

Medische psychologie in context

1

A.A. Kaptein, J.B. Prins, E.H. Collette, R.L. Hulsman

One of the essential qualities of the clinician is interest in humanity, for the secret of the care of the patient is in caring for the patient.

(Peabody, 1927, p. 882)

Casus 1.1

Ze is 24 jaar oud en ze weegt 110 kilo. Haar lengte is gemiddeld en dat geldt ook voor haar IQ. Ze heeft mavo gedaan en is secretaresse bij een uitzendbureau. Ze vindt zichzelf veel te dik, ze schaamt zich voor haar lichaam en vermijdt daardoor het onderhouden of aangaan van sociale contacten. Ze zoekt nu hulp bij een arts voor haar overgewicht.

U bent die arts. Hoe zou u het aanpakken?

1.1 Vier dokters

We voeren vier artsen op aan wie we vragen wat hun aanpak bij deze jonge vrouw is: dokter Biomedicus, dokter Psychologie, dokter Openbare Gezondheidszorg en dokter Biopsychosociaal.

Dokter Biomedicus

Dokter Biomedicus hoeft niet erg lang met de patiënte te praten (ze is ‘patiënte’, vindt dokter Biomedicus, vanzelfsprekend): het is duidelijk dat de patiënte een chirurgische behandeling moet krijgen. Een maagbandje en/of een maagverkleining zijn natuurlijk de geïndiceerde ingrepen die de patiënte snel van haar problemen af zullen helpen. Hij vertelt de patiënte dat hij vele voorbeelden zou kunnen laten zien van de successen van zijn chirurgische benadering bij vergelijkbare gevallen.

Dokter Biomedicus weet wel dat hij afwijkt van

de richtlijn ‘Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen’; die richtlijn is kritisch over een biomedische aanpak van overgewicht. Hij ziet het echter als zijn plicht als arts om mensen met extreem overgewicht te behandelen: ‘Als wij die patiënten niet helpen, krijgen ze last van diabetes, hoge bloeddruk en kanker. Daar worden ze niet oud mee.’

In zijn kliniek doet dokter Biomedicus ook onderzoek naar het effect van de ‘schransklem’, een kaakprothese die tot mondverkleining leidt (zie de foto in NTvG 2007, 151(35): 1955). ‘In 40% van de gevallen had de schransklem effect.’ De schransklem leidt ertoe dat de mond niet verder dan 1,7 cm kan worden geopend, en ‘dat zorgt ervoor dat men niet snel kan eten. Bij haastig eten realiseert men zich immers te laat dat men al verzadigd is.’

Preoperatief onderzoek is routine bij de 24-jarige vrouw uit casus 1.1; de dokter kijkt of haar hart en longen de relatief kortdurende ingreep aankunnen. De operatie vindt spoedig plaats, en is volgens dokter Biomedicus volledig geslaagd. De patiënte wordt ontslagen. Bij de eerste controle na zes weken is ze 10 kilo lichter dan voor de operatie. Als ze een jaar na datum op langetermijnaancontrole komt, is ze weer op haar uitzendgewicht van voor de operatie. Dokter Biomedicus is boos, de patiënte is teleurgesteld.

Dokter Psycholoog

Dokter Psycholoog gruwet bij het lezen van het bericht over de ‘schransklem’. In de biomedische benadering van obesitas (hij houdt het liever op ‘overgewicht vertonen’) ziet hij mechanistisch en onwetenschappelijk denken over menselijk gedrag naar voren komen. ‘En wat is uw langetermijnbehandeleffect, geachte collega?’, wil hij dokter Biomedicus vragen. Hij wappert met een publicatie uit een toptijdschrift, het *New England*

Journal of Medicine, en citeert: ‘Zolang je de werking van vitamines op bepaalde ziekten, of de invloed van kalium op hoge bloeddruk onderzoekt, dan klopt dat, maar als je wilt weten wat iemand moet eten om minder te eten, dan bedrijf je gedragswetenschap.’ Verheugd over enige erkenning van zijn vak, slaat hij de richtlijn ‘Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen’ open. Enigszins tot zijn verbazing ziet hij geen gedragswetenschappers als auteurs. Wel ziet hij woorden als ‘eetgedrag’ (en niet ‘voedselinname’) en een stukje tekst over psychologische interventies: ‘Het is gewenst dat cognitieve gedragstherapie de volgende interventies omvat: monitoring, stimuluscontrole, verandering van eetgedrag en cognitieve herstructurering. Bevordering van het probleemoplossend vermogen is een goede aanvulling op cognitieve gedragstherapie voor gewichtsstabilisatie. Het verdient aanbeveling om partners en gezinsleden te betrekken bij de behandeling.’

