

Stressortheorie: een systeemtheoretische benadering om onbegrepen lichamelijke klachten te begrijpen en te behandelen

Inleiding

Bijna de helft van alle nieuwe patiënten die de huisarts bezoeken zijn patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK), ook wel onbegrepen lichamelijke klachten (OLK) of aanhoudende lichamelijke klachten (ALK) genoemd^{1,2}. De communicatie daarover tussen huisarts en patiënt blijkt niet gemakkelijk, omdat een lichamelijke diagnose ontbreekt^{3,4}. De dominante biomedische benadering verhindert breder te kijken. Beiden, patiënt en huisarts, zoeken naar een structurele afwijking of een abnormale laboratoriumuitslag, die niet gevonden wordt. Een begrijpelijk verklaring, inclusief de daarbij behorende emotie ontbreekt.

Emoties, gevoelens, en psychologie worden als oorzaak verworpen of in een Assepoester-positie geplaatst, getoonzet door de uitspraak 'het zit niet tussen de oren'. Wijzen op stress of psychologie impliceert voor de huisarts het risico van een medische misser of verlies van de patiënt.

Desalniettemin is het behandelen van psychologische factoren in de vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT) of *acceptance en commitment therapie* (ACT) toegestaan, niet voor de oorzaak, maar alleen voor de klachten. Echter, de bewezen effectiviteit van CGT en ACT is gering^{6,7}. Daarom klinkt de roep voor betere psychologische behandelingen^{6,7}.

In navolging van Freud blijkt het behandelen van de verdrongen emotie als een oorzaak van SOLK effectiever^{10,11}. Als de emotie-gerichte behandeling de

voorkeur krijgt, wat is dan de verklaring van SOLK?

De emotie is geworteld in de psychologie, hangt af van sociaal-culturele invloeden en vindt zijn uitdrukking in de fysiologie van het lichaam. Op deze manier acteert de emotie in de verschillende systemen. In een van de verklaringen wordt SOLK gezien als het product van een complex-adaptief systeem⁹. Omdat bewuste emoties geen klachten geven, kan SOLK het resultaat zijn van de werking van de verdrongen emotie in het systeem.

In dit artikel pleiten we voor een centrale positie van de verdrongen emotie in een systeembenadering, genoemd de stressortheorie. De psyche is in deze theorie een systeem van cognities, emoties, gedragingen en negatief zelfbeeld, het CEG-systeem. Binnen een disfunctioneel CEG-systeem acteert de verdrongen emotie, stressor genoemd, als een sturende kracht die SOLK veroorzaakt.

Eerst bespreken we het systeem in algemene zin. Vervolgens het CEG-systeem en het disfunctionele CEG-systeem met de stressor. Om te eindigen met twee casussen als illustratie van de stressortheorie.

Systeembenadering

De stressortheorie is een toepassing van de algemene systeemtheorie. De algemene systeemtheorie is als eerste naar voren gebracht door Ludwig von Bertalanffy, die stelt dat de werkelijkheid is opgebouwd uit systemen.

Een systeem wordt beschouwd als een zelfregulerend functioneel coherent geheel, dat bestaat uit delen die elkaar beïnvloeden en ingebed zijn in een groter geheel. Als zodanig is een cel een systeem binnen een orgaan binnen het lichaam. Een systeem bestaat uit invoer en uitvoer, verschuiving, herhaling en het veranderen van instelling en eigenschappen van het systeemproces. De uitkomst van het systeem kan wisselen, het kan vluchtig zijn of stabiel en deze dynamiek houdt het systeem in evenwicht. In het systeem is een sturende functie of drijvende kracht actief om het proces te activeren en te onderhouden. In de systeemtheoretische benadering is aangetoond dat een kritische overgang in een andere toestand kan plaats vinden nadat een kantelpunt is bereikt¹².

