



MIND BODY STOFWISSELING

THEORETISCHE EN THERAPEUTISCHE PERSPECTIEVEN BIJ SOMATISCHE AANDOENINGEN

Symposium “Het metabolisme van de psy-cialist”

Prof. Dr. Anouk Vanden Bogaerde
26 september 2025

DISCLAIMER

- Mijn “winkel”



- Ervaringsdeskundige
 - Maar wie niet?



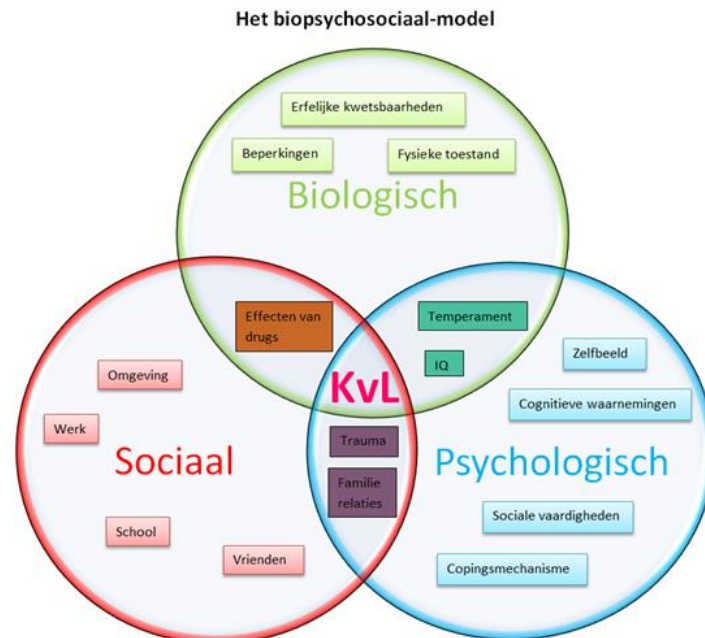
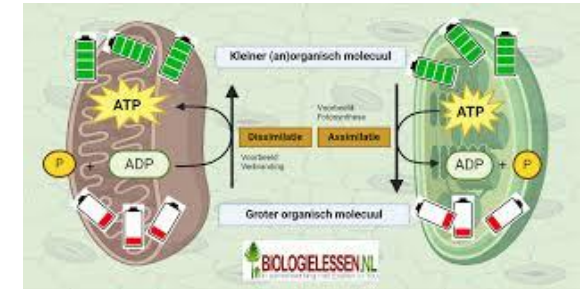


INTRODUCTIE



MIND-BODY METABOLISME

- afbraak van complexe stoffen voor energie en de opbouw van nieuwe stoffen
- gezondheid en ziekte zijn het resultaat van de complexe interplay tussen biologische, mentale en sociale facetten

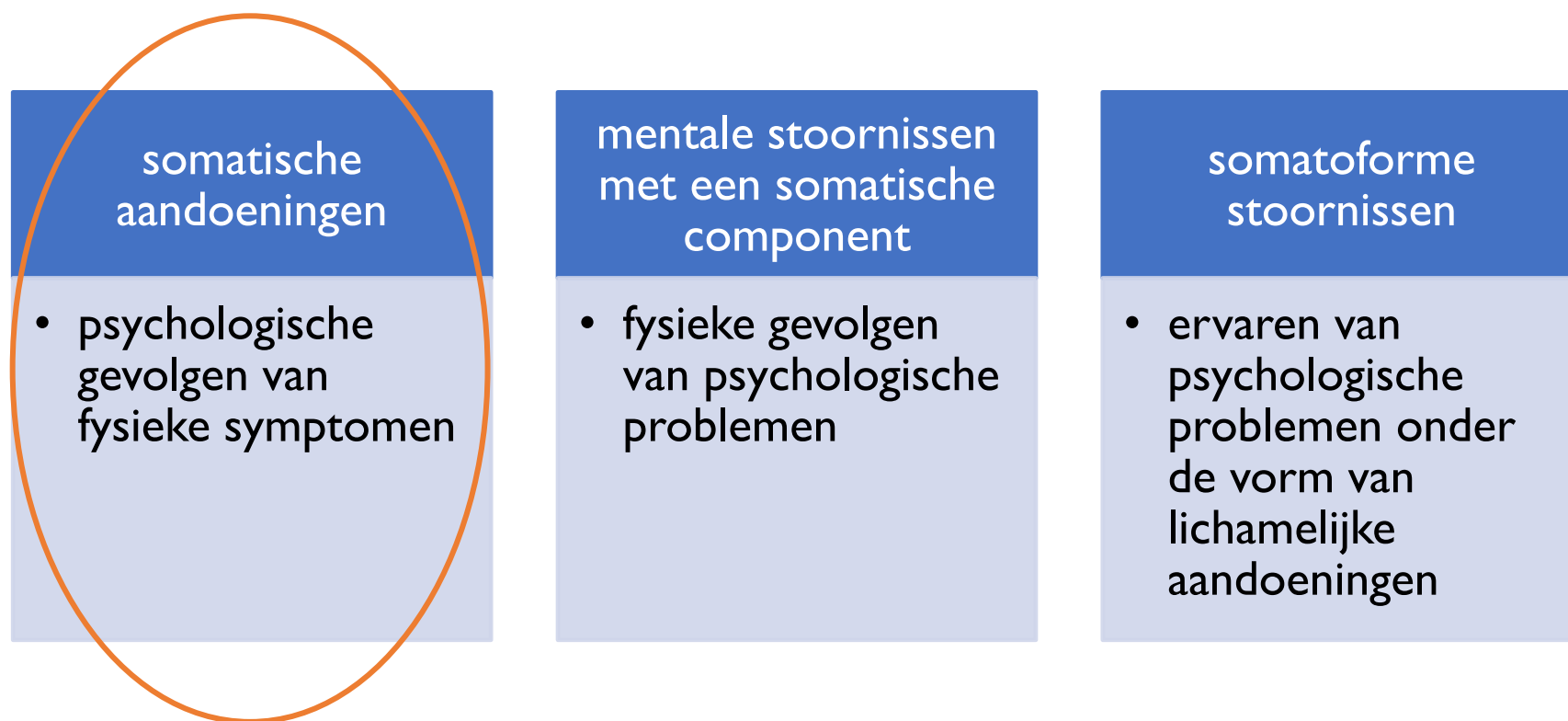


Engel, 1977

SOMATISCHE AANDOENINGEN

- kenmerken van ziekte die vaak samen voorkomen (Bolton & Gillet, 2019):
 - de persoon klaagt over **pijn of lijden**
 - men kan de dingen niet meer doen die men vroeger deed => **beperking**
 - de attributie van bovenstaande pijn/lijden en beperking is dat dit komt door een **medische oorzaak**
 - en dus is medische expertise noodzakelijk
 - maar enkel medische expertise?