Dokter Psycholoog gaat er eens goed voor zitten wanneer de patiënte bij de ‘intake’ op de polikliniek verschijnt. Hij vraagt uitgebreid naar haar vader en moeder, haar opvoedingsgeschiedenis, broertjes en zusjes, ervaringen op de basisschool en scholen erna. Ook vraagt hij naar eventuele emotionele spanningen, seksualiteit, angsten, lichaamsbeeld, en opvattingen en emoties over eten.

Als eerste stap in de diagnostiek vraagt hij haar een dagboek te gaan bijhouden met daarin haar eetgedrag en de omstandigheden rond dat eetgedrag. Bij het bijhouden van het dagboek behoort ook het ‘monitoren’ (in kaart brengen, volgen) van het lichaamsgewicht.

In de volgende bijeenkomsten wordt de behandelstrategie besproken. De patiënte gaat zichzelf belonen wanneer ze zich gedurende een vooraf bepaalde periode houdt aan de afgesproken hoeveelheid eten per dag. Ze mag dan de volgende dag iets doen dat zij plezierig vindt: kleding kopen, een cd aanschaffen, met haar (enige) vriendin naar de bioscoop.

Na aanvankelijk geworstel met het zelfopgelegde schema van belonen en straffen (zie ook hoofdstuk 4, Leren en gedrag), loopt haar gewicht zo’n 10 kilo terug in zes weken. Dokter Psycholoog houdt van het kritisch evalueren van zijn behandelmethoden. Hij vraagt haar daarom een jaar later op nacontrole te komen. Ze blijkt dan

evenveel te wegen als aan het begin van de behandeling.

Dokter Openbare Gezondheidszorg

Dokter Openbare Gezondheidszorg wijst op twee mooie publicaties. Eén is een editorial in het *British Medical Journal*, waarin de auteur het heeft over maatschappelijke determinanten van obesitas: ‘People’s decisions, actions, and health outcomes depend not only on their characteristics but also on the social forces that shape the way they live.’ Dat zal dokter Biomedicus Leren, met zijn ‘schransklem’, denkt dokter Openbare Gezondheidszorg. De auteur van het BMJ-artikel verwijst ook naar een studie in Canada: hoe meer fastfoodtentjes er binnen een straal van 800 meter van een huis liggen, des te dikker zijn de bewoners, in arme maar ook in rijke buurten. Dokter Openbare Gezondheidszorg besluit de minister van Volksgezondheid de studie te sturen, met de observatie dat er in stationshallen van grote steden in Nederland gemiddeld vijftien zaken van fastfoodketens zijn te vinden.

Van onze patiënte wordt dokter Openbare Gezondheidszorg een beetje moe. Alweer iemand die te dik is en te laat ‘in zorg’ komt. Ze had eerder moeten zijn opgespoord, dan had ze aan een collectief preventieprogramma van de GGD in de stad kunnen meedoen. ‘Hoe eerder je erbij bent, hoe beter het is’, immers. Via de bedrijfsarts krijgt hij onze cliënte zover dat ze toch nog aan zo’n programma deelneemt. Hij hoort dat het haar, na enkele weken aan het programma te hebben deelgenomen, goed gaat: 10 kilo eraf! Hij volgt de langetermijneffecten van het programma vanzelfsprekend, en ziet na een jaar haar dossier voorbijkomen: ze is terug op haar uitgangsgewicht. Schouderophalend werpt hij zich met hernieuwde energie op het schrijven van een beleidsnota voor het ministerie. Hij formuleert als aanbevelingen voor het bestrijden van obesitas:

- maak de toegang tot ongezond eten moeilijker en onaantrekkelijker;
- bevorder de aanwezigheid van gezond eten, vooral op plaatsen waar jongeren komen;
- voer een samenhangend beleid met betrekking tot gezond gedrag.

’s Avonds ziet hij op de televisie een uitzending over obesitas in de Verenigde Staten. Het is hem bekend dat daar door de overheid vergelijkbare

beleidsnota's worden gebruikt. Hij stelt vast dat die nota's in ieder geval in de Verenigde Staten niet veel effect lijken te sorteren.