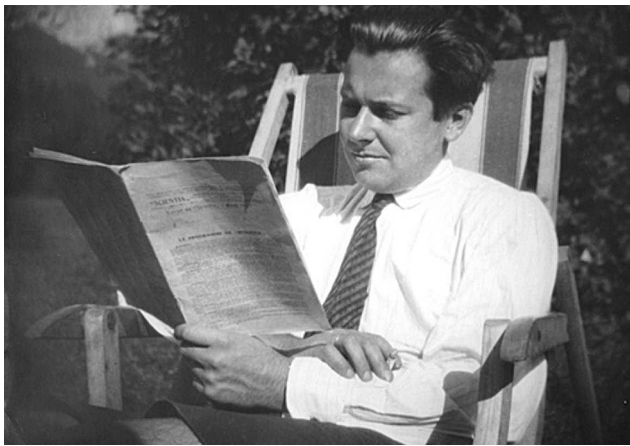
We beschouwen nu eerst de psyche als een CEG-systeem en vervolgens het disfunctionele CEG-systeem



Marten Klaver, voormalig neuroloog, secretaris Stichting Emovere en SOLK-deskundige. aan het Louis Bolk Instituut

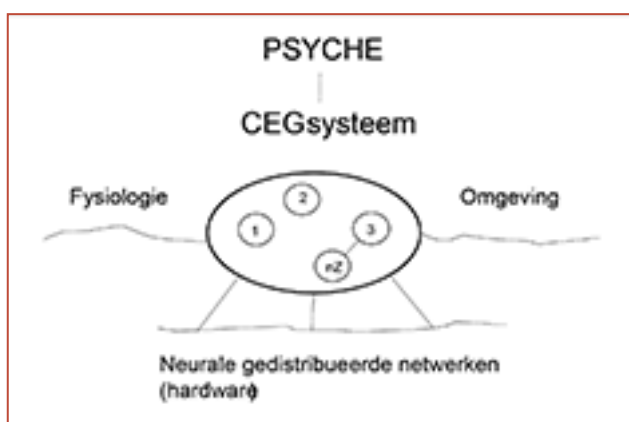


Herman van Wietmarschen, systeembiooloog en onderzoeker integrale gezondheid



De psyche als een CEG-systeem

We definiëren hier de psyche als een systeem dat is samengesteld uit de domeinen cognitie, emotie en gedragingen, in het kort CEG. Deze CEG-elementen zijn de bouwstenen van de psyche. De psyche is geworteld in de netwerken van de hersenen en bevat vele kleine CEG-programma's, coherente gehelen van geactiveerde CEG-elementen. Gebaseerd op het associatieprincipe zullen elementen die gelijktijdig actief zijn samenhangen met en verbonden worden in de neuronale netwerken, de coherentie en het geheel van het programma bepalen. Klinisch representeert het programma alleen de door de patiënt uitgesproken woorden. De onderdelen interacteren in een proces. Een bewust, intentioneel doel of een onbewuste emotie-competente prikkel activeert het programma. De sturende kracht onderhoudt het proces en zorgt voor de uitkomst. Ieder persoon heeft zijn eigen CEG-programma's (software), geworteld in de hardware van de gedistribueerde netwerken (figuur 1).



Figuur 1. De psyche wordt gezien als een CEG-systeem, bestaande uit cognities, emoties en gedragingen. Het systeem is geworteld in de hardware van de gedistribueerde netwerken in de hersenen. Het systeem interacteert met systemen in de fysiologie van het lichaam en met de sociale omgeving.

Het CEG-systeem is afhankelijk van het autobiografisch geheugen en omgeven door en interacterend met de fysiologie van het lichaam en de sociale omgeving. Omdat het zelf een centrale positie heeft in het functioneren van lichaam en geest, is het zelfbeeld-programma een dominant onderdeel van het CEG-systeem. Het zelfbeeld heeft een leidende rol in het functioneren van de psyche en is geworteld in vroege kindervaringen. Het zelfbeeld bestaat uit CEG-elementen. In een gezond CEG-systeem interacteren de CEG-elementen met elkaar, met het lichaam en de omgeving als een normaal psychologisch proces.

