**Symposium 'Psychosomatiek – van wetenschap naar praktijk'.**

Tijdens deze dag werden oefen- en fysiotherapeuten meegenomen in de nieuwste wetenschappelijke resultaten rond vier thema's in de psychosomatiek:

1. Functionele Neurologische Stoornis (FNS)
2. Gepersonaliseerd meten in de pijnrevalidatie
3. Bio belevingsmodel voor pijn en 'predictive processing' in de psychosomatische praktijk
4. Uitdagingen implementatie van interventies voor ALK

**1. Functionele Neurologische Stoornis: van inzicht naar zorgstandaard**
*Dr. Sonja Rutten, psychiater en klinisch epidemioloog (Amsterdam UMC)*

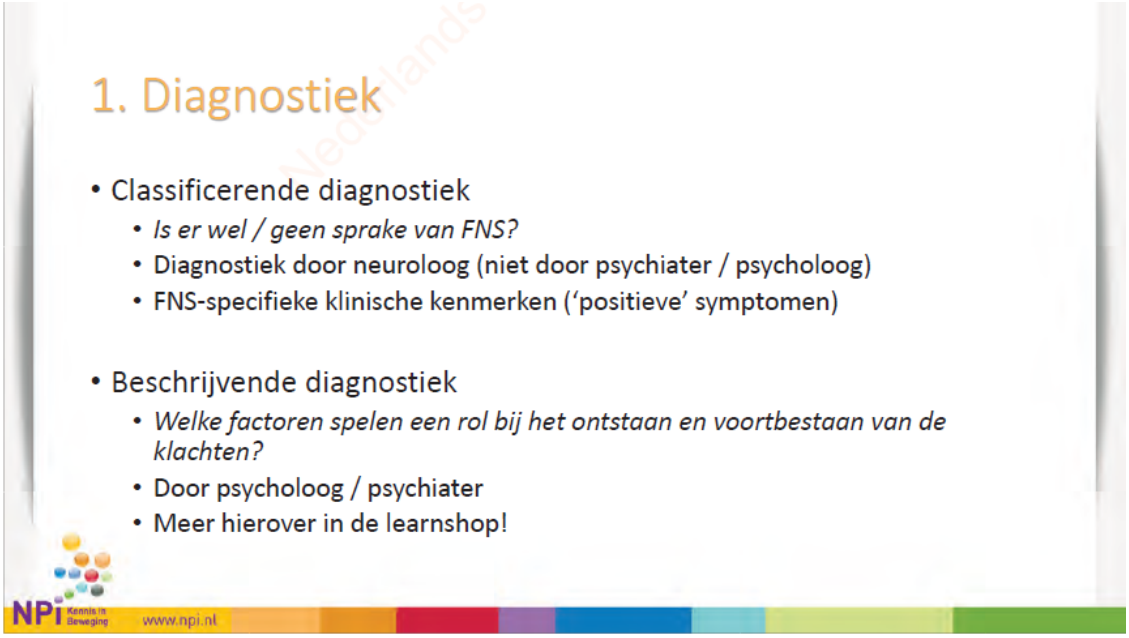
In Nederland leven naar schatting 9.000 tot 25.000 mensen met een gediagnosticeerde FNS (Zorgstandaard FNS en kenniscentrum), voorheen conversie stoornis.
Een meerderheid van de patiënten heeft motorische klachten (zoals loopstoornissen, spierzwakte, trillen of verlammingen) die door gespecialiseerde therapeuten in de eerstelijn kunnen worden behandeld.

De laatste 15 jaar is er een boost in wetenschappelijk onderzoek naar Functionele Neurologische Stoornis (FNS). Dit komt vooral door een fundamentele verschuiving in hoe de medische wetenschap naar de aandoening kijkt, gecombineerd met nieuwe hersenscantechnieken.

