

# **De rotonde van lichaam en geest**

## **psychologische aspecten van ziekte, gezondheid en gezondheidszorg**

Rede uitgesproken (in verkorte vorm) bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de faculteit der sociale wetenschappen, op het vakgebied van de klinische psychologie en gezondheidspsychologie in het bijzonder met betrekking tot de volksgezondheid en de gezondheidszorg aan de Universiteit Utrecht op woensdag 11 mei 1994

door

**dr. Jozien M. Bensing**

Vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie,  
Universiteit Utrecht

NIVEL,  
Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Bensing, Jozien M.

De rotonde van lichaam en geest : psychologische aspecten van ziekte, gezondheid en gezondheidszorg / Jozien M. Bensing. - Utrecht : NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg Inaugurale rede Universiteit Utrecht.

ISBN 90-6905-249-0

Trefw.: patiënten en artsen / stress / gezondheid ;  
psychologische aspecten

Omslag © 1994 M.C. Escher / Cordon Art - Baarn - Holland. Alle rechten voorbehouden

## Introductie

Kort na het verschijnen van mijn proefschrift over arts-patiënt communicatie, nu enkele jaren geleden, was ik te gast in een radioprogramma waar luisteraars konden opbellen om vragen te stellen. Een mevrouw is me bijgebleven omdat zij in slechts enkele zinnen helder beschreef wat in mijn ogen het belangrijkste manco in de westerse gezondheidszorg is. Zij vertelde over het consult waarin zij van haar internist te horen had gekregen dat een kwaadaardige tumor was geconstateerd. Ze zei: *"in één klap veranderde mijn leven. Het was een doodvonnis. Misschien niet eens letterlijk, maar toch. Ik kon alleen maar denken aan wat het betekende voor mijn man, voor mijn kinderen, voor mijn werk. Ik was in paniek. En die arts, hij praatte maar door over ander onderzoek, over behandelmogelijkheden, over experimenten. Hij praatte maar door, en keek me niet eens aan. Ik weet zeker dat hij niet eens wist hoe ik heette, dat hij me niet zou herkennen als hij me een uur later op straat zou tegenkomen. Ik ben verdoofd de spreekkamer uitgegaan en kon daarna pas huilen."*

Ziekte en gezondheid betekent voor patiënten vaak heel wat anders dan voor artsen. Voor artsen staat de biomedische diagnose centraal. Daarnaar zijn zij op zoek in het diagnostisch proces; die geeft hen handvaten voor hun verder handelen. Voor patiënten betekent 'ziekte' een, soms fundamentele, verstoring van het normale evenwicht, waarbij naast lichamelijke ook emotionele, functionele en sociale aspecten een rol spelen<sup>1</sup>.

Dit voorbeeld illustreert hoe belangrijk het is dat er naast en liefst samen met de biomedische wetenschap ook vanuit een psychologisch referentiekader onderzoek wordt gedaan naar ziekte, gezondheid en gezondheidszorg. Ik wil U dit graag verder toelichten.

Ik zal dat doen aan de hand van drie wetenschapsgebieden: de epidemiologie, studies naar de relaties tussen stress en coping en studies op het terrein van de arts-patiënt communicatie. De epidemiologie zal ik gebruiken om U te laten zien dat de aard en omvang van gezondheidsproblemen er door de ogen van medici heel anders uitzien dan door de ogen van de patiënten zelf. De stress-coping theorieën zal ik gebruiken om U te laten zien voor wat voor opgaven patiënten gesteld worden op het moment dat zij ziek worden, en wat daarbij meer en minder effectieve strategieën zijn om aan

de ziekte het hoofd te bieden. Het onderzoek naar arts-patiënt communicatie zal ik gebruiken om U te laten zien op wat voor wijze de professionele hulpverlening de patiënt daarbij tot steun kan zijn.

## **De verankering van het dualisme in de gezondheidszorg**

De wetenschap die misschien wel het meest heeft bijgedragen aan het brede besef dat voor het begrijpen van 'ziekte' en 'gezondheid' naast biomedische ook psychologische en andere sociaal-wetenschappelijke verklaringsmodellen nodig zijn is - waarschijnlijk - de epidemiologie. Zoals U weet is een van de belangrijkste taken van de epidemiologie: zichtbaar te maken wat de aard en omvang is van gezondheidsproblemen. Daarmee heeft de epidemiologie een belangrijke signaalfunctie naar de gezondheidszorg zelf, maar ook naar het beleid en het brede publiek. Dat juist de epidemiologie aandacht vraagt voor psychologische en sociale elementen in de gezondheidsproblemen van mensen is niet altijd zo geweest; het is ook lang niet in alle takken van de epidemiologie het geval. Het is in feite misschien zelfs een onverwachte ontwikkeling. Want lange tijd is het epidemiologisch onderzoek gebaseerd geweest op de registratie van sterfte en doodsoorzaken<sup>2</sup>. En hoewel ook bij het sterven allerlei psychologische processen een rol spelen, zijn deze zelden rechtstreeks de oorzaak van het overlijden, althans zo worden ze gewoonlijk niet gepercipieerd<sup>3,4</sup>. Doodsoorzakenstatistieken zijn gebaseerd op biomedische diagnoses<sup>5</sup>. Zolang de mening over wat belangrijke gezondheidsproblemen zijn voornamelijk gevoed werd door de doodsoorzakenstatistiek was er dus weinig oog voor psychische problemen, of meer in zijn algemeenheid - de psychologische aspecten van gezondheidsproblemen. Belangrijk was waar men aan stierf. Daar diende de inspanning van de gezondheidszorg zich op te richten.

## **Epidemiologisch onderzoek in de gezondheidszorg: de dominantie van de biomedische diagnose**

Ook toen er binnen de gezondheidszorg andere registratiesystemen werden ontwikkeld (bijvoorbeeld rond ontslagdiagnoses in algemene ziekenhuizen, of oorzaken van ziekteverzuim) dicteerde de International Classification

of Diseases (ICD) - codificatie van de biomedische denkwereld - nog lange tijd het epidemiologisch onderzoek<sup>6</sup>. Gezondheidsproblemen werden in biomedische termen beschreven, met als direct gevolg dat alleen biomedische problemen zichtbaar werden: "when your only tool is a hammer, you see every problem as a nail"<sup>7</sup>. De biomedische diagnose werd het entreebewijs voor behandeling in de gezondheidszorg: "name it and you have it; if you can not name it, you do not have it"<sup>8</sup>. Gezondheidsproblemen die zich niet simpel in het korset van de vigerende biomedische classificatiesystemen lieten persen werden een frustratie voor arts en patiënt. Buiten de muren van het ziekenhuis voelden (huis)arts en patiënt zich dan ook in de kou staan, omdat het merendeel van de gewone gezondheidsproblemen van mensen zich nu eenmaal niet gemakkelijk van een diagnose laten voorzien: tussen de 30 en 60 % van de gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk lenen zich niet voor een biomedische diagnose. Dat geldt ironisch genoeg vooral voor die gezondheidsproblemen die in de bevolking het meeste voorkomen<sup>9</sup>.

## **Epidemiologie in de huisartspraktijk: een belangrijke stap vooruit**

Een belangrijke stap voorwaarts was dan ook de ontwikkeling van een classificatiesysteem waarmee gezondheidsproblemen die aan de huisarts werden gepresenteerd op een zinvolle wijze konden worden gerubriceerd. In de International Classification of Primary Care (ICPC<sup>10</sup>) kunnen niet alleen biomedische diagnoses worden ondergebracht, maar ook symptomen, die wellicht in de loop van een ziekte-episode in een 'echte' diagnose worden getransformeerd, maar vaak ook vanzelf weer overgaan, zonder dat ooit een 'echte' diagnose wordt gesteld<sup>11</sup>, of die lange tijd op symptoom-niveau blijven bestaan, zoals het geval is bij veel psychosomatiek. Ook zijn hier aparte hoofdstukken opgenomen voor respectievelijk psychische en sociale problemen, en is in elk van de overige hoofdstukken een aparte code opgenomen om de angst voor ziekte aan te geven<sup>12</sup>. In de ICPC worden psychische en sociale problemen zichtbaar, en dus: kwantificeerbaar. Wat geteld kan worden bestaat - en verdient aandacht. Het is niet toevallig dat deze verbreding van het classificatiesysteem naar 'gewone' lichamelijke symptomen en 'gewone' psychische en sociale problemen juist in de huisartsgeneeskun-

de plaats vond. Immers de huisartspraktijk is de plaats waar lekenopvattingen en professionele opvattingen over ziekte elkaar voor het eerst in een dialoog ontmoeten; hier wordt de 'subjectieve' ziekte-opvatting van de patiënt voor het eerst getoetst aan de 'objectieve' ziekte-opvatting van de arts. De huisartspraktijk is dan ook de plaats waar gezondheidsproblemen zich nog voordoen in hun verwarrende veelvormigheid, ongeselecteerd en nog het minst geplooid naar het diagnostisch vocabularium van de medische professie. Maar al is de ICPC een belangrijke stap voorwaarts, toch is ook dit classificatiesysteem nog niet geschikt om alle, voor de hulpverlening relevante, facetten van gezondheidsproblemen vast te leggen. Zo kunnen bijvoorbeeld lichamelijke klachten met een onduidelijke of psychogene oorzaak alleen onder het 'aangetaste' orgaansysteem geclassificeerd worden. 'Vage klachten' blijven daarmee voor huisartsen een moeilijke en vaak irritante ziektecategorie. Ook richt de ICPC zich, net als andere op ziektheorieën gebaseerde classificatiesystemen vooral op de **oorzaken** van ziekten en niet op de **consequenties**, zodat het niet mogelijk is om de emotionele betekenis van een probleem vast te leggen, de kwellende onzekerheid, de heftige agressie of de langzaam binnensluipende somberheid. Evenmin kan worden geregistreerd welke beperkingen de ziekte oplegt aan het dagelijks functioneren, of welke sociale consequenties er zijn in termen van arbeidsverzuim, toenemende hulpeloosheid en veranderende sociale relaties. Dit had gekund wanneer men gekozen had voor een meerassig classificatiesysteem - vergelijkbaar met hoe de DSM-III in de psychiatrie is opgebouwd. Dat is echter niet gebeurd<sup>13</sup>, waardoor ook in het epidemiologisch onderzoek in de huisartspraktijk een onderrapportage optreedt ten aanzien van gezondheidsproblemen waarbij psychosociale factoren een rol spelen: Uit diverse NIVEL-onderzoeken blijkt dat huisartsen bij gemiddeld een op de drie contactredenen van mening zijn dat er psychosociale factoren in het spel zijn, terwijl zij slechts één op de tien keer een 'psychische' of 'sociale' diagnose registreren<sup>14</sup>. Dat constaterende wordt het natuurlijk heel interessant om na te denken over de vraag hoe het komt dat huisartsen zo vaak vinden dat psychosociale factoren een rol spelen, terwijl zij relatief zo weinig psychische of sociale diagnoses noteren. Ik denk dat dat komt omdat in de registratiesystemen ziekte wordt opgevat als een **entiteit**, iets dat bestaat of niet bestaat, terwijl huisartsen in het contact met de patiënt ziekten veel meer beschouwen als een **proces**. Juist in de procesmatige aspecten van ziekte, in de betekenis

die patiënten aan hun ziekte geven en in de wijze waarop zij met hun ziekte omgaan zijn allerlei psychologische en sociale elementen te onderscheiden die geen rol spelen in de biomedische ziekte-theorieën, maar wel van belang zijn voor de hulpverlening. Huisartsen weten gewoonlijk wel dat lichamelijke klachten geen geïsoleerd biomedisch probleem vormen. Juist huisartsen weten dat wel. Ze kunnen die kennis echter onvoldoende kwijt in hun registratiesystemen. Op zich zou dat niet erg hoeven te zijn. De ervaring leert echter dat van het registreren een zekere dwingende kracht uitgaat: wat opgeschreven wordt is belangrijk, en verdient aandacht. Een classificatiesysteem is een codificatie van de werkelijkheid.

Een belangrijk gevolg van het niet-zichtbaar maken en niet expliciet benoemen van de psychologische en sociale aspecten van gezondheidsproblemen is, dat artsen, ook huisartsen soms onzeker worden over de vraag of zij wel een taak hebben op deze terreinen. Want wat niet benoemd wordt bestaat niet, en behoeft dus geen aandacht.

## **De arts als wetenschapper versus de arts als hulpverlener: een pijnlijk dilemma**

Even een terzijde. De Amerikaanse hoogleraar Eric Cassell<sup>15</sup> heeft een mooie bespiegeling gewijd aan dit probleem dat zo'n bekend dilemma is voor praktiserend artsen. Hij constateert dat in de uitoefening van de medische praktijk twee werelden op elkaar botsen: de wetenschappelijke wereld en de wereld van de patiëntenzorg. De arts als wetenschapper houdt zich bezig met ziekten en fundeert zijn werk op ziekte-theorieën; de arts als hulpverlener houdt zich met patiënten bezig, patiënten die lijden en aan wie hij hulp wil verlenen. Het ideaalbeeld van de 'arts als wetenschapper', die alles op alles zet om de juiste diagnose te achterhalen voor een zo rationeel mogelijk behandelplan, liefst op basis van protocollen of standaarden, valt niet automatisch samen met het ideaalbeeld van 'de arts als hulpverlener' die zo goed mogelijk zijn best doet om erachter te komen waar de patiënt mee zit en om de patiënt te helpen bij het herstel, het aanvaarden en het verwerken van zijn gezondheidsproblemen en de consequenties daarvan<sup>16</sup>.

Elke praktiserend arts koestert beide ideaalbeelden; elke arts wil zijn werk op wetenschappelijk gefundeerde wijze uitoefenen - en terecht; elke arts wil

ook een goede hulpverlener zijn - en terecht. Maar die twee ideaalbeelden van wat een goede arts is botsen soms met elkaar:

- bijvoorbeeld wanneer een kankerpatiënt zijn laatste levensfase heeft bereikt en liever rustig wil sterven dan al die technologische poespas aan zijn lijf,
- bijvoorbeeld wanneer een chronische patiënt voor een ongezonde levenswijze kiest, omdat de kwaliteit van leven op dat moment belangrijker is dan de kwantiteit,
- bijvoorbeeld wanneer een patiënt met chronische pijn graag wil dat zijn lichamelijke klachten serieus worden genomen, ook wanneer er voor die pijn niet meteen een biomedische oorzaak gevonden kan worden.

Als in dit soort situaties de biomedische diagnose de enige basis vormt voor het medisch handelen, kan de patiënt in de kou komen te staan. Soms is het speuren naar de wetenschappelijk juiste diagnose niet de beste medische ingreep; en soms is de wetenschappelijk meest rationele medisch-technologische interventie niet de beste medische behandeling. Soms gelden er andere prioriteiten. Dat komt vooral veel voor bij de zorg voor oude mensen en chronisch zieken<sup>17</sup> en ook bij de zorg voor patiënten die vaak aankloppen bij de gezondheidszorg zonder dat daarvoor een biomedische noodzaak lijkt te bestaan. Dat zijn dan ook met name de gebieden waarop de klinische psychologie met zijn theoretische en praktische kennis van hulpverleningsprocessen een zinvolle bijdrage kan leveren aan de geneeskunde. Daarover later meer.

