorkomen
- Geleidelijke toename van activiteit
- Behandeling van secundaire spierklachten

Wat NIET helpt

- Doctor shopping (blijven zoeken naar medische oorzaken)
- Vermijden van activiteiten
- Focussen op symptoombestrijding alleen

- Ontkennen van psychische component

Realistische verwachtingen

Herstel is vaak geleidelijk. Het doel is niet altijd volledige symptoomverdwijning, maar wel functioneel herstel en minder lijden. De kunst is leren leven met restklachten zonder dat ze je leven domineren.

Samenwerking therapeuten

Vaak werken huisarts, psychiater/psycholoog en eventueel fysiotherapeut samen voor optimale resultaten.

Ziek door vreugde?

Tot nu hadden we het eigenlijk enkel maar over klachten door distress (negatieve stress). Maar hoe zit het met vreugde? Dit is een belangrijk onderscheid dat vaak over het hoofd wordt gezien. Ja, ook eustress (positieve stress) kan inderdaad psychosomatische symptomen veroorzaken.

Eustress en lichamelijke reacties:

Fysiologisch niveau:

- Het autonome zenuwstelsel maakt geen onderscheid tussen “goede” en “slechte” stress
- Beide activeren dezelfde HPA-as (hypothalamus-hypofyse-bijnier)
- Vrijgave van cortisol, adrenaline en noradrenaline is vergelijkbaar
- Dezelfde neurotransmitter-systemen worden beïnvloed

Voorbeelden van eustress-gerelateerde symptomen:

- **Bruiloft/geboorte:** hoofdpijn, maagklachten door opwinding
- **Promotie op werk:** slaapproblemen, hartkloppingen
- **Verhuizen naar droomhuis:** spierspanning, vermoeidheid
- **Vakantie:** “vakantiediarree” door positieve anticipatie
- **Nieuwe relatie:** eetproblemen, concentratiemoeilijkheden

Waarom dit gebeurt:

Arousal-theorie:

Het lichaam reageert op verhoogde activatie, ongeacht de emotionele lading. Te veel opwinding kan net zo belastend zijn als te veel zorgen.

Aanpassingsenergie:

Volgens Selye's stress-model kost elke verandering - ook positieve - aanpassingsenergie. Deze kan opraken.

Cognitieve overbelasting:

Ook bij positieve gebeurtenissen kan er sprake zijn van:

- Te veel nieuwe informatie verwerken

- Veranderde routines
- Verhoogde sociale verwachtingen

Klinische observaties:

- “Holiday heart syndrome”: hartritmestoornissen tijdens vakantie/feesten
- Post-wedding blues met lichamelijke klachten
- Symptomen na het bereiken van langgestreefde doelen

Behandeling:

- Erkenning dat ook “goede stress” belastend kan zijn
- Geen schuldgevoel over symptomen bij positieve gebeurtenissen
- Dezelfde stressmanagement-technieken toepassen
- Balans zoeken tussen opwinding en rust

Belangrijke nuance:

Eustress is meestal korter durend en minder pathogeen dan chronische distress, maar bij gevoelige personen of cumulatie van positieve gebeurtenissen kunnen wel degelijk problemen ontstaan.

Dit benadrukt dat psychosomatiek niet alleen over “problemen” gaat, maar over hoe ons lichaam reageert op alle vormen van verhoogde activatie.