

## KOPSTUKKEN

## Interview prof. dr. F.W. Kraaimaat

S.L. Schrauwen

*Kunt u een korte biografie geven?*

Ik ben geboren in Utrecht en heb in dezelfde stad de studie klinische psychologie afgerond in 1970. Van 1970 tot 1974 ben ik werkzaam geweest als klinisch psycholoog en gedragstherapeut op de afdeling psychiatrie van de Erasmus universiteit in Rotterdam. Mijn proefschrift, met de titel 'stotteren, een moleculaire analyse van stottergedrag' werd afgerond in 1980. Spraakpathologie heeft mij altijd geïnteresseerd en heeft in mijn carrière altijd een grote rol gespeeld. Zo had ik van 1987 tot 1995 een deeltijd aanstelling als hoogleraar op de afdeling *communication disorders and sciences* van de Southern Illinois University in Carbondale, Illinois. Van 1991 tot 1995 ben ik hoogleraar klinische psychologie geweest aan de universiteit van Amsterdam. In 1995 heb ik de overstap gemaakt naar Nijmegen, waar ik aangesteld werd als afdelingshoofd en hoogleraar medische psychologie. In de beginjaren was ik betrokken bij de opbouw van de Vereniging voor Gedragstherapie (inmiddels is professor Kraaimaat erelid van deze vereniging, red). Tevens heb ik geparticipeerd in beleids- en adviesprojecten voor onderzoek bij reumatische aandoeningen, zoals de commissie reumaonderzoek TNO. Daarnaast werden vanuit mijn onderzoekslijn talloze artikelen



Prof. dr. F.W. Kraaimaat

gepubliceerd op het gebied van chronische pijn en reumatische aandoeningen.

*Patiënten met reumatoïde artritis speelden al vroeg in uw carrière een rol. Wat spreekt u aan in deze groep patiënten?*

Een aantal patiëntengroepen zoals psychiatrische patiënten, patiënten met reumatoïde artritis en met spraakproblemen, heeft een grote rol gespeeld in mijn carrière. Deze groepen hebben gemeen dat er sprake is van chronische lichamelijke aandoeningen. Voor wat het omgaan met deze aandoeningen betreft heeft de gedragstherapie deze patiënten veel te bieden. Bij een chronische ziekte, zoals reumatoïde artritis, speelt een aantal factoren een rol. De belasting van de aandoening, de ziekteactiviteit en de invloed van stress hierop en coping mechanismen. Mijn interesse voor reumatologie werd gewekt door Catja Huiskens, destijds stagiaire en later onderzoeker bij onze afdeling. Zij had zelf reumatoïde artritis en schreef een patiëntenfolder over haar

ziekte: *Ziek zijn, een ervaring apart*. In 1985 kwam ik in contact met professor Bijlsma uit Utrecht.

In die tijd was er weinig bekend over de toepassing van gedragstherapie bij reumatoïde artritis. De onderzoekslijn die ik samen met professor Bijlsma had opgezet in Utrecht, kon ik in Nijmegen voortzetten. Mijn afdeling heeft over de jaren diverse meetinstrumenten bij reumatische aandoeningen ontwikkeld en gevalideerd: IRGL (invloed reuma op gezondheid en leefwijze), PCI (pijn coping inventarisatielijst), ZCL (ziekte cognitie lijst). Daarnaast zijn in de loop der jaren verschillende modellen rondom coping en adaptatie ontwikkeld die van toepassing zijn op reumapatiënten, maar die zeker ook van toepassing kunnen zijn op bijvoorbeeld patiënten met een huidaandoening zoals psoriasis.

*Is in uw ogen de benadering en begeleiding van reumapatiënten veranderd in de afgelopen jaren?*

In de beginjaren van mijn carrière had de gedragstherapie deze patiëntengroep nog weinig te bieden. Mijn indruk van reumatologen is dat zij zich altijd erg betrokken voelden en voelen bij hun patiënten en proberen alle aspecten van zorg aan te pakken. Misschien was dit vroeger ook wel zo, omdat er nog weinig therapeutische opties waren voor de behandeling van reuma. Maar eigenlijk is die betrokkenheid altijd aanwezig

geweest. Mijn afdeling heeft daar altijd dankbaar gebruik van gemaakt. Belangrijk is ook dat in Nederland de noodzaak wordt ingezien van prospectief onderzoek. In ons vakgebied is deze vorm van onderzoek belangrijk, maar nogal moeilijk te realiseren. Dankzij de goede onderlinge organisatie van reumatologen kregen wij toegang tot veel patiëntengegevens voor ons onderzoek. Ook patiëntenverenigingen leverden voor ons onderzoek een belangrijke bijdrage.

Destijds heb ik het initiatief genomen tot de oprichting van de landelijke werkgroep SWORA (Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek bij Reumatische Aandoeningen). De doelstelling van de werkgroep is het bevorderen van kwalitatief hoogstaand sociaal wetenschappelijk onderzoek bij reumatische aandoeningen. Daarbij wordt gestreefd naar bevordering van wetenschappelijke kennis en implementatie hiervan in de praktijk. Daarnaast is het multidisciplinaire karakter van deze werkgroep heel erg belangrijk om de toepasbaarheid en kwaliteit van het onderzoek te bevorderen. Er zijn verschillende onderzoekslijnen zoals kwaliteit van leven, omgaan met reumatische aandoeningen, preventie en het ontwikkelen van meetinstrumenten. Op dit moment is een belangrijk thema van ons onderzoek of het mogelijk is zorg op maat te bieden aan patiënten met reumatoïde artritis of fibromyalgie.