## **Epidemiologisch onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg: hetzelfde probleem in een ander jasje**

Weer terug naar de epidemiologie. Ik heb zojuist geconstateerd dat de medische classificatiesystemen onvoldoende ruimte bieden om de complexiteit van gezondheidsproblemen zichtbaar te maken, waardoor met name de psychosociale facetten van gezondheidsproblemen onderbelicht blijven. Het was denkbaar geweest dat psychologen zich dit hadden aangetrokken en een eigen epidemiologische inspanning hadden ontwikkeld om in deze evidente leemte te voorzien<sup>18</sup>. Het is anders gelopen. Hoewel de epidemiologie bij uitstek een multidisciplinaire wetenschap is geworden zijn er opvallend weinig psychologen die dit vak bedrijven. Wel is intussen een begin



gemaakt met de ontwikkeling van een eigen tak van epidemiologisch onderzoek binnen de Geestelijke Gezondheidszorg, voornamelijk dankzij de inspanning van psychiaters en sociologen<sup>19</sup>. Deze epidemiologie ontwikkelde zich grotendeels los van de epidemiologie in de somatische gezondheidszorg en kreeg zodoende een eigen nomenclatuur en eigen classificatiesystemen<sup>20</sup>. Er werd een begin gemaakt met het hard maken van wat tot dan toe als 'zacht' werd beschouwd<sup>21</sup>. Dit heeft ongetwijfeld bijgedragen aan de maatschappelijke bewustwording van de omvang en de relevantie van psychische problemen op een wijze zoals nooit eerder was voorgekomen. Ook heeft dit een belangrijke rol gespeeld bij de professionalisering van de GGZ-sector en bij de ontwikkeling van een zelfbewuste eigen identiteit van de GGZ.

Maar: ook de epidemiologie in de geestelijke gezondheidszorg is zich net als de epidemiologie in de somatische gezondheidszorg in de loop der tijd steeds meer<sup>22</sup> gaan baseren op een overigens onuitgewerkte<sup>23</sup> ziekte-theorie. De impliciete filosofie is dat een psychische stoornis net als een lichamelijke ziekte 'iets' is; een entiteit die in beginsel is vast te stellen als je maar goed genoeg zoekt en beschikt over de juiste hulpmiddelen en meetinstrumenten<sup>24</sup>. Echter, net als in de huisartspraktijk, is dat bij veel ziektebeelden maar ten dele het geval, en, net als in de huisartspraktijk, wordt door een dergelijke benaderingswijze slechts een deel van de werkelijkheid gedekt. De 'echte' psychopathologie kan met behulp van de DSM-III goed in kaart worden gebracht. Maar veel psychische problemen in de ambulante praktijk blijken zich niet goed te voegen in de strenge eisen van het classificatiesysteem, zoals we zojuist ook gezien hebben in de huisartspraktijk met betrekking tot somatische problematiek. Angst en depressie blijken in een milde vorm bij zeer veel mensen zo nu en dan voor te komen, zijn soms zelfs functioneel, bijvoorbeeld na belangrijke levensgebeurtenissen. Lang niet altijd ontwikkelt zich deze angst, deze somberheid tot psychopathologische vormen die in de DSM-III geassocieerd kunnen worden, zelfs niet tot vormen die gespecialiseerde professionele ondersteuning nodig hebben.

Vanwege die reden wordt in de literatuur soms het onderscheid gemaakt tussen psych(iatr)ische stoornissen en psychosociale problemen<sup>25</sup>.

Psychiatrische stoornissen worden daarbij beschouwd als 'echte', dat wil zeggen objectief vast te stellen ziektebeelden; psychosociale problemen zijn problemen die horen bij de subjectieve ziektebeleving, en bestaan daarom alleen bij gratie van het feit dat iemand zelf vindt dat ze bestaan<sup>26</sup>.

Psychi(atri)sche stoornissen zouden binnen de gespecialiseerde GGZ moeten worden behandeld. Bij psychosociale problemen zou sociale steun, door de huisarts of in het eigen netwerk, vaak voldoende zijn. Met andere woorden: ook de GGZ heeft de neiging zich terug te trekken op de 'harde' problematiek in de eigen sector. Wat betreft de psychosociale problematiek ligt de bal dan weer in het doel van de artsen en andere hulpverleners. Of - waarschijnlijker - in het niemandsland tussen beide gezondheidszorgsectoren.

## **De verwevenheid van lichaam en geest in gezondheidsproblemen**

Ook vanuit het oogpunt van de GGZ is deze situatie echter niet onprobleematisch. Het onderscheid tussen de diverse psychi(atri)sche stoornissen en psychosociale problemen is verre van eenvoudig. Er zijn vaak grote beoordelingsverschillen tussen verschillende diagnostici<sup>27</sup>. Het onderscheid is gradueel en vaak pas na afloop van de ziekte-episode valide vast te stellen. Een ander probleem is dat psychisch onwelbevinden een bijna vanzelfsprekende reisgenoot is van veel lichamelijke aandoeningen, met name bij chronisch zieken. Bij een analyse van videobanden van hypertensiepatiënten die bij de huisarts op het spreekuur kwamen bleek dat bij 80 % van hen behalve de bloeddruk ook andere gezondheidsproblemen aan de orde kwamen; bij 60 % van alle hypertensiepatiënten was de huisarts van mening dat er ook psychosociale elementen meespeelden<sup>28</sup>. Chronisch zieken lijden vaak aan allerlei psychische problemen, met name aan depressie<sup>29</sup>. Zij hebben ook opvallend vaak een hogere score op screeningsinstrumenten voor psychische problematiek. Omgekeerd doet zich een vergelijkbaar fenomeen voor. Schnabel meldde al eens dat één op de drie psychiatrische patiënten die in een bepaalde periode ontslagen was uit een psychiatrische instelling ook last had van soms ernstige lichamelijke klachten<sup>30</sup>. Uit veel onderzoek blijkt bovendien dat patiënten die volgens een screeningsvragenlijst last zouden hebben van psychische problematiek ook en meestal zelfs uitsluitend lichamelijke klachten presenteren op het spreekuur van de huisarts<sup>31</sup>. Tenslotte blijken mensen die volgens hun huisarts last hebben van psychosomatische aandoeningen, maar dit zelf ten stelligste ontkennen juist weer vaak een lage score op deze screeningsinstrumenten te hebben<sup>32</sup>. Ik hecht eraan te

benadrukken dat dit niet of zeker niet alleen komt omdat patiënten hun psychische problematiek zouden maskeren achter lichamelijke klachten, of dat ze lichamelijke klachten zouden simuleren om daarmee een entreebewijs voor de gezondheidszorg te hebben, of dat er sprake zou zijn van een min of meer toevallige co-morbiditeit van somatische en psychische problematiek. Eerder moeten we concluderen dat er bij ziekte en gezondheid sprake is van een sterke verwevenheid van lichaam en geest, waarvan we pas aan het begin staan om die te begrijpen, met name via het veelbelovende terrein van het psychobiologisch onderzoek<sup>33</sup>. Dit houdt tevens een waarschuwing in tegen het dualisme in de gezondheidszorg. Gezondheidsproblemen hebben de verwarrende gewoonte niet als enkelvoudige ziekte-uit-het-boekje op de tafel van de gezondheidszorg te komen, maar temidden van en vermengd met tal van andere gezondheidsproblemen, sommige psychisch, sommige somatisch, en heel erg veel daar ergens tussenin. Het onderscheid tussen 'somatische ziekte' en 'psychische stoornis' bestaat ongetwijfeld aan de beide polen<sup>34</sup>; het is echter goed dat we ons realiseren dat de polen maar een klein deel van de wereldbol beslaan. In de praktijk van de hulpverlening lijkt het daarom verstandiger ervan uit te gaan dat de meeste gezondheidsproblemen meerdere oorzaken, meerdere betekenissen en meerdere gevolgen hebben. Lichaam en geest beïnvloeden elkaar voortdurend in korte, circulaire processen. In het ziek worden wordt dat zichtbaar. Dit is geen pleidooi om de biomedische of psychiatrische diagnose af te schaffen. Integendeel. Deze zijn onmisbaar voor een goede behandeling. We mogen de verworvenheden van de moderne medische en wetenschap niet miskennen. Het is wel een pleidooi om de hulpverlening niet uitsluitend op de biomedische (of psychiatrische) diagnose te enten, want dat leidt tot een dualisme in de zorg, waar de patiënt geen baat bij heeft.

## **De conserverende rol van de klinische epidemiologie**

Hoewel weinig mensen zullen ontkennen dat er een sterke verbondenheid bestaat tussen lichaam en geest, overheerst in de westerse gezondheidszorg nog steeds een ouderwets aandoend cartesiaans dualisme. Nederland kent, zoals de meeste westerse landen, een sterke scheiding tussen de somatische gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Die schei-

ding gaat erg ver. Er bestaan twee gescheiden zorgcircuits met aparte hulpverleners, aparte theorievorming, aparte wetenschapsbeoefening<sup>35</sup> en - als een logisch gevolg - een aparte epidemiologie. Epidemiologie is te beschouwen als een vorm van collectieve diagnostiek, diagnostiek in het groot: gezondheidsproblemen worden benoemd, geclassificeerd en gekwantificeerd in de terminologie van de betreffende sector. De epidemiologie weerspiegelt daarmee de dominante theorievorming en stand van kennis in die sector, maar werkt daardoor vervolgens ook weer als een bekrachtiger daarvan. Het gevolg is dat wanneer we de resultaten van het klinisch epidemiologisch onderzoek overzien, het net lijkt of er twee soorten gezondheidsproblemen zijn: lichamelijke problemen en psychische problemen. Zo lijkt het, althans voor de medicus, of voor de psychotherapeut, want voor de patiënt vormen ze een ondeelbaar geheel. De patiënt raakt zijn onschuld pas kwijt in het contact met de gezondheidszorg, wanneer stap voor stap zijn gezondheidsprobleem wordt gereduceerd en getransformeerd tot een medische diagnose<sup>36</sup> en dito behandeling, of, en dat gebeurt meestal pas wanneer geen medische diagnose gevonden kan worden<sup>37</sup>, tot een 'psychisch' probleem. Pas in het contact met de gezondheidszorg wordt dat ene multidimensionele gezondheidsprobleem van de patiënt in stukjes gehakt: gedichotomiseerd. Het dualisme in de gezondheidszorg brengt een kunstmatige scheiding aan in het gezondheidsprobleem van de patiënt. Lichaam en geest worden gescheiden in afzonderlijke diagnosecategorieën, waarbij de diagnose 'psychisch' door artsen gesteld een diagnosebij-uitsluiting is.

Geen wonder dat wanneer een arts in een dergelijk proces de patiënt tenslotte vertelt dat de lichamelijke klachten 'wel psychisch zullen zijn' dit door de patiënt als een tweederangsdiagnose wordt beleefd, een gelegenheidsoplossing. Wanneer, zoals zo vaak gebeurt, dit ook nog gepaard gaat met de mededeling: "ik kan niets meer voor U doen" wordt zo'n 'diagnose' door de patiënt als een afwijzing beleefd, niet alleen als een afwijzing van de ziekte, maar als een afwijzing van de persoon<sup>38</sup>. Zo'n 'diagnose' doet de lichamelijke klachten immers niet afnemen, ze worden er alleen door in een dubieus daglicht geplaatst. De patiënt (of liever de patiënte, de meeste van hen zijn vrouwen<sup>39</sup>) wordt daardoor in haar integriteit aangetast. De verlegenheid van de arts, die geen harmonieus evenwicht weet te vinden tussen wat ik eerder heb geschetst als het ideaalbeeld van 'de arts als wetenschapper' versus 'de arts als hulpverlener' wordt op deze manier afgewenteld op

de schouders van de patiënt die zich niet serieus genomen voelt in zijn lijden. In het licht van de hierboven beschreven dualiteit in het medisch handelen is het niet verwonderlijk dat er vanuit patiëntenzijde momenteel zowel klachten bestaan dat artsen de gezondheidsproblemen van hun patiënten te veel medicaliseren (dat wil zeggen uitsluitend oog hebben voor de lichamelijke kanten ervan) als te veel psychologiseren (dat wil zeggen de lichamelijke verschijnselen niet voldoende serieus nemen). Deze schijnbaar paradoxale situatie werd fraai zichtbaar tijdens een recente workshop over arts-patiënt communicatie<sup>40</sup>. Ten behoeve van de workshop had ik twee stellingen geformuleerd die elkaar op het oog tegenspraken. De eerste stelling luidde: "artsen besteden uitsluitend aandacht aan de lichamelijke kant van gezondheidsproblemen"; de tweede stelling luidde: "artsen psychologiseren de lichamelijke gezondheidsproblemen van hun patiënten". Toen ik de ongeveer 100 vrouwen in de zaal vroeg aan te geven in welke van de twee stellingen men zich het meest herkende ontstonden er spontaan twee groepen van ongeveer gelijke omvang, die een levendig en interessant debat met elkaar aangingen. Wellicht even interessant is het feit dat vrijwel niemand van de aanwezigen zich in géén van beide stellingen herkende. Het was geen neutraal vraagstuk. De ver doorgevoerde dichotomie tussen lichaam en geest in de Nederlandse gezondheidszorg is een serieus probleem voor patiënten die het aangaat. De verkoopcijfers van de boeken van Karin Spink en Renate Dorrestein over dit onderwerp spreken eveneens voor zich<sup>41</sup>.

## De ziekte en de zieke

Mijn pleidooi is duidelijk. Ziekte is geen geïsoleerd biomedisch probleem; het is onderdeel van het levensverhaal van de patiënt. Voor een goede hulpverlening is het daarom nodig niet alleen aandacht te hebben voor de ziekte, maar ook voor de patiënt, voor de betekenis die de ziekte voor de patiënt heeft, en voor de wijze waarop de patiënt met de ziekte omgaat<sup>42</sup>. En dat is niet alleen het geval bij zogenaamde 'psychosomatische' problematiek. Het geldt in voor elk gezondheidsprobleem, zelfs voor problemen die er in eerste instantie heel simpel uitzien.

