

**DE ANATOMIE
VAN DE
MEDISCHE PSYCHOLOGIE**

Gedachte Rector Magnificus,
Zeer gewaardeerde toehoorders,

Inleiding

Het zal u niet verbazen dat ik het vandaag met u wil hebben over de medische psychologie. Ik begin met een korte overzicht van het vakgebied zoals dat zich binnen de faculteit geneeskunde en het Academisch Ziekenhuis Nijmegen (AZN) ontwikkeld heeft. Daarna ga ik in op enkele belangrijke aandachtsgebieden binnen de medische psychologie. De verschillende wijze waarop psychologische processen lichamelijke klachten kunnen beïnvloeden zal ik illustreren aan de hand van twee groepen patiënten, namelijk patiënten met functionele klachten en die met chronische aandoeningen. Tenslotte ga ik in op het beleid van de afdeling ten aanzien van de patiëntenzorg, het onderzoek en het onderwijs.

F.W. Kraaimaat

Rede, uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van
gewoon hoogleraar in de medische psychologie
aan de Katholieke Universiteit Nijmegen

op vrijdag 1 november 1996

Ontwikkeling

Vanaf de vijftiger jaren heeft de medische psychologie zich ontwikkeld van een onderdeel van de psychologie dat relevant is voor de medische praktijkbeoefening tot een breed vakgebied met diverse specialisaties. Vanuit de faculteiten psychologie, in het bijzonder de vakgroepen klinische psychologie werd deze ontwikkeling bevorderd door een breed scala aan onderzoeksprogramma's en door het instellen van studierichtingen als arbeid en gezondheid, gezondheidspychologie en behavioral medicine. Op deze ontwikkelingen werd in een zeer vroeg stadium geanticipeerd door de Nijmeegse faculteit geneeskunde. Zo nam zij reeds in 1951 het besluit om de leeropdracht ontwikkelingspsychologie van Calon uit te breiden met die van medische psychologie. Calon werd hiermee in den lande de eerste psycholoog-hoogleraar met als aandachtsgebied de psychologie



Katholieke Universiteit Nijmegen

die betrekking heeft op de medische situatie. Na 22 jaar deze functie vervuld te hebben werd hij opgevolgd door collega Bierkens die op zijn beurt 21 jaar in deze functie werkzaam was. (Bierkens, 1994). Bij mijn komst zijn er twintig psychologen (ongeveer de helft part-time), 10 psychologisch assistenten in deelijjd, een negental psychologen/onderzoekers en postdoctoraal-assistenten in opleiding, een beheerdeer en twee secretaresses werkzaam. Kenmerkend voor de Nijmeegse situatie is dat de mede-werkenden gelokaliseerd zijn en onderdeel uitmaken van 15 verschillende werkplekken binnen het Academisch Ziekenhuis Nijmegen (AZN) en de kliniek tandheelkunde. Wel overwogen was destijds de keuze om de binnen het AZN werkzame medisch psychologen vanuit een afdeling aan de drie hoofdstaken van een academisch ziekenhuis vorm te laten geven. Op dit moment levert de afdeling medische psychologie een belangrijke bijdrage aan het onderwijs en onderzoek in de medische wetenschappen en vormt zij een geïntegreerd onderdeel van de patiëntenzorg binnen het AZN.

Achteraf lijken twee belangrijke richtlijnen aan de gescherste ontwikkeling ten grondslag te hebben gelegen, namelijk een streven naar eenheid als discipline en het bevorderen van een zekere diversiteit in de toepassing van het vakgebied. Opmerkelijk is dat een dergelijke opzet recentelijk door amerikaanse collega's als bijvoorbeeld Agras (1992) van harte wordt aanbevolen om tegen te gaan dat dit vakgebied van de dagelijkse praktijk vervesert. Helaas leidt de spreiding van medewerkers over diverse afdelingen van het ziekenhuis bij een oppervlakkig waarnemer makkelijk tot de indruk van een wat samengeraapt geheel. Hem ontgaat de eenheid die er wel is. Ik grijp vandaag de gelegenheid aan om in te gaan op het niet direct zichtbare skelet zoals de gemeenschappelijke werkwijze, aandachtsgebieden en bestudeerde psychologische processen. In mijn visie zijn 'eenheid en diversiteit' de basiselementen voor de verdere ontwikkeling van de afdeling medische psychologie. Alle reden dus om op deze reeds ingslagen weg voort te gaan.

Het werkterrein van de medisch psycholoog is de afgelopen twintig jaar aanzienlijk veranderd. Aanvankelijk werden psychologen alleen ingeschakeld bij patiënten met psychosomatische klachten en conversie reacties en was hun belangrijkste taak het objectiveren van cognitieve stoornissen bij patiënten met neurologische aandoeningen. Destijds veel gestelde vragen waren die naar persoonlijkheidsstoornissen, intelligentie en organiciteit, terwijl het organiserend principe een klassieke tweedeling van causale factoren van ziekten naar psychisch of somatisch was. Deze dualistische benadering heeft geleidelijkaan plaats gemaakt voor de huidige visie dat psychologische en somatische factoren in meer of mindere mate bij alle dysfuncties van invloed kunnen zijn. Tot deze ontwikkeling heeft de explosieve groei van de behavioral medicine in de zeventiger jaren sterk bijgedragen (Kraaimaat, 1983). Hiermee wordt het studie- en werkterrein bedoeld dat zich bezighoudt met het ontwikkelen en toepassen van gedragstherapeutische technieken bij de preventie en behandeling van somatische klachten. Voor de medische psychologie betekende de introductie van de gedragstherapie dat men de beschikking kreeg over diverse effectieve behandelmethoden. Belangrijker nog was de nieuwe werkwijze die hiermee geïntroduceerd werd. Kenmerkend voor deze nieuwe werkwijze zijn: een pragmatische instelling, het niet als pathologisch bestempelen van de gedragsccomponent in lichamelijke stoornissen, en een actieve rol in het proces van gedragsverandering (zie ook Vinck, 1985). De groei van de behavorial medicine werd gevoed door een parallelle ontwikkeling in de geneeskunde. Daar vinden we in dezelfde periode de introductie van diagnostische- en behandelingsmodellen waarin aandacht gevraagd wordt voor biologische, psychologische en sociale componenten. Een bekend voorbeeld hiervan is het zogenaamde biopsychosociale model van Engel (1977).