Dokter Biopsychosociaal

Dokter Biopsychosociaal hoeft zich niet te bekommeren om 'morbid-obese' mensen (of zijn het patiënten?), zoals dokter Biomedicus, dokter Psycholoog en dokter Openbare Gezondheidszorg. Hij heeft tijd om artikelen te bestuderen uit goede tijdschriften. In *JAMA* vindt hij een fascinerend artikel over 'Neuroscience, molecular biology and the childhood roots of health disparities'. Dat is een kolfje naar zijn hand: het stuk integreert basiswetenschappen met de geneeskunde en maatschappelijke condities, in relatie tot gezondheid en ziekte. Het stuk zegt in essentie dat ongunstige omstandigheden op zeer jonge leeftijd de voedingsbodem vormen voor ziekte op volwassen leeftijd. Het aanpakken van die 'toxische' omstandigheden zou wel eens meer rendement kunnen hebben dan het proberen te beïnvloeden van gezondheidsgedrag op jonge leeftijd, of het verbeteren van toegang tot de gezondheidszorg op volwassen leeftijd. Dokter Biopsychosociaal verheugt zich over de 'decades of research' die volgens de auteurs van het artikel nog nodig zijn om deze ideeën verder te bestuderen.

Dokter Biopsychosociaal besluit er eens rustig de tijd voor te nemen als de cliënte/patiënte bij hem binnenkomt. Hij weet dat te dik zijn vaak een lange ontwikkelingsgeschiedenis heeft. In de tijdschriften die hij bijhoudt staat dat obesitas een chronisch probleem is (zie ook hoofdstuk 14, Chronisch ziek-zijn). Hij vertelt haar dat in zijn benadering de biologische, psychologische en sociale aspecten van een klacht of een gezondheidsprobleem in kaart moeten worden gebracht. Hij maakt daarom afspraken om nader onderzoek naar stofwisselingsnelheid te laten doen, naar psychologische factoren van overgewicht en naar sociale aspecten die van invloed kunnen zijn. De cliënte gaat akkoord en komt drie weken later terug als alle uitslagen binnen zijn. Op de drie velden (bio, psycho, sociaal) bestaan geen opmerkelijke afwijkingen.

Dokter Biopsychosociaal adviseert onze cliënte deel te nemen aan wat hij noemt 'integrale behandeling', een multidisciplinaire benadering van overgewicht. Onze cliënte houdt niet zo van dat soort woorden, en het vooruitzicht om in een

groep te zitten met mensen die allemaal hetzelfde probleem hebben, is ook niet erg aantrekkelijk. Ze besluit het toch te proberen.

Eens per week gaat ze naar een gezondheidscentrum. Als behandelmethodede wordt haar en de groepsgenoten een mix voorgezet:

- de diëtiste stelt met de deelnemers eetprogramma's op, met dagboeken, recepten, en telefonische hulplijnen binnen de groep;
- de fysiotherapeut maakt bewegingsprogramma's;
- de psycholoog vraagt de deelnemers dagboeken bij te houden over cognities (= ideeën, opvattingen), emoties van alledag, speciaal met betrekking tot eten, eetgedrag en de reacties van familieleden en bekenden;
- de huisarts schrijft medicatie voor die de eetlust enigszins dempt.

Na acht sessies is ze 10 kilo kwijt. Ze moet het nu weer alleen zien vol te houden. Eens per maand echter zijn er follow-upsessies. Dat houdt haar op de been: ze zet het geleerde door, ook buiten de groepsbijeenkomsten. Ze weet haar gewichtsverlies voort te zetten, en ze zakt in de loop van het follow-upjaar 20 kilo in totaal. Ze voelt zich na een jaar aantrekkelijker, wat haar helpt nog wat af te vallen. Ze krijgt een partner, met wie ze nu samenwoont. Haar vriend is slank, wat haar ook erg helpt.

Met bovenstaande casus en de schets van vier dokters is naar voren gebracht hoe in de geneeskunde verschillende opvattingen bestaan over bepaalde klachten, ziekten of gezondheidsproblemen. Die opvattingen brengen bepaalde consequenties met zich mee: diagnostiek, therapie en follow-up zijn verschillend per benadering. En de resultaten? Het verrast vele studenten geneeskunde hoe sterk de variatie is in de wijze waarop in de geneeskunde gezondheidsproblemen tegemoet worden getreden. Harde uitspraken doen over de resultaten van verschillende behandelmethoden blijkt nog ingewikkelder te zijn. Gouden standaarden ten behoeve van diagnostiek en therapie zijn schaars (in andere disciplines overigens evenzeer). Pogingen van de overheid, de beroepsgroep zelf of ziektekostenverzekeraars om protocollen of richtlijnen op te stellen voor diagnostiek, therapie en follow-up, hebben hier en daar tot tastbare resultaten geleid (bijv. NHG-

Standaarden Huisartsgeneeskunde). Niet iedereen houdt zich echter aan alle onderdelen van standaarden. Wetenschap gaat gepaard met onzekerheid, vrijwel per definitie. In de geneeskunde moet ook met onzekerheid worden geleefd.