*Een heel mooi voorbeeld hiervan is te vinden in Cassell's boek: 'the nature of suffering'<sup>43</sup>. Het gaat over een oude man. Zijn burens hebben de politie*

*gewaarschuwd, omdat ze al een paar dagen niets van hem gehoord hebben. De politie verschaft zich toegang tot het huis en treft de man in bed aan. Hij is zwaar ziek. Bij opname in het ziekenhuis wordt een longontsteking geconstateerd, die later bevestigd wordt bij een bacteriekweek. De man krijgt penicilline en geneest voorspoedig. Het lijkt een simpel geval: een ziekte met een duidelijke biomedische diagnose en een duidelijke oorzaak die ook goed medisch te behandelen is. Vlak voor de man uit het ziekenhuis ontslagen merkt de verpleegster bij de dagelijkse verzorging dat zijn ene knie is opgezwollen. Zij attendeert de behandelend arts daarop. Bij nader onderzoek blijkt dat de man lijdt aan een ernstige vorm van osteo-arthritis, een veel voorkomende, maar pijnlijke ouderdomskwaal. Wat blijkt? De man woont alleen; zijn vrouw is het jaar daarvoor overleden, en sindsdien ziet hij weinig mensen: zijn vrouw was degene die het sociale leven op gang hield. Hij was zelf altijd een wat teruggetrokken man geweest. Hij was daardoor wel erg eenzaam geworden. De osteo-arthritis was in toenemende mate pijnlijk, en hij reageerde daarop door zo weinig mogelijk te lopen. Boodschappen deed hij nauwelijks meer. Hij was daardoor ondervoed geraakt, waardoor de bacterie zijn kans kreeg.*

Wat heeft nu de longontsteking veroorzaakt? de bacterie? Of moeten we juist attent zijn op de vraag hoe het kwam dat de man er juist nu niet meer in slaagde om de bacterie, die misschien al jarenlang in zijn keelholte leefde, te bestrijden, met andere woorden: dat het vooral zijn immuunsysteem was dat hem in de steek liet? En wat moeten we vanuit deze visie dan als oorzaak van de longontsteking omschrijven? de ondervoeding? de osteo-arthritis die maakte dat hij geen boodschappen meer deed? het overlijden van zijn vrouw, waardoor hij zijn sociale en materiële steun was kwijtgeraakt? het gebrek aan sociale contacten, waardoor niemand merkte dat hij verpauperde? de eenzaamheid en somberheid, die zijn vitaliteit had ondermijnd? Waarschijnlijk alles een beetje: lichaam en geest beïnvloeden elkaar in korte circulaire processen. Een andere persoon had in dezelfde situatie misschien een andere ziekte ontwikkeld. Als deze man uit het ziekenhuis ontslagen was op het moment dat de longontsteking genezen was, was hij ongetwijfeld op zeer korte termijn op een andere wijze in contact met de gezondheidszorg zijn gekomen: een andere infectie, een gebroken heup, alcoholintoxicatie, zelfmoord. Want de ziekte, de longontsteking was wel genezen, maar de patiënt zelf, de zieke niet.

## Epidemiologisch onderzoek in de bevolking: de dichotomie doorbroken

Uit het voorgaande zou men gemakkelijk de stelling kunnen afleiden dat de epidemiologie als een conserverende kracht werkt bij de instandhouding van het dualisme in de gezondheidszorg. Toch heb ik in mijn Inleiding de epidemiologie juist een sleutelrol gegeven in de bewustwording dat biomedische verklaringsmodellen niet voldoende zijn om 'ziekte' en 'gezondheid' te begrijpen. Dat heeft te maken met het feit dat sinds enige tijd steeds vaker ook rechtstreeks in de bevolking onderzoek wordt gedaan naar ziekte en gezondheid, waarbij de subjectieve ziekte-ervaring centraal staat. De stille revolutie, die begonnen is met de WHO-campagne 'Health for all by the year 2000'<sup>44</sup>, en die versterkt is door de opkomende patiëntenbeweging heeft de aandacht verschoven van het hulpaanbod naar de hulpvraag, en de patiënt centraal gezet. Het epidemiologisch onderzoek naar de eigen, subjectief ervaren gezondheidstoestand van de bevolking heeft hiermee een sterke stimulans gekregen<sup>45</sup>. In dit type onderzoek wordt veelal gewerkt met veel bredere conceptualiseringen van het ziektebegrip dan in klinisch epidemiologisch onderzoek gebruikelijk is. Hier wordt gezondheid gewoonlijk wèl opgevat als een multidimensioneel begrip, waarin naast de fysieke toestand ook de functionele beperkingen, het emotioneel welbevinden en de sociale consequenties worden gemeten. En hier wordt fysiek en psychisch welbevinden gewoonlijk wèl opgevat als een gradueel begrip, in plaats van een vaste entiteit, die bestaat, of niet bestaat<sup>46</sup>. En hoewel er nog allerlei kritiek mogelijk is op de stand van kennis op dit moment, wordt hierdoor in ieder geval de brede WHO-definitie van gezondheid meetbaar en daarmee zichtbaar gemaakt. En net zoals dat geldt in de klinische epidemiologie krijgt wat zichtbaar wordt een natuurlijke relevantie.

De studies naar ziekte en gezondheid in de open populatie hebben als inspiratiebron gediend bij allerlei vormen van sociaal-wetenschappelijk onderzoek: onderzoek naar sociale verschillen in ziekte, gezondheid en medische consumptie<sup>47</sup>; onderzoek naar sociale en psychologische determinanten van ziekte en gezondheid, en onderzoek naar de vraag hoe gedrag, leefstijl en persoonlijke vaardigheden zodanig te beïnvloeden zijn, dat gezondheid beschermd en bevorderd wordt en ziekte zo effectief mogelijk tegemoet kan worden getreden<sup>48</sup>. Over deze belangrijke onderzoekstradities wil ik het van-

daag verder niet hebben, noch over de psychosociale factoren in de aetiologie van gezondheidsproblemen, noch over de mogelijke bijdrage van de psychologie bij de beïnvloeding van gezondheidsgedrag. Daarover is en wordt voldoende geschreven door anderen binnen mijn Vakgroep en zeker ook binnen de Onderzoeksschool-in-oprichting: 'Psychology and Health'. Ik wil mijn verhaal verder toespitsen, op wat het betekent om ziek te zijn, niet om een ziekte te hebben, maar om ziek te zijn, om aan een ziekte te lijden<sup>49</sup>; en vervolgens over wat dit betekent voor de hulpverlening, niet de behandeling van ziekte, maar de hulpverlening aan zieke mensen, zieke mensen met hun eigen, individuele ziekte-ervaring.

## Het belang van de subjectieve ziekte-ervaring

Wanneer aan mensen zelf gevraagd wordt wat ze mankeren, moet noodzakelijk volstaan worden met de eigen, dus subjectieve ervaring van de patiënt. Zij missen de objectieve medische kennis waarover artsen op basis van hun deskundigheid beschikken. Patiënten kunnen alleen terugvallen op de eigen beleving van de ziekte, waarbij naast lichamelijke ook emotionele, functionele en sociale aspecten een rol spelen. De betekenis van een ziekte kan daarmee voor een patiënt heel anders zijn dan voor een arts. En bepaald niet minder belangrijk. Bij een serie Amerikaanse studies onder in totaal 23.000 patiënten bleek het antwoord van patiënten op de simpele vraag: "*hoe schat U op het ogenblik Uw gezondheid in?*" een uitstekende voorspeller te zijn voor hun overlevingstermijn, zelfs beter dan objectieve gezondheidsindicatoren, waaronder lichamelijk onderzoek en een batterij aan diagnostische tests, beter ook dan het oordeel van de behandelend arts<sup>50 51</sup>. Het is ironisch, maar tegelijkertijd tekenend dat dit onderzoeksresultaat slechts bij toeval werd ontdekt. De eerste studies waren namelijk opgezet in een poging om de 'subjectieve' oordelen van de patiënt over zijn gezondheid te vergelijken met het 'objectieve' oordeel van de arts, waarbij ervan werd uitgegaan dat het oordeel van de arts klinisch accurater zou zijn, omdat hij immers de beschikking heeft over een uitgebreide medische kennis en een ruim assortiment aan diagnostische tests. Maar omdat in bevolkingsstudies zo vaak gevraagd werd naar de subjectieve beleving van de eigen gezondheid had men er behoefte aan te bepalen hoe geldig zo'n subjectief oordeel is, waarmee bedoeld werd: in hoeverre deze overeenkomen



met het oordeel van de arts als gouden standaard. Dit onderzoek leidde tot verrassende uitkomsten. Het oordeel van arts en patiënt bleken vaak met elkaar overeen te komen. Als ze niet overeen kwamen oordeelde de patiënt vaak positiever dan de arts. Als echter de patiënt somberder was dan de arts over de eigen gezondheid was er een sterk verhoogde kans op overlijden binnen vier jaar<sup>52</sup>. Er is veel gespeculeerd over mogelijke verklaringen voor dit onverwachte onderzoeksresultaat, door de onderzoekers zelf en ook door anderen. Als mogelijke verklaring werd onder andere gewezen op een directe invloed van optimisme en pessimisme op de ontwikkeling van de gezondheid, een verklaring die ook elders in de literatuur te vinden is<sup>53</sup>. Ook is gesuggereerd dat het gevoel greep te hebben op de situatie van invloed zou kunnen zijn<sup>54</sup>. Een andere mogelijke verklaring is, dat de patiënt beschikt over allerlei kennis die de arts niet heeft en beter dan wie ook weet wat de impact van een ziekte is op de rest van het bestaan. Daarin zijn namelijk grote individuele verschillen tussen patiënten die te maken hebben met de hulpbronnen van de patiënt: zijn sociale netwerk, waaruit hij steun ontvangt en zijn specifieke manier van coping<sup>55</sup>. Deze laatste veronderstelling is gebaseerd op een onderzoek van Hall et al, waaruit bleek dat het subjectieve oordeel over gezondheid van patiënten sterk correleerde met hun functionele beperkingen, hun emotioneel welbevinden en het aantal geregistreerde medische diagnoses, terwijl het oordeel van de arts over de gezondheid van de patiënt alleen met dit laatste correleerde<sup>56</sup>. Uiteraard wil ik met het citeren van dit onderzoek niet suggereren dat patiënten deskundiger zouden zijn dan artsen. Patiënten hebben soms niet in de gaten dat hun gezondheid gevaar loopt, bijvoorbeeld bij het ontbreken van lichamelijke signalen, zoals bij hypertensie het geval is<sup>57</sup>. De zojuist geciteerde serie studies laat echter wel zien dat het referentiekader van patiënten veel breder is dan alleen het biomedisch probleem, en ook dat dat bredere referentiekader belangrijk is voor de hulpverlening.

*In het licht van het voorgaande wordt de boosheid van de mevrouw die naar de radio opbelde met haar grief over de specialist heel begrijpelijk. Voor haar had de diagnose 'kanker' niet alleen een medische betekenis ("wat kan er nog aan gedaan worden?"), maar op dat moment vooral ook een emotionele betekenis: angst en onzekerheid, paniek zelfs; en daarnaast een sociale betekenis ("hoe moet dat nou met mijn man en mijn kinderen?"), en een functionele betekenis ("zal ik nog kunnen blijven werken? wat zal ik nog meer niet kunnen; hoe afhankelijk zal ik worden?"). Voor haar*

*heeft ziekte een brede betekenis. Zij wordt opeens voor allerlei nieuwe opgaven geplaatst, die ze niet zo één, twee, drie kan overzien, en waarvan ze ook niet weet of ze dat wel aankan. Het feit dat de arts zich alleen bezighoudt met de biomedische kant en geen oog heeft voor wat op dat moment voor haar het belangrijkste is maakt haar boos.*

## **Ziek zijn als stressor**

In het biomedisch model wordt het begrip 'ziekte' opgevat als een entiteit: een biologisch verschijnsel met een in beginsel biologische oorzaak. In het biomedisch model is de causaliteitsvraag erg belangrijk. Uit mijn verhaal wordt duidelijk dat men het begrip 'ziekte' ook kan opvatten als een 'stressor'. In die opvatting worden de consequenties van de ziekte ineens belangrijk. Los van de vraag wat de oorzaak is van een bepaalde ziekte (een bacterie, een virus, slijtage, stress, genetische dispositie, slechte voedingsgewoonten, een ongezonde leefstijl of - het meest waarschijnlijk - een willekeurige combinatie hiervan), los van alle causaliteitsvragen kan ziekte zelf in zekere zin als een vorm van stress worden beschouwd<sup>58</sup>: een indringer in het leven van een mens die de bestaande balans verstoort en de burger tot patiënt maakt. Niet de passieve patiënt uit de oude sociologische theorieën van Parsons, maar een patiënt die voor de opgave staat om de eisen die door het ziek worden aan hem gesteld worden meer of minder adequaat beantwoorden; eisen die zich over veel levensgebieden kunnen uitstrekken; eisen die om veel verschillende vaardigheden en veel verschillende activiteiten vragen. Bij simpele, acute klachten realiseert men zich dat nauwelijks. Dan doet men dat op de automatische piloot, op basis van wat men als kind in het eigen gezin heeft geleerd over ziek zijn en beter worden, of wat men sindsdien aan kennis heeft opgedaan in eerdere contacten met de gezondheidszorg, of via de steeds invloedrijkere media. Echter, simpele, acute klachten raken in de gezondheidszorg op de achtergrond. Het merendeel van de zieke mensen in onze tijd lijdt aan complexe problematiek, chronische aandoeningen, vaak vergezeld van co-morbiditeit en psychische problematiek. "Leven met ziekte is geen gemakkelijke opgave" schreven Denise de Ridder en Karlein Schreurs in hun Overzichtsstudie 'Stress en Sociale Steun bij Chronisch Zieken' die in opdracht van de Nationale Commissie Chronisch Zieken is geschreven. Ik citeer verder: "Zeker wanneer het gaat

om langdurige aandoeningen met een onvoorspelbaar beloop, veel pijn of zware handicaps wordt een aanslag gepleegd op het aanpassingsvermogen: werk, relaties en toekomstplannen komen er heel anders uit te zien. Ook de omgang met vrienden en familie kan onder druk komen te staan, terwijl hun steun en advies juist meer dan ooit nodig lijken". In dit citaat wordt het belastende karakter van ernstige en/of chronische aandoeningen in enkele zinnen kernachtig omschreven. Ziekte is een stressor. Ziek zijn, aan een ziekte lijden betekent soms veel voor een mens<sup>59</sup>:

- het betekent onzekerheid over wat de toekomst in petto heeft,
- het betekent pijn en twijfel of men die pijn wel zal kunnen blijven verdragen,
- het betekent een emotionele belasting voor patiënten zelf en voor hun omgeving: angst en somberheid, en wanhoop,
- het betekent aantasting van de integriteit van het lichaam en van de privacy, verlies van vertrouwen in het eigen lichaam,
- het betekent de afname van autonomie, en van de mogelijkheden om een maatschappelijk relevant leven te leiden,
- het betekent sociale stigmatisering en een veranderend sociaal netwerk,
- het betekent een toenemende afhankelijkheid van professionele en mantelzorg.

Vooral langdurige onzekerheid, verlies van autonomie en het gevoel geen controle meer te hebben over de situatie zijn voor vrijwel alle patiënten erg stresserend. Maar niet alle aandoeningen, zelfs niet alle chronische aandoeningen zijn op dezelfde wijze stresserend. Ziekten met een onvoorspelbaar beloop, zoals Multipele Sclerose en Parkinson geven vooral onzekerheid en angst voor de toekomst. Andere chronische ziekten (bijvoorbeeld Reuma) hebben vooral consequenties voor de pijn en mobiliteit. Levensbedreigende aandoeningen geven gewoonlijk een grote emotionele belasting. Psychiatrische aandoeningen en ziekten als AIDS, maar ook chronische moeheid en andere onbegrepen ziektebeelden kunnen gemakkelijk leiden tot sociale stigmatisering. Deze laatste categorie ziekten tast ook het zelfvertrouwen aan en het vertrouwen in eigen lichaam en eigen oordelingsvermogen. Bedlegerigheid (vanwege welke ziekte dan ook) leidt tot verlies aan autonomie en privacy en tot een toenemende afhankelijkheid van mantelzorg en professionele zorg. Elk van deze aandoeningen heeft andere consequenties voor de mensen die eraan lijden en stelt zo zijn eigen eisen aan de oplossingsstrategieën en -vaardigheden van de patiënt. Vaak variëren die ook nog in de tijd afhankelijk van het ziektebeloop<sup>60</sup>.