Veranderingen in het werkterrein van de medisch psycholoog kunnen uiteraard niet los gezien worden van ontwikkelingen binnen de geneeskunde. Belangrijk in dit verband is het

epidemiologisch onderzoek dat vanaf de zeventiger jaren op grote schaal plaatsvond naar de invloed van gedragsfactoren bij chronische aandoeningen. Zoals bekend worden de huidige sterftecijfers overwegend bepaald door chronische aandoeningen als hart- en vaatziekten en kanker. Epidemiologisch onderzoek toonde aan dat gedragsfactoren als voedingsgewoonten en roken bij deze laatsten een belangrijke rol spelen. In enkele studies werd met enig rekenwerk de kans om te overlijden op grond van gedragsfactoren, ongezonde leefstijlen en ongelukken zelfs groter ingeschat dan de kans om te overlijden op grond van biologische pathologie (Matarazzo, 1994). Traditionele middelen als voorlichting en adviezen bleken onvoldoende om verandering van voedingsgewoonten en leefstijl te bewerkstelligen. Hierdoor kreeg men meer belangstelling voor de beschikbare psychologische modellen en interventies om gedragsverandering, i.c. verandering van leefstijl te bewerkstelligen (Maes, 1993). Modelen en interventies die ook bruikbaar zijn voor de aanpak van de soms geringe compliantie bij patiënten om op zich effectieve behandelingsvoorschriften na te volgen.

Huisarts en specialist kennen een gestage toestroom van patiënten met klachten waarvoor een duidelijke biomedische verklaring niet of niet meer voorhanden is. Betrokkelijk nieuw is dat een dergelijke verklaring door een deel van deze patiënten wel verlangd wordt. Nogal uiteenlopende factoren lijken hier in het spel te zijn. Ik noem hier: de recente invloed van de media op het denken over ziekte en gezondheid, het zich organiseren van patiënten die zich herkennen in specifieke klachtenprofielen als bijvoorbeeld myalgische encephalomyelitis (ME), een grotere mondigheid van patiënten en een geringere invloed van de arts op de visie van de patiënt over wat hem of haar mankeert. Bij de aangewezen multidisciplinaire aanpak van de problematiek van medisch onverklaarde klachten kan de expertise van de medisch psycholoog niet gemist worden. Als echter blijkt dat er indertijd psychologische factoren in het spel zijn dan worden we geconfronteerd met beperkte verwijsmogelijkheden. De behandelcapaciteit van de op de betreffende afdeling werkzame medisch

psycholoog is beperkt en in de regio ontbreekt het nog aan voldoende psychologische behandelmogelijkheden voor deze patiënten.

Een andere belangrijke verandering in het werkterrein van medisch psychologen is de toenemende betrokkenheid bij de diagnostiek en behandeling van patiënten met chronische aandoeningen. Door de grote vorderingen van de geneeskunde en de veroudering van de bevolking is er een relatieve toename van het aantal patiënten met chronische aandoeningen. Doordat patiënten jaren kunnen leven met een chronische aandoening wordt er -ook van medisch psychologen- meer aandacht gevraagd voor de levenskwaliteit en psychosociale aanpassing van deze patiënten.

Aandachtsgebieden en belangrijke psychologische processen

Het vakgebied van de medische psychologie laat zich op verschillende wijze beschrijven. Maximale diversiteit wordt verkregen als we differentiëren naar bijvoorbeeld de leeftijd van patiënten, medisch specialisme, syndromen en aandoeningen en diagnostische- en behandelmethode. Een minder fragmentarische, meer theoretisch gebaseerde beschrijving heeft mijn voorkeur. Ik beperk me vandaag tot een drietal aandachtsgebieden die in de patiëntenzorg een belangrijke plaats innemen. Dit zijn: symptoompercepie, negatieve emotie, klacht-bestendig gedrag. Deze aandachtsgebieden geven richting aan de diagnostiek en behandeling van kinderen, jeugdigen, volwassenen en oudere volwassenen. Het relatieve belang van deze thema's en hun onderliggende psychologische processen varieert per aandoening en patiënt. Ik zal dit illustreren aan de hand van twee in geneeskundig opzicht nogal verschillende groepen patiënten, namelijk patiënten met functionele klachten en die met chronische aandoeningen. Mijn doel is tweeledig: ten eerste wil ik illustreren dat dezelfde psychologische processen

van invloed kunnen zijn bij zowel medisch onverklaarde als verklaarde aandoeningen, ten tweede wil ik aantonen dat kennis van deze processen van belang is voor het medisch handelen.