Het disfunctionele CEG-systeem

De stressortheorie gaat over het disfunctionele CEG-systeem. In het disfunctionele CEG-systeem zijn de disfunctionele CEG-elementen, het negatieve zelfbeeld, de stressor en de klachten de onderdelen van de programma's die spelen in de stressortheorie. Een sturende kracht, de stressor, start en onderhoudt het proces om een uitkomst te leveren. De stressor is een sterke emotie, zoals de angst voor afwijzing of verdrongen boosheid, een diepgevoelde overtuiging of vermijdingsgedrag, zoals zichzelf wegcijferen.

We onderscheiden drie programma's in het disfunctionele CEG-systeem betreffende onbegrepen lichamelijke klachten: het klacht-CEG-programma, het probleem-CEG programma en het kern-CEG programma, dat verbonden is met het negatieve zelfbeeld (nZ) (figuur 1). De programma's zijn het startpunt voor de behandeling.

De stressor

In de stressortheorie is de stressor een persoonlijke relevante urgente factor, een sturende kracht in het disfunctionele CEG-systeem. De stressor vindt zijn oorsprong in aversieve vroegkinderlijke ervaringen en is een CEG-element. De stressor kan een disfunctionele cognitie, een verdrongen emotie of een inadequaat coping gedrag zijn of een combinatie ervan.

Er zijn vele stressfactoren, maar er is geen gelijk speelveld: sommige factoren hebben meer betekenis dan andere. De meest beladen factor in het CEG-systeem is de stressor, die stuurt als een drijvende kracht de organisatie van het disfunctionele CEG-programma en veroorzaakt de klachten.

De werking van de stressor is terug te vinden in de klachtengeschiedenis van de solk. De klachtengeschiedenis begint met een enkelvoudige klacht, getriggerd door de stressor. Terugkerende stressoractiviteit zorgt voor recidieven of verplaatsing naar een nieuwe klacht en met aanhoudende stressoractiviteit tellen de klachten op en verduurzamen in chroniciteit. Het systeem kan gesensitiseerd worden door verlaging van de drempel, met name de pijndrempel.

De klacht verschijnt wanneer een slapende, onbewuste stressor geactiveerd wordt en door summatie of sterkte een kantelpunt bereikt en het systeem verandert in een nieuwe disfunctionele toestand.

De klacht kan verdwijnen wanneer de stressor bewust gemaakt wordt en onder prefrontale cognitieve controle komt. De limbische activiteit wordt hierdoor geremd. Dit keerpunt brengt het systeem terug in de normale gezonde toestand. Zo zijn kantelpunt en keerpunt begin en einde van de klacht.

De stressor verandert in een relevante onbewuste negatieve emotie, het gemeenschappelijk eindpunt van de disfunctionele CEG. Deze werkt op limbisch niveau en wordt uitgedrukt in het lichaam. De stressor is de psychologische kant van de medaille, de relevante onbewuste negatieve emotie is de lichamelijke kant.

De stressor werkt onbewust op de functies van het limbisch systeem beschreven in het handboek van Vogt over de cingulaire cortex¹³. Waar een normale emotie een normale expressie vindt in het lichaam, mondt de abnormale verdrongen emotie uit in een abnormale expressie in het lichaam, de onbegrepen klacht.

De onbegrepen klachten passen bij limbische disfuncties. In het limbisch systeem kan de stressor, de verdrongen emotie niet bewust worden en verplaatst zijn normale activiteit naar een andere limbische functie. Door storende interferentie resulteert deze functie in een limbische disfunctie. Zo kan bijvoorbeeld verdrongen verdriet in een hersenstamkern door verplaatste activiteit overgaan in een therapie-resistente migraine. Dit concept, gebaseerd op verandering in limbische functies wordt de limbische verklaring genoemd.

Drie programma's

Drie disfunctionele programma's zijn belangrijk voor de stressortheorie: de klacht-CEG, de probleem-CEG en de kern-CEG.

De klacht-CEG heeft betrekking op de klacht. Bijvoorbeeld, mijn pijn in de enkel komt door het ongeval (cognitie) en ik ben bang voor invaliditeit (emotie). Daarom beweeg ik mijn enkel niet om de schade niet te vergroten (gedrag).