Niet alleen kenmerken van de ziekte zijn van belang voor de bepaling van het lijden. Er zijn ook belangrijke individuele verschillen in wat mensen als lijden percipiëren. Cassell formuleert drie belangrijke conclusies<sup>61</sup>: De eerste is dat het lijden niet beperkt is tot de ziekte zelf en tot de lichamelijke verschijnselen, maar vaak juist betrekking heeft op de consequenties van de ziekte: de emotionele belasting, de opgelegde beperkingen, pijn of de anticipatie op pijn. In de tweede plaats merkt hij op dat patiënten niet alleen lijden door hun ziekte, maar ook door de behandeling<sup>62</sup>: vervelende diagnostiek, bijwerking van geneesmiddelen, invasieve ingrepen. Artsen die alleen oog hebben voor de biomedische kant van een gezondheidsprobleem en zich niet realiseren wat de ziekte voor de patiënt betekent besluiten daarom soms tot handelingen die het lijden van de patiënt vergroten in plaats van verminderen. In de derde plaats concludeert Cassell dat men nooit op voorhand kan zeggen wat het precies is waardoor de patiënt lijdt. Sommige mensen hebben veel pijn, maar kunnen dat blijkbaar verdragen; soms betekent de naderende dood eerder opluchting dan angst; soms echter is alleen de gang naar het ziekenhuis al stresserend of geeft de gedachte aan cytostatica al braakneigingen. Iedere patiënt heeft zijn eigen verhaal, zijn eigen individuele lijden. Dat verhaal wordt beïnvloed door de eigen levensgeschiedenis, het gezin van herkomst<sup>63</sup>, meegemaakte gebeurtenissen, eerdere ervaringen met ziekte en gezondheid, eerdere ervaringen met medische behandelingen. De enige manier om achter het individuele lijden te komen is daarover met de patiënt te praten, de patiënt zijn verhaal te laten vertellen. Cassell vindt de verlichting van het individuele lijden een van de belangrijkste doelen van de geneeskunde, al wordt dat door veel artsen niet zo beleefd<sup>64</sup>.

## Omgaan ('coping') met ziekte

Wanneer we 'ziekte' opvatten als een stressor, is het zinvol om vervolgens na te gaan in hoeverre psychologische theorieën over de relatie tussen stress en coping ons meer kunnen vertellen over de wijze waarop patiënten met hun ziekte omgaan en of daarin meer en minder effectieve strategieën te ontdekken zijn. Mijn analyse van het begrip 'ziekte' als 'stressor' geeft daarbij een aantal aanknopingspunten. Ik heb geconstateerd:

- a. dat er verschillen zijn in de objectieve kenmerken van ziekte die als stressor kunnen worden aangemerkt
- b. dat er ook verschillen zijn in de subjectieve beleving van wat individuele mensen als stressor ervaren
- c. dat niet alleen de ziekte zelf, maar ook de consequenties van de ziekte, en met name ook de medische behandeling van de ziekte als stressor kan worden ervaren
- d. dat met name langdurige onzekerheid, verlies aan autonomie en het gevoel geen controle (meer) te hebben over de situatie voor vrijwel alle patiënten stresserend is<sup>65</sup>.

Laten we, met deze bagage in het achterhoofd eens kijken naar de stand van kennis in het stress-coping onderzoek. Dit onderzoeksveld heeft inmiddels een lange traditie in de psychologie. Na een veelbelovende start met de theorievorming van Lazarus en Folkman<sup>66</sup> volgde een periode waarin de belofte toch niet waargemaakt leek te kunnen worden. De laatste tijd lijkt er weer een opleving in dit onderzoeksgebied te ontstaan<sup>67</sup>.

Dit is zeker voor een belangrijk deel te danken aan het feit dat er steeds meer kennis ontstaat over het feit dat er naast en in wisselwerking met psychologische processen ook allerlei fysiologische processen een modererende en intermediaire rol spelen bij de relatie tussen stress en ziekte, die objectief bewijsmateriaal leveren voor de invloed die stress heeft op het ontstaan en beloop van ziekte, maar ook op psychologische reactievormen op ziekte, zoals angst en depressiviteit<sup>68</sup>. Ook de aanwijzingen in het psychobiologisch onderzoek dat er een zeker tweerichtingsverkeer bestaat tussen het centrale zenuwstelsel, het immuunsysteem en het hormonaal systeem<sup>69</sup>, pleiten voor een dynamische in plaats van een dichotome benadering van de relatie tussen lichaam en geest.

Door deze psychobiologische kennisontwikkeling heeft het stress-coping onderzoek een hardere wetenschappelijke basis gekregen, waardoor de psychologische theorievorming op dit terrein waarschijnlijk ook voor de geneeskunde acceptabeler is geworden. Uit dit onderzoek wordt overigens ook duidelijk dat er niet één manier is om op effectieve wijze met stress om te gaan: verschillende reactievormen leiden tot verschillende fysiologische processen die elk hun eigen kosten en baten hebben. Dat betekent dat verschillende stress-situaties ook om verschillende reactievormen vragen. Een goed voorbeeld van het feit dat dezelfde patiënt in verschillende situaties andere coping-strategieën nodig kan hebben laat Steptoe<sup>70</sup> zien naar aanlei-

ding van een patiënt met ernstige cardio-vasculaire stoornissen. Wanneer deze man op zijn werk moeilijke beslissingen moet nemen is hij het meest gebaat bij coping-reacties die de activiteiten van het sympathische zenuwstelsel remmen; wanneer hij echter voor een zware operatie staat is hij juist meer gebaat bij coping-reacties die het immuunsysteem versterken, opdat hij beter bestand is tegen infectie-gevaar. Dit soort patronen te ontdekken is een fascinerend onderzoeksterrein dat vraagt om een gezamenlijke inspanning uit de psychologie en de geneeskunde.

In lijn met deze ontwikkeling en met onze eerdere analyse van het begrip 'ziekte' als 'stressor' kunnen we een chronische aandoening opvatten als een verzameling van stress-situaties. Elk van deze stress-situaties kan een reactie oproepen bij de betrokkene; dat wordt een coping-proces genoemd. Dit copingproces bestaat uit een primaire taxatie waarin de betekenis van de situatie wordt geëvalueerd ("hoe bedreigend is de situatie? moet er wat gebeuren?") en een secundaire taxatie waarin wordt ingeschat welke mogelijkheden er zijn om de situatie het hoofd te bieden (dat gebeurt op basis van de inschatting van eigen vaardigheden en mogelijkheden; ook de ingeschatte sociale steun hoort hierbij). Op basis van deze beide taxaties ("moet er wat?" en "kan ik wat?") wordt een poging gedaan om de spanning die door de stressor wordt opgeroepen te reguleren. Dat kan door de stressor zelf aan te pakken (dat wordt probleemgerichte coping genoemd), maar ook door de emoties die door de stressor ontstaan te reguleren (dat wordt emotiegerichte coping genoemd). Coping kan plaatsvinden door iets te ondernemen (bijvoorbeeld sociale steun zoeken, of hulpmiddelen aanschaffen), maar ook door het probleem anders te benoemen (bijvoorbeeld: "het is toch ook wel prettig om geen 60 uur per week meer te hoeven werken"). Een laatste indeling die wel wordt gehanteerd is het verschil tussen de stressor actief tegemoet treden ('approach') versus de stressor proberen te vermijden ('avoidance'). Steptoe heeft op basis van deze indelingen een taxonomie opgesteld van coping-gedrag, waarbij door combinaties van de drie beschreven indelingen in totaal acht mogelijke categorieën van coping ontstaan<sup>71</sup>. In de praktijk blijkt het onderscheid tussen probleemgerichte coping en emotiegerichte coping het meest gehanteerd te worden, eventueel aangevuld met het onderscheid tussen passieve en actieve reactiewijzen<sup>72</sup>. Hoewel het laatste woord over de relatie tussen stress en coping nog zeker niet gezegd is lijken op dit moment de volgende algemene conclusies getrokken kunnen worden:

1. In zijn algemeenheid zijn de effecten van coping op gezondheid, aanpassing aan de ziekte, en psychisch welbevinden aanwezig, maar klein.
2. Probleemgerichte coping is meer adequaat in situaties die als controleerbaar worden gepercipieerd, terwijl emotiegerichte coping juist vruchtbaar is in oncontroleerbare, onveranderbare situaties.
3. Passieve vormen van coping lijken op korte termijn soms winst te geven (met name angstreductie), maar hebben op de lange duur vooral schadelijke effecten op de gezondheid, de aanpassing aan de ziekte, en vooral op het psychisch welbevinden. Passieve vormen van coping gaan vaak gepaard met depressiviteit, waarbij overigens onduidelijk is wat oorzaak en wat gevolg is; waarschijnlijk is sprake van circulaire processen.

*Laten we deze algemene principes eens vertalen naar de oude man met de longontsteking, waarover ik U eerder vertelde. Het is duidelijk dat deze man vooral geneigd was tot passief coping-gedrag: in normaal Nederlands: hij had de neiging om zich aan moeilijke situaties te onttrekken. De pijn aan zijn knieën, veroorzaakt door zijn osteo-arthritis vermeed hij door minder te bewegen. Hij vermeed ook het actief zoeken van hulp: hij was voor zijn klachten niet bij artsen geweest, hij had ook niet geprobeerd om zijn burens of andere bekenden in te schakelen bij het boodschappen doen. Liever at hij dan wat minder. Zijn isolement bestreed hij door weg te dromen, te denken aan vroeger. Door al die passieve coping-strategieën was hij in een vicieuze cirkel terecht gekomen, een neerwaartse spiraal. Die had uiteindelijk geleid tot een 'breakdown' in de vorm van een longontsteking.*

Dit is een heel zuiver voorbeeld van niet-effectief reageren op ziekte door uitsluitend passieve vormen van coping toe te passen. Zo simpel is het meestal niet in de praktijk. Een belangrijke conclusie uit de overzichtsstudie van de Ridder en Schreurs, die parallel loopt met de eerdere analyse van het begrip 'ziekte' als 'stressor' en ook met de zojuist geformuleerde conclusie uit het psychobiologisch onderzoek luidt dat het eigenlijk niet zinvol is om over algemene coping-strategieën te spreken: Enerzijds is 'stress' een containerbegrip, dat in zijn totaliteit nauwelijks zinvolle aangrijpingspunten geeft voor interventies. Stress kan veel vormen aannemen die allemaal om andere reactievormen vragen. Aan de andere kant zijn er grote individuele variaties in de wijze waarop mensen op stress reageren. Over de gezondheidsbevorderende rol van iets als 'optimisme' is al eerder gesproken; ook verschillen

mensen in weerbaarheid tegen moeilijke situatie (het maakt nogal wat uit of je een situatie als een bedreiging of als een uitdaging percipieert; dat laatste lijkt bevorderlijk te zijn voor een succesvolle aanpassing van de ziekte); ook zijn er grote verschillen in de mate waarin mensen het gevoel hebben zelf controle op een situatie te kunnen uitoefenen. De literatuur over 'locus of control' is hierop gebaseerd. Het lijkt erop dat mensen die het gevoel hebben controle te kunnen uitoefenen over hun situatie succesvoller met hun ziekte kunnen omgaan dan mensen die hun situatie als onbeïnvloedbaar beschouwen. En om het helemaal complex te maken lijkt het er bovendien op dat sommige mensen meer baat hebben bij de ene vorm van coping, terwijl andere mensen gebaat zijn bij andere reactievormen<sup>73</sup>.

Het gaat dus vooral om een goede match tussen wat door de patiënt als stresserend wordt beleefd aan de ziekte en de persoonlijke geneigdheid om op een bepaalde manier op een bedreigende situatie te reageren.

Dat maakt het omgaan met ziekte tot een heel individuele aangelegenheid, die - als het mis gaat - vraagt om individuele hulpverlening. Wanneer 'ziekte' de stressor is gaat het dan vooral om hulpverlening door artsen en verpleegkundigen<sup>74</sup>, te weten de hulpverleners die primair verantwoordelijk zijn voor de behandeling en verzorging van de zieke. De primaire hulpverlener (en met name de arts) kan de verantwoordelijkheid voor deze taak niet zomaar op het bord van een andere hulpverlener leggen, bijvoorbeeld een psycholoog. Daarvoor zijn lichaam en geest teveel met elkaar verweven.

Bijvoorbeeld: voor de taxatie door de patiënt hoe bedreigend een ziekte is, is medische informatie nodig. Ook de inschatting van wat er eventueel gedaan kan worden om het lijden te verlichten is afhankelijk van medische informatie, bijvoorbeeld over medicatie, pijnbestrijding, technische interventies, maar ook over het natuurlijk beloop en eventuele complicaties. Zelfs de emotionele steun, die nodig is voor het emotioneel verwerken van de ziekte kan eigenlijk alleen door de behandelend arts zelf gegeven worden: De hulpeloosheid, de machteloosheid wordt door de ziekte veroorzaakt, niet door een willekeurige psychische stoornis. Naarmate mensen meer onzeker zijn over hun ziekte: de oorzaak, de betekenis en de consequenties, hebben zij meer behoefte om als patiënt in hun ziekte serieus genomen te worden, hebben zij meer behoefte aan begrip en hebben zij meer behoefte om op iemand te kunnen vertrouwen<sup>75</sup>. Die vertrouwenspersoon moet dan uiteraard wel deskundig zijn op het terrein van hun ziekte, de dokter dus. De arts, iedere arts, heeft dus naast zijn medische kennis over de



ziekte (als entiteit) ook kennis nodig over hoe hij de patiënt kan helpen bij het ziekteproces, bij de wijze waarop de patiënt met zijn ziekte weet om te gaan. Of, om in Cassell's termen te spreken: bij de verlichting van het individuele lijden, misschien wel het belangrijkste doel van de geneeskunde. Psychologen kunnen die taak niet overnemen, tenzij het lijden psychopathologische vormen aanneemt<sup>76</sup>. Psychologen kunnen ten behoeve van die situaties wel een nuttige, zij het indirecte functie vervullen door artsen (en verpleegkundigen) vanuit hun theoretische en praktische kennis over hulpverleningsprocessen in hun taak te ondersteunen. Dat brengt ons op het thema van de arts-patiënt communicatie.