DE MIND/BODY INTERPLAY BIJ DE PSYCHOLOOG



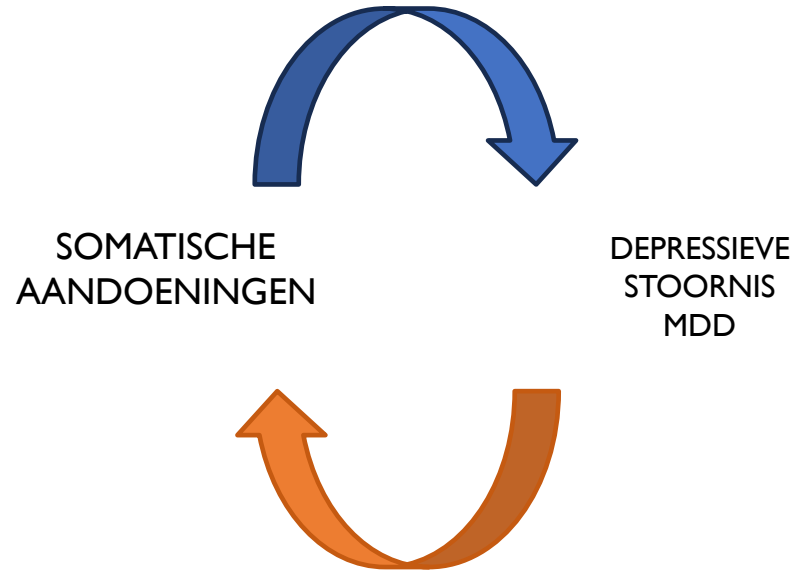
(Orzechchowska, Maruszewska & Galecki, 2021)

COMORBIDITEIT (BERK ET AL, 2021)

Comorbidity between major depressive disorder and physical diseases: a comprehensive review of epidemiology, mechanisms and management

Michael Berk¹, Ole Köhler-Forsberg^{2,3}, Megan Turner¹, Brenda W.J.H. Penninx⁴, Anna Wrobel¹, Joseph Firth^{5,6}, Amy Loughman¹, Nicola J. Reavley⁷, John J. McGrath^{8,10}, Natalie C. Momen¹¹, Oleguer Plana-Ripoll^{8,11}, Adrienne O'Neil¹, Dan Siskind^{8,12,13}, Lana J. Williams¹, Andre F. Carvalho¹, Lianne Schmaal^{1,4,15}, Adam J. Walker¹, Olivia Dean¹, Ken Walder¹, Lesley Berk¹, Seetal Dodd^{1,14}, Alison R. Yung¹, Wolfgang Marx¹

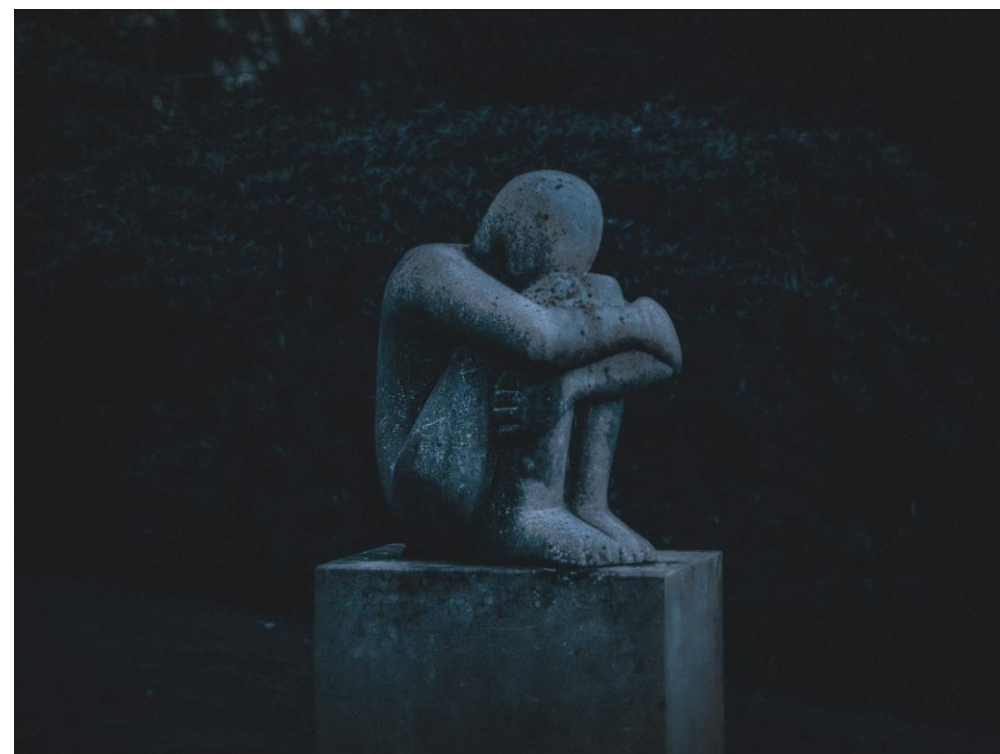
¹Institute for Mental and Physical Health and Clinical Translation (IMPACT), School of Medicine, Deakin University, Geelong, VIC, Australia; ²Psychosis Research Unit, Aarhus University Hospital - Psychiatry, Aarhus, Denmark; ³Department of Clinical Medicine, Aarhus University, Aarhus, Denmark; ⁴Department of Psychiatry and Amsterdam Public Health, Amster-



- hoge comorbiditeit tussen somatische aandoeningen en depressie geassocieerd met:
 - slechtere outcome
 - minder treatment adherence
 - verhoogde mortaliteit
 - een groter gebruik van en hogere kosten voor de gezondheidszorg
 - complexere therapeutische alliantie
 - moeilijker volhouden van adaptief gezondheidsgedrag

DEPRESSIE ALS REACTIE OP VERLIES

- Levend verlies
 - Verlies van gezondheid
 - Verlies van zelfstandigheid
 - Verandering van zelfbeeld / identiteit
 - hoe ziet de cliënt zichzelf?
 - hoe wil de cliënt gezien worden?
- HOE GROOT IS HET VERLIES?
 - hoe groot is de aanpassing?
 - aangeboren beperking vs. sudden onset
 - degeneratieve aandoening