De probleem-CEG gaat over een enkelvoudige situatie zoals een reorganisatie op het werk met de onbewuste angst en boosheid om ontslagen te worden of een familieconflict over mantelzorg met verdrongen boosheid, waar een familielid niet een deel van de last wil dragen. Hierdoor verschijnt de klacht. Wanneer de relatie tussen de verdrongen boosheid en de klacht duidelijk is geworden en er passend op wordt gehandeld, verdwijnt de klacht in enkele dagen.

De kern-CEG tenslotte bevat het negatieve zelfbeeld op basis van negatieve vroegkinderlijke ervaringen.

De belangrijkste onderdelen van de kern-CEG zijn de angst voor afwijzing, perfectionisme en *please*-gedrag. Gedurende het leven vinden tijdelijke activaties van de stressor plaats, maar deze worden geneutraliseerd door relativeren of positieve bronnen.

Na een ongeval of infectie en aanvankelijke verbetering kunnen de eisen van het werk gecombineerd met perfectionisme de angst voor afwijzing onbewust activeren. In een poging afwijzing te voorkomen, en de werkgever te *pleasen*, probeert de patiënt te vroeg het werk te hervatten, terwijl het lichaam er nog niet klaar voor is. De stressor neemt dan leiding over en onderhoudt de klacht.

Ook zonder duidelijke reden kan een onbewuste competente emotionele prikkel spontaan de stressor activeren en overgaan naar een klacht. Aangekomen met de klacht in het medisch systeem voegen iatrogene invloeden met teleurstelling en zich niet serieus genomen voelen zich bij het programma. Al deze lichamelijke en sociale elementen vormen samen met de CEG-elementen het programma.

Het negatieve zelfbeeld programma

In de stressortheorie heeft iedereen een positief en een negatief zelfbeeld-programma meegekregen door culturele invloeden en opvoeding. Bij SOLK domineert het nZ, negatieve zelfbeeld. Bij succesvolle mensen heeft het positieve zelfbeeld de overhand.

Het zelfbeeld bestaat uit cognities, emoties en gedrag. In de vroege jeugd kan een peuter door afwijzing of onthouden van liefde een nZ-programma ontwikkelen (Figuur 2).

De authentieke wil van de peuter wordt afgewezen. Met machteloze woede en angst voor afwijzing cijfert het kind zijn gevoelens weg. Disfunctionele cognities ontstaan, zoals 'Ik ben niets waard' of 'Ik word niet gezien' of 'Ik mag er niet zijn'. Deze primaire emoties met kerncognities vormen de existentiële laag van de psyche. Boven deze laag ligt de laag van normen en waarden resulterend in een herkenbaar nZ-gedrag. Doel van dit gedrag is het vermijden van een afwijzing. Perfectionisme, *please*-gedrag, zichzelf wegcijferen en een sterke controledrang kenmerken dit niveau. Niet voldoen aan deze normen leidt naar secundaire emoties als schuldgevoel en schaamte. In een concrete actuele situatie kan de persoon bij een normschending reageren met een normale boosheid.

Toepassing

De stressor is de werkzame kracht die verkeerde invloed heeft op de normale processen in het systeem en kan opgespoord worden met behulp van verschillende technieken zoals het volgen van een hint, de Socratische methode van vragen, stilstaan bij lichaamssignalen, wijzen

Negatief zelfbeeldpatroon



Figuur 2. Het negatieve zelfbeeld (nZ) programma begint in de vroege jeugd met aversieve kinderlijke ervaringen. De eigen wil van het kind botst met de ouder. De boosheid van het kind is verboden en wordt afgewezen. Het kind voelt zich verlaten, koud, eenzaam en alleen. De angst voor afwijzing volgt op de afwijzing en vervolgens een reactieformatie met normen en waarden, zoals perfectionisme en pleasegedrag om afwijzing te voorkomen. Niet voldoen aan de normen en waarden leidt tot schuldgevoel of schaamte. Ook reactieve reacties kunnen in een concrete situatie het gevolg zijn van normschending.

of benoemen van de gevoelens die in het gesprek opkomen. We zien dat de klacht verdwijnt als de stressor bewust is gemaakt en geaccepteerd wordt. In de therapie wordt bewust gemaakt wat onbewust is door de emotie te benoemen¹⁴, door relativiseren¹⁵ of door inzicht te geven en veranderen van instelling of perspectief.