*Welke positie neemt Nederland in ten opzichte van het buitenland als het gaat om de begeleiding van reumapatiënten?*

Nederland neemt een vooraanstaande positie in als het gaat om onderzoek op het gebied van reumatologie in het algemeen

en de begeleiding en behandeling van reumapatiënten. Ook in Engeland zijn veel ontwikkelingen op dit gebied, maar Nederland is echt een koploper, mede door de reumatologen die de spil voor onderzoek vormen.

*Zeer recent heeft u uw afscheidsrede gehouden, neemt u helemaal afscheid van het werkende leven?*

Gelukkig zijn er nog diverse projecten waar ik bij betrokken blijf. Ten eerste heb ik nog zeven promovendi die ik begeleid. De eerste onderzoekslijn waar ik nog bij betrokken ben, betreft fibromyalgie. Dit onderzoek wordt gedaan in samenwerking met de Sint Maartenskliniek. Bij fibromyalgiepatiënten zijn verschillende groepen te onderscheiden. Als eerste de patiënten die pijn willen vermijden en patiënten die voortdurend over hun grenzen heen gaan. We proberen een interventie op maat te ontwerpen die bestaat uit een combinatie van gedragstherapie, maar ook ergotherapie en fysiotherapie. Opvallend bij sommige patiëntengroepen (fibromyalgiepatiënten, maar dit geldt ook voor bijvoorbeeld reumapatiënten) is dat een deel blijft hangen in persisterende klachten. Als de lichamelijke klachten verminderen (bijvoorbeeld minder pijn bij fibromyalgie of minder ziekteactiviteit bij reumapatiënten door betere behandeling) vergt het nogal wat van patiënten om ook hun psychisch en sociaal functioneren weer op een bevredigend niveau te krijgen.

De tweede onderzoekslijn waarbij ik nog betrokken blijf is onderzoek bij reumatoïde artritis en dan met name het aanbieden van therapie en screening voor therapie via het internet (e-health benadering).

De derde onderzoekslijn is

meer fundamenteel onderzoek. Zo onderzoeken wij de relatie tussen ziekteactiviteit en stress bij patiënten die meer of minder stressgevoelig zijn. Via immunologisch en neuro-endocrien onderzoek wordt onderzocht of er een verklaring voor deze vatbaarheid voor stress te vinden is.

Daarnaast is er een lijn over pijnsensitiviteit. Dit is een experimenteel onderzoek. Interessant is dat patiënten die een ambigue stimulus aangeboden krijgen deze stimulus ervaren als een prikkel die in het domein van hun klachten valt. Bijvoorbeeld, een vage stimulus wordt als jeuk ervaren bij patiënten met jeukende huidaandoeningen. Hetzelfde geldt voor pijn. Wij veronderstellen dat er een gegeneraliseerde sensitisatie voor de klacht is ontstaan. Mogelijk kunnen hieruit trainingsprogramma's ontstaan om in te grijpen op dit mechanisme.

*Wat beschouwt u als uw grootste verdienste?*

Dat vind ik moeilijk te beantwoorden. Ik denk dat het belangrijkste in mijn carrière is geweest het ontwikkelen van behandelingsmethoden en de opzet/aanzet geven tot verder onderzoek. Ik vind het daarom ook heel belangrijk dat dit werk wordt voortgezet, door mensen als Andrea Evers en Rinie Geenen.

*Tot slot. Zijn er nog belangrijke zaken die u kwijt wilt aan reumatologisch Nederland?*

Het gevaar ligt op de loer dat door de komst van betere behandelingen voor reumatische ziekten, andere belangrijke aandachtspunten bij deze patiënten wat op de achtergrond komen te staan. Dat bijvoorbeeld minder aandacht dan nodig is besteed zal worden aan de kwaliteit

van leven. Het is niet per se noodzakelijk dat een reumatoloog zich bezig houdt met deze begeleiding. Deze taken kunnen ook prima worden overgenomen voor een physician assistent of een reumaconsulente. Slechts een klein deel van de patiënten komt uiteindelijk bij de psycholoog terecht, maar veel problemen kunnen bijtijds opgevangen worden door extra aandacht in de reumazorg voor

de problemen waar de patiënt in het dagelijks leven tegenaan loopt.

De motivatie van reumatologen om open te staan voor multidisciplinaire zorg blijft heel belangrijk in de behandeling en begeleiding van patiënten.

Ook in mijn vak blijkt vroegdiagnostiek van gedragsproblemen bij chronische ziekten van belang. Want ook hier geldt, dat vroege constatering en onder-

kenning van het probleem kan leiden tot eerdere bijstelling van het gedrag, waardoor meer effect op de lange termijn kan worden verwacht.

Ik heb altijd met veel plezier en waardering met reumatologen samengewerkt. Ik vond het dan ook een grote eer dat ik de penning van de NVR mocht ontvangen (zie Penningen en Prijzen elders in dit blad).