

Tilburg University

Psychologie in de gezondheidszorg

Vingerhoets, A.J.J.M.; Berting, M.W.

Published in:
Psychologen in de gezondheidszorg

Publication date:
2002

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Vingerhoets, A. J. J. M., & Berting, M. W. (2002). Psychologie in de gezondheidszorg. In A. J. J. M. Vingerhoets, P. Kop, & P. Soons (Eds.), *Psychologen in de gezondheidszorg: een praktijk orientatie* (pp. 1-22). Bohn Stafleu van Loghum.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

1 Psychologie in de gezondheidszorg

AJ.J.M. Vingerhoets en M.W. Berting

1.1 Inleiding

Dit hoofdstuk wil duidelijk maken hoe en waarom bepaalde ontwikkelingen de weg plaveiden voor een grotere betrokkenheid van de psychologie binnen de somatische gezondheidszorg. Wijzigingen in de aard van somatische aandoeningen waarmee de moderne mens geconfronteerd wordt, alsmede veranderende opvattingen over de rol van de geneeskunde in de gezondheidszorg hebben ertoe bijgedragen dat de psychologie een integraal onderdeel is geworden van het bio-psycho-sociale model van gezondheid. De rol van de gezondheidspsychologie in de geneeskunde zal worden verduidelijkt aan de hand van een beschrijving van stromingen die het belang van de psychologie in de somatische gezondheidszorg onderstreepen. Daarnaast zullen specifieke kwaliteiten en vaardigheden waarover de klinische gezondheidspsycholoog dient te beschikken worden toegelicht. Tot slot zal kort worden ingegaan op de specifieke diagnostiek die behoort bij dit vak, alsmede zal een aantal veel gebruikte interventies worden besproken, die zijn gericht op het voorkomen van ziekte, het bevorderen van de genezing of de aanpassing aan de ziekte of de handicap. In boxen worden een aantal relevante actuele onderzoeksthema's binnen de gezondheidspsychologie gepresenteerd.

1.2 Historisch kader

Sinds de tweede helft van de twintigste eeuw zijn klinisch psychologen werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg en in zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke handicap. Klinisch psychologen werden primair opgeleid voor diagnostiek en interventies gericht op psychische stoornissen en werden beschouwd als specialisten op het gebied van emotie, intelligentie, motivatie en geheugen. Ontwikkelingspsychologen en orthopedagogen hebben sedert lang hun plaats in instituten voor kinderen met gedragsstoornissen of verstandelijke handicaps. Neuropsychologen zijn sinds de tweede wereldoorlog werkzaam in behandelcentra waar men behoefte heeft aan kennis op het gebied van diagnostiek en behandeling van patiënten met hersenstoornissen. Daarbij moet men met name denken aan epilepsiecentra, revalidatiecentra, maar ook aan verpleeghuizen met dementerende ouderen. Neuropsychologen zijn daar onontbeerlijk voor een goede diagnostiek en het ontwikkelen van trainings- en revalidatieprogramma's.

De laatste decennia leggen psychologen zich ook steeds meer toe op de zorg en begeleiding van patiënten die zich met somatische aandoeningen aan de gezondheidszorg presenteren. Het gaat daarbij niet alleen om patiënten met somatische klachten, waarvoor geen medische verklaring is te vinden, maar ook om patiënten met medische problemen met een zeer duidelijke psychiatrische of psychosociale component. Patiënten met dergelijke somatische aandoeningen, zoals kanker, hartinfarct, of chronische aandoeningen als astma en reuma blijken vaak problemen te hebben met de verwerking van hun ziekte of met de aanpassing van hun leefstijl. Thans wordt algemeen onderkend dat niet alleen de kwaliteit van leven, maar ook gezondheid, ziekte en de prognose voor herstel substantieel kunnen worden beïnvloed door psychologische en sociale factoren. Wanneer het om ziekte en gezondheid gaat, blijken lichaam en geest niet betekenisvol te kunnen worden onderscheiden.

De specifieke wetenschappelijke en professionele bijdragen die door psychologen worden geboden ter bevordering en handhaving van de lichamelijke en psychische gezondheid van patiënten met somatische aandoeningen vallen onder het domein van de (klinische) gezondheidspsychologie.

1.3 Ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg

In de vorige eeuw heeft zich in de (somatische) gezondheidszorg een aantal opmerkelijke ontwikkelingen voorgedaan, die de weg effenden voor een grotere betrokkenheid van gedragswetenschappers op dit gebied. We bespreken hiervan het toegenomen belang van chronische ziektes en de aandacht oor kwaliteit van leven en het belang van niet direct aanwijsbare somatische oorzaken van klachten. De geneeskunde hield zich tot de jaren zestig van de vorige eeuw vooral bezig met de bestrijding van infectieziektes. Hygiëne was een belangrijk en effectief preventiemiddel en de toepassing van antibiotica en andere farmaceutische middelen brachten vaak volledige genezing. Ziekte en gezondheid werden verklaard vanuit een bio-medisch model waarin voor persoonlijkheid, emoties, cognities of gedrag van de patiënt geen plaats was. Na de Tweede Wereldoorlog nam de levensverwachting toe en daarmee tevens het aantal hart- en vaatziekten, kanker, diabetes en allerlei andere chronische aandoeningen. Voor deze ziektes was er niet één duidelijke oorzaak te identificeren en genezing was vaak niet mogelijk. Men mag er redelijkerwijs vanuit gaan dat deze aandoeningen multifactorieel bepaald zijn, waarbij psychosociale factoren, leefstijl en andere gedragsaspecten een eminente plaats innemen. Bij psychosociale factoren moet men onder andere denken aan emoties, relaties en sociale steun, ervaren (werk)stress en stresshantering. Belangrijke aspecten van de leefstijl zijn eet- en drinkgewoontes, de mate van bewegen, roken en het gebruik van andere middelen. Daarnaast is bijvoorbeeld therapietrouw een gedragsaspect dat de effecten van een behandeling substantieel kan beïnvloeden.

Overigens behoeft deze beschrijving enige nuancering. Anders dan wel eens gedacht na de succesvolle introductie van antibiotica, blijkt de rol van infectieziektes helemaal niet uitgespeeld. Naast oplevingen van beruchte klassieke ziektebeelden als tuberculose en longontsteking, worden we in toenemende mate ook geconfronteerd met “nieuwe” infectieziektes, zoals AIDS en legionella. Daarnaast komen er steeds meer aanwijzingen dat micro-organismen waarvan dat tot voor kort niet vermoed werd, een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van aandoeningen. De bekendste voorbeelden hiervan zijn wel de *Helicobacter pylori* bacterie, die bij maagzweren een belangrijke rol speelt, en *Chlamydia pneumoniae*, het Cytomegalovirus en het Epstein-Barrvirus, die alle verdacht worden een belangrijke inbreng te hebben bij de ontwikkeling van het hartinfarct. Anders dan sommige biomedische onderzoekers willen doen geloven, betekent dit niet dat er daardoor voor psychosociale factoren geen (etiologische) rol van betekenis is weggelegd. Integendeel, wetenschappelijk gezien is het etiologische belang van psychosociale factoren juist het meest overtuigend aangetoond voor infectieziektes.

Bij chronische aandoeningen, waarbij per definitie genezing niet mogelijk is, speelt verder mee dat de patiënt moet leren leven met zijn aandoening. Ten gevolge hiervan komt er meer aandacht voor psychosociale factoren en gedragsaspecten bij zowel de preventie alsook de behandeling van chronische aandoeningen. Klinisch gezondheidspsychologen kunnen vanuit een bio-psycho-sociale gezondheidsmodel een bijdrage leveren door enerzijds determinanten van gezondheid en ziekte te identificeren en te onderzoeken, anderzijds kunnen zij zorg dragen voor praktische toepassingen van onderzoeksbevindingen.

Een andere niet onbelangrijke ontwikkeling betrof de toegenomen belangstelling van de medische wereld voor het concept “kwaliteit van leven”. De evaluatie van farmaca en andere interventies wordt thans niet alleen maar beoordeeld op hun therapeutische werking, ook de vaak onvermijdelijke bijwerkingen en de invloed op de kwaliteit van leven moeten in aanmerking worden genomen. Daarbij rijst de vraag wat een aanvaardbare kwaliteit van leven is. Ook voor zwaar chronisch zieken, gehandicapten en gebrekkigen geldt dat ze zoveel mogelijk hun autonomie willen behouden en zich zoveel mogelijk willen ontplooiën en deelnemen aan de maatschappij. Dit vraagt om (re)integratieprogramma’s die er op gericht zijn om deze groep (weer) te laten deelnemen aan het maatschappelijk leven. Klinisch gezondheidspsychologen en andere gedragskundigen kunnen bij dit alles een belangrijke rol spelen.