Functionele klachten

Functionele klachten of ook wel klachten waarvoor geen medisch-technische verklaring wordt gevonden komen veel voor. In de continue morbiditeitsregisteratie Nijmegen worden prevalentie cijfers gevonden van 13 % voor mannen en 22 % voor vrouwen. Onderzoek bij patiënten die naar poliklinieken voor algemene interne geneeskunde en cardiologie verwzen worden laat zien dat bij ongeveer 50 % geen lichamelijke afwijkingen gevonden kan worden ter verklaring van hun klachten (Van Hemert et al., 1993; Beunderman, 1993). In het inmiddels 10 jaar oude WVC-rapport over het gezondheidsbeleid (Nota 2000) wordt ten aanzien van deze problematiek enigszins verwijzend het volgende opgemerkt: "Voor vele van deze klachten heeft de geneeskunde geen oplossing, zijn de artsen niet opgeleid en wordt de patiënt niet geholpen. Toch worden vele van deze patiënten en vaak op eigen aandringen, via het medisch kanaal behandeld, ondanks alle daaraan klevende bezwaren". Overigens laat onderzoek naar het beloop van deze klachten zien dat na ongeveer 1 jaar ruim 70 % van deze patiënten hersteld is of een aanzienlijke verbetering van de klachten rapporteert (Speckens, 1996). Kennelijk zijn deze patiënten gebaat bij afwachten, lichamelijk onderzoek en geruststelling. Wat is er aan de hand met de patiënten met persistende klachten? Een valkuil is hier de stelling dat als het niet lichamelijk is het wel psychisch zal zijn. Meer op zijn plaats is de open vraag naar welke psychologische processen er toe bijdragen dat deze klachten voortduren. Aanknopingspunten voor een antwoord op deze vraag vinden we in de volgende drie aandachtsgebieden van de medische psychologie: de symptoompercepie, negatieve emotie en klachtbestendig gedrag.

Sympoöpercepie

Het eerste aandachtsgebied is dat van de symptoompercepie. We kunnen ons gelukkig prijzen dat de meeste informatie die ons bereikt automatisch verwerkt wordt en niet wordt opgemerkt. Zoals we weten is er een duidelijk verschil tussen zien en kijken, tussen horen en luisteren, en tussen lichamelijke signalen en symptomen. Onderzoek naar symptoompercepie heeft aan- nemelijk gemaakt dat symptomen pas ontstaan als lichamelijke verschijnselen als afwijkend waargenomen worden. De sterke variatie, ambiguïteit en context-gebondenheid van het verschijnsel bepalen in belangrijke mate de individuele betekenis. Vanuit een samenspel van deze factoren kan begrepen worden hoe bijvoorbeeld de pijn, vermoeidheid of benauwdheid iemand zowel tijdens overmatige inspanning als bij rust kan overvallen. Als twee zo uiteenlopende omstandigheden de klachten doen toenemen wordt een somatische oorzaak plausibel. Dit wordt bevordert als men de klachten inkadert in een van de vele ziektheorieën die via de media, voorlichtingsfolders en directe omgeving worden aangeboden. Een voorbeeld hiervan is de volgende tekst uit een folder van een Vereniging voor Fibromyalgie Patiënten die ik onlangs op een conferentie in mijn handen gedrukt kreeg: "De oorzaak van het Fibromyalgie-Syndroom is tot op heden niet gekend, hoewel uit de recentste onderzoeken en artikels er een aantal factoren blijken, die het ontstaan van pijn beïnvloeden, zoals o.m. een ontregeling van het immuunsysteem, veranderingen in de bindweefselstructuur, tekort aan zuurstof in de spieren, storing in het metabolisme van serotonine en endorfines". En iets verder -nu vettgedrukt- "Fibromyalgie is geen ingebielde ziekte, ze bestaat". De ziektheorie die hier geillustreerd wordt geeft de patiënt een kader van waaruit bestaande klachten begrepen en gekanaliseerd kunnen worden. Naast dit bottom-up proces kan ook top-down het kennis nemen van een bepaalde ziektheorie bij iemand zonder klachten de aandacht voor op zich normale lichamelijke veranderingen aanscherpen (Mechanic, 1962; Pennebaker, 1982; Everaerd & Van den Hout, 1993).

Negatieve emotie

Het tweede aandachtsgebied dat zogenaamde negatieve emoties als angst, irritatie en depressiviteit tot onderwerp heeft, maakt inzichtelijk hoe negatieve emoties het zoeken naar en vasthouden aan een lichamelijke verklaring nog kan versterken. Stressoren als belastende omstandigheden en conflicten van inter- of intrapersonlijke aard zijn van invloed op de sterke en variatie van de lichamelijke sensaties. Het niet opmerken van negatieve emoties of de aandacht vestigen op de voorkomende lichamelijke veranderingen staat een adequate emotieregulatie in de weg (Lane & Schartz, 1987). Het enkel opmerken van lichamelijke veranderingen bevestigt de veronderstelling dat er inderdaad wel iets lichaams aan de hand moet zijn. Angst voor de lichamelijke klachten en er veelvuldig over piekeren zal het hier geschatste proces nog kunnen versterken (Orlemans & Van den Berg, 1992).