We kunnen deze kennis uitleggen en begrijpen in twee aansprekende SOLK- casussen met verdrongen emoties, hieronder beschreven.

Casus 1 illustreert een kantelpunt, waardoor SOLK ontstaat. De afwijzing wordt ontkend. In casus 2 wordt de stressor opgespoord en geneutraliseerd door inzicht, een keerpunt naar herstel.

Casus 1. Conversie

Deze casus is ingebracht door Kanaan, een psychiater uit Melbourne¹⁶. Een 37-jarige vrouw wordt in 2005 opgenomen op een psychiatrische afdeling. Haar probleem begon in mei 2004 toen, een maand na een suïcidepoging van haar dochter, haar man na twaalf jaar huwelijk aangaf te willen scheiden. Tijdens het gesprek voelde ze 'iets opduiken in haar hoofd', werd sprakeloos, brabbelde en viel flauw. Haar echtgenoot gaf aan dat ze stijf was en niet reageerde gedurende drie minuten, behalve dat ze met haar ogen op verzoek knipperde. Bij het herstellen bleek ze rechtszijdig verlamd met een doof gevoel.

Bij onderzoek had ze rechts een slappe verlamming van zowel haar arm als been met verlies van alle gevoel, maar met normale reflexen.

In de voorgeschiedenis speelde automutilatie. Toen ze 27 jaar was nam ze, wegens relatieproblemen, een overdosis paracetamol. Er was geen psychiatrische follow-up. Na een maand behandeling op de neurologische afdeling vanwege de rechtszijdige verlamming werd ze overgeplaatst naar een psychiatrische afdeling. Ze werd bevraagd over haar traumatische ervaringen op zoek

naar mogelijke stressvolle levensgebeurtenissen. Twee aversieve levensgebeurtenissen kwamen naar voren: de suïcidepoging van haar dochter (aangegeven als overdosis) en de scheidingsaankondiging van haar man (aangegeven als scheiding). Beide hadden de hoogste score op een semi-structureerd interview voor levensgebeurtenissen.

Subjectief gaf aan dat ze haar dochters suïcidepoging als verschrikkelijk heeft ervaren. Maar in sterk contrast tot de ernst aangegeven tijdens het interview gaf ze nu aan dat de scheidingsaankondiging haar niets deed. Derhalve voelde ze in haar waarneming en psychologische verklaring niet dat de scheidingsaankondiging belangrijk was. Dit standpunt past bij het model van de verdrongen emotie.

Op de psychiatrische afdeling vond een fMRI onderzoek plaats uitgevoerd met drie trefwoorden tijdens het onderzoek: weekend, overdosis en scheiding.

Het trefwoord scheiding toonde meer activiteit in de prefrontale en limbische gebieden dan bij de twee andere trefwoorden. De afwijzing door haar echtgenoot als een stressor en subjectief ontkend door patiënt, werd als onbewuste activiteit zichtbaar op de fMRI, passend bij de definitie van de verdrongen emotie.

In dit geval was de 'scheiding' als sterke onbewuste afwijzing de stressor en kantelpunt om over te gaan in een andere lichamelijke toestand, genoemd conversie.

Casus 2. Lage rugpijn

Lumley en Schubiner beschreven de casus van meneer A. in hun artikel⁹. Meneer A., een man van middelbare leeftijd kreeg zeven jaar eerder lage rugpijn. Enkele jaren later kreeg hij ook nekpijn, een doffe constante pijn die toenam in de loop van de dag. Een MRI toonde degeneratieve veranderingen van de rug- en nekwerfels. Hij werd behandeld met biomedische behandelingen zonder een goed resultaat. Hij koos voor een andere benadering en bezocht dokter Schubiner.