Van belang zijn verder de opmerkelijke veranderingen in de aard van aandoeningen waarmee de gezondheidszorg geconfronteerd wordt. Na de infectieziektes en chronische aandoeningen zijn er thans nieuwe gezondheidsbedreigingen. Op de eerste plaats heeft dat te maken met de toenemende vergrijzing en de langere levensverwachting, waardoor ouderdomskwalen als dementie en het herseninfarct een forse stijging laten zien. Daarnaast is er sprake van een toename van lichamelijke

aandoeningen, schijnbaar zonder een organische ziekteverklaring en zonder aantoonbare structurele laesies of aangetoonde biochemische veranderingen. In dergelijke gevallen spreekt men wel van somatoforme stoornissen of medisch onbegrepen of onverklaarbare symptomen. De bekendste voorbeelden hiervan zijn het chronisch vermoeidheidsyndroom, meervoudige chemische overgevoeligheid, fibromyalgie, whiplash en tal van andere aandoeningen, waaronder onbegrepen pijnsyndromen, die niet of nauwelijks medisch objectief zijn vast te stellen, maar die niettemin zeer invaliderend blijken te kunnen zijn. Deze “moderne” ziektes vragen veel tijd van huisartsen en medisch specialisten, zonder dat de patiënt baat heeft bij de interventies die op dit moment worden toegepast. Veel modern gezondheidspsychologisch onderzoek richt zich dan ook op het ontwikkelen van effectieve interventies voor deze patiëntengroep.

Ten slotte mag niet onvermeld blijven dat beslissingen van mensen met betrekking tot hun gezondheid en het wel of niet daadwerkelijk (willen) veranderen van gedrag uitermate belangrijk zijn voor het succes van medische interventies. Waarom gaan sommige mensen die niet ziek zijn wel naar een dokter en anderen die wel ziek zijn niet? Waarom houden sommige zich goed aan doktersvoorschriften en anderen niet? Waarom weigeren veel vrouwen om een uitstrijkje te laten maken en willen mannen niet meewerken aan een screening op prostaatkanker? Welke afwegingen maken vrouwen met borstkanker om al dan niet te kiezen voor amputatie in plaats van een borstbesparende operatie? Voor het beantwoorden van dit soort vragen is de inbreng van een gedragskundige belangrijker dan die van een medicus. De gezondheidspsycholoog is degene die over de deskundigheid moet beschikken om een onderzoek over dit soort onderwerpen op te zetten.

Het moge duidelijk zijn dat naast farmacotherapie en chirurgische ingrepen, interventies gericht op het gedrag, emotioneel welbevinden en de cognities van de patiënt een steeds belangrijkere plaats innemen binnen de geneeskunde. Bovendien is de wetenschappelijke inbreng van psychologen bij onderzoek naar risicofactoren en de evaluatie van zowel traditioneel medische als psychologische interventies niet meer weg te denken. De psycholoog is immers gedegen geschoold in het meten van psychologische en gedragsvariabelen, welbevinden, kwaliteit van leven en andere relevante uitkomstvariabelen.

Voeg Figuur 1 hier in

Ray (2000) heeft de recente ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg in een overzichtelijk schema samengevat (zie Figuur 1). In het verleden was men vooral gericht op het bestrijden van de ziekte. Deze werd veroorzaakt doordat externe ziekteverwekkers als bacteriën en virussen het lichaam binnendrongen en ongewenste fysieke en chemische veranderingen in het lichaam teweegbrachten. Ook zag men de relevantie in van genetische predispositie bij de ontwikkeling pathofysiologische processen. De patiënt werd vooral gezien als slachtoffer van externe omstandigheden, die vervolgens ook weer passief de behandeling van de arts moest ondergaan. Emoties, cognities en het gedrag van de patiënt werden ook voor het genezingsproces als niet-relevant beschouwd. Gezondheid en ziekte werden vanuit een bio-medisch model verklaard, waarbij lichaam en geest als twee gescheiden entiteiten werden gezien. Binnen dit traditionele bio-medische model werd wel aannemelijk geacht dat een lichamelijke ziekte consequenties kan hebben voor het psychisch welbevinden; maar dat psychosociale factoren van belang kunnen zijn voor de ontwikkeling van een somatische aandoening werd niet voor mogelijk gehouden.

De klinische gezondheidspsychologie heeft er toe bijgedragen dat deze dualistische visie ter discussie werd gesteld door aan te tonen dat psychosociale factoren wel degelijk van belang zijn bij de etiologie en de behandeling van ziekte. Blootstelling aan stressrijke situaties kan de ontwikkeling van somatische problemen bevorderen of uitlokken. Onder meer door zeer gedegen dierexperimenteel onderzoek is de invloed van stress op lichaamsprocessen, waarbij inbegrepen de werking van het neuro-endocriene systeem en het afweersysteem, ondubbelzinnig aangetoond. Gedrag en de cognities van de patiënt komen steeds meer centraal te staan, als het gaat om zaken als aanpassing aan de ziekte, noodzakelijke veranderingen van leefstijl of therapietrouw.

Meer dan ooit wordt duidelijk dat gedragswetenschappers een zeer belangrijke inbreng kunnen hebben in de geneeskunde. In toenemende mate is er het besef dat de succesvolle behandeling van patiënten vaak een multidisciplinaire aanpak vergt. Er wordt in veel gevallen in multidisciplinaire teams gewerkt

waarbij er een belangrijke plaats voor de psycholoog is weggelegd. Gezondheidspsychologie als gedragswetenschap is daarmee een integraal onderdeel geworden van het nu breed geaccepteerde bio-psycho-sociale model van gezondheid.

1.4 De rol van de psychologie in de geneeskunde

De afgelopen decennia zijn de onderliggende assumpties van het biomedische model regelmatig betwist. Dit model bleek onvoldoende in staat om gezondheid en ziekte adequaat te verklaren. Er ontstonden stromingen die het belang van de psychologie in de somatische gezondheidszorg onderstreepten en die de weg baanden voor de ontwikkeling van het bio-psycho-sociale paradigma dat momenteel domineert binnen de klinische gezondheidspsychologie. Voorbeelden van deze ontwikkelingen zijn onder andere de psychosomatische geneeskunde, behavioral medicine en de gezondheidspsychologie. Het zijn stromingen die in meer of mindere mate verwant zijn en waarbij het in alle gevallen gaat om de relatie tussen psychologie/psychiatrie en geneeskunde. In onderstaande zal worden getracht hier enige duidelijkheid over te scheppen.

Psychosomatische geneeskunde mag beschouwd worden als een van de historische voorlopers van de gezondheidspsychologie. Deze stroming heeft zich begin 1900 binnen de psychiatrie vanuit een psychodynamische perspectief ontwikkeld. Hoewel er in de literatuur veel verschillende omschrijvingen worden gegeven, is het meest essentieel dat in de klassieke psychosomatische geneeskunde verondersteld werd dat onbewuste conflicten vaak ten grondslag lagen aan gezondheidsklachten. Ook werd er een specifieke relatie verondersteld tussen persoonlijkheid (en het soort onbewuste conflicten) en de aard van de te ontwikkelen ziekte. Verder is van belang dat men in de vroege psychosomatische geneeskunde een duidelijk onderscheid maakte tussen echte psychosomatische aandoeningen (onder andere hoge bloeddruk, reuma, netelroos) en andere ziektes als kanker of infectieziektes, die duidelijk niet als psychosomatisch werden aangemerkt. Met name door het moderne stressonderzoek en de belangrijke ontwikkelingen binnen de psychoneuroimmunologie is inmiddels duidelijk geworden dat dit onderscheid niet langer houdbaar is. Immers, ons afweersysteem is belangrijk bij de ontwikkeling van tal van aandoeningen, waaronder infectieziektes, allergieën, kanker, en auto-immuunziektes. Psychosociale factoren zijn dan ook wel degelijk van belang bij het ontstaan en beloop van somatische aandoeningen.

In sommige kringen heeft de term psychosomatiek een negatieve connotatie. Er is daarom wel gepleit voor de vervangende term biopsychosociale geneeskunde om hiermee aan te geven dat men zich bewust is van het samenspel van biologische, sociale, en psychologische invloeden op het ontstaan en beloop van somatische ziekteprocessen.

Voeg box 1 in

In tegenstelling tot de psychodynamische uitgangspunten binnen de psychosomatische geneeskunde leverde de behavioristische traditie alternatieve, empirisch onderbouwde gedragsverklaringen voor “psychosomatische” aandoeningen. De behavioristische benadering leerde dat ziekte, of beter zich ziek voelen, ook beschouwd kan worden als gedrag, dat ziekte gebruikt kan worden als communicatiemiddel of als een methode om andere problemen het hoofd te bieden (gezondheidsklachten als “coping”). De consequentie hiervan is dat ziekte(gedrag) aan- en af te leren is, hetgeen verrassende en uiterst zinvolle aangrijpingspunten oplevert voor interventies. Dit geldt uiteraard niet voor aandoeningen van een duidelijk organische oorsprong, maar vooral voor aandoeningen, die medisch gezien onbegrepen zijn of waarbij de klachten niet in overeenstemming lijken met wat er lichamelijk gezien aan de hand is. Behavioral medicine richtte zich van origine, met behulp van gedragstherapeutische technieken, op de preventie, diagnose en behandeling van somatische aandoeningen of fysiologisch disfunctioneren. Behavioral health kan worden gezien als een interdisciplinaire subdiscipline binnen de behavioral medicine, die zich vooral bezighoudt met de handhaving van gezondheid, de preventie van ziekte en disfunctioneren van (nog) gezonde individuen.