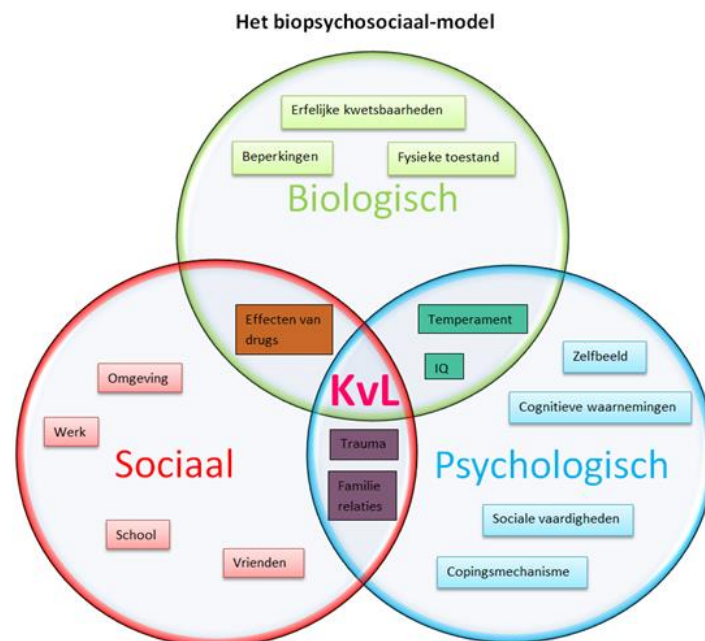


CASUSVOORBEELD MAYA -



- Vrouw, 41 jaar oud
- Lupus (Systemische Lupus Erythematoses): chronische auto-immuunziekte
 - nierschade (lupus nephritis) waardoor nood aan dialyse
 - eventuele transplantatie
 - longfibrose => extreme benauwdheid
 - pijn in de gewrichten en huidproblemen
 - vermoeidheid
 - sneller en duren ook langer

- Leerkraft, momenteel reeds maanden in ziekte
- Alleenstaand
- Kleine sociale cirkel