A. ontkende dat er aversieve kinderervaringen waren geweest, hoewel zijn ouders hoge verwachtingen van hem hadden. Hij beschreef zichzelf als een gevoelig kind, dat zich zorgen maakte dat hij niet goed genoeg was. Hij was vaak angstig en had maagpijn voor een proefwerk, of wanneer hij bang was zijn ouders te moeten teleurstellen, vooral zijn vader. Zijn chronische pijn begon bij zijn eerste echte baan. Hij kreeg toen een geleidelijk toenemende pijn in de linker bil achterlangs uitstralend in zijn bovenbeen. Er waren geen neurologische afwijkingen en na enkele maanden verdween de pijn vanzelf. Tegelijkertijd had hij spanningshoofdpijn op de meeste dagen en deze pijn verdween na enkele jaren. Bij het begin van de rugpijn was er onrust op het werk met als gevolg toenemende werkdruk en angst voor ontslag. Ook had hij tijdens zijn leven af en toe buikklachten, toenemend in stresssituaties. Deze en andere klachten werden voorafgegaan door een stresssituatie.

A. toonde zo een klachtengeschiedenis met recidieven, verplaatsingen naar andere klachten, combinaties van klachten, chronificatie en sensitisatie, een patroon typisch voor SOLK.

Alhoewel meneer A. geen betekenisvol kindtrauma aangaf, was er wel sprake van angst en zelfkritiek. Dit kwam voor een deel voort uit de angst voor afwijzing door zijn vader, dat bijdroeg aan A's streven naar perfectionisme.

In dit geval werd de afwijzing door vader gevolgd door de angst voor afwijzing, de stressor die de verschillende klachten in zijn leven veroorzaakte.

A. kreeg inzicht en zag dat de angst voor afwijzing leidde tot zijn overtuiging 'Ik ben niet goed genoeg'. Hij gaf aan dat dit de stressor en de oorzaak van zijn klachtengeschiedenis was. Na deze erkenning kon hij zijn instelling veranderen in 'Ik ben goed genoeg' waardoor de stressor geneutraliseerd werd en de klachten verdwenen. We kunnen hier de stressorneutralisatie zien als een keerpunt naar herstel. Dit is hoe klachten kunnen verdwijnen.

Bij de conversiecasus zagen we hoe klachten kunnen verschijnen door een ernstig relationeel probleem te koppelen aan de klacht, de halfzijdige verlamming.

Discussie

De basis van het systeemdenken ligt in de werken van Watzlawick, Pribram en Damasio. Watzlawick beschrijft de positionele aspecten in de menselijke communicatie¹⁷⁾. Pribram toonde aan dat amygdalaletsels bij apen de dominante positie van de alfa-aap omzet veranderen in een ondergeschikte positie. Emoties zijn afhankelijk van sociale posities¹⁸⁾. Damasio laat zien dat emotie en gevoel geworteld zijn in het lichaam¹⁹⁾. De stressorthapie werd ontwikkeld op basis van de behandelingen, het leren van

patiënten en evaluaties. De stressorthapie biedt het theoretische kader achter de stressorthapie. Vergelijken we de stressorthapie met de bestaande literatuur dan komen de volgende punten naar voren.

Verdrongen emotie

De theorie van Freud en de stressorthapie delen uitgangspunt: de verdrongen emotie veroorzaakt de klacht. Maar de theorieën verschillen niet alleen in terminologie, maar ook in visie. In de Freudiaanse psychologie wordt de psyche als een eenheid gezien met verschillende gestalten: de persoonlijkheidstrekken. In de stressorthapie is er geen psyche als entiteit, maar wordt de psyche gevormd door disfunctionele CEG-elementen, die zich lenen voor therapeutische interventie. De aard van de verdringing wordt sociaal bepaald met de angst voor afwijzing als de belangrijkste stressor.