Voeg box 2 in

De term medische psychologie wordt wel gebruikt om de psychologie, zoals die wordt onderwezen aan medische studenten aan te duiden. Het gaat hierbij om de patient in de medische situatie en met name de psychologische factoren bij het ervaren van ziekte. De term wordt voorts gebruikt om psychologische afdelingen in algemene ziekenhuizen mee aan te duiden. Naast de aandacht voor patiënten met in eerste instantie somatische problemen, houden de daar werkzame psychologen zich ook bezig met begeleiding en behandeling van patiënten met medisch onbegrepen klachten, neurologische aandoeningen, maar ook psychische problematiek.

Het uitgangspunt voor de gezondheidspsychologie is het bio-psycho-sociale model, dat voorziet in een geïntegreerde benadering voor de assessment van biologische/fysiologische, psychologische/gedragmatige en sociale/omgevingsfactoren die bijdragen aan gezondheid en ziekte. De gezondheidspsychologie ontwikkelde zich eind 1970 vanuit de sociale psychologie. Als zelfstandige divisie binnen de American Psychological Association definieerde de gezondheidspsychologie zich als volgt: "Health psychology is the aggregate of the specific educational, scientific, and professional contributions of the discipline of psychology to the promotion and maintenance of health, the prevention and treatment of illness, the identification of etiologic and diagnostic correlates of health, illness, and related dysfunction, and the analysis and improvement of the health care system and health policy information" (Stone, 1987). De doelen die naar voren komen in deze definitie geven richting aan het veld van de gezondheidspsychologie (zie ook Marks et al., 1998) Terwijl klinisch psychologen zich traditioneel meer bezighielden met afwijkend, slecht aangepast en abnormaal gedrag (kort en bondig samengevat onder de noemer "mad, bad, and sad"), richten gezondheidspsychologen hun aandacht vooral op normale psychosociale gedragsaspecten in relatie tot gezondheid en ziekte. De werkzaamheden van sommige gezondheidspsychologen richten zich vooral op ziektepreventie bij mensen die nog gezond zijn, maar die risicogedragingen vertonen zoals roken, overmatig drinken en weinig bewegen. Deze gedragingen kunnen de ontwikkeling van bepaalde ziektes oproepen of bespoedigen. De aandacht van andere gezondheidspsychologen gaat daarentegen uit naar specifieke aandoeningen of ziektesymptomen, zoals kanker, diabetes, gynaecologische problemen of medisch onverklaarbare aandoeningen. In al deze gevallen werkt men aan de ontwikkeling van interventiestrategieën om het lijden te verminderen en aanpassing aan de ziekte te bewerkstelligen, zodat de kwaliteit van leven toeneemt.

Het werk van de klinische gezondheidspsycholoog concentreert zich met name binnen de somatische gezondheidszorg, waarbij de theorieën en empirische evidentie vanuit de gezondheidspsychologie en de klinische psychologie worden vertaald in klinische interventies om de kwaliteit van leven te bevorderen of het genezingsproces te stimuleren.

Voeg box 3 in

Inherent aan bovenbeschreven uitgangspunten van het bio-psycho-sociale model is dat de klinische gezondheidspsycholoog deel moet uitmaken van een interdisciplinair gezondheidszorgteam. In het algemeen kan men stellen dat de taken van de klinische gezondheidspsycholoog vooral gelegen zijn in het verzamelen en analyseren van gegevens van de patiënt uit drie domeinen (het biologische, psychische, en sociale domein) om van daaruit tot een integratie te komen van informatie uit deze verschillende bronnen, met als doel een beter begrip van de patiënt en zijn/haar gezondheidsklacht. De onderlinge samenhangen tussen de factoren moeten in kaart worden gebracht teneinde een waardevolle bijdrage te leveren aan een juiste diagnose en een doelmatig behandelplan.

Om een indruk te geven van het soort vragen en problemen waarmee klinische gezondheidspsychologen geconfronteerd kunnen worden, de volgende willekeurige voorbeelden:

- een verzoek van een cardioloog om een hartpatiënt te helpen stoppen met roken (training);
- een verzoek van de afdeling gynaecologie om een vrouw te behandelen die onvruchtbaar is geworden door een gynaecologische kanker en die worstelt met de verwerking daarvan (behandeling);
- gevraagd wordt vast te stellen of er bij een oudere patiënt met tekenen van dementie er mogelijk sprake is van depressie (differentiële diagnostiek);
- de vraag om een AIDS-patiënt te begeleiden, die grote problemen heeft met therapietrouw (begeleiding);
- het geven van informatie en advies aan andere beroepsgroepen of verzorgers of naasten van

- patiënten met betrekking tot psychosociale en gedragsaspecten van een aandoening of het leren omgaan met patiënten met specifieke problematiek (consultatie en psycho-educatie);
- het geven van methodologisch en statistisch advies, alsmede suggesties doen voor uitkomstmaten bij onderzoek naar de effectiviteit van een nieuw geneesmiddel of alternatieve behandelmethodede (advisering).

Voeg box 4 in

1.5 Vereiste kwaliteiten en vaardigheden van de gezondheidszorgpsycholoog

Psychologen hebben zich inmiddels een plaats verworven in de eerste lijn, algemene ziekenhuizen en in diverse gespecialiseerde klinieken en zorginstellingen. Er zijn belangrijke verschillen in behandeling en begeleiding aan te geven voor de diverse patiëntengroepen; een visueel gehandicapte en een patiënt met ernstige brandwonden vergen ieder een eigen aanpak. Voor de psycholoog, werkzaam in gezondheidszorginstellingen, vraagt dat om specifieke kennis. Daarnaast houden psychologen zich bezig met preventie en gezondheidsbevordering op de werkplek vanuit onder andere ARBO-diensten en GGD-en. Het bevorderen van een gezonde leefstijl van de werknemers, reïntegratie na een ziekte en het realiseren van een gezonde werkplek staan daarbij centraal.

Gezondheidszorgpsychologen werken vaak samen met verschillende medische specialisten en dienen derhalve het betreffende vakjargon te beheersen. Dit betekent dat er in een opleiding tot gezondheidspsycholoog van meet af aan aandacht zal moeten worden besteed aan het werken in multidisciplinaire teams. Het zou nuttig zijn om medici te verbinden aan een opleiding voor (klinische) gezondheidspsycholoog ten behoeve van onderwijs, patiëntenzorg en onderzoek, net zoals nu reeds, omgekeerd, op alle medische faculteiten psychologen werkzaam zijn.

Interdisciplinaire samenwerking is niet alleen nuttig voor de patiëntenzorg, ook voor het onderzoek blijkt dit zijn vruchten af te werpen. Er verschijnen steeds meer publicaties in gerenommeerde medische tijdschriften van onderzoeksgroepen, waarbij naast medici psychologen betrokken zijn. De veelheid van termen die blijken geven van het besef dat lichaam en geest nauw verbonden zijn (zoals psychofysiologie, psychoneuro-endocrinologie, psychoneuro-immunologie, behavioral medicine, medische psychologie en gezondheidspsychologie) en dat ziekte derhalve vaak om een multidisciplinaire aanpak vraagt, spreken wat dit betreft voor zich.

Op grond van bovenstaande moge duidelijk zijn dat van psychologen die een functie in de gezondheidszorg ambiëren, heel wat wordt verwacht. De gezondheidspsycholoog behoort kennis te hebben van onderzoeksmethodologie en vaardigheden in het hanteren van deze kennis. Elke klinische gezondheidspsycholoog hoort te weten waaraan een klinische trial moet voldoen en moet vertrouwd zijn met begrippen uit de (psychosociale) epidemiologie als randomisatie, wachtlijstcontrolegroep, “intention to treatment”, power-analyse, logistische regressieanalyse en odd’s ratio. Deze kennis is van belang bij onderzoek naar de mogelijke etiologische relevantie van gedrag- en/of psychosociale factoren bij het ontstaan van somatische problemen of bij het evalueren van psychologische of andersoortige interventies (Kasl & Jones, 2001; Schwartz et al., 2001).

In de praktijk gaat het met name om kennis en vaardigheden voor het preventief, diagnostisch, curatief en begeleidend handelen in de gezondheidszorgsector.