Klachtbestendig gedrag

Ons derde aandachtsgebied is dat van klachtbestendig gedrag. Met name betreft het hier al of niet bewuste activiteiten die op korte termijn de klachten reduceren maar op langere termijn deze juist versterken. Pijn, moeheid en benauwdheid leiden van nature tot reacties die erop gericht zijn om de onaangename belevingen te verminderen (o.a. Bolles & Fanselow, 1980). Efficiënt in acute situaties zijn bijvoorbeeld bij pijn het verhogen van spierspanning of het tijdelijk verminderen van lichamelijke inspanning, bij moeheid rusten, en bij benauwdheid dieper en/of frequenter ademhalen. Deze reacties kunnen bij chronische klachten de problematiek in stand houden en mogelijk zelfs verergeren. Benauwdheid bijvoorbereid kan leiden tot een snellere of diepere ademhaling waarbij meer CO₂ wordt uitgeademd dan nodig is voor de stofwisseling. De fysiologische reacties die hierbij optreden kunnen vergezeld gaan van klachten als ademnood, pijn op de borst en duizeligheid (Garsse, 1986). Een ander voorbeeld ontleen ik aan een inmiddels klassiek literatuuroverzicht van Kottke (1966). Op grond van experimenteel

onderzoek bij gezonde personen komt hij tot de conclusie dat bedrust in relatief korte tijd tot een aanzienlijke verslechting van de fysieke conditie leidt. Aannemelijk is dat de fysieke verslechtering die resulteert uit het excessief vermijden van lichamelijke inspanning klachten als pijn en moeheid onderhouden of zelfs versterken (Dekker et al., 1992; Kraaimaat & Huiskes, 1989). Een ander mogelijk klacht-bestendig effect van vermijdingsgedrag bij pijn is dat door pijnvermijding geen correctie van de pijnverwachting kan plaatsvinden. Crombez et al. (1995) vonden dat patiënten met lage rugpijn de pijn overschatten die met bepaalde activiteiten verbonden is. Aanknopingspunten voor behandeling geeft de bevinding dat bij herhaald uitvoeren van de activiteit deze overschatting gecorrigeerd werd.

Na dit overzicht is enig commentaar op zijn plaats. Ten eerste heb ik in deze op het individu toegespitste beschrijving van processen om didactische redenen nauwelijks aandacht besteed aan de sociale context. Voor een beschrijving van de invloed van de omgeving op gedrag verwijss ik graag naar andere bronnen (o.a. Orlemans, Hermans & Eelen, 1996). Ten tweede, hoewel de beschreven psychologische processen door het individu beïnvloedbaar zijn betekent dit niet dat deze actief en opzettelijk door hem of haar worden aangestuurd (Williams, Watts, Macleod & Mathews, 1988). Ten onrechte zou de suggestie gewekt kunnen worden dat wij het slachtoffer -in dit geval de patiënt- de schuld geven. Ten derde, bij mijn besprekking van aandachtsgebieden ging ik achtereenvolgens in op cognitieve-, emotionele- en handelingscomponenten van gedrag en op psychologische processen die op deze componenten aangrijpen. In theorie en in geringere mate in het laboratorium kunnen deze componenten onderscheiden worden. In de klinische praktijk vormen deze componenten een complex samenspel. Dit betekent dat in de diagnostiek en behandeling van patiënten met medisch onverklaarde klachten alle drie de componenten betrokken moeten worden. Ten vierde, onvermijdelijk wordt de behandelend arts door de patiënt betrokken in het krachtenspel

waarbij functionele klachten tot ontwikkeling komen. Dit beloop kan een gunstige wending nemen indien huisarts en specialist de hier gescheurde psychologische processen herkennen en bijsturen. Een voorbeeld hiervan vinden we in het onderzoek van Van Dulmen (1996) bij patiënten met functionele buikklachten die de polikliniek interne van het AZN bezochten. Naar voren kwam dat indien een lichamelijke verklaring van de klachten door de patiënt door de arts werd opgemerkt deze verklaring in latere consulten aan kracht inboette. Daarentegen deed een correcte inschatting van de arts van een psychologische verklaring door de patiënt dit type verklaring in latere consulten juist toenemen. Ik besluit dit deel met de conclusie dat de arts bij het vroegtijdig opmerken en bijsturen van de genoemde psychologische processen het aantal patiënten met persistiërende functionele klachten kan doen afnemen. Hoewel er in toenemende mate effectieve psychologische behandelingen voor deze groep patiënten beschikbaar komen geldt ook hier dat voorkomen beter is dan genezen.

Chronische lichamelijke ziekten

De laatste decennia is het aantal personen dat lijdt aan een chronische niet direct levensbedreigende ziekte aanzienlijk toegenomen. De sterk verbeterde medische zorg en de veroudering van de bevolking zijn hier belangrijke oorzaken. Hoog op de lijst staan reumatische ziekten, cara, hart- en vaatziekten en diabetes mellitus. De behandeling richt zich uiteraard op de vertraging van het ziekteproces en het onder controle brengen van de lichamelijke symptomen, daarnaast is er toenemende aandacht voor de kwaliteit van leven. Onder dit laatste verstaat men de functionele, psychische en sociale gezondheid van de patiënt. Zowel medisch-biologische variabelen als de kwaliteit van leven zijn belangrijk bij het afwegen van de gevolgen van medische handelingen. Ook zien we een verbreding van de zorg naar zowel het lichamelijk, als het psychisch en sociaal functioneren. Er is een begin gemaakt

met de ontwikkeling van voorlichtings- en psycho-educatie-programma's die tot doel hebben om de kennis en vaardigheid van de patiënt in het omgaan met de gevolgen van zijn of haar ziekte te vergroten. Om misschienbaar is dat een chronische ziekte hoge eisen stelt aan de belastbaarheid en het zelf-regulerend vermogen van de patiënt en de personen uit zijn of haar directe omgeving. Naast de met de ziekte verbonden lichamelijke en emotionele belasting moeten patiënten zich de nodige kennis en vaardigheden eigen maken die het omgaan met de ziekte vereisen. Ook komen er dankzij de toenemende medische technologie steeds meer middelen beschikbaar waarmee patiënten direct invloed kunnen uitoefenen op de lichamelijke symptomen. Door het brede zorgaanbod wordt van patiënten de nodige vaardigheid gevraagd in het omgaan met de bij de behandeling betrokken paramedici en specialisten.