1.2 Medische psychologie

In de moderne geneeskunde is in toenemende mate het inzicht aanvaard dat gezond blijven, ziek worden, chronisch ziek-zijn, en overlijden of weer beter worden, niet uitsluitend door (bio)-medische factoren wordt bepaald. Studenten geneeskunde moeten zich niet voor niets verdiepen in vakken als sociale geneeskunde, metamedica, ethiek, medische psychologie, filosofie of medische antropologie.

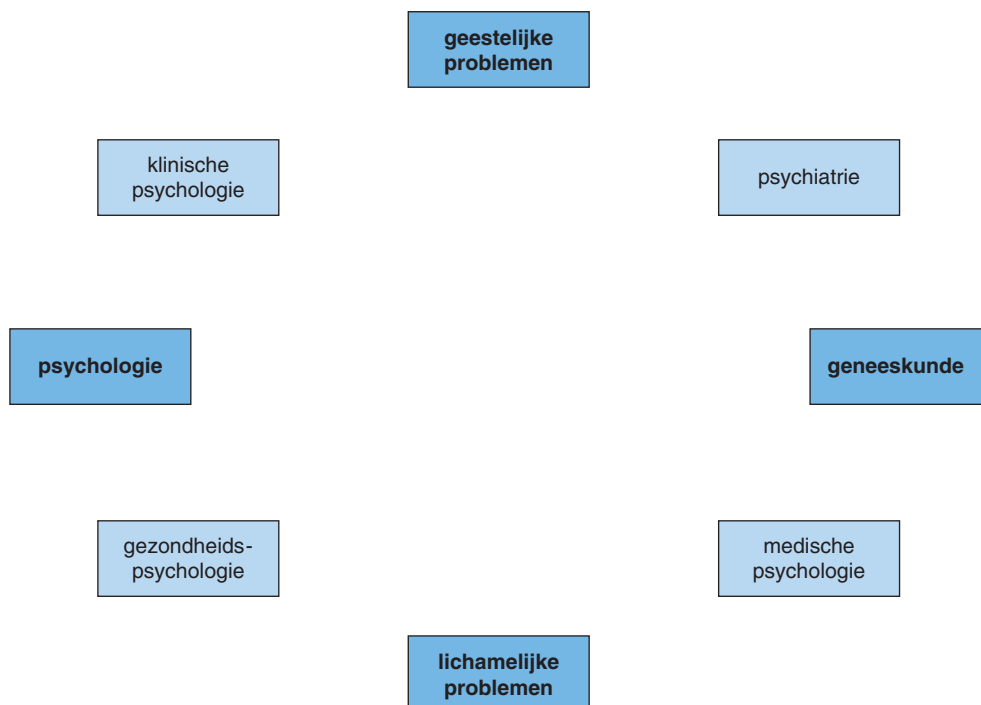
Gedrag met betekenis voor de gezondheid (= gezondheidsgedrag, bijv. gezond eten) en ziekte (= ziektegedrag, bijv. een medisch probleem actief aanpakken) zijn belangrijke thema's voor (aanstaande) artsen. We hebben bij de vier

artsen/behandelaars hierboven gezien hoe bij de behandeling van een gezondheidsprobleem ook verschillende accenten bestaan. In figuur 1.1 wordt op simplificerende wijze een schema gegeven waarmee vele klachten en ziekten, maar ook therapeutische benaderingen daarvan, kunnen worden gekenschetst.

De *klinische psychologie* houdt zich bezig met het diagnosticeren en behandelen van mensen met geestelijke problemen. Diagnosen als angststoornis, depressie of fobie zijn daarvan voorbeelden. Met behulp van psychotherapeutische benaderingen wordt geprobeerd de problemen aan te pakken.

De *psychiatrie* is een discipline in de geneeskunde die zich ook bezighoudt met mensen met geestelijke problemen. Vaak is de ernst van de problematiek groter dan die bij de klinisch psycholoog. De psychiater is arts, en hij kan, in tegenstelling tot de (klinisch) psycholoog, medamenteuze therapie voorschrijven (bijv. antidepressiva, elektroshockbehandeling).

Het kwadrant linksonder in figuur 1.1 betreft de *gezondheidspsychologie*, een onderdeel van de



Figuur 1.1 Psychologie en geneeskunde: velden en vakken.

psychologie dat zich vooral bezighoudt met preventief gedrag (bijv. over gezonde leefstijl, seksueel overdraagbare ziekten, enz.).