1.6 Diagnostiek

Om tijdens het diagnostisch proces psychosociale determinanten van gezondheid en ziekte te kunnen opsporen, zal de gezondheidspsycholoog over de volgende inzichten moeten beschikken:

- Inzicht in gedrag en psychosociale factoren die van invloed zijn op het ontstaan en beloop van ziektes; in factoren die het effect van een medische behandeling (on)gunstig beïnvloeden, en die ertoe bijdragen dat mensen zich ziek voelen (zonder het ook te zijn) en daarom (onnodig) professionele hulp zoeken.

- Inzicht in de psychologische en psychobiologische mechanismen die van belang zijn voor bovengenoemde relaties.
- Inzicht in hoe patiënten hun ziek zijn beleven en hoe zij het contact met de gezondheidszorg ervaren.
- Inzicht in de determinanten van gezondheids- en ziektegedrag en kennis van gender- en cultuurverschillen met betrekking tot bovengenoemde thema's.

Voor het diagnostisch handelen zal de gezondheidspsycholoog kennis en vaardigheden moeten bezitten over de toepassing van de belangrijkste assessment methodes die bij individuele patiënten worden toegepast. Gezondheidspsychologische assessment is, bijvoorbeeld, van groot belang in geval van een organische ziekte (depressie bij hypothyroïdie, waandenkbeelden bij HIV en dementie); somatische presentatie van psychologische problemen (gemaskeerde depressie, somatisatie); psychische problemen als gevolg van een lichamelijke ziekte (post-myocardiale depressie, posttraumatische stress-stoornis na ernstige verbranding; somatische effecten van psychologische distress (angina, hoofdpijn, verlaagde pijntolerantie).

De toepassing van het biopsychosociale model in een praktijksetting heeft belangrijke consequenties voor de diagnostiek. Belar en Deardorff (1995) en Belar en Park (2001) maken onderscheid in een viertal domeinen waar tijdens de assessmentprocedure informatie verzameld moet worden: (1) het biologisch of fysiek domein; (2) het affectieve domein; (3) het cognitieve domein; en (4) het gedragsmatige domein. Voorts wordt bepleit om de assessment niet te beperken tot de patiënt zelf, maar ook de nodige aandacht te besteden aan diens omgeving, meer specifiek het gezin, de gezondheidszorgsetting en de sociaal-culturele omgeving. Biologische factoren omvatten bijvoorbeeld leeftijd, gender, etniciteit alsook de medische achtergrond en misbruik van middelen. Bij de assessment van psychologische factoren kan men denken aan de emotionele toestand van de patiënt en cognitieve aspecten als gedachten, (voor)oordelen en attitudes; intelligentie- en geheugentests worden vaak gebruikt om informatie te vergaren met betrekking tot de capaciteiten en de informatieverwerkingstijl. Gedragsfactoren die bij de assessment kunnen worden betrokken zijn bijvoorbeeld de leefstijl en gezondheidsbevorderende gedragingen. Onderzoek naar de sociale en omgevingsfactoren kunnen de bio-psycho-sociale assessment completeren. Te denken valt aan de gezinsomstandigheden, het gezondheidszorgsysteem en de socio-culturele achtergrond van de patiënt. Dit betekent dat er gegevens moeten worden verzameld over verschillende domeinen heen om van daaruit tot een gedegen onderbouwde diagnose te komen.

De assessment kan de volgende concrete vraagstellingstypen betreffen:

- Beschrijving: Wat voor iemand is de patiënt?
- Onderkenning: Wil de patiënt met zijn ziekte iets communiceren? Hoe is de relatie met zijn omgeving?
- Verklaring: Is er een verklaring waarom hij/zij juist op dat moment ziek werd? Is er een verklaring waarom deze patiënt juist dit soort klachten ontwikkelde?
- Voorspelling: Wat moet er gebeuren om verdere problemen te voorkomen?
- Indicatie: Hoe kan de patiënt het beste worden geholpen?
- Evaluatie: Wordt deze patiënt adequaat geholpen?

Voor de diagnostiek van de individuele patiënt kan gebruik worden gemaakt van een scala aan bronnen, methoden en instrumenten als gegevens uit medische archieven, observaties, interviewtechnieken, klinische tests (beoordelingsschalen, vragenlijsten, dagboekmethoden), psychometrische testmethoden en psychofysiologische meetmethoden. Wanneer aan de hand van de gegevens, ontleend aan bovenbeschreven bronnen, probleemgedragingen (symptomen) van de patiënt zijn beschreven moeten deze gedragingen worden geordend in termen van disfunctionele gedragsclusters (syndromen). Indien nodig en mogelijk moeten de probleemgedragingen worden geclassificeerd aan de hand van bestaande classificatiesystemen, bijvoorbeeld de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (zie box). Wanneer geen systeem voorhanden is, moet de diagnosticus de individuele probleemgedragingen in patiëntspecifieke clusters onderbrengen. Men zoekt dan naar samenvattende termen die het gemeenschappelijke in de reeks van afzonderlijke gedragingen uitdrukt.

Ofschoon psychodiagnostiek binnen de klinische psychologie hoofdzakelijk gericht is op de

ontwikkeling van een behandelingsprogramma voor de individuele cliënten van de psycholoog, is het daarnaast ook vaak gericht op het oplossen van problemen ten aanzien van patiëntenzorg voor andere gezondheidsprofessionals.

Naast kennis van de toepassing en interpretatie van standaard psychologische meetinstrumenten voor het vaststellen van persoonlijkheid, psychische gesteldheid en bijvoorbeeld intelligentie, is het voor de klinisch gezondheidspsycholoog van belang over kennis te beschikken van assessment van, onder andere, stressoren, coping, sociale steun, kwaliteit van leven, leefstijl, therapietrouw, ziektecognities en pijn (Vingerhoets, 2001).

1.7 Veel toegepaste interventies voor het preventief, curatief en begeleidend handelen

De bevindingen van de assessmentprocedure vanuit het bio-psycho-sociale model moeten vervolgens worden vertaald in een interventieplan. Belar en Deardorff (1995) beschrijven een aantal interventiestrategieën die binnen het bio-psycho-sociale gezondheidsmodel kunnen worden toegepast en die uiteraard alle een specifiek doel dienen. Deze doelen kunnen patiënt- en/of omgevingsgericht zijn, met de focus op het biologische, affectieve, cognitieve en/of gedragsdomein. De interventies beogen onder andere het voorkomen van klachten of van een toename van klachten en stoornissen; het bevorderen van herstel van ziekte of na een medische ingreep; het leren omgaan met ongeneeslijke of chronische lichamelijke aandoeningen. De eerste stap die gezet moet worden is het maken van een behandelplan, waarin beknopt de doelstelling van de behandeling, gebaseerd op de uitkomsten van het diagnostisch proces zijn geformuleerd (zie box).

Patiëntgerichte interventies op het biologische domein

Patiëntgerichte interventies op het biologische domein hebben vaak als doel een directe verandering te bewerkstelligen in de fysiologische responses die samenhangen met de ziekte of de stoornis.

Te denken valt aan biofeedback om bijvoorbeeld de hartslag te reguleren, de bloeddruk onder controle te houden, of spierspanning te doen afnemen. Bij biofeedback gaat het er om controle te krijgen over (autonome) lichaamsprocessen. Dit wordt bewerkstelligd door het continu verstrekken van informatie over deze processen, bijvoorbeeld visueel op een monitor of auditief via een koptelefoon. Hierdoor wordt een patiënt bewust van zijn mogelijkheden om deze processen te beïnvloeden en kan hij aanleren hoe deze invloed aan te wenden. Door, bijvoorbeeld, informatie te geven over het aan- en ontspannen van bepaalde spiergroepen kan de patiënt leren deze spieren te ontspannen wat ertoe kan leiden dat de spanningshoofdpijn niet meer optreedt of verdwijnt.

Patiëntgerichte interventies binnen het affectieve domein

Interventies op het affectieve domein hebben als focus stemming en emotioneel welbevinden, zoals angst, depressie en vijandigheid die vaak verweven zijn met lichamelijke problemen. Er zijn meerdere varianten van ontspanningstechnieken beschikbaar, waaronder autogene training, zelf-hypnose, en systematische desensitisatie. Voorts kan ook gebruik gemaakt worden van de boven beschreven biofeedbackmethode om ontspanning aan te leren.

Voor praktizerend psychologen zijn ontspanningstechnieken welhaast een panacee, dat wil zeggen dat ze toepasbaar geacht worden voor veel problemen, waarmee patiënten worstelen. In dat kader is het wellicht toch van belang om op te merken dat er een belangrijke contra-indicatie is, waar met name klinisch gezondheidspsychologen wel eens mee geconfronteerd kunnen worden: bloed- en/of naaldfobie. Dat betreft mensen die flauwvallen, wanneer ze een injectie toegediend krijgen of wanneer er bloed moet worden afgenomen. Deze groep ontspanning aanleren blijkt het probleem echter te verergeren; in dit geval moet de patiënt juist leren zijn spieren te spannen en zich eventueel boos te maken.