Het relatief grote en toenemend aantal patiënten met chronische aandoeningen staat in schril contrast met de middelen die beschikbaar zijn voor de zorg en het wetenschappelijk onderzoek. Twijfelachtig is of het beleid dat in 1991 door de overheid werd ingezet met de Notitie Chronisch-Ziektenbeleid dit tij kan kerend. De accenten van dit beleid liggen op de registratie van patiënten en aandoeningen en het verdelen en afstemmen van de bestaande zorg. De vraag of dit in ons land met zijn hoge niveau van gezondheidszorg tot merkbare vooruitgang leidt zullen we de komende jaren beantwoord zien. Helaas blijft het fundamenteel en toegepast onderzoek nog steeds voor het grootste deel op de particuliere fondsen aangewezen. Ad hoc financiering en de ermee samenhangende gebrekken infrastructuur heeft er toe geleid dat theoriegestuurd onderzoek naar psychosociale factoren bij chronische aandoeningen slechts aanzienlijk op gang komt, terwijl dit type onderzoek noodzakelijk is omdat het rijke kennisdomen van de klinische psychologie ten aanzien van neurotische problematiek niet zonder meer bij patiënten met chronische aandoeningen kan worden toegepast. Wat hier vanuit de medische psychologie aan bijgedragen kan worden zal ik toelichten aan de hand van de aandachtsgebieden:

symptoompercepie, negatieve emotie en klachtbestendig gedrag.

Symptoompercepie

Zoveel als mogelijk is heeft de patiënt een actieve rol in de behandeling. Deze zelfwerkzaamheid richt zich enerzijds op de direct met de aandoening verbonden klachten en anderzijds op de met de aandoening samenhangende nadelige gevolgen voor het dagelijks leven van de patiënt. Om acties te kunnen sturen is een adequate perceptie nodig van de met de pathofisiologie geassocieerde klachten en de met de aandoening verbonden beperkingen. Om een kort verhaal niet lang te maken beperken we ons tot de beïnvloeding van de pathofisiologie. Deze beïnvloeding is alleen mogelijk bij een functionele relatie tussen pathofisiologie en klachten. Van recente datum is de ontwikkeling van medische technologieën waarmee patiënten hun klachten kunnen reguleren. Voorbeelden hiervan zijn het gebruik van toedieners van insuline bij diabetes mellitus en het gebruik van een bronchusverwijder bij astma. Het merendeel van de patiënten met diabetes of astma weet hun klachten met deze middelen min of meer bevredigend te reguleren. Ongeveer een kwart van de patiënten met insuline-afhankelijke diabetes mellitus blijkt de waarschuwend symptomen van hypoglykemie niet tijdig waar te nemen. Hierdoor wordt geen actie ondernomen om een ernstige hypoglykemie te voorkomen of op te heffen. Ongeveer gelijke percentages vinden we bij astma in het onjuist gebruik van inhalatiemedicijnen. Voor de hand liggende en reeds toegepaste maatregelen zijn hier voorlichting over ziekte en training in het toepassen van medicatie. Onderzoek dient te worden bij welke aandoeningen met perceptietrainingen een betere symptoom regulatie bereikt kan worden.

Negatieve emotie

Uit epidemiologisch onderzoek komt naar voren dat ongeveer 10 % van de patiënten met een chronische aandoening zich in enigerlei mate angstig of depressief voelt. In een onderzoek bij patiënten met rheumatoïde artritis vonden we dat pijn en de negatieve consequenties van de aandoening de belangrijkste verklarende componenten waren voor angst en depressie (Kraaimaat & Huiskes, 1989). Dat patiënten met een chronische aandoening meer negatieve emotie rapporteren dan gezonde personen is niet zo verwonderlijk. Het valt niet te verwachten dat iemand die benauwd is, pijn heeft of zich vermoeid voelt, tegelijkertijd ook ontspannen of opgewekt zal zijn. Negatieve emotie heeft hier de functionele betekenis van het signaleren van een relevante gebeurtenis en het aanzetten tot of afstemmen van gedrag (zie ook Frijda, 1988). Als zodanig is negatieve emotie essentieel in het omgaan met een chronische aandoening.

De ontregelende functie van negatieve emotie is een hoofdthema in de literatuur rondom stress en gezondheid. Dit thema is gebaseerd op talrijke studies waarin werd aangetoond dat extreme vormen van lichamelijke en psychische belasting schadelijk zijn voor de gezondheid. Te ver gaat mijns inziens de wijd verbreide opvatting dat angst, depressie en irritatie, in welke mate dan ook, een risicofactor zijn bij de ontwikkeling en het beloop van diverse chronische ziekten. Deze mythe zadelt patiënten op met een niet op te lossen conflict en geeft aanleiding tot onnodig zelfverwijt (Dafner, 1996).

Speciale aandacht vereisen patiënten waarbij naast de chronische aandoening ook functionele klachten in het spel zijn. De reden hiervoor is dat voor de patiënt de met de chronische aandoening geassocieerde klachten moeilijk te scheiden zijn van de functionele klachten. Ook voor behandelaaars is dit pas mogelijk na uitvoerig onderzoek (Bleijenberg & Hermans-van Woudragen, 1989). Bij kinderen met astma werd deze problematiek recentelijk door Rietveld (1996) uitgewerkt. Met de negatieve emotie 'angst' als uitgangspunt komt hij tot de volgende mogelijke relaties: (a) met angst geassocieerde sensaties

kunnen verward worden met de feitelijke symptomen bij luchtwegobstructie, (b) angst voor benauwdheid kan aanzetten tot selectieve aandacht en misinterpretatie van klachten, en (c) de hogere ademhalingsfrequentie bij sterke angst kan overgaan in hyperventilatie met luchtwegvermauwing als gevolg. Vanuit de klinische praktijk zijn gelijksortige interacties herkenbaar van negatieve emotie met symptomen van andere chronische aandoeningen.