## **De rol van de professionele hulpverlening: arts-patiënt communicatie**

Het eerste dat opvalt wanneer we de literatuur op het terrein van stress en coping en die op het terrein van de arts-patiënt communicatie met elkaar vergelijken is de treffende overeenkomst van de centrale begrippen. Ondanks het feit dat beide onderzoekstradities zich volstrekt gescheiden van elkaar hebben ontwikkeld zien we een opvallend gelijke terminologie. In de literatuur over arts-patiënt communicatie wordt onderscheid gemaakt tussen instrumenteel gedrag en affectief gedrag<sup>77</sup>. Het instrumentele gedrag van de arts spoort met de behoefte van de patiënt om te weten wat er aan de hand is en wat er gedaan moet worden om het probleem op te lossen ("the need to know and understand"<sup>78</sup>); het affectieve gedrag van de arts spoort met de emotionele behoefte van de patiënt om gerustgesteld te worden, maar ook: om begrepen te worden en serieus te worden genomen als patiënt ("the need to feel known and understood"). Die begrippen lijken sterk op de centrale begrippen uit de stress-coping literatuur: probleemgerichte coping en emotiegerichte coping, hetgeen pleit voor de robuustheid ervan, en bovendien de integratie van deze beide onderzoeksvelden interessant en haalbaar maakt. Het instrumentele gedrag van de arts spoort met probleemgerichte coping, ofwel de pogingen van de patiënt om de problemen op te lossen die door de ziekte worden veroorzaakt. Het affectieve gedrag van de arts spoort met de taak van de patiënt met betrekking tot het verwerken van de emoties die de ziekte oproepen (emotiegerichte coping). Met andere woorden: De beide dimensies van wat in de literatuur over arts-

patiënt communicatie beschouwd wordt als effectieve communicatie lopen synchroon met de beide taakdimensies waarvoor - volgens de stress-coping literatuur - de patiënt zich gesteld weet wanneer hij met ziekte wordt geconfronteerd. Het aardige van deze koppeling is bovendien dat de arts de verantwoordelijkheid voor een goede communicatie niet meer alleen op zijn schouders draagt. In de stress-coping theorie heeft de patiënt zelf een belangrijke rol in het adequaat reageren op zijn gezondheidsproblemen. De patiënt is degene die moet leren omgaan met zijn ziekte; steun van anderen kan daarbij helpen. De rol van de arts is in deze opvatting niet meer, maar overigens ook niet minder dan het verlenen van deze steun. Het begrip 'bejegening' staat daarbij centraal.

De gecombineerde literatuur over arts-patiënt communicatie en over stress-coping onderzoek leert ons wat de belangrijke ingrediënten daarvan zijn, en ook waarom deze ingrediënten belangrijk zijn.

Het is in de eerste plaats belangrijk dat de arts de patiënt zijn verhaal laat vertellen. Alleen het individuele verhaal van de patiënt geeft de arts zicht op wat er aan de hand is en met name ook wat voor betekenis dat voor de patiënt heeft, met andere woorden: wat de stresserende elementen van de ziekte zijn, en hoe weerbaar de patiënt zich daarin voelt. De arts kan de patiënt zijn verhaal laten vertellen door vragen te stellen, maar vooral door te luisteren: nonverbaal gedrag is daar erg belangrijk bij. Alleen al door de patiënt aan te kijken voelt de patiënt zich gestimuleerd om zijn verhaal te doen. Meer dan 90 % van de intermenselijke communicatie verloopt via nonverbaal gedrag<sup>79</sup>.

In de tweede plaats moet de arts door verbaal, maar vooral nonverbaal gedrag affectief gedrag de patiënt laten merken dat hij het verhaal van de patiënt serieus neemt en begrijpt. Dit voorkomt dat de patiënt in zijn integriteit wordt aangetast en versterkt zijn gevoel van autonomie. Uit eerder onderzoek van mijzelf bleek dat de door een extern panel beoordeelde kwaliteit van het medisch consult voor meer dan 50 % verklaard werd door alleen het affectieve gedrag van de arts<sup>80</sup>. Het instrumentele gedrag droeg veel minder bij tot de beoordeelde kwaliteit van het consult. Het begrip affectief gedrag heeft daarmee interessante overeenkomsten met wat in de psychotherapie de 'a-specifieke factor' wordt genoemd, en wat in de geneeskunde wel eens wordt omschreven als 'het placebo-effect', het 'Hawthorne-effect' of 'factor X'<sup>81</sup>. Het is interessant dat tot voor kort dit placebo-effect vooral als een lastig verschijnsel werd beschouwd dat de 'echte'

werking van medische interventies verdoezelde. Sinds kort krijgt het begrip placebo-effect een positievere aandacht. Van verschillende kanten wordt erop gewezen dat het placebo-effect wel eens een belangrijk deel van de werkzaamheid van de geneeskunde zou kunnen verklaren<sup>82</sup>. Het begrip 'affectief gedrag' heeft, tenslotte ook overeenkomsten met het begrip 'sociale steun', zoals we dat in de stress-coping literatuur tegenkomen. In elk van deze onderzoekslijnen zijn aanwijzingen dat er sprake is van een fysiologisch correlaat. Dat zou het begrip 'affectief gedrag' uit de romantische sfeer kunnen halen en er een wetenschappelijke basis aan kunnen geven. In de derde plaats is het belangrijk dat de arts informatie aan de patiënt geeft, goed gedoseerde en begrijpelijke informatie, die aansluit bij de behoefte van de patiënt. Goede communicatie is tweerichtingsverkeer. Dat geldt ook bij het verstrekken van informatie. Informatie geeft de patiënt greep op zijn ziekte en draagt daarmee bij tot zijn gevoel controle te kunnen blijven uitoefenen op de ziekte en de gevolgen daarvan. De stress-coping literatuur heeft ons geleerd dat dat niet alleen maar belangrijk is vanuit een soort ideologie, maar dat de patiënt daardoor ook effectiever weet om te gaan met de stressor die zijn ziekte is<sup>83</sup>.

Bejegening: het klinkt zo eenvoudig, het is zo belangrijk, maar het gaat niet vanzelf goed. De internist uit het begin van mijn verhaal schoot tekort op de drie essentiële kenmerken van goede arts-patiënt communicatie. En op zich is dat verklaarbaar. De technologische ontwikkelingen en de vergaande rationalisering van de zorg trechteren de aandacht van de arts naar de ziekte, en leiden hem af van de patiënt; ze benadrukken het rationele in de zorg, met voorbijgaan aan de emotionele elementen. Daardoor lijkt een zekere vervreemding te ontstaan tussen arts en patiënt die zich uit in klachten en ontevredenheid. Patiënten zijn in Nederland over het algemeen behoorlijk tevreden over de gezondheidszorg. Als er echter klachten zijn gaan deze meestal over de bejegening. In het project 'Keuzen in de zorg, vrouwen 'n zorg' hebben duizenden vrouwen uit alle geledingen van de samenleving in groepjes gediscussieerd over de gezondheidszorg. Veruit bovenaan de top-tien van problemen stonden de klachten over de bejegening. Met name bij specialisten voelen vrouwen zich vaak onheus bejegend<sup>84</sup>.

In de Volkskrant van 28 april jongstleden werd bericht over een onderzoek dat twee gezondheidsjuristen hadden gedaan naar bij het Medisch Tucht-recht ingediende klachten over gynaecologen. Ook hier stonden bejege-

ningsklachten centraal. In het rapport 'Tijd voor de patiënt' van de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie wordt een onderzoek gerapporteerd over wat patiënten belangrijk vinden in de relatie met hun arts<sup>85</sup>.

Bovenaan de lijst van 50 uitspraken staan zaken als:

1. vertrouwen hebben in de arts
2. arts moet voldoende tijd nemen voor zijn patiënt
3. arts moet patiënt informeren

Ook openheid, respect, belangstelling, ruimte om te kunnen aangeven wat je als patiënt belangrijk vindt, samen beslissen en als mens in zijn totaliteit behandeld te worden, staan bovenaan het verlanglijstje van de patiënt. Dat zijn allemaal zaken die alleen aan bod kunnen komen in het gesprek tussen arts en patiënt. Opvallend is de lage plaats van items als "elke kwaal moet behandeld worden" (nummer 40) en "ik kies voor technologie" (nummer 44 van de 50). Het is niet ondenkbaar dat het succes van alternatieve genezers verklaard kan worden doordat de meeste alternatieve genezers wél ruim de tijd nemen voor een gesprek met de patiënt, en wél een integrale visie hebben op ziekte en gezondheid. Daar heeft de patiënt behoefte aan. Het placebo-effect doet waarschijnlijk de rest.

Ook beleidsmakers in de gezondheidszorg beginnen zich het belang van een goede arts-patiënt communicatie te realiseren, daarbij geholpen door enkele publikaties van vooraanstaande medici<sup>86</sup>. Overigens lijkt bij beleidsmakers de motivatie hiervoor minstens gedeeltelijk ingegeven door de stijgende kosten van de gezondheidszorg, die met name wordt veroorzaakt door de toename in medisch-technische verrichtingen. De recente voorstellen van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg (in de wandelgangen de Commissie Biesheuvel) over de herstructurering van de honorering van medisch specialisten spelen hier op in door het zogenaamde 'Kijk- en luistergeld' te introduceren, als methode om de waarde van 'het gesprek' als diagnostisch en therapeutisch instrument te herwaarderen<sup>87</sup>. Er is voldoende onderzoek beschikbaar om deze beleidskeuze te ondersteunen<sup>88</sup>, al dienen de voorgestelde maatregelen uiteraard wel zorgvuldig op hun verwachte en onverwachte effecten te worden geëvalueerd.

Inmiddels is in mijn ogen voldoende bekend over **algemene** kenmerken van goede arts-patiënt communicatie: het geven van medische informatie en het verlenen van emotionele steun zijn belangrijke ingrediënten daarvan. Meer kennis is noodzakelijk over **specifieke** communicatievaardigheden die patiënten kunnen helpen bij de taken waarvoor hun ziekte hen heeft gesteld.

Een systematisch onderzoekprogramma met interventiestudies bij verschillende soorten aandoeningen die variëren in de belasting die zij voor patiënten kunnen vormen is hiervoor noodzakelijk. Dit programma zou bij voorkeur moeten aansluiten op onderzoek naar de vraag hoe patiënten zelf (tesamen met hun sociale omgeving) weten om te gaan met een chronische aandoening. Artsen hoeven voor deze laatste rol niet terug te schrikken; onderzoek heeft laten zien dat de daarvoor benodigde vaardigheden aangeleerd kunnen worden in de opleiding, of in specifieke trainingsprogramma's<sup>89</sup>. De al vaker genoemde Overzichtstudie 'Coping en Sociale Steun bij Chronisch Zieken' geeft de contouren aan van een interessant onderzoekprogramma, dat zowel een wetenschappelijk als een maatschappelijk draagvlak lijkt te hebben.

## Samenvatting

Dames en Heren, ik heb U vandaag willen laten zien op welke terreinen de psychologie in mijn ogen een bijdrage kan leveren aan de gezondheidszorg. Ik heb U, hoop ik, ook laten zien dat daarvoor een multidisciplinaire inspanning nodig is. Een korte samenvatting van de hoofdpunten is waarschijnlijk wenselijk.

In de eerste plaats heb ik U willen laten zien hoe belangrijk het is om een multi-dimensioneel ziektebegrip te hanteren. Het moet nu maar eens uit zijn met die dualiteit van lichaam en geest in de gezondheidszorg. Het zou zinvol zijn om meer-assige classificatie-systemen te ontwikkelen, waarin naast de biomedische diagnose ook de psychologische, sociale en functionele consequenties van de ziekte kunnen worden aangegeven. Immers alleen een integrale taxatie van wat een ziekte voor de zieke betekent kan leiden tot adequate hulp, dat wil zeggen: verlichting van het lijden. Ik heb U ook willen laten zien dat er grote verschillen zijn tussen aandoeningen, maar ook tussen patiënten in de mate waarin 'ziekte' tot 'lijden' wordt. Naast psychologische processen spelen hierbij ook psychobiologische processen een rol. Beide zijn veelbelovende onderzoeksterreinen. Ik prijs mij gelukkig dat er op beide terreinen een goede onderzoekstraditie binnen de Vakgroep bestaat. Tot slot heb ik U willen laten zien wat de rol van de professionele hulpverlening kan zijn als aanvulling op de zelfzorg en mantelzorg. Het begrip arts-patiënt communicatie staat hierin centraal. Doordat op dit moment vanuit

verschillende kanten druk wordt uitgeoefend op het verbeteren van de communicatie tussen met name specialisten en patiënten, ligt ook hier een mooie taak.

Tenslotte: De rode draad die door mijn hele betoog heen loopt is dat lichaam en geest elkaar voortdurend in circulaire processen beïnvloeden. De patiënt draait zijn rondjes op de rotonde van lichaam en geest. De arts, maar ook de psychotherapeut moet van die rotonde geen kruispunt maken.

## Dankwoord

Dames en Heren. Bij een gelegenheid als deze is een dankwoord op zijn plaats. In de eerste plaats wil ik natuurlijk iedereen bedanken die mijn benoeming mogelijk heeft gemaakt. Ik heb er tot nu toe geen spijt van gehad. Enkelen wil ik in het bijzonder bedanken.

Waarde Schnabel, beste Paul. Jij bent degene geweest die mij gevraagd heeft of ik interesse in deze functie had. Dat bleek zo te zijn. Zonder jou had ik hier niet gestaan. Bedankt daarvoor. Vijf jaar geleden heb jij deze leerstoel ingewijd met de vaak geciteerde en nog steeds boeiende rede: over het eigene en het aardige van de GGZ. Je bent zo aardig geweest deze leerstoel met mij te delen, en mij alle ruimte te geven voor een eigen invulling daarvan. Dat siert je. Ik ben in mijn rede zo onaardig geweest om jou het eigene van de GGZ te onteigenen. Ik heb dat willen compenseren door juist het aardige van de GGZ in de somatische gezondheidszorg te willen integreren. Ik vind dat ook in de somatische zorg aandacht moet bestaan voor de patiënt, en niet alleen voor de ziekte; ik vind dat ook in de somatische zorg de diagnose tot stand moet komen via adductie in plaats van reductie. Zo is mijn verhaal dan toch een logische aansluiting op dat van jou indertijd.

Waarde Van Son, beste Maarten. Als Vakgroepvoorzitter heb jij mij geïntroduceerd in de geschreven en ongeschreven rituelen van de besluitvormingscultuur van Vakgroep, Faculteit en Universiteit. Dat was wennen, zo nu en dan. Ik geloof wederzijds. Dat ik me desalniettemin zo snel thuis ben gaan voelen in de Vakgroep heb ik echter voor een belangrijk deel aan jou te danken, en met name aan de verrassende wendingen tussen je ernst en ijver en je lichtvoetige speelsheid. Bedankt daarvoor. Dat bindt.

Medewerkers van de Vakgroep, in het bijzonder Denise, Karlein, Janneke, Lourens, Monique, maar ook Guido en Marjolein en alle anderen met wie ik in de afgelopen maanden al een begin van samenwerking heb opgebouwd. Mijn plezier in de samenwerking is waarschijnlijk zichtbaar. In mijn rede hebben jullie kunnen horen dat ik me door jullie ook geïnspireerd voel. Ik hoop dat dat wederzijds zo is.

Leden van de Onderzoeksschool 'Psychology and Health'. Ik prijs me gelukkig dat ik op zo'n mooi moment mijn ambt kan aanvaarden: namelijk op het moment dat de onderzoeksschool-in-oprichting het fiat heeft gekregen van de Algemene Wetenschapscommissie van de Universiteit. Ik verheug me erop tesamen met jullie een bijdrage te leveren aan de opbouw van deze onderzoeksschool.