Patiëntgerichte interventies binnen het cognitieve domein

Indien het gaat om verandering van de wijze waarop patiënten naar problemen kijken worden cognitieve interventiestrategieën gehanteerd waaronder de rationeel-emotieve therapie (RET) van Ellis (Ellis et al., 2000; Jacobs, 1998) om onrealistische verwachtingen en gedachten, die een negatieve invloed hebben op de gezondheid, te weerleggen. De RET is met name gericht op het wijzigen van

irrationele gedachten, ideeën, veronderstellingen, zelfcommunicaties en filosofieën die iemand heeft over zichzelf, anderen, gebeurtenissen en situaties. Uitgangspunt is dat niet een gebeurtenis of situatie de oorzaak is van negatieve emoties en disfunctionele gedragingen, maar de gedachten over de gebeurtenis of de situatie, de manier waarop tegen de dingen wordt aangekeken.

Met name irrationele en disfunctionele ziektecognities (“illness cognitions”) (zie ook box 5) kunnen met dit soort interventies effectief worden behandeld. Ziektecognities hebben betrekking op idiosyncratische denkbeelden van patiënten over de oorzaak, het beloop en de kans op herstel van ziekte.

Voeg box 5 in

Patiëntgerichte interventies binnen het gedragsdomein

Gedragsinterventies beogen een verandering van overt gedrag teweeg te brengen. Selfmonitoring is een daarbij vaak toegepaste methode. Dit houdt bijvoorbeeld in dat dagboeken worden gebruikt om eetgedrag, de mate van bewegen, rookgedrag en therapietrouw in kaart te brengen om van daaruit gedragsveranderingen in de gewenste richting te bewerkstelligen. Daarnaast is het van belang inzicht te verkrijgen in de interne of externe cues, die aanleiding geven tot het ongewenste gedrag. Selfmonitoring vereist een zekere mate van zelfdiscipline en commitment aan de veranderingsdoelen die bij de behandeling zijn opgesteld.

Assertiviteitstraining omvat het aanleren van gedragingen die voorkomen dat iemand zich laat overbluffen door anderen, niet voor zichzelf opkomt, en daardoor voor zichzelf een continue spanning creëert. Een voorbeeld is om te leren tijdig “nee” te zeggen op allerlei verzoeken, teneinde zodoende te voorkomen dat men overbelast raakt of wordt blootgesteld aan ongewenste of stressrijke situaties. In de context van de gezondheidszorg kan het er toe bijdragen dat de communicatie en de wederzijdse informatie-uitwisseling tussen arts en patiënt verbeterd wordt.

Omdat interventies vaak meerdere doelen dienen, zullen begeleidings- en behandelingsprogramma's in de regel interventies inhouden die op meerdere domeinen zijn gericht. Een voorbeeld van een multidimensionale aanpak is een integrale stress-managementtraining. Gezien het complexe samenspel van factoren die van invloed zijn op de stressbeleving en stresshantering, zullen adequate stress-managementprogramma's nagenoeg alle aspecten van de hierboven genoemde domeinen omvatten: er moet worden onderzocht op welke gebieden zich stressoren voordoen; hoe die geïnterpreteerd worden en hoe ermee wordt omgegaan; en of er sprake is van voldoende sociale steun. Zo nodig worden op probleemgebieden interventies gepleegd: eventuele onrealistische interpretaties/cognities worden uitgedaagd en vervangen door realistische; adequate copingstrategieën moeten worden aangereikt; en mogelijk moeten ontspanningsoefeningen worden aangeleerd om op emotioneel en biologisch niveau ontspanning te realiseren.

Voeg box 6 in

Omgevingsgerichte doelen omvatten het gezin, het gezondheidszorgsysteem en de socio-culturele context. Ook hier kunnen interventies gericht zijn op het affectieve, cognitieve en gedragsdomeinen alsook op materiële domeinen.

Gezins-interventies

Het gezin kan worden opgevat als een systeem. Binnen dit gezinssysteem beïnvloeden en sturen de gezinsleden elkaar voortdurend. Wanneer een van de gezinsleden wordt blootgesteld aan een verandering, bijvoorbeeld het krijgen van de diagnose kanker, dan zal dat van invloed zijn op het hele gezin. Om soepel te blijven functioneren zullen de gezinsleden informatie en ondersteuning nodig hebben op grond waarvan het gezinsfunctioneren geoptimaliseerd kan worden.

- Binnen het affectieve domein kan men denken aan ondersteunende psychotherapie om de huisgenoten te leren om te gaan met gevoelens die worden teweeggebracht door de ziekte van de patiënt.
- Binnen het cognitieve domein kan worden gedacht aan het bevorderen van realistische en zo mogelijk probleem oplossend gerichte denkwijzen.
- Het trainen van gezinsleden in het geven van sociale steun en steunend om gaan met de zieke

- valt onder het gedragsdomein.
- Gezins-interventies kunnen eveneens gericht zijn op de materiële aspecten (aanpassing woonruimte, voorzieningen).

Gezondheidszorgsysteem

- Interventies die gericht zijn op het faciliteren van de therapeutische relatie tussen hulpverleners en patiënt (het affectieve domein).
- Het geven van relevante informatie, consultatie en educatie ter bevordering van een gepaste attitude van hulpverleners (het cognitieve domein).
- Interventies gericht op het gedrag van de hulpverleners (communicatie, informatievoorziening, toelichting bij medicatie) (het gedragsdomein).
- Interventies van belang voor het verkrijgen van noodzakelijke voorzieningen en het creëren van privacy (het materiele domein).

Socio-culturele context

Hierbij moet men met name denken aan interventies gericht op het sociale netwerk van de patiënt, diens werkomgeving, publieksvoorlichting om mythen en stereotypen uit te bannen, sociale wetgeving en politieke besluitvorming.

1.8 Conclusie

Samenvattend kan worden gesteld dat klinische gezondheidspsychologie de integratie omvat van kennis uit de gedrags-, sociale en biomedische wetenschappen en de kunst en kunde van de klinische psychologie. De toepassing van deze kennis is gericht op het optimaliseren van de behandeling en zorg voor somatisch zieken op basis van aandacht voor de biologische, psychologische en sociale aspecten van de gezondheid en ziekte. Om tegemoet te kunnen komen aan de gezondheidszorgbehoefte en om de kwaliteit van leven van het individu te kunnen bevorderen is een specifieke opleiding noodzakelijk. Binnen deze opleiding zal ruime aandacht moeten zijn voor het verhogen van de competentie op het gebied van het preventief, diagnostisch, curatief en begeleidend handelen, alsook ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast zal de gezondheidspsycholoog tijdens de opleiding moeten werken aan een respectvolle houding naar de persoon die zich aan de gezondheidszorg presenteert. Aandacht voor de waardigheid en de integriteit van het individu is een basisvoorwaarde om succesvol interventies te kunnen plegen met als doel het optimaliseren van de gezondheid en de kwaliteit van leven.

In de komende hoofdstukken wordt concreet beschreven wat de doelen/taken zijn van verschillende (zorg)instellingen, waar deze zich op richten en wat de precieze rol van de psycholoog daarin is. Daarnaast zal worden toegelicht met welke problematiek de psycholoog te maken krijgt en over welke specifieke kennis en vaardigheden deze moet beschikken om de patiënt of cliënt goed te kunnen helpen. Uit deze beschrijvingen zal blijken dat het feitelijk steeds om hetzelfde hogere doel gaat: het verhogen van de kwaliteit van leven van het individu door het voorkomen van ziekte of het bevorderen van de genezing van of aanpassing aan de ziekte of de handicap. Echter elke patiëntengroep blijkt zijn eigen specifieke problemen te hebben, zodat de weg om tot dit doel te komen niet steeds dezelfde route kent.

1.9 Literatuur

- Belar, C.D., & Deardorff, W.W. (1995). *Clinical health psychology in medical settings: A practitioner's guidebook* (rev. ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Belar, C.D., & Park, T.L. (2001). Assessment in clinical health psychology. In A.J.J.M. Vingerhoets (Ed.), *Assessment in behavioral medicine* (pp. 1-24). Hove UK: Brunner-Routledge.
- Ellis, A., Gordon, J., Neenan, M., & Palmer, S. (2000). *Stress counseling: A rational emotive behavior approach*. New York: Cassel.
- Jacobs, G. (1998). *Rationeel-emotieve therapie: Een praktische gids voor hulpverleners*. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum.