- depressieve klachten
 - sombere stemming
 - emotioneel reactief
 - futloos

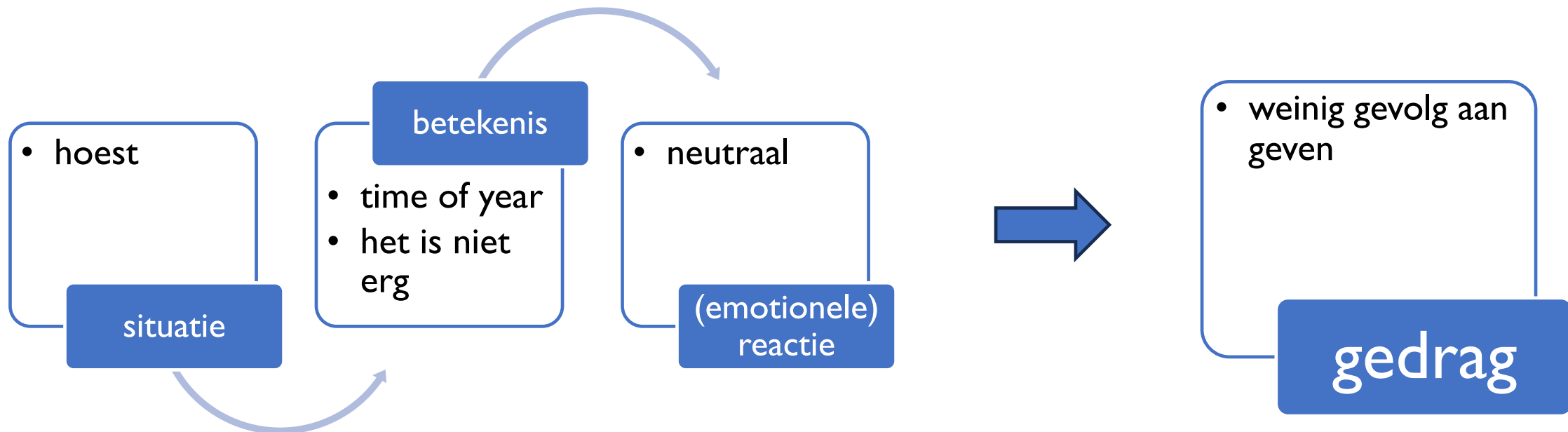


THEORETISCHE PERSPECTIEVEN VANUIT EEN CBT BRIL

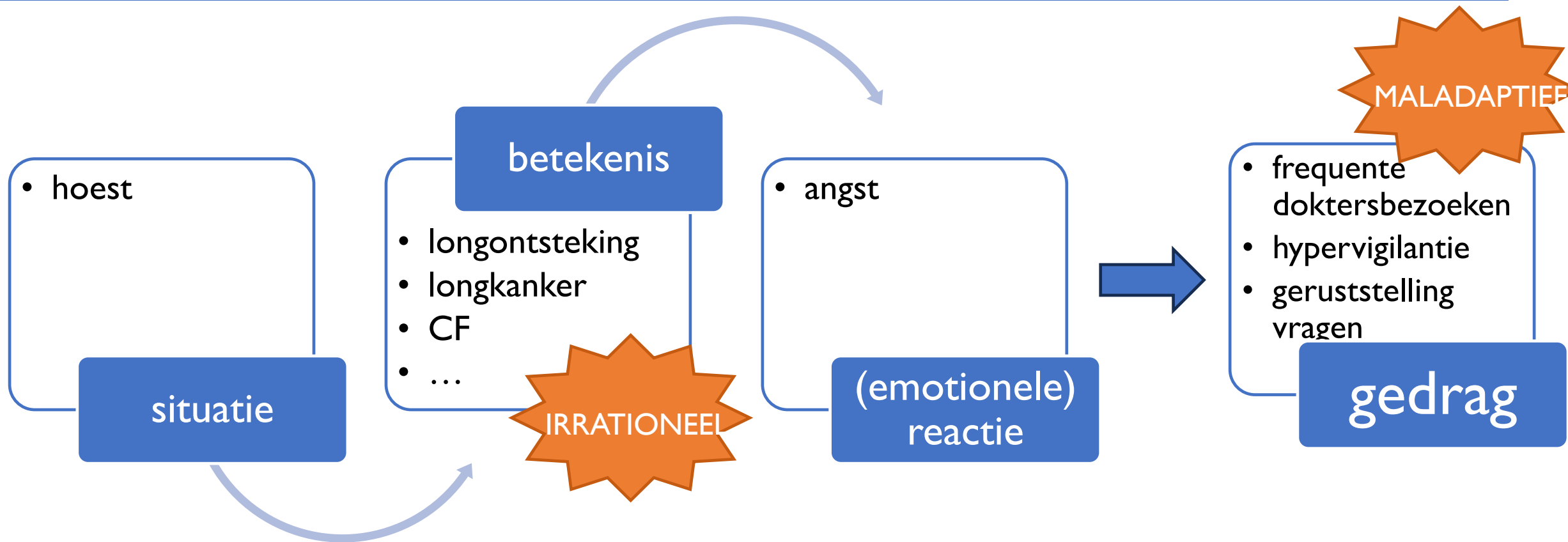


PSYCHOLOGISCH PERSPECTIEF VANUIT EEN CBT BRIL

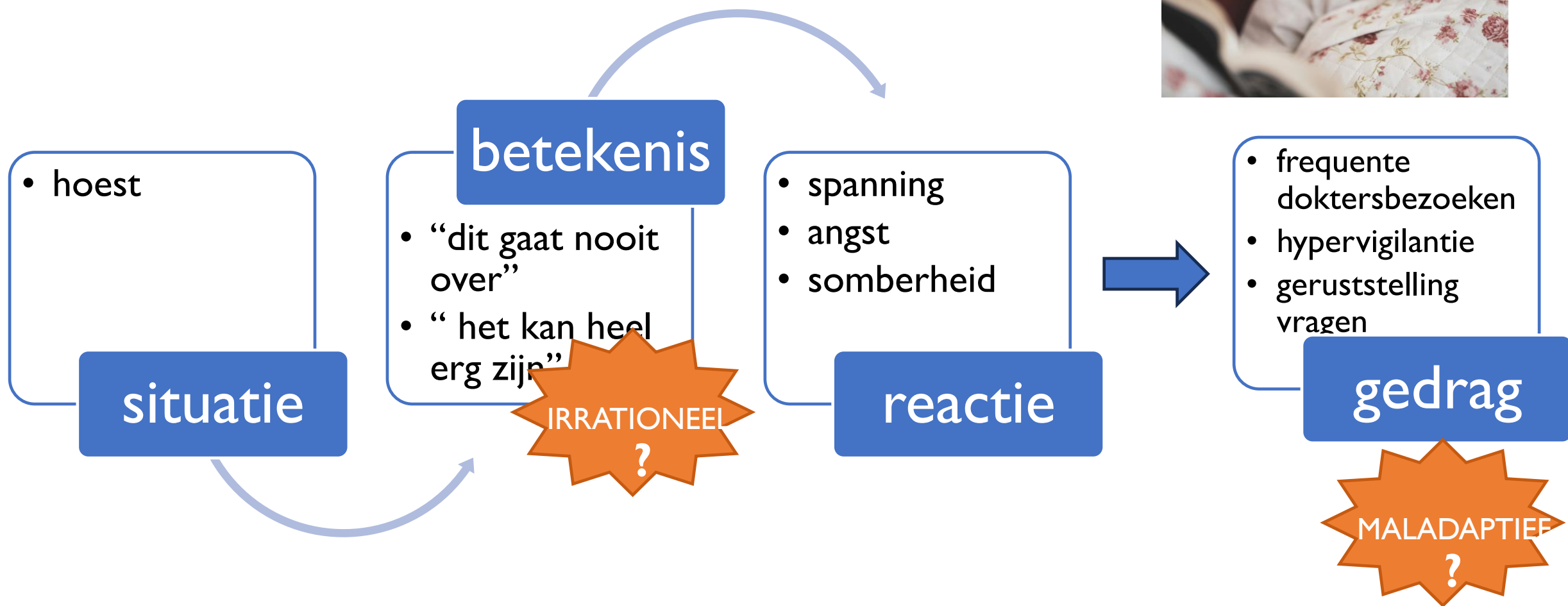
- CBT model (nauw)
 - Cognities (bijv. catastroferen) en gedrag (bijv. vermijding, medische overconsumptie) houden klachten in stand.