Klachtbestendig gedrag

Eerder noemden we als de drijvende kracht van klacht-bestendig gedrag een vermindering van klachten op korte termijn en een toename op lange termijn. Er is inmiddels een overvloed aan publicaties waarin het effect van deze gedragstijl op stressreacties werd onderzocht. Ten aanzien van symptomen die met een specifieke aandoening zijn verbonden is dit nog nauwelijks onderzocht. Een uitzondering hierop zijn enkele prospectieve studies naar pijn bij patiënten met rheumatoïde artritis. Zo vonden Smith & Walston (1992) dat het in hoge mate verminderen van inspanning en veel rusten op langere termijn leidt tot minder mobiliteit en meer negatieve consequenties van de ziekte op het dagelijks leven. Deze resultaten stemmen in grote lijnen overeen met die bij patiënten met functionele pijnklachten. Een belangrijk verschil is dat patiënten met functionele pijnklachten aanzienlijk meer gebruik maken van pijnvermindende strategieën en zich meer zorgen maken over de pijn (Kraaimaat & Bakker, 1996).

Effectieve behandelingsprogramma's zijn op dit moment enkel nog beschikbaar voor groepen patiënten met functionele klachten. Of de onderdelen daarvan die zich richten op het verminderen van symptomen als pijn, benauwdheid of vermoeidheid ook toepasbaar zijn bij patiënten met chronische ziekten verdient nader onderzoek. Gewenst is hier prospectief en multidisciplinair onderzoek waarin niet alleen de met de aandoening geassocieerde klachten maar ook de pathofysiologie betrokken wordt.

In dit overzicht van aandachtsgebieden van de medische psychologie bij chronische niet direct levensbedreigende ziekten heb ik het accent gelegd op de direct met de aandoening verbonden klachten. Deze keuze werd ingegeven door de noodzakelijke aandacht voor deze klachten in de medische zorg en de mogelijke bijdrage van de medisch psycholoog. Op een voor de patiënt en de arts zeker zo belangrijk onderwerp als het omgaan met de steeds verder gaande gevolgen van een chronische ziekte wil ik graag bij een andere gelegenheid terugkomen.

Beleid ten aanzien van de patiëntenzorg, het onderwijs en het onderzoek

Het speelveld dat ons daarbij ter beschikking staat wordt bepaald door de randvoorwaarden zoals die door de Faculteit Medische Wetenschappen en het Academische Ziekenhuis Nijmegen zijn aangegeven. Ik verwijst hiervoor naar de voor vele van u bekende nota's als 'Kleur Bekennen', 'Tot op de Kern', Strategisch Beleidsplan 1995-2000' en 'Sterker door Integratie'. Nota's waarin geprobeerd wordt om een constructief en creatief antwoord te geven op het overheidsstHEMA 'minder middelen, meer productie en hogere kwaliteit'. Verontrustend is dat het 'minder middelen' uit dit thema nog steeds doorklinkt. Dit ondanks het feit dat ons land opvalt door het hoogste spaaroverschot van 4,5% bruto binnenlands product (BBP) (Geelhoed, 1996). Dat hier op langere termijn 'een prijskaartje aan hangt' zult u wel met mij eens zijn. Geruststellender en motiverender is de keuze van ziekenhuis en faculteit voor toppreferentie-zorg, een efficiënte en op de patiënt afgestemde zorg, uitdagend onderwijs en onderzoek van hoog niveau.

Wat de patiëntenzorg betreft werkt op dit moment het overgrote deel van de medisch psychologen binnen de speerpunten en aandachtsgebieden van het ziekenhuis. Binnen de patiëntenzorg

gaat veel aandacht uit naar de psychologische determinanten die de behandeling en het beloop van ziekten beïnvloeden. In het kader van de topreferente zorg werden en worden specifieke diagnostische instrumenten en multidisciplinaire behandelingsprotocollen ontwikkeld en geïmplementeerd. Voor de diagnostiek heeft dit o.a. betrekking op cognitieve functiestoornissen bij kinderen en volwassenen met cerebrale pathologie. Protocollaire patiëntenzorg wordt ontwikkeld in het kader van het kwaliteits-project anusatresie en incontinentie, het genderproject, en de projecten nierzieke kinderen en kinderen met congenitale hartafwijkingen. Een ander aandachtsgebied betreft patiënten met medisch onverklaarde klachten. Voor patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom werd recentelijk een behandelingsprotocol ontwikkeld dat de komende jaren op zijn effectiviteit beproefd zal worden.