Dames en heren studenten. De meesten van U willen nog steeds opgeleid worden tot psychotherapeut. En ik moet toegeven: dat is een nobel vak. Toch is dat jammer, niet alleen vanwege het beperkte arbeidsmarktperspectief, maar vooral omdat de gezondheidszorg U ook op andere fronten nodig heeft: voor het doen van onderzoek: epidemiologisch onderzoek en onderzoek naar de psychologische en psychobiologische processen in ziekte en gezondheid. Voor de meer praktisch ingestelden onder U ligt een taak weggelegd op het terrein van de kennisoverdracht: communicatietrainingen en advisering aan fysiotherapeuten en verpleegkundigen. Ook zou U meer dan nu gebruikelijk is ingeschakeld kunnen worden bij gezondheidsvoorlichting en preventie. Ik wil U graag bij dit alles begeleiden. De scheiding tussen lichaam en geest wordt nu niet alleen door artsen, maar ook door psychologen in stand gehouden!

En dan het NIVEL. Mijn baan bij de Universiteit betekent automatisch een vertrek bij het NIVEL, al is dat gelukkig maar gedeeltelijk. En zelfs dat gaat niet zonder weemoed. Het NIVEL blijft een uniek instituut. Ik wil in het bijzonder Peter Verhaak, Emmy Sluijs en Conny Taes bedanken voor hun informatieve en sociale steun. Zonder jullie had mijn oratie er anders uit gezien (zeker het notenapparaat, dat U nog niet gezien heeft) en zonder jullie had ik hier minder opgewekt gestaan.

Ook mijn agenda moest wennen aan mijn dubbele baan. Ik wil Marjon van Leeuwen bedanken voor alle keren dat ze de dubbele of driedubbele afspraak

ken op tactische wijze wist op te lossen zonder mij daarmee lastig te vallen. Dat is niet gering.

Tot slot degenen die de belangrijkste plaats in mijn leven innemen.

Waarde Van der Zee, lieve Jouke. Ik aarzel om jou in het openbaar te bedanken. Toch zou ik je onrecht aandoen als ik het niet zou doen. Mijn gedeeltelijk vertrek naar de Universiteit heeft bij jou op alle fronten een extra belasting betekend. Dat deze balansverstoring op al die fronten zonder noemenswaardige rimpelingen tot een nieuw evenwicht heeft geleid, heb ik vooral aan jou te danken. Bedankt.

Lieve ouders. Er zijn weinig momenten in het leven waarop een kind zijn ouders in het openbaar kan bedanken. Ik wil deze gelegenheid niet voorbij laten gaan. Of het dankzij de genen is die jullie me hebben doorgegeven of dankzij de opvoeding die ik genoten heb, weet ik niet. Dat maakt ook niet veel uit. Lichaam en geest zijn nauw verweven. Wel weet ik dat jullie een belangrijke rol hebben gespeeld in wat ik heb bereikt. In ons gezin was niet zo zeer aan de orde of je als meisje wel ging werken, als wel wat je ongeveer ging doen. Ik herinner me vooral de boodschap dat ik moest zorgen later genoeg te verdienen om me huishoudelijke hulp te kunnen permitteren. Dat is gelukt. Ik ben blij dat jullie er vandaag allebei zijn. Nog maar kort geleden zag dat er anders uit. Bedankt.

En dan tot slot: Egbert en Sophie. In jullie korte leven is dit de derde keer dat jullie een belangrijke academische plechtigheid van een van je ouders meemaken. Dat lijkt me geen pretje. Ik beloof jullie dat dit de laatste keer is. Voorlopig is er weer meer tijd voor de dierentuin.

Ik heb gezegd.



## Noten

1. In Nederland zijn twee duidelijke perioden aan te wijzen waarin - met name in huisartsgeneeskundige en psychiatrische kringen in het verleden veel aandacht werd besteed aan de niet-biomedische kant van gezondheidsproblemen (zie o.a. Verhaak, 1988, van Lieshout en de Mol, 1989, en Bensing, 1991(b)). Recent wordt met name in de Amerikaanse literatuur veel hierover gepubliceerd. Zie o.a. Engel (1977), White (1988), Martin et al (1989), Hall et al (1989), Cassell (1991), Roter en Hall (1992). Dat heeft in Nederland de interesse opnieuw doen opflakkeren (Bensing, 1991(b)).
2. Historisch gezien vindt de epidemiologie zijn start in 1811, toen bij besluit van de Keizer van Frankrijk in heel Nederland bevolkingsregisters werden aangelegd, waardoor inzicht ontstond in geboorte en dood naar sexe en leeftijd. Een landelijke registratie van doodsoorzaken ontstond pas in 1865, toen de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst artsen verplichtte tot het afgeven van een verklaring van overlijden die ook de doodsoorzaak moet vermelden. De bewerking van deze landelijke gegevens werd aanvankelijk uitgevoerd door het Staatstoezicht, en vanaf 1901 door het CBS. Als classificatiesysteem werd vanaf die tijd gebruik gemaakt van de opeenvolgende versies van de ICD, de Internationale Classificatie van Ziekten, waarvan de eerste editie in 1900 werd vastgesteld. Zie verder voor een interessant overzicht van de historische ontwikkeling van de registratie van sterfte en doodsoorzaken in Nederland (Mackenbach, 1992).
3. In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning wordt heel omzichtig gesproken over de sterfte aan psychische aandoeningen. Deze wordt (voor het jaar 1990) geschat op 0,5 % bij mannen en 1,2 % bij vrouwen. De sterfte in deze categorie wordt vooral toegeschreven aan dementie, hoewel even later ook wordt gesteld dat dementie weliswaar een kortere levensverwachting met zich brengt, maar toch zelden rechtstreeks de oorzaak van overlijden is. In de VTV zijn in de categorie 'sterfte bij psychische stoornissen' niet de suicides opgenomen. Ook hier gaat het echter om hele kleine aantallen: bij mannen om nog geen 1,5 % van de sterften en bij vrouwen om slechts 0,9 % van de sterften. Bron: RIVM, 1993.

4. Een indirecte invloed is er wel degelijk en wordt ook steeds breder onderkend. Dat de voornaamste oorzaken van sterfte een steeds belangrijkere psychische of gedragscomponent hebben (o.a. hart- en vaatziekten, kankers, leveraandoeningen, seksueel overdraagbare aandoeningen, ongevallen en suïcide) werd o.a. door Diekstra betoogd in zijn lezing tijdens het KNMG-congres van 1990 (Diekstra, 1990).
5. Een uitzondering wordt gevormd door de categorieën suïcide, verkeersongevallen, geweld en accidentele verdrinking. Bron: RIVM, 1993.
6. Hoezeer de registratie beïnvloed werd door doodsoorzaken is goed te zien in het historisch overzicht van de ontwikkeling van de ICD, die verscheen ter gelegenheid van achtste geheel herziene versie van de ICD (WHO, 1967). In deze achtste versie was wel een hoofdstuk opgenomen over 'mental disorders', maar dat was voornamelijk bedoeld voor de classificatie van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor zwakzinnigen. Daarbij wordt uitdrukkelijk aangegeven dat deze classificatie niet bedoeld is voor de registratie van sterfte of voor de registratie van morbiditeit waarbij de hoofdinteresse niet gericht is op de 'geestelijke toestand' van de patiënt. In 'gewone' morbiditeitsregistraties zou volstaan moeten worden met de classificatie van fysieke stoornissen die aan de 'geestelijke toestand' ten grondslag liggen of ermee gepaard gaan. In de negende versie van de ICD (SMR, 1979) ontstond wel ruimte voor psychische problemen; echter ook in deze versie werd een psychische stoornis nog voornamelijk opgevat als een ziekte.
7. Bensing JM (1991)(b).
8. White KL (1988).
9. Bij een klacht als moeheid bijvoorbeeld, waarvan bijna 30 % van de bevolking meldt dat men er de afgelopen twee weken last van heeft gehad, waarvan ongeveer 10 % ermee naar de huisarts stapt krijgt slechts 19 % aan het eind van de ziekte-episode een biomedische diagnose. Ook hoofdpijn (eveneens aanwezig bij ongeveer 30 % van de nederlandse bevolking) krijgt in meerderheid een symptoomdiagnose als einddiagnose (bijvoorbeeld: hoofdpijn of spanningshoofdpijn). Bron: Foets en Sixma

(1991), zie ook o.a. Oliemans (1969), White (1988), Lamberts (1991), Roter en Hall (1992).

10. Lamberts en Wood (1987).

11. Dat dit overigens ook in de intramurale sector kan gebeuren laat een anekdote zien over een 72-jarige man die was opgenomen met een op spelende angina pectoris. Bij opname bleek dat hij een hart-infarct had gehad. Tijdens zijn opname verslechterde zijn conditie. Geleidelijk begaf het ene na het andere orgaan het; hij werd achtereenvolgens aan gesloten op een beademer, vloeibare voeding, een nierdialyse, etc. maar niemand kon de oorzaak van zijn problemen achterhalen. Na enkele weken begonnen ineens de nieren weer te functioneren, en dit was het begin van een geleidelijke verbetering; een voor een konden de apparaten weer worden afgekoppeld. Na nog een tijdje kon de man het ziekenhuis weer gezond verlaten, zonder dat iemand wist wat hij precies had gemankeerd. De techniek had hem de tijd gegund om zelf op eigen kracht zijn (onbekende) ziekte te overwinnen (Cassell, 1991).

12. Dit is een belangrijke vooruitgang ten opzichte van oudere classificatiesystemen die in de huisartspraktijk, zoals de diverse vormen van de E-lijst (gebruikt in de Engelse National Morbidity Surveys, de eerste landelijke morbiditeitsregistratie in Nederland (Oliemans, 1969) en bijvoorbeeld ook nu nog in de CMR-Nijmegen (Continue Morbiditeit Registratie)) waarin gewoonlijk slechts één of enkele codes bestaan voor 'symptoomdiagnoses' of - met uitzondering van de 'echte' psychopathologie - voor 'psychische en sociale problematiek (bijvoorbeeld de verzamelcategorie 'psych 135' in de CMR-Nijmegen). Zie onder andere: Oliemans (1969), NUHI (1983), Office of Population Censuses and Surveys/Royal College of General Practitioners (1986)

13. Er zijn in het verleden wel aanzetten gedaan om tot een vorm van multidimensionale diagnostiek en - registratie te komen. Zie bijvoorbeeld: Freidin (1980), Like en Reeb (1984), Scholten en Weel (1992).

14. In onderzoek waarin aan de huisarts gevraagd wordt om naast de diagnose ook een uitspraak te doen over de mate waarin het betreffende ge-

zondheidsprobleem beïnvloed wordt door psychosociale factoren blijkt dat gemiddeld 32 % van de gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk niet als louter somatisch beoordeeld wordt. Er zijn overigens grote variaties tussen artsen, hetgeen suggereert dat dit oordeel wellicht evenveel over de arts als over de klacht of de patiënt zegt. (Verhaak, 1986; Van der Velden et al, 1992).

15. Cassell (1991).

16. Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft zich dit gerealiseerd en is daarom nu bezig met het ontwikkelen van zogenaamde 'breedte-standaarden' of 'raamwerken' die de integratie mogelijk zouden moeten maken van de wetenschappelijke kennis over diagnostiek en behandeling van omschreven ziektebeelden, met de wetenschappelijke kennis over de algemene principes van 'goede hulpverlening' (arts-patiënt communicatie, continuïteit van zorg, etc.).

17. Er heeft zich in relatief korte tijd een ware revolutie voorgedaan in het soort gezondheidsproblemen waarmee de gezondheidszorg overwegend wordt geconfronteerd. Generaties lang domineerden de acute ziekten (met name de infectie-ziekten) het morbiditeitspatroon in de gezondheidszorg. Het is pas sinds de uitvinding van de antibiotica en de snel toenemende vergrijzing (pakweg sinds de tweede wereldoorlog) dat ouderdomsziekten en chronische aandoeningen het morbiditeitspatroon zijn gaan overheersen.

18. In 1976 werd reeds door de Amerikaanse 'Commission on Higher Education for Public Health' gepleit voor een brede opvatting van het epidemiologisch onderzoek, waarbij psychologische en sociale factoren - naast biologische en fysieke factoren - focus van onderzoek dienen te zijn (White, 1991). Het is echter opvallend dat er erg weinig psychologen zich aangetrokken voelen tot epidemiologisch onderzoek, terwijl de epidemiologie toch een duidelijk multidisciplinaire wetenschap is. Ook in de psychiatrische epidemiologie komen we weinig psychologen tegen, en wel veel sociologen.

19. Vooral de Vakgroep Sociale Psychiatrie uit Groningen (onder leiding van Professor Giel) en de onderzoekers van het Regioproject Nijmegen hebben in Nederland baanbrekend werk verricht. Zie bijvoorbeeld: Giel et al (1991), Ormel et al (1990), Hodiament et al (1987), Hodiament (1986).
20. De DSM-III-R is daarvan het meest recente voorbeeld. Zie onder andere: Spitzer (1989).
21. Het RIVM-rapport 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning' maakt overigens pijnlijk duidelijk dat hier nog een lange weg te gaan is. (RIVM, 1993).
22. Een mooi historisch overzicht waarin de 'professionalisering' van de psychiatrische epidemiologie (waarbij steeds verfijndere methoden worden toegepast om de 'echte' psychopathologie vast te stellen) wordt toegelicht aan de hand van een beschrijving van zogenaamde eerste -, tweede -, en derde generatie studies is te vinden in Dohrenwend (1990).
23. De DSM-III is een bewust 'theorieeloos' classificatiesysteem.
24. Zie ook de discussie hierover tussen Ter Heine en Bensing in het Tijdschrift Gezondheid en Samenleving. (Ter Heine, 1983; Bensing, 1983).
25. Ook wordt wel het onderscheid gemaakt tussen 'geestesziekte' en 'psychische problemen'. Vergelijk voor een beschouwing hierover o.a.: (Hodiament, 1983; Hodiament et al, 1986; Schnabel, 1987).
26. Furer en Tax (1987).
27. McGuire (1973), Eysenck et al (1983), Dohrenwend (1990).
28. Observatie van de video-consulten leerde ons dat gemiddeld 2,5 gezondheidsproblemen werden gepresenteerd, verdeeld over nagenoeg alle letters van het alfabeth van de International Classification of Primary Care. Lichamelijke problemen, maar ook psychische, neurologische en sociale problemen kwamen regelmatig aan de orde. Bij ruim 60 % van de consulten was de huisarts van mening dat bij het consult van deze hy-

pertensiepatiënten ook psychosociale factoren een rol speelden. Deze cijfers komen in grote lijnen overeen met de cijfers uit de grootschalige Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk, waar in ruim 76 % van de 32.800 spreekuurkontakten met patiënten die voor hun bloeddruk bij de huisarts komen ook andere gezondheidsproblemen aan de orde komen; in 17,6 % van de consulten betrof het expliciet psychische en/of sociale problemen.