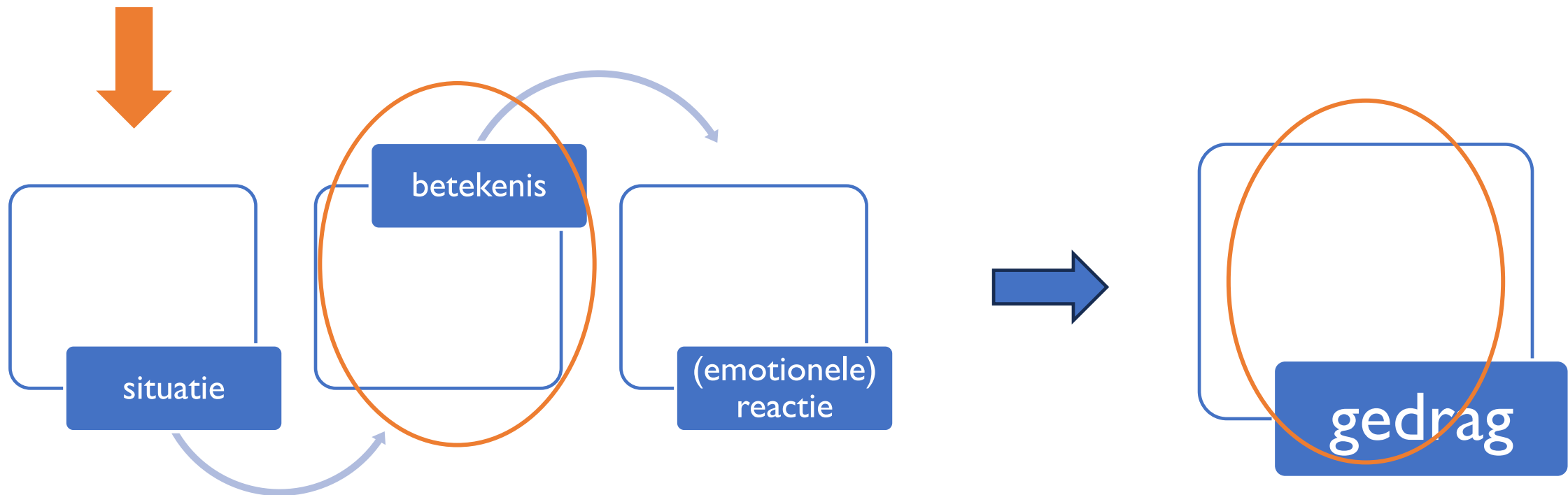
CBT MODEL



CBT MODEL

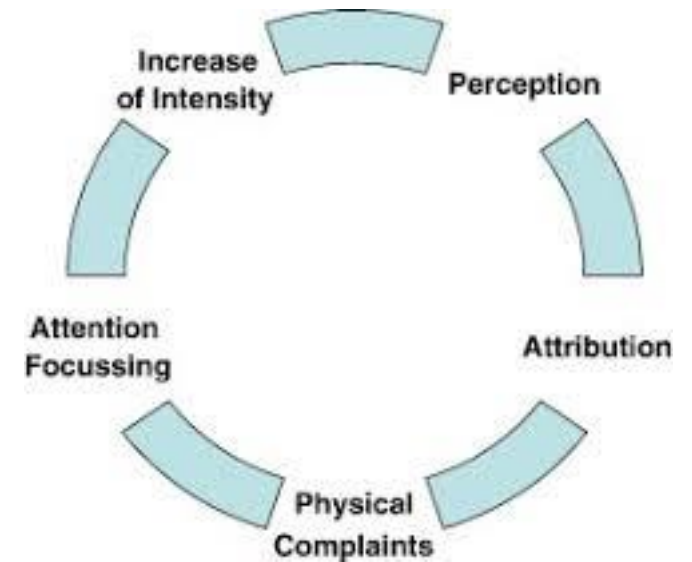


AANDACHT



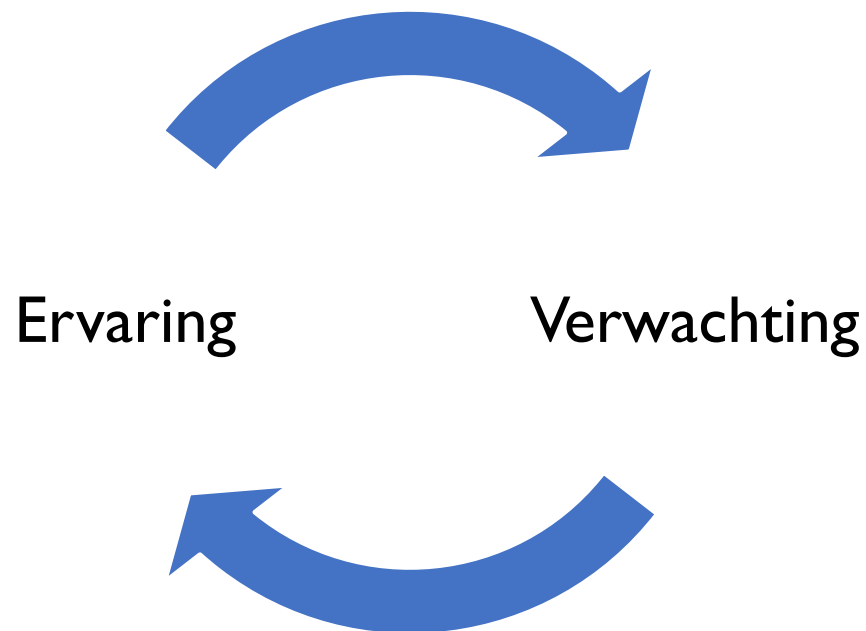
(I) DE ROL VAN AANDACHT:

- Hypervigilantie voor relevante prikkels
 - snellere detectie pijn / aversieve lichamelijke gewaarwordingen
- Somatosensorische amplificatietheorie (Barsky, 1988)
 - attributie stuurt waarneming
 - attributie
 - intern /extern
 - variabel in tijd
 - variabel in ruimte
 - controleerbaar / oncontroleerbaar



(2) DE ROL VAN (NEGATIEVE) INTERPRETATIE / BETEKENIS

- betekenisverlening / interpretatie wordt gestuurd door
 - ervaringen in het verleden
 - modelling
 - informatie
- VERWACHTING speelt een grote rol
 - wat zijn verwachte gevolgen van een medische procedure?
 - wat zijn de verwachte gevolgen van een chronische ziekte / lichamelijke aandoening voor het leven van de patiënt/cliënt?
- Match/mismatch model (Rachman & Arntz, 1997)
 - beleving van pijn wordt beïnvloedt door de verwachting van de intensiteit van de pijnprikkel
 - mismatch tussen die twee zou moeten leiden tot aanpassing in de voorspelling van pijn



Leergeschiedenis:

Heftige episode:

- fysiek lijden
- (langdurige) ziekenhuisopname
- totale onderbreking dagelijks leven & activiteiten
- medische interventies (“de mallemlen”)
- geen controle
- lange revalidatie om terug op een minimum aan levenskwaliteit te komen



CATASTROFEREN (QUARTANA, EDWARDS & CAMPBELL, 2009)

1. Versterking van klachtenbeleving (Colombi et al, 2015)

- meer aandacht voor pijn of lichamelijke signalen => meer lijden

2. Toename van angst en stress

- catastrofale gedachte => meer stress / angst
- Stress => fysiologische processen (spierspanning, hartslag, immuunsysteem) => klachten nemen toe

3. Negatieve spiraal

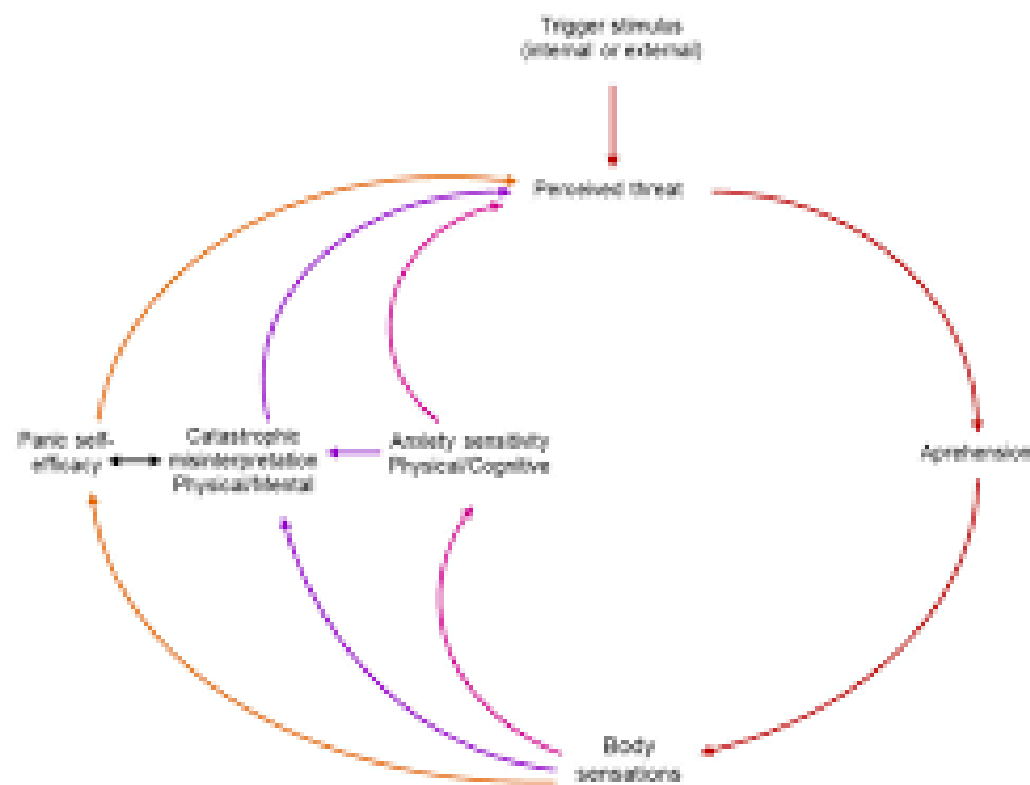
- Meer angst → meer lichamelijke sensaties → meer catastroferende interpretatie → verdere toename van klachten.
- catastroferen kan gezien worden als repetitief negatief denken (Edwards & Eccleston, 2015)

4. Impact op herstel en prognose

- voorspeller van slechtere uitkomsten bij chronische pijn, reuma, hartziekten etc.
- **vermijdingsgedrag** (minder bewegen uit angst voor schade), waardoor conditie verslechtert => chronische klachten

(3) DE ROL VAN (TRAIT) COGNITIEVE KWETSBAARHEIDSFACTOREN

- Algemene **competentieverwachting** is laag (Casey, 2004)
 - Het idee dat je je problemen kan oplossen op praktisch, emotioneel en sociaal gebied (Appelo, 2011)
 - Gerelateerd aan self efficacy (Bandura, 1988)
- McNally (2002): **anxiety sensitivity** voorspelt panieksymptomen bij taken waar gevreesde sensaties opgewekt worden
 - Anxiety sensitivity: de tendens om lichamelijke sensaties als bedreigend te interpreteren