In het medisch curriculum heeft de medische psychologie als kernvak een vaste plaats. De inhoud en aard van het onderwijs bestrijken de voor de basisarts relevante gebieden van de medische psychologie. Van oudsher is het onderwijs zoveel mogelijk geïntegreerd en afgestemd op de praktijk van de patiëntenzorg. Dit is niet toevallig maar heeft te maken met de fundamentele optie voor integrale zorg voor de patiënt. Of om met Bierkens te spreken 'op het alom gegroeide beeld van de mens als een relationeel levende eenheid van lichaam en geest, toegenrust met het vermogen tot zelfverantwoordelijkheid' (Bierkens, 1994). Een visie die hier vanzelfsprekend is maar - zoals ik op andere plaatsen mocht ervaren- helaas nog niet alom gegroot is. Met de start van het nieuwe curriculum werd ingezet op het verbeteren van de interne samenhang en didactische opbouw van ons onderwijs. Ook zet de afdeling zich in om onderwijs te ontwerpen inzake attitudevorming van de arts. Het is gebruikelijk dat een nieuwe hoogleraar zich op deze plaats beklaagt over de uren die voor onderwijs ter beschikking staan. Van deze traditie zal ik niet afwijken. Ik wil er voor pleiten om met name in het 5e en 6e jaar van het nieuwe curriculum meer

tijd in te ruimen voor communicatieve vaardigheden. Mijn eerste argument hiervoor is het feit dat de communicatieve vaardigheden van de arts in hoge mate van invloed zijn op de satisfactie van de patiënt over de arts. Mijn tweede argument zijn de steeds hogere eisen die aan de arts-patiënt communicatie worden gesteld. Mede aangezet door de WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst) zullen overleg en het afwegen van alternatieven binnen de arts-patiënt relatie een steeds belangrijker plaats gaan innemen. Dit vraagt om kennis, vaardigheden en randvoorwaarden voor een rustig gesprek. Ook zal de arts moeten kunnen inspelen op de verschillende behoeften van patiënten; bij voorbeeld een diabetes patiënt die de mogelijkheid heeft zelf zijn klachten te reguleren, tegenover de kankerpatient die dat veel minder heeft en vooral steun nodig heeft bij zijn of haar emotionele aanpassing.

De relatief grote aandacht van de afdeling voor de patiëntenzorg en het onderwijs is de afgelopen jaren helaas ten koste gegaan van het wetenschappelijk onderzoek. Dit leidde ertoe dat slechts enkele onderzoeksthema's aansluiting vonden bij de facultaire zwaartepunten. Na herstructurering werd het afgelopen jaar een nieuwe onderzoekslijn gevormd, getiteld 'Psychologische determinanten en consequenties van lichamelijke aandoeningen'. De projecten binnen deze lijn worden vanuit twee geschakelde thema's aangestuurd, namelijk 'gedragsfactoren' en 'cognitieve functiestoornissen'. Ik ben de faculteit erkentelijk voor het erkennen van de onderzoekslijn als dwarsverband en het beschikbaar stellen van enige financiële middelen. Hoog op de agenda staan het bundelen van de krachten en het werven van subsidies uit de 2e en 3e geldstroom. Om de positie van de afdeling medische psychologie ten volle te kunnen benutten zal vooral ingezet worden op:

- (a) theoriegestuurd prospectief onderzoek en interventie-onderzoek,
- (b) toegepast onderzoek dat gekoppeld is aan facultaire zwaartepunten en aansluit bij meer fundamenteel psycho-

logisch onderzoek van elders (o.a. NICI, Onderzoekschool EPP, Max Planck Instituut),
onderzoek naar de interactie tussen psychologische processen en biologische systemen (o.a. immunsysteem, endocrin systeem en cardiovaskulair systeem).

Dankwoord

Zeer geachte toehoorders.

Bij deze gelegenheid wil ik mijn dank betuigen aan al diegenen die mijn benoeming hebben bevorderd, vanwege het vertrouwen in mij gesteld. Het Stichtingsbestuur, het College van Bestuur en het Bestuur van de Faculteit Medische Wetenschappen dank ik voor mijn benoeming als hoogleraar in de medische psychologie.

Hoogleraren van de Faculteit Medische Wetenschappen.

De nadere kennismaking met velen van u het afgelopen jaar heeft mij nog eens bewust gemaakt van het hoge niveau waarop de geneeskunde in onze Faculteit wordt beoefend. Ik zie uit naar de samenwerking met u in de komende jaren.

Het Clusterbestuur en de Clusterraad van het Academisch Kindercentrum Nijmegen.

Bij mijn eerste kennismaking met u werd ik aangenaam verrast door de hartelijke ontvangst. Duidelijk was dat dit voor een belangrijk deel te maken had met de uitstekende wijze waarop mijn voorganger, collega Bierkens, de Medische Psychologie binnen het cluster vertegenwoordigde. Door de collegiale en zakeijke wijze waarop er bestuurd en vergaderd wordt ben ook ik me spoedig gaan thuis voelen.

Hooggeleerde Everaerd en medewerkers van de vakgroep Klinische Psychologie van de Faculteit Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.

Ik heb goede herinneringen aan onze relatief korte samenwerkingsperiode. Vernikend voor mij waren de vele wetenschappelijke en persoonlijke contacten.

- (c) onderzoek naar de interactie tussen psychologische processen en biologische systemen (o.a. immunsysteem, endocrin systeem en cardiovaskulair systeem).

Dames en heren van de Afdeling Medische Psychologie.

Het afgelopen jaar hebben wij een start kunnen maken met het meer op elkaar afstemmen van het onderwijs en het onderzoek. Veel aandacht en inspanning zullen ook de komende jaren de nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de patiëntenzorg van ons vragen. Het afgelopen jaar heeft mijn mening versterkt dat er met uw inzet en kwaliteiten veel tot stand kan worden gebracht.

Aan mijn collega's van de onderzoeksgroep 'reumatologie' van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht een bijzonder woord van dank. Hooggeleerde Bijlsma, beste Hans. Bij een eerdere gelegenheid memoreerde ik onze ruim 10-jarige samenwerking op het gebied van de reumatische aandoeningen. Ik waardeer in het bijzonder je management kwaliteiten en volhardingsvermogen. Met tevredenheid kijk ik terug op de vele publicaties waaraan wij met de onderzoeksmedewerkers hebben mogen bijdragen. Ik hoop dat wij nog lang zo mogen doorgaan.

