

Ferdi de Goede • Marijke de Goede

Boom



INLEIDING IN DE GEZONDHEIDSPSYCHOLOGIE

Inleiding in de gezondheidspsychologie

Voor onze kinderen Oliver, Ella-Mae en Aiden

Inleiding in de gezondheidspsychologie

Ferdi de Goede
Marijke de Goede

Boom

inclusief website!



Met behulp van onderstaande unieke activeringscode krijg je toegang tot de website **www.inleidingindegezondheidspsychologie.nl** voor extra materiaal. Deze code is persoonsgebonden en gekoppeld aan de eerste druk. Na activering van de code is de website twee jaar toegankelijk. De code kan tot zes maanden na het verschijnen van een volgende druk worden geactiveerd. De code is eenmalig te gebruiken.

Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag
Basisontwerp omslag: Dog & Pony, Amsterdam
Omslagontwerp: Haagsblauw Den Haag
Beeld omslag: Drazen_

© De Goede, De Goede & Boom uitgevers Amsterdam, 2021

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vervaelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische vervaelvoudingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

ISBN 978 90 2440 083 6
ISBN 978 90 2440 097 3 (e-book)
NUR 770

www.inleidingindegezondheidspsychologie.nl
www.boomhogeronderwijs.nl

Voorwoord

Toen in maart 2020 de wereldwijde pandemie van het COVID-19-virus ook Nederland bereikte, kon niemand nog om het thema ‘gezondheid’ heen. Vrijwel al het nieuws dat gepubliceerd werd, ging vanaf dat moment over de gevolgen van de uitbraak van het coronavirus. Ook werd op dramatische wijze duidelijk hoeveel impact het op mensen kan hebben wanneer hun gezondheid onder druk komt te staan en hoe groot de problemen kunnen worden als de gezondheidszorg niet meer kan voldoen aan de vraag. Toch is ziek worden maar één aspect van de gezondheid. Een ander belangrijk aspect is preventie, oftewel: gezond blijven. Zowel ziekte als gezondheid zijn belangrijk bij gezondheidspsychologie. Gedrag speelt immers een rol wanneer je gezond wilt blijven, maar ook als je ziek wordt of zelfs nooit meer beter zult worden. Gezondheidspsychologie, zoals in dit boek beschreven, gaat over de rol die menselijk gedrag speelt bij het behouden van een goede gezondheid en bij het doorlopen van ziekteprocessen.

We hebben dit boek geschreven vanuit de wens een overzicht van de gezondheidspsychologie te geven waarin de theorie en praktijk een eenheid vormen. Ook willen we de gezondheidspsychologie belichten in de context van het Nederlandse zorgstelsel zodat de casuïstiek en voorbeelden goed aansluiten bij het (toekomstige) werkveld van Nederlandse professionals of aankomende professionals. Tot slot is een belangrijke aanleiding voor het tot stand komen van dit boek geweest om in één boek de psychologie van gezondheid én ziekte weer te geven. In veel boeken over gezondheidspsychologie is weinig aandacht voor de rol van psychologie bij ziekte, terwijl veel professionals daar wel mee te maken krijgen in de praktijk.

Onze dank gaat uit naar alle mensen die betrokken zijn geweest bij het tot stand komen van dit boek. Dat zijn de docenten die uitgebreid feedback gegeven hebben op de opzet van het boek en tips hebben gegeven voor verbetering van de structuur, maar ook de meelezers en redacteurs die later in het proces feedback hebben gegeven op de inhoud van de hoofdstukken en die daarmee hebben bijgedragen aan de inhoudelijke verbetering van het boek. Tot slot danken we de medewerkers van Boom hoger onderwijs, die ons hun vertrouwen en geduld gegeven hebben, zodat wij iets hebben kunnen neerzetten waar we ons leven lang trots op zullen zijn.

Drs. Ferdi de Goede
Drs. Marijke de Goede

4 januari 2021, Glimmen

Inhoud

Inleiding	13
1 Wat is gezondheidspsychologie?	17
1.1 Wat is gezondheid?	19
1.2 Geschiedenis van gezondheid	22
1.2.1 Vroege benaderingen van gezondheid en ziekte	22
1.2.2 De humeuren	23
1.2.3 Het ontstaan van de wetenschappelijke benadering	25
1.2.4 Andere centrale wetenschappelijke inzichten	26
1.3 Modellen van gezondheid en ziekte	30
1.3.1 Het biomedische model	30
1.3.2 Biopsychosociaal model van gezondheid	32
1.4 Gezondheidspsychologie	33
1.4.1 Psychologische factoren	33
1.4.2 Sociale factoren	36
1.5 Samenvatting	40
Literatuur	42
2 Perspectieven op gezondheid en ziekte	45
2.1 Fysieke gezondheid van de Nederlander	46
2.2 Psychologische gezondheid van de Nederlander	48
2.3 Preventie versus curatie	50
2.3.1 Curatie	50
2.3.2 Preventie	54
2.4 Culturele achtergrond in gezondheid en ziekte	61
2.5 Samenvatting	64
Literatuur	66
3 Gedragsverandering: modellen en methoden	71
3.1 Modellen van gedragsverandering	73
3.1.1 Health Belief Model (HBM)	73
3.1.2 Theorie van beredeneerd gedrag (TPB)	74
3.1.3 Het transtheoretisch model	77
3.1.4 Health Action Process Approach-model (HAPA-model)	79
3.1.5 Elaboration Likelihood Model (ELM)	81
3.2 Methoden van gedragsverandering	85
3.2.1 Motiverende gespreksvoering (MGV)	85
3.2.2 Cognitieve gedragstherapie (CGT)	89
3.2.3 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	92