Persoonlijkheidskenmerk

Wessely gaf duidelijk aan dat individuele klachten verbonden zijn met een gemeenschappelijke factor, waarbij hij dacht aan neuroticisme²⁰⁾. In de literatuur worden de persoonlijkheidskenmerken neuroticisme en perfectionisme gerelateerd aan SOLK^{21,22)}. In onze visie worden de persoonlijkheidskenmerken vertaald in nZ-termen.

Aversieve kindervaringen

De ontwikkeling van het nZ-patroon is gebaseerd op de afwijzing of onthouding van kindemoties. Het nZ-patroon vult op die wijze met andere woorden de aversieve kindervaringen in.

Langetermijneffecten

Verdrongen emoties en met name de sterk ingeprente aversieve kindemoties hebben als stressor verstrekkende gevolgen, wanneer negatieve gebeurtenissen uit het verleden nog actief zijn in het heden²³⁾. Kindtrauma's dienen als voorspeller voor de ontwikkeling van lichamelijke klachten op volwassen leeftijd, zelfs na rekening houden met sociodemografische en leefstijlfactoren²⁴⁾.

In de praktijk

De directieve korte emotie-gerichte psychotherapie of stressorthapie is in de praktijk succesvol toegepast²⁵⁾. Deze stressorthapie is in lijn met de visie van Sarno en met de intensieve kortdurende dynamische psychotherapievormen die de verdrongen emotie als enkelvoudige stressor zien die SOLK veroorzaakt^{7,8)}.

Cultureel

De stressor kan gezien worden als een zachte, subjectieve

en variabele factor, opgelegd door de therapeut en niet de moeite waard om serieus genomen te worden in de rationele wereld van *evidence based medicine*. We weten echter dat subjectieve factoren zoals geloof, vrijheid, liefde en vernedering verstrekken gevolgen kunnen hebben. Ze kunnen leiden naar harde eindpunten zoals het bouwen van kathedralen of het begin van een oorlog. Daarom willen we een pleidooi houden om aan emotie en gevoel waarde te geven als echte belangrijke spelers op het gebied van gezondheid en ziekte. Op dit punt kan het stressorbegrip behulpzaam zijn. ■

Belangenverstrengeling

De auteurs hebben geen belangen te melden.