29. Cassell (1991) gaat zelfs zover te veronderstellen dat wat gewoonlijk 'depressie' wordt genoemd in feite niets anders is dan een langdurig lijden dat op geen enkele wijze wordt verlicht of waar geen enkel uitzicht meer biedt op een mogelijke verlichting. Zodanig gedefinieerd is het niet verwonderlijk dat juist chronisch zieken zo vaak als 'depressief' worden ge-diagnostiseerd.
30. Vgl. Schnabel, 1987. Ook ander onderzoek wijst op dit fenomeen. Zo bleek uit een onderzoek van Hoogduin, et al dat 32 % van de onderzochte psychiatrische patiënten ook een lichamelijke ziekte had, waarvan een belangrijk deel onopgemerkt was. Van de personen boven de zestig jaar had zelfs de helft niet eerder ontdekte, en soms levensbedreigende lichamelijke aandoeningen. (Hoogduin et al, 1987).
31. Zie bijvoorbeeld: Dohrenwend et al (1980), Van der Zee (1982), De Marco (1984), Bensing en Verhaak (1994), Verhaak (accepted for publication).
32. Van de 92 patiënten die (in een serie random video-opnamen in enkele huisartspraktijken) een hoge score hadden op de General Health Questionnaire, een screeningsinstrument voor het opsporen van psychische problematiek) presenteerde slechts éénvijfde ook psychische problemen op het spreekuur. Gemiddeld werden door deze groep patiënten bijna 3 gezondheidsproblemen per consult gepresenteerd, verdeeld over het hele scala van mogelijke aandoeningen. Bij bestudering van de videobanden bleek enerzijds dat soms op basis van de klachtenpresentatie in het geheel niet bevroed kon worden dat het om een patiënt ging met een hoge GHQ-score (de casus van 'de ingegroeide teennagel'), terwijl andersom sommige patiënten evidente psychische problemen pre-

senteerden zonder een verhoogde GHQ te hebben (de casus van 'de hyperventilerende vrouw')(Bensing en Beerendonk, 1990).

33. Zie voor een recent overzicht van de stand van kennis op dit terrein o.a.: Steptoe (1991), Jabaaij en Vingerhoets (1992), Leigh en Reiser (1992).
34. Zie ook: Cassell (1991).
35. De gescheiden wetenschapsbeoefening is zowel zichtbaar op de universiteiten, waar medische faculteiten en sociaal-wetenschappelijke faculteiten afzonderlijk zijn georganiseerd, als bij NWO, waar het medisch onderzoek is ondergebracht in het Gebied Medische Wetenschappen en het sociaal-wetenschappelijk onderzoek in het gebied voor Maatschappij en Gedragwetenschappen.
36. Zie voor een beschouwing over de verschillen tussen lekenopvattingen en professionele opvattingen over ziekte, en de transities daarin o.a. Helman (1985) en Kleinman (1988)  
Overigens doet dit verschijnsel zich ook in de geestelijke gezondheidszorg voor. In Nederland heeft met name de Swaan aandacht gevraagd voor de wijze waarop patiënten hun problemen geleidelijk aan vertalen in de terminologie van de behandelaars. Hij noemde dit het verschijnsel van de protoprofessionalisering (Brinkgreve et al, 1979).
37. Zelfs in de huisartspraktijk waar de 'integrale hulp aan de patiënt en zijn gezin' tot de hulpverleningsfilosofie behoort wordt als vuistregel gehanteerd dat men in geen geval een medische diagnose mag missen. Daarom worden gewoonlijk eerst lichamelijke oorzaken opgespoord en pas ontstentenis van biomedische aanknopingspunten gekeken naar de eventuele psychologische of sociale etiologische factoren. Dat laatste mag volgens sommigen zelfs alleen gebeuren wanneer de patiënt zelf nadrukkelijk aangeeft dat hij daarover met de huisarts wil spreken (Lamberts, 1991).
38. Cassell (1991).
39. Dorrestein (1993).

40. Dit gebeurde tijdens een workshop over sexe asymmetrieën in de arts-patiënt communicatie op de conferentie 'Vrouwen kiezen in de zorg', 8 maart 1994, Krasnapolsky, Amsterdam.
41. Dorrestein (1993), Spaink (1992).  
Van het boek van Renate Dorrestein zijn inmiddels al rond de 65.000 exemplaren verkocht. Beide boeken zijn opgenomen in de top 10 van de best verkochte boeken op het terrein 'Lichaam en geest' in 1992/93.
42. In zijn oratie 'Het eigene en het aardige van de Geestelijke Gezondheidszorg' beschrijft Schnabel (1987) als een van de verschillen tussen de somatische gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg, dat de somatische gezondheidszorg zich vooral met ziekte bezighoudt, terwijl de geestelijke gezondheidszorg zich vooral op de zieke richt. Het zal uit het voorgaande duidelijk zijn dat ik van mening ben dat ook in de somatische gezondheidszorg artsen zich met zouden moeten bezig houden met de zieke, en niet alleen met de ziekte; in de huisartspraktijk is dit overigens ook nu al het geval.
43. Cassell (1991).
44. Deze wereldwijde actie van de WHO heeft in Nederland gestalte gekregen in de Nota 2000. Tot dat moment was de aandacht van beleidsmakers vooral op het aanbod van de gezondheidszorg gericht. Vanaf het verschijnen van de Nota 2000 is systematisch meer aandacht aan de vraagzijde besteed, zoals recent nog te zien is aan het prestigieuze in opdracht van WVC vervaardigde document Volksgezondheids Toekomst Verkenningen (WHO, 1981; Nota 2000, 1986; RIVM, 1993).
45. Sinds 1974 wordt door het CBS jaarlijks het zogeheten 'leefsituatieonderzoek' uitgevoerd, waarin o.a. informatie is opgenomen over langdurige aandoeningen. Sinds 1981 wordt een aparte 'gezondheidsenquête' uitgevoerd onder de bevolking, voorafgegaan door een proefenquête in 1979. In 1987 zien we voor het eerst de categorie 'subjectief ervaren gezondheidstoestand' in de CBS-statistieken verschijnen (bron: mondelinge mededeling JGM van Hussen, afdeling gezondheidsstatistiek CBS).



46. Dit wordt zichtbaar in de instrumenten die gewoonlijk worden gebruikt om 'gezondheid' te meten: de Sickness Impact Profile, de MOS-short form, de Nottingham Health Profile. Zie o.a.: Bergner et al (1981), Hunt et al (1985), Stewart et al (1988).
47. In deze categorie valt het onderzoek naar de invloed van bijvoorbeeld sexe, sociaal economische status, maatschappelijke positie en etniciteit op ziekte, gezondheid en het gebruik dat van de gezondheidszorg wordt gemaakt. De hausse in onderzoek naar de relatie tussen gender en gezondheid en gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen - een terrein waarop zowel mijn Vakgroep als het NIVEL actief zijn - is een mooi voorbeeld van onderzoek waar sociaal-wetenschappelijke theorieën een welkome aanvulling vormen op het vaak wat mechanische epidemiologische onderzoek.
48. Met name vanuit de psychologie wordt momenteel veel onderzoek gedaan op dit terrein. Zie voor een recent overzicht o.a.: Maes et al (1988), Winnubst en Maes (1992).
49. Het verschil tussen 'een ziekte hebben' en 'aan een ziekte lijden' is vergelijkbaar met het verschil tussen het engelse 'disease' en het engelse 'illness', door Cassell ook heel mooi omschreven als 'illness' heb je op weg naar de huisarts; 'disease' heb je als je van de dokter af komt.
50. Idler en Kal (1991).
51. De relevantie van de subjectieve gezondheidservaring wordt bevestigd in het proefschrift waarop Hans Bosma op 20 mei a.s. in Maastricht hoopt te promoveren. Hij formuleert zelfs als een van zijn stellingen (ik citeer: "Hoe mensen hun eigen gezondheid beoordelen is - onafhankelijk van de meer objectieve maten voor de gezondheid - een sterke voorspeller van een hartinfarct en de levensverwachting. Door huisartsen moet dan ook meer waarde gehecht worden aan het antwoord op de vraag hoe mensen zelf hun gezondheid inschatten") (Bosma, 1994).
52. Roter en Hall (1992).

53. De veronderstelling dat de onderzoeksresultaten verklaard zouden kunnen worden door de factor 'optimisme-pessimisme' wordt overgenomen door Roter en Hall (1992). Zij sluiten daarbij aan bij een groeiende stroom onderzoeksliteratuur die inderdaad laten zien dat 'optimisme' een directe invloed uitoefent op het verloop van ziekte, die ook op fysiologisch niveau is terug te vinden. In het door Cooper en Payne geredigeerde boek wordt in diverse artikelen melding gemaakt van deze factor (Cooper en Payne, 1993). Een recent nederlandstalig overzicht van de literatuur op dit terrein is te vinden in: de Ridder en Schreurs (1994).
54. Een overzicht over de relevantie van de factor 'personal control' bij processen rond ziekte en gezondheid is te vinden in Steptoe en Appels (1989). Zie voor een zeer recente onderzoekspublikatie op dit terrein ook: Bosma, 1994.
55. Roter en Hall (1992).
56. Hall et al (1989).
57. Dit geldt ook voor lichamelijke aandoeningen waarbij door het gebruik van medicatie de symptomen effectief kunnen worden onderdrukt, zonder dat de oorzaak van het probleem wordt weggenomen. Ook komt het voor dat patiënten de ernst van hun (lichamelijke of psychische) problemen bewust of onbewust verdringen of ontkennen, omdat zij het beseft ervan niet aankunnen. Deze situaties vormen een legitimatie voor actief preventief ingrijpen door de arts.
58. Zie voor een bespiegeling hierover Bensing (1991)(b). Zie ook diverse publikaties over dit onderwerp van Ben-Sira (1982(a), 1982(b), 1984, 1985(a), 1985(b), 1986).
59. Zie ook: Cassell (1991), de Ridder en Schreurs (1994).
60. Dit is met name onderzocht bij kanker, waarbij bleek dat in de diagnostische fase vooral de onzekerheid overheerst, waarbij patiënten vooral gebaat zijn bij medische informatie, bij voorkeur van hun arts. In latere fasen gaan meer emotionele zaken spelen en lijkt emotionele steun van

naasten het meest aangewezen. Zie o.a. Weisman (1979), Ros (1990), Ros et al (1992).

61. Cassell (1991).

62. Enkele auteurs merken op dat zelfs het gaan naar een dokter een stresserende gebeurtenis is. Angst en onzekerheid kunnen een rol spelen bij doktersbezoek, bijvoorbeeld wanneer een patiënt niet weet of hij zijn boodschap wel goed onder woorden zal kunnen brengen, of hij dat hij niets zal vergeten te vragen. Ook zijn patiënten vaak bang is dat de arts de klachten niet serieus genoeg zal nemen en de patiënt als een zeurkous zal bestempelen (Friedman (1979), Ben-Sira (1980), Brody, (1980)).

63. Zie Huygen voor een overtuigende beschrijving van de invloed van het gezin van herkomst op de beleving van symptomen en de neiging tot doktersbezoek: Huygen (1978).

64. Cassell stelt dat de meeste artsen het correct diagnostiseren en zo mogelijk genezen van de ziekte als belangrijkste doel van de geneeskunde formuleren. Hij is het hier niet mee eens. Hij vindt dat de verlichting van het individuele lijden het belangrijkste doel zou moeten zijn. Het genezen van ziekte kan daar een onderdeel van zijn, maar hoeft niet het hoofdelement te vormen. Cassell (1991).

65. Vergelijk ook het al eerder geciteerde boek van Steptoe en Appels (1989) over dit onderwerp. Dat dezelfde ideeën leven in de patiëntenwereld blijkt o.a. uit de resultaten van het onderzoek 'Tijd voor de patiënt' dat onlangs door de Nationale Patiënten Consumenten Federatie is uitgevoerd over (o.a.) omgaan met ziekte en gezondheid. In dit onderzoek bleek dat vooral items als 'zorgen dat je je eigenwaarde behoudt', 'zorgen dat je zelf blijft beschikken over de inrichting van je leven', en 'naar je lichaam luisteren' belangrijk gevonden te worden. Ook 'de verantwoordelijkheid niet uit handen geven' en 'kennis verzamelen' scoorden hoog (Malsch en Blaauwbroek, 1993).

66. Lazarus en Folkman (1984).

67. Zie voor een recent overzicht over de ontwikkeling in het stress-coping onderzoek: de Ridder en Schreurs (1994).
68. Er is een groeiende stroom onderzoeksliteratuur op dit terrein. Zie bijvoorbeeld: Steptoe en Appels (1989), Leigh en Reiser (1992), Steptoe (1991), Ballieux (1994).
69. Zie o.a. Kirschbaum et al (1992).
70. Steptoe (1991).
71. Steptoe (1991).
72. De Ridder en Schreurs (1994).
73. Zie o.a. Steptoe en Appels (1989), Steptoe (1991), Roter en Hall (1992), de Ridder en Schreurs (1994).
74. Ik beperk me hier tot literatuur over arts-patiënt communicatie, omdat op dit terrein het meeste bekend is. De resultaten zijn waarschijnlijk grotendeels te extrapoleren naar de communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten, alhoewel er ook interessante verschillen zijn. Zo is het beseft dat een ziekte meer is dan een medische diagnose in de verpleegkundige wereld gemeengoed. In de verpleegkundige literatuur wordt al lang aandacht besteed aan de consequenties van ziekte (vooral in de vorm van beperkingen in de ADL en HDL-sfeer).
75. Zie o.a. Bensing (1991)(b), Cassell (1991), Leigh en Reiser (1992), Roter en Hall (1992).
76. Artsen moeten uiteraard geen psychotherapeuten worden. Meestal kent het lijden van de patiënt echter mildere vormen, vormen die zich niet laten classificeren in de DSM-III, maar die wel degelijk bestaan en aandacht behoeven.

77. Zie voor een literatuuroverzicht van de theoretische achtergronden van deze beide dimensies van het artsengedrag: Bensing (1991)(a), Bensing (1991)(b).
78. Engel (1988).
79. Het veel geciteerde onderzoek van Mehrabian noemt zelfs het cijfer 93%. Zie o.a. Strecher (1983).
80. De exacte cijfers zijn: de medisch-technische kwaliteit van het consult werd voor 51 % verklaard uit het affectieve gedrag van de arts, de psychosociale kwaliteit voor 67 % en de kwaliteit van de arts-patiënt relatie voor 59 % (Bensing en Dronkers, 1992).
81. White (1988).
82. Over dit intrigerende fenomeen wordt de laatste tijd steeds meer geschreven. Zo pleitte in Nederland onlangs de Gezondheidsraad in zijn rapport: 'Alternatieve behandelwijzen en wetenschappelijk onderzoek' (1993) voor een rehabilitatie voor het placebo-effect. De Raad stelt dat het placebo-effect verantwoordelijk is voor reële effecten in zowel de alternatieve als de reguliere gezondheidszorg. Door stimulering van het zelfhelend vermogen zou het placebo-effect het spontane ziektebeloop kunnen beïnvloeden. De psychotherapeutische mechanismen achter dit verschijnsel zijn onder andere beschreven door Balint (1964) en Leigh (1992). Zie verder ook: White (1988), Cassell (1991), Skrabanek en McCormick (1992), Roter (1992).
83. Volgens het al eerder geciteerde onderzoek naar de relatie tussen arts-patiënt communicatie en de kwaliteit van het medisch consult bleek het geven van medische informatie de belangrijkste ingrediënt van het instrumentele handelen van de arts (Bensing en Dronkers, 1992).
84. Meinen (1992), Metis Bureau Vrouwenhulpverlening Nederland (1994).
85. Malsch en Blaauwbroek (1993).