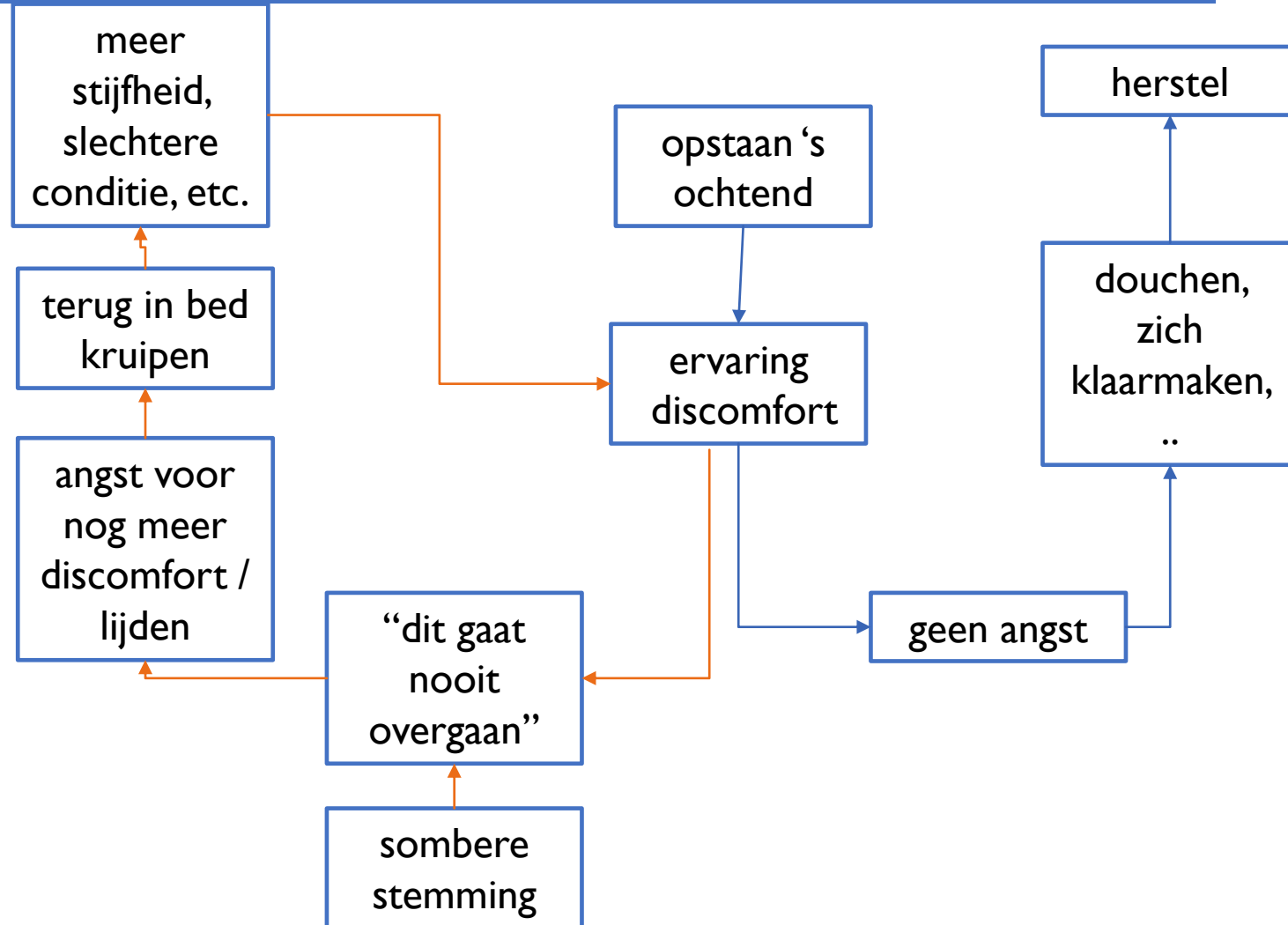
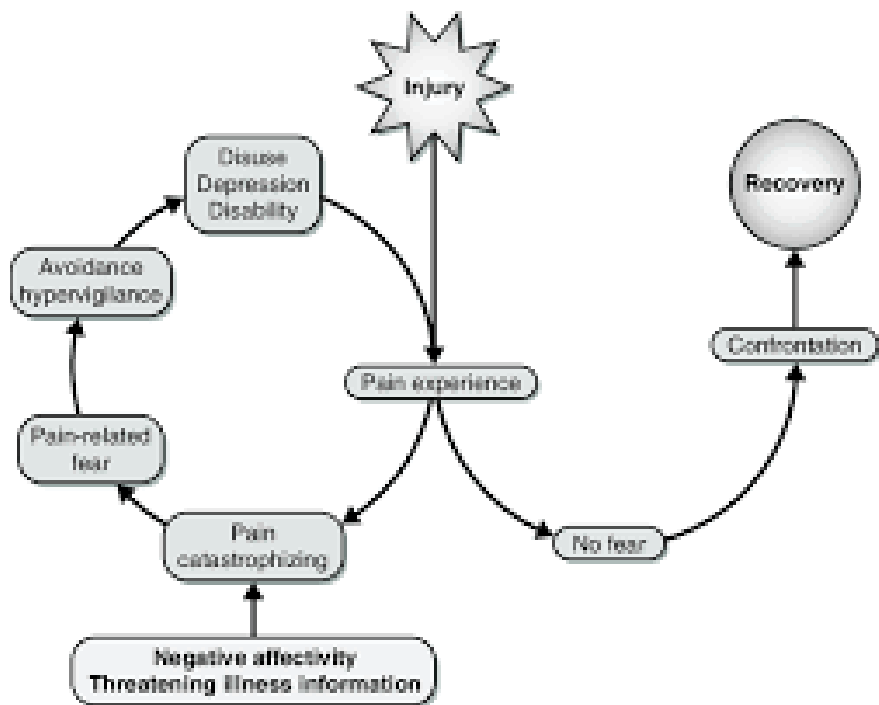


Heftige episode:

- fysiek lijden
- (langdurige) ziekenhuisopname
- onderbreking dagelijks leven & activiteiten
- medische interventies (“de mallemlen”)
- geen controle



(4) DE ROL VAN VERMIJDING: FEAR AVOIDANCE MODEL (VLAEYEN, LINTON)



EEN WASLIJST PSYCHOLOGISCHE FACTOREN DIE EEN ROL SPELEN...

- denkfouten
- catastroferen over situatie (trigger)
- catastroferen over pijn / beperking
- anxiety sensitivity
- attributies
- waarneming pijn
- aandacht
- maladaptieve overte coping
- maladaptieve coverte coping
- ...