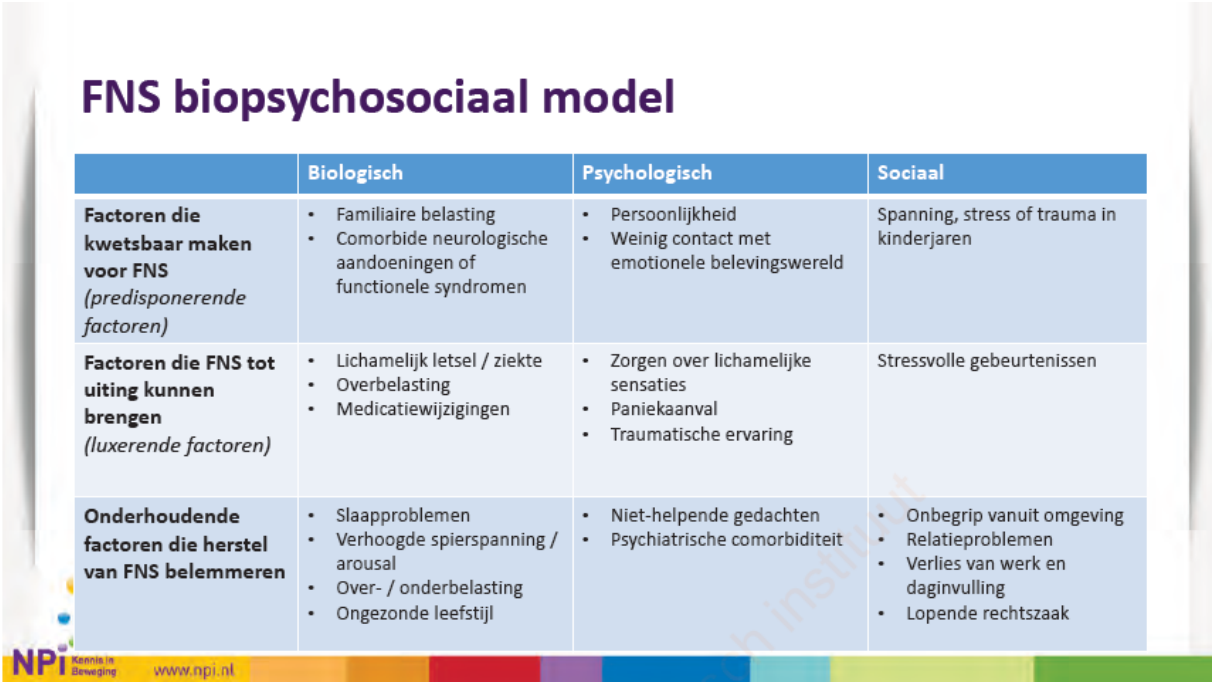
Rond 2010 was op functionele MRI-scans (fMRI) voor het eerst te zien dat er wél degelijk meetbare afwijkingen zijn in hoe hersengebieden met elkaar communiceren. FNS wordt sindsdien niet meer gezien als een "ingebeeld" probleem, maar als een verstoring in de 'software' van de hersenen in plaats van een defect aan de 'hardware'. Dit gaf neurologen en neurowetenschappers een concreet aanknopingspunt voor onderzoek.

Dit betekent dat er nieuwe belangrijke wetenschappelijke inzichten zijn in diagnostiek en behandeling:
• Er is niet altijd een psychologische stressor of trauma bij FNS;
• FNS kan betrouwbaar gediagnosticeerd worden op basis van positieve klinische kenmerken;
• fMRI-onderzoek bij patiënten met FNS toont veranderde activiteit binnen hersennetwerken die betrokken zijn bij emotieregulatie, aandacht, motorische controle en *sense of agency*'.

Deze inzichten zijn opgenomen in de vernieuwde AKWA Zorgstandaard FNS (voorheen Conversiestoornis). Deze zorgstandaard, georganiseerd en gefaciliteerd door Akwa GGZ, bevat zorgbrede evidence based, experience based en expert based afspraken van een multidisciplinaire werkgroep met professionals en patiënten over wat zij goede zorg vinden.




De inhoud van de zorgstandaard vormde de basis voor de casus die tijdens de learnshop werd behandeld. De deelnemers konden ook ervaren wat hypnose kan betekenen in een behandeling.




| | Biologisch | Psychologisch | Sociaal |
|---|---|---|---|
| **Factoren die kwetsbaar maken voor FNS** *(predisponerende factoren)* | • Familiaire belasting<br>• Comorbide neurologische aandoeningen of functionele syndromen | • Persoonlijkheid<br>• Weinig contact met emotionele belevingswereld | Spanning, stress of trauma in kinderjaren |
| **Factoren die FNS tot uiting kunnen brengen** *(luxerende factoren)* | • Lichamelijk letsel / ziekte<br>• Overbelasting<br>• Medicatiewijzigingen | • Zorgen over lichamelijke sensaties<br>• Paniekaanval<br>• Traumatische ervaring | Stressvolle gebeurtenissen |
| **Onderhoudende factoren die herstel van FNS belemmeren** | • Slaapproblemen<br>• Verhoogde spierspanning / arousal<br>• Over- / onderbelasting<br>• Ongezonde leefstijl | • Niet-helpende gedachten<br>• Psychiatrische comorbiditeit | • Onbegrip vanuit omgeving<br>• Relatieproblemen<br>• Verlies van werk en daginvulling<br>• Lopende rechtszaak |

Meer weten? Check de AKWA Zorgstandaard FNS, ook voor oefentherapeuten die geïnteresseerd zijn in de nieuwste inzichten, die behulpzaam kunnen zijn in diagnostiek en behandeling van patiënten met FNS.