Dames en heren studenten. De medische psychologie is een rijk en boeiend vak met veel toepassingen voor uw toekomstige praktijk. Dat het onderwijs de medewerkers van de afdeling medische psychologie zeer ter harte gaat heeft u ongetwijfeld ervaren. Het spreekt voor zich dat ook ik me volledig zal inzetten om het onderwijs in de medische psychologie zo optimaal mogelijk te doen zijn.

Een bijzonder woord van dank aan mijn vrouw Arjan.

Ik dank haar voor de ruimte en steun die zij mij geeft. Naast het werk dat me boekt en het 'even over iets nadenken' hoop ik dat we ook in het Nijmeegse veel activiteiten vinden waar we samen van kunnen genieten.

Ik heb gezegd.

Literatuur

- Garsen, B. (1986). *Psychofisiologie van de ademhaling en het hyperventilatiesyndroom*. Delft: Eburon.
- Geelhoed, L.A. (1996). Over kennis en zelfgenoegzaamheid. In: F.M.J. Zwetsloot (Ed.), *De markt voor wetenschappelijk onderzoek*. Utrecht: Lemma.
- Hemert, A.M. van, Hengeveld, M.W., Bolg, J.H., Rooymans, H.G.M. & Vandenbroucke, J.P. (1993) Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic. *Psychological Medicine*, 23, 167-173.
- Kottke, F.J. (1966). The effects of limitation of activity upon the human body. *JAMA*, 196, 10, 117-122.
- Kraaimaat, F.W. (1983). Ontwikkelingen binnen de gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 16, 1, 3-21.
- Kraaimaat, F.W. & Bakker, A.H. (1996). Pain coping strategies in chronic pain patients: the development of the pain coping inventory (PCI). *Submitted*.
- Kraaimaat, F.W. & Huiskes, C.J.A.E. (1989). Stress en pijn bij patiënten met rheumatoïde artritis. *Gedragstherapie*, 22, 4, 267-277.
- Lane, R.D. & Schwartz, G.E. (1987). Levels of emotional-awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- Maes, S. (1993). Over psychologie en volksgezondheid. *Gedrag en Gezondheid*, 21, 4, 159-171.
- Matarazzo, J.D. (1994). Health and Behavior: The coming together of science and practice in psychology and medicine after a century of benign neglect. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1, 7-39.
- Mechanic, D. (1962). *Students under stress: a study in the social psychology of adaptation*. New York: Free Press.
- Nota 2000 (1986). Rijswijk: Ministerie van WVC.
- Nota Chronisch-ziekenebeleid (1991). Rijswijk: Ministerie van WVC.
- Agras, W.S. (1992). Some structural changes that might facilitate the development of behavioral medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 4, 499-504.
- Beunderman, R. (1993). *Het hart verdraagt geen uitstel*. Dissertatie Universiteit van Amsterdam.
- Bierkens, P.B. (1994). *Medische psychologie: oud en nieuw*. Afscheidscollege Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Bleijenberg, G. & Hermans-van Wordragen, R. (1989). Psychologische behandeling bij functionele buikklachten. *Gedragstherapie*, 22, 4, 278-312.
- Bolles, R.C. & Fanselow, M.S. (1980). A perceptual-defense model of fear and pain. *The Behavioral and Brain Sciences*, 3, 291-323.
- Crombez, G., Govaerts, K., Vervaeft, L., Lysens, R., Eelen, P. & Baeyens, F. (1995). Vermijden en volharden van bewegingen bij patiënten met chronische lage rugpijn. *Gedragstherapie*, 28, 2, 69-84.
- Daftor, R.E. (1996). Why 'negative' emotions can be sometimes positive: the spectrum model of emotions and their role in mind-body healing. *Advances*, 12, 2, 6-19.
- Dekker, J., Boot, B., Woude, L.H.V. van der & Bijlsma, J.W.J. (1992). Pain and disability in osteoarthritis: a review of biobehavioral mechanisms. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 2, 189-214.
- Dulmen, A.M. van (1996). *Exploring cognitions in irritable bowel syndrome implications for the role of the doctor*. Dissertatie Katholieke Universiteit van Nijmegen.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 129, 129-136.
- Everaerd, W. & Van den Hout, M. (1993). Lichamelijke sensaties: waarnemen en klagen. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 49, 240-246.
- Frijda, N.H. (1988). *De emoties: een overzicht van onderzoek en theorie*. Amsterdam: Bert Bakker.

- Orlemans, J.W.G., Eelen, P. & Hermans, D. (1996). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Orlemans, J.W.G. & Van den Bergh (1992). Interceptieve fobieën. In: J.W.G. Orlmans et al. (Eds), *Handboek voor Gedragstherapie* (C 15.5). Houten: Van Loghum Slaterus.
- Pennebaker, J.W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer Verlag.
- Rietveld, S. (1996). *Symptom perception and breathlessness in children with asthma*. Dissertatie Universiteit van Amsterdam.
- Smith, C.A. & Wallston, K.A. (1992). Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: application of a general model. *Health Psychology*, 11, 3, 151-162.
- Speckens, A.E.M. (1995). *Cognitive behavioural therapy for unexplained physical symptoms*. Dissertatie Rijksuniversiteit van Leiden.
- Williams, J.M.G., Watts, F.N., Macleod, C. & Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.