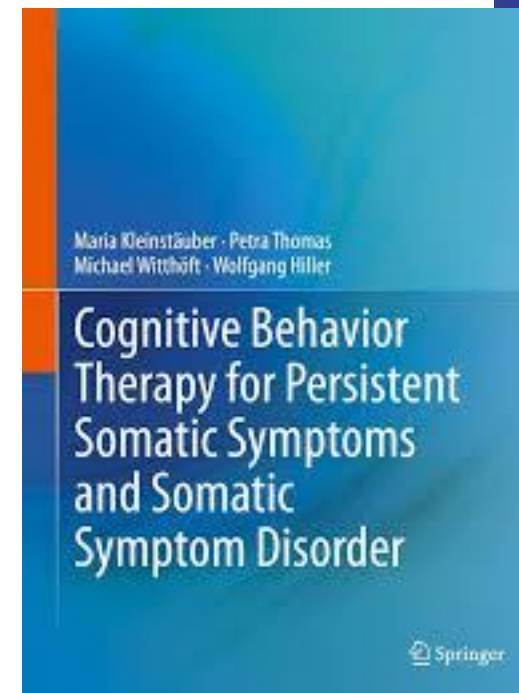
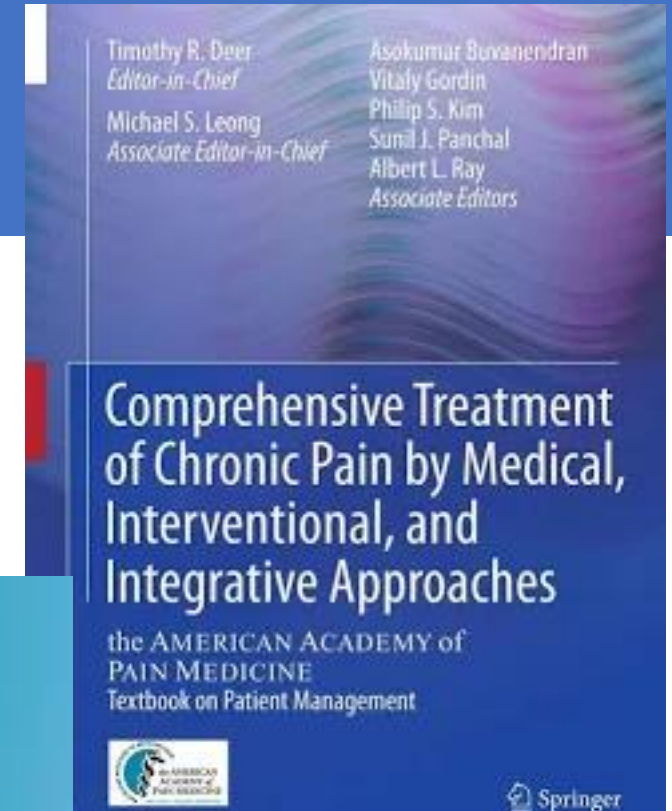
WAT MET ONZE CLIËNTEN?

- Hoe krijg je al deze perspectieven verenigd in een aanpak voor één specifieke cliënt

⇒ all-in-one aanpak?

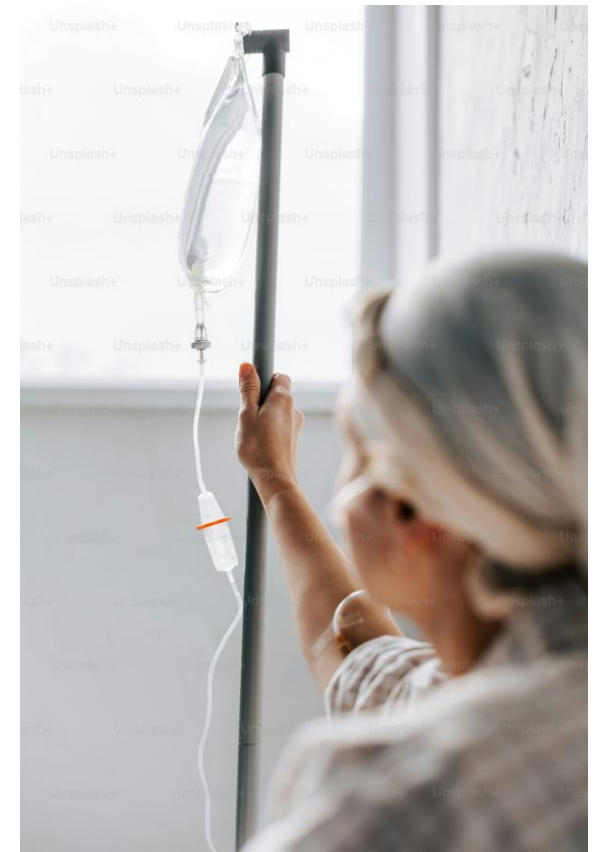
⇒ individuele casus conceptualisatie

- Instapmodel: $K = O \times P$



KLACHTEN

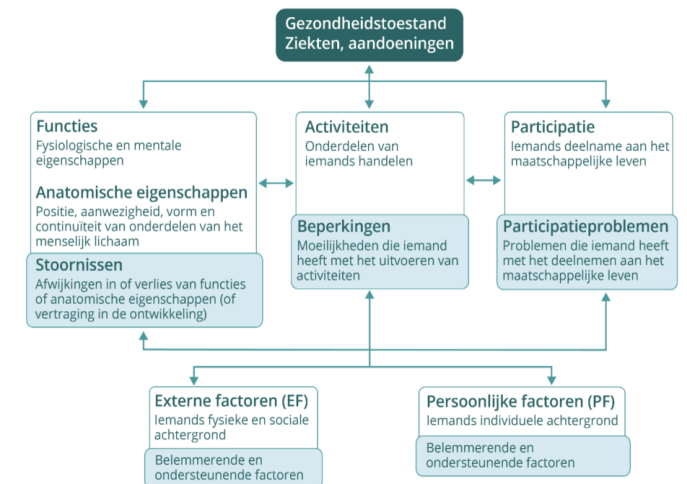
- Fysiek
 - pijn
 - discomfort
 - lijden
- Mentaal / emotioneel
 - belastende emoties



RELEVANTE O-FACTOREN

- aanwezigheid ziekte /beperking
- Maar ook CONTEXT (ICF)
 - niet alleen externe factoren
 - maar ook beperkingen en participatieproblemen
- leer / ontwikkelingsgeschiedenis
 - gezin van oorsprong
 - life events
 - leven voor de ziekte: waarden en doelen

MULTIDISCIPLINAIR



RELEVANTE PERSOONSFACTOREN

- aanwezigheid (biologische) kwetsbaarheidheden, bv. verslavingsgevoeligheid (familiaal?)
- idiosyncratische maladaptief **denkpatronen**
 - catastroferen en negatieve overtuigingen mbt ziekte / beperking
 - laag competentiegevoel
 - piekeren
 - hoge eisen tav zichzelf
 - laag zelfbeeld
 - ...
- **maladaptief coping gedrag:**
 - Overt coping gedrag:
 - actief vermijdingsgedrag:
 - hypervigilantie / controleren
 - overcompenseren
 - door doen
 - middelen geruik
 - geruststelling vragen
 - passief vermijdingsgedrag
 - niet meer naar ... gaan
 - medische controles vermijden
 - ...
 - Covert coping gedrag
 - piekeren, rumineren, zz geruststellen,...