2. **Meer dan een score: gepersonaliseerd meten in de pijnrevalidatie**
   *Drs. Lisa van den Brandt, AIOS revalidatiegeneeskunde, promovenda pijnrevalidatie (UMCG centrum voor Revalidatie, locatie Beatrixoord/UMCG).*

Patiënten met langdurige chronische pijn kunnen worden behandeld in een multidisciplinair revalidatieprogramma. De effectiviteit van een behandeling is cruciaal in het vergoedingensysteem in de Nederlandse zorg. Helaas is de effectiviteit van het MDR programma bij chronische pijn (nog) niet aangetoond. Een vragenlijst die voor dit doel wordt ingezet is de internationaal veel gebruikte Pain Disability Index (Pollard 1984). Dit is een korte vragenlijst over de invloed die pijnklachten op zeven deelgebied van iemands leven. Het instrument is gevalideerd, maar… meet deze vragenlijst wel het succes dat een individuele patiënt in het programma ervaart?

De onderzoeken in het promotietraject van Lisa van den Brandt richten zich op deze vraag. In de eerste studie, een systematische review, werden de effecten van multidisciplinaire pijnrevalidatie beoordeeld met gepersonaliseerde en niet-gepersonaliseerde meetinstrumenten. De resultaten ondersteunen de hypothese dat gepersonaliseerde meetinstrumenten gunstigere effecten laten zien, doordat patiënten daarin meer gewicht kunnen toekennen aan uitkomsten die voor hen persoonlijk van belang zijn, terwijl in niet-gepersonaliseerde instrumenten alle aspecten gelijk worden gewaardeerd (ref.

Uit een interviewstudie bleek dat er ook sprake kan zijn van een ‘response shift’ tijdens de revalidatie periode. Deze verschuiving bestaat uit drie onderdelen:
1. Recalibreren
2. Reprioriteren
3. Reconceptualiseren/herdefiniëren

Patiënten kunnen dus zelf een andere waarde aan belevingen hangen, door interne verschuivingen van ervaringen en doelen.
Deze shifts kunnen ook vorm krijgen tijdens een behandelperiode, waardoor relevantie en tevredenheid, los van de behandeling, op domeinen kan veranderen.




In een lopende studie wordt de bestaande vragenlijst voor chronische pijn (PDI) aangepast tot een gepersonaliseerde versie, om te onderzoeken of deze aanpassing leidt tot een sensitievere meting van de effecten.

Tijdens de learnshop wordt de PDI kritisch onder de loep genomen. Daaruit blijkt dat de beschrijving voor het invullen van de lijst tot verschillende opvattingen en dus scores kan leiden. Duidelijk is wel dat voor het meten van effecten van behandeling het belangrijk is om de juiste vragenlijst(en) te gebruiken. Hoe persoonlijker ze in te vullen zijn, hoe sensitiever voor verandering!



3. **Het voorspellende brein en aanhoudende lichamelijke klachten – wat betekent 'predictive processing' voor de psychosomatische praktijk?**
   *Dr. Kees van Boven, voormalig huisarts en onderzoeker (Radboudumc)*

In deze presentatie stond het bio-belevingsmodel van pijn en predictieve processing centraal. *Hoe ervaart iemand een klacht en hoe kun je daar (in de ervaring) als behandeling verandering in brengen?*

Predictive processing is het idee dat pijn niet simpelweg een maat voor weefselschade is, maar een beschermend alarmsignaal van het lichaam dat soms te scherp kan afgesteld staan. Dit is een aanvulling op de theorie van pijneducatie (Moseley & Vlaeyen, Pain 2015; Tabor et al., PLoS Comput Biol 2017; Moseley & Butler, J Pain 2015)

Volgens predictive processing ontstaat waarneming uit een combinatie van verwachtingen (voorspellingen) en lichamelijke signalen. Wanneer iemand verwacht dat een beweging schadelijk is, kan het brein pijn, stijfheid of andere klachten blijven voorspellen, zelfs wanneer er weinig of geen schade aanwezig is.

Aan de hand van een casus wordt uitgelegd hoe beschermend gedrag, zoals vermijden van beweging, een vicieuze cirkel kan creëren: angst leidt tot minder bewegen, waardoor stijfheid en beperkingen toenemen en de verwachting van gevaar wordt bevestigd.

De behandeling richt zich daarom niet alleen op uitleg, maar vooral op het opdoen van nieuwe, corrigerende ervaringen. Bewegen wordt gezien als "bewijs" dat verwachtingen kan bijstellen. Methoden zoals graded exposure en interoceptieve exposure helpen patiënten ervaren dat gevreesde gevolgen vaak uitblijven.