Referenties

1. Olde Hartman TC, Blankenstein N, Molenaar B, et al. NHG-standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Huisarts Wet 2013;56(5):222-30.
2. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. *Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care: a systematic review and meta-analysis of prevalence*. Dtsch Arztebl Int 2015; 112(16): 279-287. doi: 10.3238/arztebl.2015.0279.
3. Jøssang IH, Aamland A, Hjörleifsson S. *Discovering strengths in patients with medically unexplained symptoms - a focus group study with general practitioners*. Scand J Prim Health Care. 2022 Sep;40(3):405-413. doi: 10.1080/02813432.2022.2139345.
4. Burton C, Lucassen P, Aamland A, Olde Hartman T. *Towards explaining the unexplainable*. Huisarts Wet 2015;58(9):468-70.
5. van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC et al. *Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults*. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 1;(11):CD011142. doi: 10.1002/14651858.CD011142.pub2.
6. Jones B, de C Williams AC. *CBT to reduce healthcare use for medically unexplained symptoms: systematic review and meta-analysis*. Br J Gen Pract. 2019 Apr;69(681):e262-e269. doi: 10.3399/bjgp19X701273. Epub 2019 Jan 28.
7. Lumley MA, Schubiner H. *Emotional Awareness and Expression Therapy for Chronic Pain: Rationale, Principles and Techniques, Evidence, and Critical Review*. Curr Rheumatol Rep. 2019 May 23;21(7):30. doi: 10.1007/s11926-019-0829-6.
8. Abbass A, Lumley MA, Town J, et al. *Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A systematic review and meta-analysis of within-treatment effects*. J Psychosom Res. 2021 Jun;145:110473. doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110473.
9. Ashar YK, Gordon A, Schubiner H, et al. *Effect of Pain Reprocessing Therapy vs Placebo and Usual Care for Patients With Chronic Back Pain: A Randomized Clinical Trial*. JAMA Psychiatry. 2022 Jan 1;79(1):13-23. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.2669.
10. Donnino MW, Thompson GS, Mehta S, et al. *Psychophysiologic symptom relief therapy for chronic back pain: a pilot randomized controlled trial*. Pain Rep. 2021 Sep 23;6(3):e959. doi: 10.1097/PR9.0000000000000959.
11. Burton C. *Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS)*. Br J Gen Pract. 2003 Mar;53(488):231-9.
12. Scheffer M, Carpenter SR, Lenton TM, et al. *Anticipating critical transitions*. Science. 2012;338(6105):344-348. doi: 10.1126/science.1225244.
13. Vogt BA. *Cingulate neurobiology and disease*. Oxford University Press;2009. ISBN 9780198566960.
14. Lieberman MD, Eisenberger NI, Crockett MJ, et al. *Putting feelings into words: affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli*. Psychol Sci. 2007 May;18(5):421-8. doi: 10.1111/j.1467-9280.2007.01916.x.
15. Ochsner KN, Ray RD, Cooper JC, et al. *For better or for worse: neural systems supporting the cognitive down- and up-regulation of negative emotion*. Neuroimage. 2004 Oct;23(2):483-99. doi: 10.1016/j.neuroimage.2004.06.030.
16. Kanaan RA, Craig TK, Wessely SC, David AS. *Imaging repressed memories in motor conversion disorder*. Psychosom Med. 2007 Feb-Mar;69(2):202-5. doi: 10.1097/PSY.0b013e31802e4297.
17. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmatics of human communications*. Norton: New York. 1967.
18. Pribram KH. *Languages of the brain*. New Jersey: Prentice-Hall;1971.
19. Damasio AR. *Descartes' Error*. Vintage Publishing;1994.
20. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. *Functional somatic syndromes: one or many?* Lancet. 1999 Sep 11;354(9182):936-9. doi: 10.1016/S0140-6736(98)08320-2.
21. Rosmalen JG, Neeleman J, Gans RO, de Jonge P. *The association between neuroticism and self-reported common somatic symptoms in a population cohort*. J Psychosom Res. 2007 Mar;62(3):305-11. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.10.014.
22. Bonvanie IJ, Rosmalen JG, van Rhede van der Kloot CM, Oldehinkel AJ, Janssens KA. *Short report: Functional somatic symptoms are associated with perfectionism in adolescents*. J Psychosom Res. 2015 Oct;79(4):328-30. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.07.009.
23. Garnefski N, van Rood Y, de Roos C, Kraaij V. *Relationships Between Traumatic Life Events, Cognitive Emotion Regulation Strategies, and Somatic Complaints*. J Clin Psychol Med Settings. 2017 Jun;24(2):144-151. doi: 10.1007/s10880-017-9494-y.
24. Noteboom A, ten Have M, de Graaf R, Beekman ATF, Penninx BWJH, Lamers F. *The long-lasting impact of childhood trauma on adult chronic physical disorders*. J Psychiatr Res. 2021 Apr;136:87-94. doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.01.031.
25. Klaver MM. *Het effect van stressortherapie door psychosomatische therapeuten bij patiënten met SOLK*. Beweegreden 2013;9(4):28-33.

Samenvatting

Achtergrond: Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) zijn nog steeds een groot probleem. Biomedische en psychiatrische verklaringen schieten tekort. Een complexe adaptieve systeemvisie biedt betere kansen. Emotie-gerichte therapieën zijn bewezen effectief en waardevol.

Werkhypothesen: Vanuit de systeemtheorie kan de verdrongen emotie gezien worden als een stressor, die acteert als een sturende instantie in het systeem. Succesvolle klinische ervaringen met het neutraliseren van de stressor vormen de basis van deze theorie.

Doel van het artikel: Het beschrijven van de basisprincipes van de stressortheorie, toegelicht aan de hand van twee casussen.

Sleutelbegrippen: SOLK/ALK, systeemtheorie, verklaring, verdrongen emotie