- Kasl, S.V., & Jones, B.A. (2001) Methodological considerations in the study of psychosocial influences on health. In A.J.J.M. Vingerhoets (Ed.), *Assessment in behavioral medicine* (pp. 25-48). Hove UK: Brunner-Routledge.
- Marks, D.F., Bruecher, A.C., Donker, F.J., Jepsen, Z., Rodrigues, M.J., Sidot, S., & Backman, B.W. (1998). Health Psychology 2000: The development of professional health psychology: European Federation of Professional Psychologists' Associations (EFPPA) Task Force on Health Psychology Final Report. *Journal of Health Psychology*, 3, 149-160.
- Ray, O. (2000, June). *How the mind hurts and heals the body*. Voordracht tijdens het 23rd European Conference on Psychosomatic Research, Oslo.
- Schwartz, C.E., Brotman, S., & Jilinskaia, E. (2001). Methodological considerations for psychosocial intervention studies. In A.J.J.M. Vingerhoets (Ed.), *Assessment in behavioral medicine* (pp. 49-72). Hove UK: Brunner-Routledge
- Stone, G. (1987). The scope of health psychology. In G. Stone, J. Matarazzo, N. Miller, J. Rodin, C. Belar, M. Follick, & J. Singer (Eds.), *Health psychology: A discipline and a profession* (pp. 27-40). Chicago: University of Chicago Press.
- Vingerhoets, A.J.J.M. (Ed.) (2001). *Assessment in behavioral medicine*. Hove, UK: Brunner-Routledge.

Teksten voor “boxen”

BOX 1

Stress en gezondheid

Stress kan zich op vier manieren manifesteren: (1) als lichamelijke of fysiologische stressreacties (zoals veranderingen in bloeddruk, hartslag, en/of stresshormonen), (2) als emotionele stressreacties (bijvoorbeeld gevoelens als frustratie, depressie, angst, hulpeloosheid), (3) als veranderingen in cognitief functioneren (zoals stoornissen in denken, geheugen, informatieverwerking, en concentratievermogen); en ten slotte (4) als gedragsveranderingen (te denken valt hierbij aan vermindering van situaties en/of sociale contacten, roken, drinken, agressie, arbeidsverzuim, etc.). Wanneer de blootstelling aan stressbronnen aanhoudt, kan dit resulteren in het ontstaan van gezondheidsklachten.

Specifiek voor de gezondheidszorg zijn de volgende effecten van stress van belang (Vingerhoets, 2000; Vingerhoets & Rigter, 1994): (1) stress maakt dat mensen zich ziek voelen, zonder dat er sprake hoeft te zijn van echte ziekte. In dat geval wordt er dus feitelijk onnodig beroep gedaan op de gezondheidszorg; (2) stress bevordert dat mensen daadwerkelijk psychisch of lichamelijk ziek worden; (3) stress heeft negatieve gevolgen voor het herstel en beloop van ziektes; (4) stress interfereert met de effectiviteit van medische interventies; en ten slotte, (5) stress staat een adequate informatieoverdracht van arts naar patiënt in de weg.

Vanwege de beperkte ruimte wordt hier slechts kort ingaan op de laatste drie punten. Lichamelijke stressreacties (waarbij het autonome zenuwstelsel, het hormoonstelsel, en het immuunsysteem de belangrijkste spelers zijn) en leefstijlfactoren (roken, drinken, therapietrouw, etc.) beïnvloeden het beloop en herstel na een ziekte. Een mooie illustratie hiervan is recent onderzoek dat aantoonde dat wondgenezing belemmerd kan worden door stress. Maar ook het beloop van kanker, reuma en herstel na een hartinfarct blijken hiervan mede afhankelijk te zijn.

Daarnaast zijn er inmiddels ook vele aanwijzingen dat psychosociale factoren, zoals angst en spanningen, een ongunstige invloed hebben op het herstel van een medische ingreep. Dit kan worden vastgesteld aan de hand van, bijvoorbeeld, het gebruik van postoperatieve pijnmedicatie, het optreden van complicaties, of opnameduur na een medische ingreep. Maar ook voor andere medische interventies, waaronder vaccinaties, transplantatie, en In Vitro Fertilisatie lijkt te gelden dat zij zich niet aan de invloed van stress kunnen onttrekken.

Voor de klinische praktijk is niet minder belangrijk dat gezondheidsklachten ook als een soort stresshantering gebruikt kunnen worden. Men vlucht in ziekte(gedrag) om op die manier te ontkomen aan emotioneel belastende of anderszins stressrijke situaties, zoals die zich kunnen voordoen op het werk, in een gezin, of op andere terreinen.

Vingerhoets A.J.J.M. (2000). Patiënt en stress: Oorzaken en gevolgen. *Verpleegkunde*, 15, 214-224.

Vingerhoets A.J.J.M., & Rigter H. (1994). *Stress en gezondheid*. Tilburg: Tilburg University Press.

BOX 2

Van persoonlijkheid en onderdrukte emoties naar operante conditionering.....

Van oudsher heerste de opvatting dat pijnpatiënten een bepaald slag mensen waren. Meest kenmerkend zou hun emotionele geremdheid zijn. Onder andere Wolff (1937) beschreef pijnpatiënten als rigide personen met een grote neiging om hun emoties te onderdrukken. Engel (1959) werkte dit nader uit en kwam met een omschrijving van de “pain-prone patient”, als iemand met een onderdrukte woede en agressie. Deze opvattingen stoelden vooral op klinische observaties. Daarbij dient men altijd alert te zijn op het feit dat een bepaald kenmerkend gedrag of stemming niet zozeer de oorzaak dan wel het gevolg is van een bepaalde klacht.

In veel modern onderzoek en met name wanneer het gaat om interventies bij pijnpatiënten, is men niet meer zozeer geïnteresseerd in persoonlijkheid. Men onderscheidt thans in geval van pijn vier niveaus: (1) nociceptie; (2) pijngewaarwording; (3) pijnbeleving; en (4) pijngedrag (Loeser, 1980). Interventies richten zich nu vooral op het pijngedrag, waarbij men uitgaat van de mogelijkheid dat dit pijngedrag door de sociale omgeving van de patiënt en door mogelijke andere factoren wordt bekrachtigd (“ziektewinst”). De interventie bestaat dan met name ook uit het trainen van de naasten van de patiënt om pijngedrag zomin mogelijk aandacht te geven en pijnvrij-gedrag te belonen.

Een tweede voorbeeld betreft astma, wat oorspronkelijk ook als een klassieke psychosomatische aandoening werd aangemerkt. Ook bij deze patiënten werd vastgesteld dat ze emotionele geremd waren en niet zo vaak bleken te huilen. Vroeger zag men deze kenmerken dan ook als risicofactoren voor het ontwikkelen van astma. Thans weten we dat huilen bij bepaalde astmapatiënten aanvallen kan opwekken; een meer voor de handliggende verklaring is dan ook deze patiënten op die manier afleren om negatieve emoties te uiten en te huilen (Vingerhoets & Scheirs, 1998).

Engel, G.L. (1959). “Psychogenic” pain and the pain prone patient. *American Journal of Medicine*, 26, 899-918.

Loeser, J.D.A. (1980). Definitions on pain. *Medicine*, 7, 3-4.

Vingerhoets, A.J.J.M., & Scheirs, J.G.M. (1998). Huilen en gezondheid. *De Psycholoog*, 33, 302-307.

Wolff, H.G. (1937). Personality features and reactions of subjects with migraine. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 37, 895-921.

BOX 3

Wat kan er bereikt worden met een psychosociale interventie bij patiënten met somatische problematiek?

Denollet en Brutsaert (1995) ontwikkelden een speciaal revalidatieprogramma voor hartpatiënten, waarin niet alleen aandacht werd besteed aan de gebruikelijke fysieke oefeningen en inspanningstesten, maar dat voor de helft van de groep werd aangevuld met een psychosociale interventie voor zowel de patiënt als de partner. Hierbij ging het om voorlichting over hartziekten, benadrukken van de rol van gezond gedrag en de betekenis van emotionele steun. Daarnaast was er een op het individu toegesneden component met informatie over medische zaken, dieet en specifieke psychosociale problematiek. Een vergelijking van de korte-termijn effecten van beide groepen wees uit dat de groep die de psychosociale interventie onderging een hoger welbevinden had, zich beter voelde, minder psychofarmaca gebruikte en actiever was.

Ook met kankerpatiënten zijn er diverse voorbeelden van onderzoek dat een psychosociale interventie een positief effect heeft op de kwaliteit van leven van deze patiënten (Trijsburg et al., 1992). Een van de bekendste voorbeelden wat dit betreft is het onderzoek van Spiegel en zijn medewerkers (Spiegel et al., 1989). Dit onderzoek dankt zijn bekendheid met name aan het feit dat het primair ging om de effecten van een psychosociale interventie op welbevinden bij borstkankerpatiënten. Deze patiënten rapporteerden een hoger welbevinden dan die in de controlegroep.

In het verlengde hiervan ligt de vraag of dergelijke interventies ook effect hebben op de overleving van deze patiënten. Dit onderwerp roept nogal emoties op leidt tot zeer heftige discussies tussen degenen die het hiermee eens en oneens zijn. De literatuur is hier vooralsnog niet eenduidig over (Edelman et al., 2000). In sommige onderzoeken (waaronder het bovengenoemde onderzoek van Spiegel et al., 1989) zijn resultaten gevonden, die wijzen op een positief effect op de overlevingsduur, maar daartegenover staan studies, waarin een dergelijk effect niet is aangetoond. Vooralsnog is niet duidelijk waarom die onderzoeken tot verschillende uitkomsten hebben geleid.