Daarnaast benadrukte de presentatie dat de therapeut zelf onderdeel is van de behandelcontext. Woorden, uitleg en handen kunnen verwachtingen versterken of juist verminderen. Een boodschap die vertrouwen in het eigen herstelvermogen ondersteunt, draagt bij aan herstel.

Belangrijkste boodschappen

1. Pijn is een alarm, geen schademeter.
2. Bewegen is bewijs: laat patiënten hun verwachtingen toetsen aan de werkelijkheid.
3. De therapeut is ook een signaal: woorden en behandeling beïnvloeden verwachtingen en herstel.

*Moseley is de opstap. PP en active inference zijn het mechanisme eronder.*

| | Pijneducatie (Moseley) | Predictive processing |
|---|---|---|
| Kernidee | Pijn is een beschermende output van het brein | Waarnemen is de beste gok van het hele systeem |
| Hoe | Gevaar- en veiligheidssignalen (DIMs en SIMs) | Verwachting, gewicht, verschil |
| Bereik | Vooral pijn | Elke klacht: pijn, moeheid, kortademigheid, FNS |
| Gedrag | Oefenen naast de uitleg | Bewegen is bewijs; vermijden bevestigt de verwachting |
| Uitleg | Verandert het begrip van pijn | Alleen niet genoeg: de verwachting verandert door nieuwe ervaring |

Moseley & Vlaeyen, Pain 2015 · Tabor et al., PLoS Comput Biol 2017 · Moseley & Butler, J Pain 2015

Van Boven | Symposium Psychosomatiek NFP | 21 november 2026

Tijdens de learnshop werd de kennis direct met behulp van een casuïstiek actief in de praktijk gebracht. Daarbij de therapeuten konden oefenen om de patiënt de gevreesde beweging net iets verder uit te laten voeren. Op deze manier ervaart de patiënt een positieve beleving die de vicieuze cirkel van de negatieve predictive processing kan doorbreken.



4. **Uitdagingen bij de implementatie van interventies voor ALK in de dagelijkse praktijk; Gebruik van de Grip-app als zorgvernieuwing en e-health hulpmiddel.**
   *Dr. Denise Hanssen, klinisch psycholoog en psychotherapeut, postdoctoraal onderzoeker (Universitair Centrum Psychiatrie van het UMCG)*

De presentatie richtte zich op de implementatie van zorg voor aanhoudende lichamelijke klachten (ALK), met bijzondere aandacht voor e-health. Hoewel er steeds meer effectieve interventies beschikbaar zijn, blijkt het in de praktijk lastig om deze duurzaam in te voeren. Succesvolle implementatie wordt beïnvloed door factoren op het niveau van de patiënt, zorgverlener, organisatie en het zorgsysteem.

Aan de hand van implementatiemodellen wordt benadrukt dat een systematische aanpak nodig is: eerst bepalen wat moet veranderen, vervolgens barrières en bevorderende factoren in kaart brengen en daarna passende implementatiestrategieën kiezen.
Daarnaast laat de presentatie zien dat e-health kansen biedt om de zorg voor ALK toegankelijker en beter schaalbaar te maken, maar dat succesvolle toepassing afhankelijk is van acceptatie door patiënten en zorgverleners, voldoende digitale vaardigheden en goede organisatorische ondersteuning.
Praktijkvoorbeelden illustreren hoe implementatie zowel binnen individuele organisaties als via regionale zorgnetwerken kan worden vormgegeven.

Kernboodschap**:** effectieve zorg komt pas tot zijn recht wanneer er expliciet aandacht is voor implementatie. Het vroegtijdig herkennen van barrières, het betrekken van stakeholders en een planmatige invoering zijn daarbij essentieel.

## Samenvatting

- Implementatie vraagt meer dan alleen interesse: maak een plan!
- Breng barrières en helpende factoren in kaart voordat u start
- Het implementeren van eHealth voor ALK kent uitdagingen op verschillende lagen (eHealth én ALK); houdt met beiden rekening
- Implementatie kan op eigen initiatief, maar ook gezamenlijke implementatie is mogelijk (bv via uw praktijk of zorgnetwerk)
- **Implementatie is interessant voor iedereen die van puzzelen houdt.. …. En kan écht verschil maken voor patienten én zorgprofessionals!**

umcg

In de learnshop werd de GRIP app gepresenteerd, een Zelfhulp applicatie voor patiënten met Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK). Gebruikmakend van het 5 stappenplan voor implementatie van Grol & Wensing werd de groep uitgedaagd zelf een plan op te stellen om de GRIP app in de praktijk te implementeren.