ADAPTIEF VS. MALADAPTIEF

ALTIJD

nooit

altijd

OVERAL

in geen enkele
situatie

in elke
situatie

ALLES

over
niets

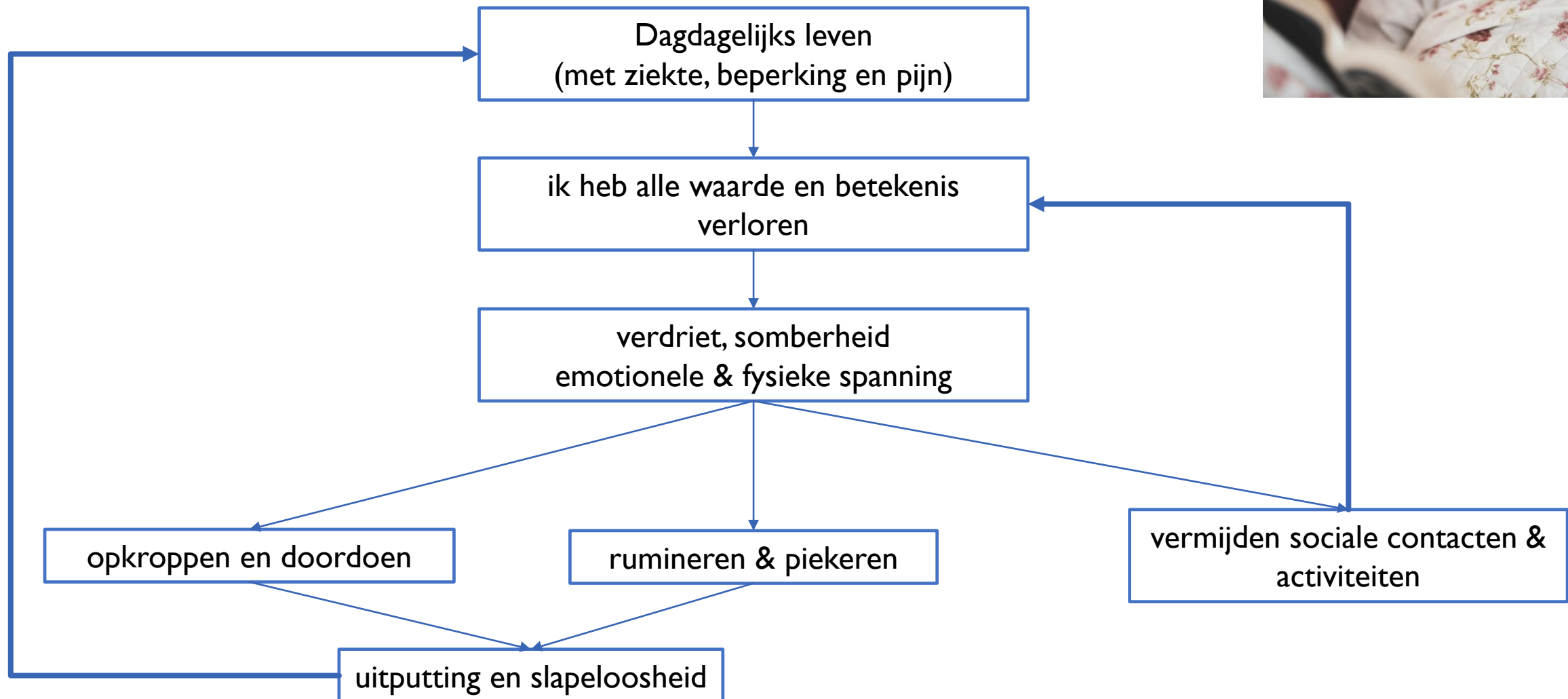
over
alles

KOP MODEL



K	O	P
Vermoeidheid Diffuse pijnklachten Slapeloosheid Kortademigheid (pereodiek) Futloosheid Geheugen / concentratie-problemen	Diagnose Lupus Participatieproblemen - Opgeven professionele leven - Beperkte sociale kring - Beperkte vrije tijdsbesteding en hobby's - Beperkte financiële mogelijkheden - Toekomstperspectief? GVO: weinig aandacht voor gevoelens en beleving Leven voor de ziekte: focus op professionele leven	Negatieve denkpatronen - Zwart/wit denken - Hoge eisen naar zichzelf => Gevoel alle waarde en betekenis verloren te hebben Maladaptieve coping - Rumineren / piekeren - Vermijden - Opkroppen - Te lang doordoen / zichzelf uitputten

KERNPROCESMODEL MAYA



PROCESMODEL MAYA

Erkenning, maar ook
differentiatie
(signalering en
flexibiliteit), psycho-
educatie

Dagdagelijks leven
(met ziekte, beperking en pijn)

ik heb alle waarde en betekenis
verloren

verdriet, somberheid
emotionele & fysieke spanning

Sociale steun zoeken
Aanleren mildheid

opkroppen en doordoen

rumineren & piekeren

piekertraining

uitputting en slapeloosheid

vermijden sociale contacten &
activiteiten

graduele activering

Cognitieve interventies
(zwart/wit denken – hoge
eisen)
ACT
rouwverwerking



CONCLUSIE

- Fysieke symptomen (ziekte, pijn, lijden) staan niet los van hoe ze beleefd worden
 - Staat onder invloed van een psychologisch proces dat aangeleerd is - BETEKENIS
 - door ziekteproces
 - door eerdere ervaringen
 - Staat onder invloed van specifieke informatie verwerkingsprocessen
 - aandachtsbias
 - interpretatiebias en catastroferen
 - wordt in stand gehouden door maladaptief copinggedrag
 - overt
 - covert
 - cognitief

stofwisseling
tussen
hulpverleners

TOEKOMST



Lupus



Stoornissen

lupus nephritis
longfibrose
huidaandoening (uitslag)
vermoeidheid



Beperkingen

beperkte conditie /
uithoudingsvermogen
wandelen beperkt tot korte
afstand

geheugenproblemen
concentratieproblemen



Participatieproblemen

stopzetten werk /
professionele leven
beperkte deelname sociale
leven
moeilijke participatie aan
vrijtijdsactiviteiten



Externe factoren

belemmerende factoren: financiële beperkingen door langdurige
invaliditeit
ondersteunende factoren: ondersteuning door familie,
thuisverpleging, betrokken hulpverleners



Persoonsfactoren

veel doorzettingsvermogen, mogelijks valkuil
piekeren
hoge eisen naar zichzelf