Denollet, J., & Brutsaert, D.L. (1995). Enhancing emotional well-being by comprehensive rehabilitation in patients with coronary heart disease. *European Heart Journal*, 16, 1070-1078

Edelman, S., Craig, A., & Kidman, A.D. (2000). Can psychotherapy increase the survival time of cancer patients? *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 149-156.

Spiegel, D., Bloom, J.R., Kramer, A.C., & Gottheil, E. (1989). Effects of psychosocial treatment on the survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, ii, 881-891.

Trijsburg, R.W., Van Knippenberg, F.C., & Rijpma, S.E. (1992). Effects of psychological treatment on cancer patients: A critical review. *Psychosomatic-Medicine*, 54, 489-517

BOX 4

Therapietrouw

Voor veel ziektes, waaronder ook AIDS, komen steeds betere medicijnen ter beschikking. Uiteraard is het voor een goede werking daarvan belangrijk dat men ze volgens de voorschriften en in de juiste dosering neemt. Uit onderzoek is echter gebleken dat het daaraan nogal eens schort. Patiënten nemen niet de juiste dosering of vergeten pillen helemaal in te nemen, ze stoppen een kuur voortijdig, of nemen een dagdosis in een keer in plaats van verdeeld over de dag. Evenzeer worden voorschriften die betrekking hebben op dieet, stoppen met roken of meer bewegen niet opgevolgd. Artsen voelen zich dan ook vaak machteloos, omdat de effectiviteit van een behandeling daarmee staat of valt. Vandaar dat er vanuit de geneeskunde en farmaceutische industrie veel belangstelling is voor interventies, die er op gericht zijn om de terapietrouw, of het nu gaat om medicatie of om aanpassing van zijn leefstijl, te bevorderen.

Een voorbeeld van een dergelijke interventie is beschreven door McPherson-Baker et al. (2000). Deze onderzoekers ontwikkelden een korte interventie voor HIV-positieve mannen die grote problemen hadden met terapietrouw. Gedurende vijf maanden moesten ze maandelijks deelnemen aan een korte counseling sessie waarin een schema gemaakt moest worden voor het innemen van hun medicijnen voor de komende periode. Vergeleken met een controlegroep, die de normale procedure onderging, bleek de interventiegroep minder zogenaamde opportunistische infecties te ontwikkelen en werden ze ook minder vaak in het ziekenhuis opgenomen.

Zo succesvol blijkt het in de praktijk niet altijd te zijn. Men is nog naarstig op zoek naar goede methoden om de effectiviteit van dergelijke programma's te verbeteren (zie o.a. Newell et al, 2000; 1999).

Newell, S.A., Bowman, J.A., & Cockburn, J.D. (2000). Can compliance with nonpharmacologic treatments for cardiovascular disease be improved? *American Journal of Preventive Medicine*, 18, 253-261.

Newell, S.A., Bowman, J.A., & Cockburn, J.D. (1999). A critical review of interventions to increase compliance with medication-taking, obtaining medication refills, and appointment-keeping in the treatment of cardiovascular disease. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 29, 535-548.

McPherson-Baker, S., Malow, R.M., Penedo, F., Jones, D.L., Schneiderman, N., & Klimas, N.G. (2000). Enhancing adherence to combination antiretroviral therapy in non-adherent HIV-positive men. *AIDS-care*, 12, 399-404.

BOX 5

Ziektecognities of ziekterepresentaties

Afhankelijk van de aard van een ziekte is er veel of weinig bekend over de oorzaak ervan. Sommige ziektes zijn ook beter te behandelen dan andere. Naast de objectieve feiten die er bekend zijn over ziektes, hebben patiënten vaak een geheel eigen beeld van hun ziekte, dat lang niet altijd hoeft overeen te komen met de werkelijkheid. Onderzoek (zie Leventhal et al., 1997) heeft geleerd dat er globaal vijf dimensies onderscheiden kunnen worden bij deze ziektecognities of ziekterepresentatie: (1) oorzaak; wat heeft de klachten doen ontstaan? (2) identiteit; wat zijn de klachten precies?; (3) de tijdsdimensie; hoe lang zal het gaan duren?; (4) beheersbaarheid/geneesbaarheid; gaan de klachten vanzelf over of is behandeling mogelijk en nodig?; en (5) de gevolgen; welke invloed heeft de ziekte op mijn zelfbeeld, sociale leven, werk, etc.

Petrie et al. (1996) deden onderzoek naar de ziekterepresentatie bij hartinfarctpatiënten en toonden aan dat deze subjectieve factoren veel sterkere voorspellers waren van werkhervatting na een jaar, dan allerlei medisch, objectieve variabelen (waaronder enzymen, etc) die in de geneeskunde worden gebruikt om de ernst van een infarct te bepalen.

Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E.A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997). Illness representations: Theoretical foundations. In K.J. Petrie & J.A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness* (pp. 19-45). Reading: Harwood.

Petrie, K.J., Weinman, J., Sharpe, N., & Buckley, J. (1996). Role of patients view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: A longitudinal study. *British Medical Journal*, 312, 1191-1194.

BOX 6

Stress-management: een integrale benadering

Het bestrijden van stress-symptomen lijkt de laatste jaren een echte business te zijn geworden. In veel gevallen kunnen de gehanteerde methoden de toets der wetenschappelijke kritiek niet doorstaan. Van wetenschappelijke onderbouwing is geen sprake en niet zelden beperkt het zich tot alleen maar symptoombestrijding, met nauwelijks aandacht voor de oorzaken. Een goed stress-management programma onderscheidt zich doordat het gebaseerd is op een stresstheorie, waardoor het duidelijk is waar men zich met de diagnostiek op moet richten en wat de diverse mogelijkheden om te interveniëren zijn. Met andere woorden, het gaat niet alleen om het aanleren van ontspanningstechnieken. Ook dienen de stressoren in kaart te worden gebracht en wat er gedaan kan worden aan het reduceren van hun aantal of het verminderen van de intensiteit. En hoe kijkt de persoon tegen gebeurtenissen aan; maakt hij/zij misschien van een elke mug een olifant? Ziet hij/zij de zaken wel in een juist perspectief? Hoe is het gesteld met de coping-vaardigheden? En met de sociale steun? Pas wanneer men dat alles op een goede manier in kaart heeft gebracht, kan men gericht gaan werken aan een oplossing.

De relaxatieprocedure, gericht op angstreductie is een zelfcontroletechniek die de patiënt helpt het vermogen te ontwikkelen tot het zelf reguleren van hun emotioneel evenwicht onder potentieel spanningsinducerende omstandigheden. Bij progressieve relaxatietraining, een relaxatietechniek ontwikkeld door Jacobson, gaat men uit van datgene wat men reeds kent, namelijk spierspanning. Men alterneert voortdurend tussen spanning en ontspanning van bepaalde spiergroepen, zodat men via contrastwerking, tussen spanning en ontspanning leert te discrimineren. Het gaat steeds om differentiële ontspanning; men concentreert steeds op één bepaalde spiergroep zonder andere spiergroepen erbij te betrekken. De patiënt moet niet alleen leren te differentiëren tussen spanning en ontspanning. Hij moet tevens leren de verschillende spiergroepen afzonderlijk te controleren.

Systematische desensitisatie wordt gehanteerd om angst te verminderen bij fobieën. De patiënt wordt geleerd om gedragingen te vertonen die inconsistent zijn met angst. Doorgaans wordt in de systematische desensitisatie de relaxatie als antagonistische respons gebruikt. Allereerst zal de therapeut een zorgvuldige analyse uitvoeren met betrekking tot de situaties die de emotionele respons (angst) oproepen. Er wordt dan een angsthiërarchie, in angst oplopende, angstinducerende situaties opgesteld. De patiënt wordt gevraagd zich in de angstinducerende situatie te begeven die het laagst in de angsthiërarchie staat. Dit kan in vivo, dus de patiënt beleeft zich in de werkelijke situatie, dit kan ook in de verbeelding gebeuren (imaginair). Als de bedreigende situatie geen afbreuk doet aan de ontspanningstoestand, gaat men over naar de volgende situatie in de angsthiërarchie. De angst die verbonden was aan de vorige situatie is immers geïnhibeerd. Op deze wijze wordt de hele angsthiërarchie afgewerkt met als gevolg dat uiteindelijk de angst verdwijnt. De systematische desensitisatie berust op de combinatie van twee elementen: de toediening van de antagonistische respons (relaxatie) en de geleidelijke gedoseerde aanbieding van fobische stimuli (de hiërarchische benadering).

Lehrer, P.M., & Woolfolk, R.L. (Eds.) (1993). *Principles and practice of stressmanagement* (2nd ed.). New York: Guilford.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

Traditioneel richt de studie van abnormaal, afwijkend gedrag zich op drie onderscheidende, maar vaak overlappende aspecten: (a) de aard van het afwijkende gedrag, (b) de determinanten van het afwijkende gedrag, en (c) methoden die het afwijkende gedrag kunnen reduceren of elimineren.