In het kwadrant rechtsonder staat de *medische psychologie* vermeld. Dat vak richt zich op de patiënt in de medische situatie en diens psychologische problematiek. Medisch psychologen werken in instellingen voor somatische zorg (= ziekenhuizen e.d.), waar zij patiënten zien en behandelen wier aanpassing aan medische diagnostiek of therapie moeizaam verloopt. Denk aan een patiënt met hemodialyse die een fobie voor naalden ontwikkelt, of aan een patiënt die depressief wordt tijdens of na chemotherapie. Dit boek geeft vele andere voorbeelden van het werkkterrein van de medisch psycholoog, met onmiddellijke relevantie voor de arts.

1.3 Medische psychologie en dit boek

De medische psychologie is voor de geneeskunde van belang. Bij gezond blijven, ziek worden, hulp zoeken bij klachten, diagnostische procedures, behandeling en nazorg (revalidatie) speelt gedrag een cruciale rol. Psychologie is de wetenschap die zich bezighoudt met het bestuderen van gedrag; gedrag van mensen in de medische situatie is het object van studie en zorg van de medische psychologie.

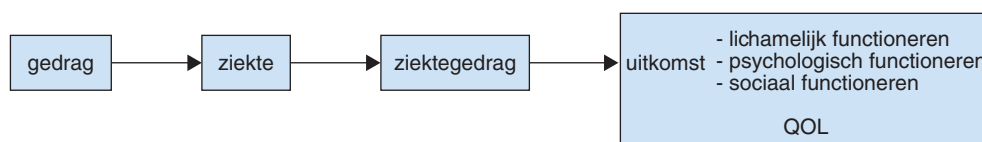
In figuur 1.2 wordt schetsmatig weergegeven dat gedrag tot ziekte kan leiden, dat ziekte tot ziektegedrag leidt, en dat er verband is tussen ziektegedrag en uitkomst. Denk aan hoe sigaretten roken tot longkanker kan leiden. Verschillende patiënten met longkanker reageren in psychologische zin verschillend op hun diagnose en behandeling, bijvoorbeeld met depressiviteit of met actief aanpakken. Die verschillende vormen van ziektegedrag vertalen zich in verschillende uitkomsten, bijvoorbeeld een lagere of een hogere kwaliteit van leven, een langere of kortere opna-

meduur – en heel misschien in verschillen in overlevingsduur.

Uitkomst ('outcome' in de Engelstalige literatuur) van medische zorg wordt in toenemende mate uitgedrukt in termen van 'kwaliteit van leven' (= QOL, of quality of life): de gevolgen van de ziekte en de behandeling voor een patiënt, zoals gewaardeerd door de patiënt. De laatste vijf woorden zijn essentieel: hier wordt gesteld dat het de patiënt is die uiteindelijk de beoordelaar is van hoe het met hem gaat. In figuur 1.2 vat QOL drie aspecten daarvan samen: de functionele, psychologische en sociale gevolgen van een ziekte en de behandeling.

Literatuur

- Bleich SN. Public perception of overweight. *BMJ* 2008; 337:243-4.
- Gezondheidsraad. Overgewicht en obesitas. Den Haag: Gezondheidsraad; 2003. publicatie nr. 2003/07.
- Harris JC. Toward a restorative medicine – the science of care. *JAMA* 2009;301:1710-2.
- Kaptein AA, Appels A & Orth-Gomér K. On psychology in medicine. In: Kaptein AA, Appels A & Orth-Gomér K, editors. *Psychology in Medicine*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2000. pp. 1-17.
- Kievits F & Adriaanse MT. Nieuwe ingrepen in de strijd tegen de vetzucht. *Ned Tijdschr Geneesk* 2007;151: 1955.
- Peabody, FW. The care of the patient. *JAMA* 1927;88:877-82.
- Sacks FM, Bray GA, Carey VJ, et al. Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. *N Engl J Med* 2009;360: 859-73.
- Seidell JC, Beer JJA de & Kuijpers T. Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen'. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:2071-6.
- Shonkoff JP, Boyce WT & McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities. *JAMA* 2009;301:2252-9.
- Spence JC, Cutumisu N, Edwards J, Raine KD & Smoyer-Tomic K. Relation between local food environments and obesity among adults. *BMC Publ Health* 2009;9: 192.



Figuur 1.2 Schematische weergave van het verband tussen gedrag, ziekte en uitkomst.