86. Commissie keuzen in de zorg (1991). Zie ook: Volkskrant-interview met Prof.E. van Hall, voorzitter van het Nederlands Specialisten Genootschap (zaterdag 30 april, het Vervolg).
87. Commissie modernisering curatieve zorg (1993).
88. Bensing (1991)(b).
89. Bensing en Sluijs (1985), Gask et al (1987), Gask et al (1988).

## Literatuur

Balint M (1964)

The doctor, his patient and the illness. New York, International Universities Press.

Ballieux RE (1994)

The Mind and the Immune System. Theoretical Medicine (in druk).

Ben-Sira Z (1980)

Affective and instrumental Components in the Physician-Patient Relationship: an additional Dimension of Interaction Theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 170.

Ben-Sira Z (1982)(a)

Stress potential and esotericity of health problems: the significance of the physician's affective behavior. *Medical Care*, 20, 414.

Ben-Sira Z (1982)(b)

Lay evaluation of medical treatment and competence development of a model of the function of the physician's affective behavior. *Social Science and Medicine*, 16, 1013.

Ben-Sira Z (1984)

Chronic illness, stress and coping. *Social Science and Medicine*, 18, 725.

Ben-Sira Z (1985)(a)

Potency: a stress-buffering link in the coping-stress-disease relationship. *Social Science and Medicine*, 21, 397-406.

Ben-Sira Z (1985)(b)

Primary medical care and coping with stress and disease: the inclination of primary care practitioners to demonstrate affective behavior. *Social Science and Medicine*, 21, 485.

Ben-Sira Z (1986)

The stress-resolving component in primary medical care. *Stress Medicine*, 2, 339.

Bensing JM (1983)

Een psychosociaal probleem is net zoïets als een atoom. *Gezondheid en Samenleving*, 4, 2, 123-125.

Bensing JM (1991)(a)

Impliciete theorieën in onderzoek naar arts-patiënt communicatie. *Huisarts en Wetenschap*, 34, 7, 311-319.

Bensing JM (1991)(b)

Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice. *Academisch Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam. Utrecht, NIVEL.*

Bensing JM en Beerendonk P (1990)

Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 6, 595-618.

Bensing JM, Dronkers J (1992)

Instrumental and affective aspects of physician behavior. *Medical Care*, 1992, 30, 4, 283-298.

Bensing JM, Sluijs EM (1985)

Evaluation of an interview training course for general practitioners. *Social Science and Medicine* 20, 737-744.

Bensing JM, Verhaak PFM (1994)

Goldberg's pyramide vanuit een generalistisch perspectief. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138, 3, 130-135.

Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gibson BS (1981)

The Sickness Impact Profile. Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805.



Bosma H (1994)

A cross-cultural comparison of the role of some psychosocial factors in the etiology of coronary heart disease. Follow-up to the Kauna-Rotterdam Intervention Study (KRIS). Thesis, Maastricht, UPM.

Brinkgreve C, Onland JH, Swaan A de (1979)

Sociologie van de psychotherapie 1. De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf. Utrecht/Antwerpen, Het Spectrum.

Brody DS (1980)

The patient's role in clinical decision-making. *Annals of Internal Medicine*, 93, 718-722.

Cassell EJ (1991)

The nature of suffering and the goals of medicine. New York/Oxford, Oxford University Press.

Commissie keuzen in de zorg (1991)

Kiezen en delen. Commissie Keuzen in de zorg. Dunning AJ (voorzitter).

Commissie modernisering curatieve zorg (1994)

Gedeelde zorg: betere zorg. Commissie modernisering Curatieve zorg, Biesheuvel BW (voorzitter).

Cooper CL, Payne R (1993)

Personality and stress, individual differences in the stress process. John Wiley & Sons, Chicester.

De Marco R (1984)

Relationships between physical and psychological symptomatology in the 22-item Langer's scale. *Social Science and Medicine*, 19, 59-65.

Diekstra RFW (1990)

Hoe geestelijk is gezondheid? Individuele reactie- of gedragspatronen kunnen van grote invloed zijn op gezondheid en ziekte. *Medisch Contact*, 51/52, 1551-1554.

Dohrenwend BP (1990)

The problem of validity in field studies of psychological disorders revisited. *Psychological Medicine*, 20, 195-208.

Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS (1980)

Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology: measures for use in the general population. *Archives of general psychiatry*, 37, 11, 1229-1236.

Dorrestein R (1993)

Heden ik. Amsterdam/Antwerpen, Contact.

Engel GL (1977)

The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977, 196, 129-136.

Engel GL (1988)

How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? In: White K. *The task of medicine: dialogue at Wickenburg*. Menlo Park, California, The Henri Kaiser Family Foundation.

Eysenck HJ, Wakefield JA, Friedman AF (1983)

Diagnosis and Clinical Assessment: The DSM III. *Annual Review Psychology*, 34, 167-193.

Foets M, Sixma H (1991)

Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Gezondheid en Gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. NIVEL.

Freidin RB (1980)

Primary Care Multidimensional Model. A framework for formulating health problems in a primary care setting. *General Hospital Psychiatry*, 1980, 2, 10-19.

Friedman HS (1979)

Nonverbal communication between patients and medical practitioners. *Journal of Social Issues*, 35, 82-99.

Furer JW en Tax LCMM (1987)

Eindrapport van het Regioproject Nijmegen. Nijmegen, Instituut voor Sociale Geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen.

Gask L, Goldberg D, Lesser AL, et al (1988)

Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course. *Medical Education*, 22, 132-138.

Gask L, McGrath G, Goldberg D, et al (1987)

Improving the psychiatric skills of established general practitioners: evaluation of group teaching. *Medical Education*, 21, 362-368.

Giel R, Koeter MWJ, Meer K vd, Ormel J (1991)

De filters in het model van Goldberg en Huxley in de praktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 34, 4, 169.

Hall JA, Epstein AM, McNeil BJ (1989)

Multidimensionality of health status in an elderly population: construct validity of a measurement battery. *Medical Care*, 27, 168-177.

Heine EJH ter (1983)

Wat zijn psychosociale problemen? Een voorstel voor een begripsomschrijving. *Gezondheid en Samenleving*, 4, 2, 119-122.

Helman, CG (1985)

Communication in Primary Care: the role of patient and practitioner explanatory models. *Social Science and Medicine*, 20, 9, 923-931.

Hodiamont PPG (1983)

Het 'wat' in de psychiatrische epidemiologie. *Tijdschrift voor de Psychiatrie*, 25, 6, 391-405.

Hodiamont PPG (1986)

Het zoeken van zieke zielen: een onderzoek omtrent diagnostiek, epidemiologie en hulpzoekgedrag in het kader van de sociale psychiatrie. Academisch Proefschrift. Nijmegen, Katholieke Universiteit.

Hodiamont PPG, Heine EJH ter, Heyendael PHJM, Furer JW, Peer PGM (1986)

Psychiatrische en psychosociale problematiek: overeenkomst en verschil: resultaten van een bevolkingsonderzoek in Nijmegen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 41, 2, 128-144.

Hodiamont PPG, Peer N, Syben N (1987)

Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. Psychological Medicine, 17, 495-505.

Hoogduin CAL, Haan E de, Terluin B, Dolman C (1987)

Lichamelijke ziekten bij psychiatrische patiënten. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 42, 1101-1108.

Hunt SM, McEwen J, Kenna SP (1985)

Measuring Health Status; a new tool for clinicians and epidemiologists. Journal of the Royal College of General Practitioners, 35, 185-188.

Huygen FJ (1978)

Family Medicine: the medical life history of families. Nijmegen, Dekker & van de Vegt.

Idler EL, Kal SV (1991)

Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality? Journal of Gerontology, 46, 55-65.

Jabaaij L, Vingerhoets AJJM (1992)

Psychoneuroimmunological research: perspectives and limitations. In: Winnubst JAM, Maes S. Lifestyles Stress and Health. New Developments in Health Psychology. Leiden, DSWO press.

- Kirschbaum C, Jabaaij L, Buske-Kirschbaum A, Hennig J, Blom M, Dorst K, Bauch J, DiPauli R, Schmitz G, Ballieux R, Hellhammer D (1992)  
Conditioning of drug-induced immunomodulation in human volunteers: a European Collaborative Study. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 459-472.
- Kleinman A (1988)  
The illness narratives: suffering, healing and the human condition. New York, Basic Books.
- Lamberts H (1991)  
In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad, Meditekst, 1991.
- Lamberts H, Wood M, (eds)(1987)  
International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford, Oxford University Press.
- Lazarus RS, Folkman S (1984)  
Stress, appraisal and coping. New York, Springer.
- Leigh H, Reiser MF (1992)  
The patient. Biological, psychological and social dimensions of medical practice (third edition). New York, Plenum Medical Book Company.
- Lieshout P van, Mol, A de (1989)  
Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van de huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985. Academisch Proefschrift. Nijmegen, Sun.
- Like RL, Reeb KG (1984)  
Clinical Hypothesis Testing in Family Practice: a biopsychosocial perspective. *The Journal of Family Practice*, 19, 4, 517-523.
- Mackenbach JP (1992)  
De veren van Icarus. Over de achtergronden van twee eeuwen epidemiologische transitie in Nederland. Utrecht, Bunge.

- Maes S, Spielberger CD, Defares PB, Sarason IG (eds)(1988)  
Topics in Health Psychology. Chichester, John Wiley & Sons, 1988.
- Malsch M, Blaauwbroek H (1993)  
Tijd voor de patiënt. Nationale Patiënten Consumenten Federatie (NP/CF).
- Martin DP, Gilson BS, Bergner M, Bobbitt RA, Pollard WE, Conn JR, Cole WA (1976)  
The Sickness Impact Profile: potential use of a health status instrument for physician training. Journal of Medical Education, 51, 942-947.
- McGuire (1973)  
Classification and the Problem of Diagnosis. In: Eysenck HJ (ed.). Handbook of abnormal Psychology. Belfast, Universities Press.
- Meinen A (1992)  
Eigen Keuze, keuzen in de zorg vrouwen een zorg? Metis, Utrecht.
- Metis (1994)  
'n Zorg. Congreskrant vrouwen kiezen met zorg. Metis Bureau Vrouwenhulpverlening Nederland, Utrecht.
- Nota 2000 (1986)  
Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986, 19 500, nrs. 1-2.
- NUHI (1983)  
Diagnose- en trefwoord-kodering. Gebaseerd op Continue Morbiditeits Registratie. Nijmegen, NUHI (tweede druk).
- Office of Population Censuses and Surveys/Royal College of General Practitioners (1986)  
Morbidity Statistics from General Practice 1981-1982. Third National Study. London, HMSO.

Oliemans AP (1969)

Morbiditeit in de huisartspraktijk: het vóórkomen van ziekten en/of gebreken in de huisartspraktijk, naar gegevens verzameld in een groepsonderzoek bij 52 Nederlandse huisartsen en in een continue registratie door 5 Nederlandse huisartsen. Academisch Proefschrift. Leiden, Stenfert Kroese.

Ormel J, Brink W vd Koeter MWJ, Giel R, Meer K vd, Willige G vd, Wilmink FW (1990)

Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychological Medicine*, 20, 909-923.

Ridder DTD de, Schreurs KMG (1994)

Coping en sociale steun bij chronisch zieken. Een overzicht van recent onderzoek. Nationale Commissie Chronisch Zieken, Zoetermeer.

RIVM (1993)

Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De Gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Ruwaard D, Kramers PGN (eds), Den Haag, SDU.

Ros WJG (1990)

Sociale Steun bij kankerpatiënten. Academisch proefschrift. Amsterdam, Thesis Publishers.

Ros WJG, Winnubst JAM, Couzijn AL (1992)

The effects of social support on cancer patients: coping style and stage of illness as moderators. In: Winnubst JAM, Maes S. *Lifestyles stress and health. New developments in health psychology*. Leiden, DSWO press.

Roter DL, Hall JA (1992)

Doctors talking with patients - Patients talking with doctors. Improving communication in medical visits. Westport, Connecticut/London, Auburn House.

Schnabel P (1987)

Het eigene en het aardige van de Geestelijke Gezondheidszorg. Oratie. Utrecht, NcGv/UU.

Scholten JHG, Weel C van (1992)

Functional Status Assessment in family practice. The Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA, Lelystad, Meditekst.

Skrabanek P, McCormick J (1992)

Follies and fallacies in medicine. Second edition. The Tarragon Press.

SMR (1979)

Classificatie van ziekten 2980, deel I: systematisch. Utrecht, SMR.

Spaink K (1992)

Het strafbare lichaam. Amsterdam, de Balie.

Spitzer RL (1989)

DSM-III-R casebook: a learning companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC, American Psychiatric Press.

Step toe A, Appels A (eds)(1989)

Stress, personal control and health. Chichester, John Wiley & Sons.

Step toe A (1991)

Psychological Coping, Individual Differences and Physiological Stress Responses. In: Cooper CL, Payne R. Personality and Stress. Individual Differences in the Stress Process. Chichester, John Wiley & Sons.

Stewart AL, Hays RD, Ware JE (1988)

The MOS Short-form General Health Survey. Reliability and validity in a patient population. Medical Care, 26, 724-735.

Strecher VJ (1983)

Improving physician-patient interactions: a review. Patient Counseling and Health Education, 4, 129-136.



Velden J van der, Bakker DH de, Claessens AAMC, Schellevis FG (1992)  
Morbidity in General Practice, Dutch Survey of General Practice. Utrecht,  
NIVEL.

Verhaak PFM (1986)

Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huis-  
artspraktijk. Een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen.  
Dissertatie. Erasmus Universiteit Rotterdam. Utrecht, NIVEL.

Verhaak PFM (1988)

Functionele klachten: de nieuwe kleren van de keizer? Huisarts en We-  
tenschap, 31, suppl. Huisarts en Praktijk 12, 25-31.

Verhaak PFM (1994)

Determinants of the help-seeking process: Goldberg and Huxley's first  
level and first filter. Psychological Medicine, accepted for publication.

Weisman AD (1979)

A model for psychological phasing. General Hospital Psychiatry, 1, 187-  
195.

White KL (1988)

The Task of Medicine. Dialogue at Wickenburg. Menlo Park, California,  
The Henri Kaiser Foundation.

White KL (1991)

Healing the Schism. Epidemiology, medicine and the public's health.  
Springer Verlag, New York.

WHO (1967)

Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries  
and Causes of Death. Vol. I, Geneva, WHO.

WHO (1981)

Global strategy for health for all by the year 2000, WHO, Genève.

Winnubst JAM, Maes S (1992)

Life Styles, Stress and Health. New Developments in Health Psychology.  
Leiden, DSWO press.

Zee J van der (1982)

De vraag naar diensten van de huisarts. Academisch Proefschrift Rijks  
Universiteit Limburg. Utrecht, Nivel.