Zicht op de aard van het afwijkende gedrag, ook gedefinieerd als het klinische beeld, is van elementair belang om de oorzaak van bepaalde gedragingen te achterhalen en een behandelplan te ontwikkelen. Een goed klinisch beeld stelt ons in staat om verschillende vormen van afwijkend gedrag te classificeren.

In 1994 is de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM-IV) onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association verschenen. De DSM-IV is een classificatie van psychische stoornissen. Het doel van de DSM-IV is het geven van eenduidige, heldere beschrijvingen van de diagnostische categorieën teneinde het klinici en onderzoekers mogelijk te maken diagnoses te stellen, er over te communiceren, onderzoek te doen en de verschillende psychische stoornissen te behandelen.

In 2000 is er een evidence-based tekstrevisie van de DSM-IV uitgegeven, waarnaar wordt verwezen als DSM-IV-TR.

Aan de basis van de DSM-IV ligt een meerassig classificatie-systeem, waarbij elke as verwijst naar een ander kennisdomein dat kan helpen bij het opstellen van een behandelplan en het voorspellen van de afloop. Een meerassig systeem biedt een handzame manier om gegevens te ordenen en door te geven om de complexiteit van omstandigheden vast te leggen en om de heterogeniteit van personen met dezelfde diagnose te beschrijven. Bovendien bevordert een meerassig systeem het gebruik van een biopsychosociaal model in de kliniek, bij het onderwijs en bij research.

Het is dan ook van groot belang dat elke praktiserend psycholoog dit systeem kent en kan toepassen als onderdeel van het diagnostisch proces. In de praktijk wordt met name veel gebruik gemaakt van As I en As II, die relevant zijn voor het in kaart brengen van psychopathologie en persoonlijkheidsstoornissen.

Overigens is er bij de meerderheid van de patiënten, die een psycholoog, werkzaam in de algemene gezondheidszorg krijgt doorverwezen, geen sprake van psychopathologie en/of persoonlijkheidsstoornissen.

As I: Klinische stoornissen

Andere Aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn

As I wordt gebruikt voor het vastleggen van alle verschillende stoornissen of toestanden in de classificatie met uitzondering van de persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid. Ook worden op As I de Andere Aandoeningen genoteerd die een reden voor zorg kunnen zijn. Voorbeelden van As I stoornissen zijn, onder andere, Ontwikkelingsstoornissen, Schizofrenie en andere psychotische stoornissen, Angst- en Stemningsstoornissen, en Somatoforme stoornissen.

As II: Persoonlijkheidsstoornissen

Zwakzinnigheid

As II dient voor het vastleggen van persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid. Deze as kan ook worden gebruikt voor het noteren van opvallende, slecht aangepaste persoonlijkheidstrekken en afweermechanismen die niet voldoende zijn voor de diagnose persoonlijkheidsstoornis.

De specifieke persoonlijkheidsstoornissen zijn in drie clusters ondergebracht. Cluster A omvat de paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Cluster B omvat de theatrale, antisociale, narcistische en borderline persoonlijkheidsstoornis. Cluster C omvat de afhankelijke, ontwijkende en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis.

As III: Somatische aandoeningen

Op As III worden actuele somatische aandoeningen vastgelegd, die potentieel relevant zijn voor het begrijpen of behandelen van een psychische stoornis. De DSM-IV bevat een gedetailleerde lijst van somatische aandoeningen

As IV: Psychosociale en omgevingsproblemen

As IV dient voor het vastleggen van psychosociale en omgevingsproblemen die de diagnose, behandeling en prognose van psychische stoornissen (vastgelegd op As I en As II) kunnen beïnvloeden. De problemen kunnen gemakshalve samengebracht worden in de volgende categorieën:

- Problemen binnen de primaire steungroep
- Problemen gebonden aan de sociale omgeving
- Opvoedings- Werk- Woon- Financiële problemen
- Problemen met de toegankelijkheid van gezondheidsdiensten
- Problemen met justitie/politie of met misdaad
- Andere psychosociale en omgevingsproblemen

As V: Algehele beoordeling van het functioneren

Het vastleggen van het algemene functioneren op As V kan worden gedaan met behulp van de Global Assessment of Functioning Scale (GAF-schaal). De GAF-schaal kan bijzonder bruikbaar zijn bij het, in algemene termen, volgen van vooruitgang van betrokkene door gebruik te maken van een op zichzelf staande meting. Voor deze beoordeling wordt een 100-punts beoordelingsschaal gehanteerd.

Hierbij staat 91-100 voor een “Uitstekend functioneren bij een groot aantal activiteiten, levensproblemen lijken nooit uit de hand te lopen, men komt naar hem/haar toe vanwege de vele positieve kwaliteiten. Geen symptomen.”

10 / 1 staat voor “Voortdurend ernstig gevaar voor zichzelf en anderen OF voortdurend niet in staat tot een minimale persoonlijke hygiëne OF ernstige suicidepoging met de duidelijke verwachting dood te gaan.”

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington DC: Auteur. [Nederlandse vertaling: Lisse: Swets & Zeitlinger, 1995].

Het behandelplan

De onderstaande richtlijnen (gebaseerd op Beenackers, 2002; Teyber, 2000) kunnen behulpzaam zijn bij het formuleren van een behandelplan. In een behandelplan dient te worden aangegeven wat er moet gebeuren en wat daar mogelijk nog aan vooraf moet gaan. Voorts dienen doel en middel expliciet te worden aangegeven. Een behandelplan dient tenminste te bestaan uit de volgende vier punten: (1) klachten, (2) hypothese, (3) voorgenomen methode, en (4) beoogd resultaat. Beenackers (2002) suggereert voorts om deze vier nog uit te breiden met een Voorgeschiedenis, DSM-diagnose, en afspraken. Deze auteur benadrukt het belang om de formulering van het behandelplan kort en simpel te houden.

- Voorgeschiedenis

Dit onderdeel bevat globale biografische informatie en anamnestiche informatie

1. Klachten

Hierin worden de ervaren problemen van de cliënt beknopt beschreven. Beperkt u zich tot de beschrijving van die klachten, waar u als behandelaar iets mee denkt te kunnen en waar de behandeling ook op gericht is. Vaak zal het nodig zijn om uit de vage klachtomschrijving van de patiënt, die elementen te filteren, waar men met een gerichte behandeling aan denkt te kunnen werken. Het spreekt voor zich dat adequate diagnostiek hiervoor een noodzakelijke voorwaarde is.

2. Hypothese

Hier gaat het erom dat de hulpverlener zich afvraagt waarom de klachten niet vanzelf overgaan. Wat staat herstel in de weg? Uiteraard is het van belang dat men hier als hypothese heeft dat het gaat om factoren, die in principe beïnvloedbaar/ behandelbaar zijn. Immers, als men veronderstelt dat het gaat om factoren die niet beïnvloedbaar zijn, dan kan van behandeling geen sprake zijn.

Om tot een adequate hypothese te komen, dient men op de hoogte te zijn van de recente ontwikkelingen in de wetenschap, met name modellen die relevant zijn voor de etiologie en/of bestending van de klachten.

- DSM IV

In de gevallen dat een DSM IV diagnose iets zegt over de factoren die de klachten hebben teweeggebracht of in stand houden en dus ook of ze al dan niet behandelbaar zijn, is opname van een dergelijke diagnose handig. Anders kan deze achterwege blijven.

3. Voorgenomen methode en uitvoering

Hier wordt beschreven welke methode men wil gaan toepassen. Inhoudelijk sluit de methode derhalve altijd aan bij de hypothese. Daar staat immers verwoord welk aspect aangepakt moet worden; hier wordt expliciet gemaakt hoe men dat wil gaan doen. Hierin wordt ook de expliciete rol van derden (andere hulpverleners, verzorgers, ouders, begeleiders, etc.) duidelijk geformuleerd. Anticipeer op mogelijke belemmerende factoren en tracht die te elimineren.

4. Beoogd resultaat

Hier kan simpel, kort en krachtig volstaan worden met de opmerking dat er sprake is van zonet een oplossing van het probleem, dan toch tenminste – meer reëel- een significante reductie van de klachten.

- Afspraken

Het kan van belang zijn om expliciete afspraken, die men heeft gemaakt met de cliënt vast te leggen.

Wanneer men werkt in een multidisciplinair team of wanneer er sprake is van een multidisciplinaire aanpak is het goed dat de behandelplannen van alle betrokken hulpverleners worden uitgewisseld en onderling worden afgestemd.

- Beenackers, A.A.J.M. (2002). *Handleiding dossiervoering*. Delft: Eburon
- Teyber, E. (2000). *Interpersonal process in psychotherapy. A relational approach*. Wadsworth: Brooks/Coole.