3.3	Samenvatting	96
	Literatuur	99
4	Verslaving en risicogedrag	103
4.1	Componenten van een verslaving	104
4.2	Seksverslaving	107
4.2.1	Psychosociale factoren	109
4.2.2	Interventies	111
4.2.3	Seksueel risicogedrag	113
4.3	Alcoholverslaving	114
4.3.1	Psychosociale factoren	116
4.3.2	Interventies	118
4.3.3	Risicovol alcoholgebruik	121
4.4	Verslaving aan drugs, inclusief medicijnen	122
4.4.1	Psychosociale factoren	123
4.4.2	Interventies	124
4.5	Samenvatting	126
	Literatuur	128
5	Voeding en beweging	133
5.1	Overgewicht in Nederland	135
5.2	Beweging in Nederland	137
5.3	Psychosociale antecedenten van overgewicht	139
5.3.1	Sociaaleconomische status	139
5.3.2	Opvoeding	141
5.3.3	Psychosociaal trauma	143
5.4	Psychosociale antecedenten van beweging	144
5.4.1	Sociaaleconomische status	144
5.4.2	Sociale invloed	145
5.4.3	Self-efficacy	146
5.5	Interventies met betrekking tot overgewicht	147
5.5.1	Cool-programma	148
5.5.2	SLIMMER-programma	150
5.5.3	Beweegkuur	151
5.6	Eetgedrag	151
5.6.1	Emotie-eten	151
5.6.2	Selectief eten	153
5.7	Voeding en gezondheid	156
5.7.1	Vlees	156
5.7.2	Zout	157
5.7.3	Omega-3-vetzuren	159
5.8	Samenvatting	160
	Literatuur	163

6	Stress en gezondheid	169
6.1	Wat is stress?	170
6.1.1	Acute stress	174
6.1.2	Chronische stress	177
6.2	De invloed van stress op gezondheid	178
6.2.1	Hart- en vaatziekten	178
6.2.2	Auto-immuunziekten	180
6.2.3	Kanker	182
6.2.4	Psychische aandoeningen	184
6.3	Omgaan met stress	188
6.3.1	Coping	189
6.3.2	Weerbaarheid	191
6.3.3	Interventies in de praktijk	193
6.4	Samenvatting	197
	Literatuur	199
7	Fremente aandoeningen	203
7.1	Verkoudheid	205
7.1.1	Coronavirus	206
7.1.2	Rhinovirus	207
7.1.3	RS-virus	208
7.1.4	Psychologische factoren bij verkoudheid	208
7.2	Griep	210
7.2.1	Influenzavirus	210
7.2.2	Psychosociale factoren bij griep	212
7.3	Nek- en rugklachten	214
7.4	Hoofdpijn en migraine	217
7.5	Prikkelbare darmsyndroom (PDS)	219
7.5.1	Stress	220
7.5.2	Psychosociale factoren van PDS	221
7.6	Overspanning	223
7.7	Samenvatting	225
	Literatuur	228
8	Interventies	233
8.1	Cognitieve gedragstherapie (CGT)	235
8.2	Motiverende gespreksvoering	244
8.3	Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	249
8.4	Oplossingsgerichte therapie (OT)	251
8.5	Mindfulness	253
8.6	Samenvatting	254
	Literatuur	257

9	Kanker	259
9.1	Wat is kanker?	260
9.2	Oorzaken en soorten	261
9.2.1	Borstkanker	263
9.2.2	Huidkanker	264
9.2.3	Prostaatkanker	267
9.3	Psychosociale hulpverlening	268
9.4	Moeite met eten	269
9.5	Cognitieve gedragstherapie bij kanker	271
9.6	Mindfulness	272
9.7	Kanker heb je samen	273
9.8	Preventie	276
9.9	Samenvatting	279
	Literatuur	280
10	Cardiovasculaire ziekten	285
10.1	Het cardiovasculaire systeem	286
10.2	Beroerte	288
10.2.1	Psychosociale factoren	291
10.2.2	Psychosociale interventies	293
10.3	Coronaire hartziekten	294
10.3.1	Psychosociale factoren	297
10.3.2	Psychosociale interventies	299
10.4	Hartfalen	300
10.4.1	Psychosociale factoren	303
10.4.2	Psychosociale interventies	304
10.5	Samenvatting	306
	Literatuur	308
11	Aandoeningen van de luchtwegen	313
11.1	De luchtwegen	315
11.2	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)	316
11.2.1	Psychosociale factoren	319
11.2.2	Psychosociale interventies	321
11.3	Astma	322
11.3.1	Psychosociale factoren	325
11.3.2	Psychosociale interventies	327
11.4	Overige luchtwegaandoeningen	329
11.4.1	Asbestkanker	329
11.4.2	Longontsteking	331
11.4.3	Kinkhoest	333
11.5	Samenvatting	335
	Literatuur	337

12	Auto-immuunaandoeningen	341
12.1	Het immuunsysteem	343
12.2	Multiple sclerose (MS)	344
12.2.1	Psychosociale factoren	347
12.2.2	Interventies	349
12.3	Reumatoïde artritis (RA)	351
12.3.1	Psychosociale factoren	353
12.3.2	Interventies	355
12.4	Diabetes type 1	356
12.4.1	Psychosociale factoren	359
12.4.2	Interventies	362
12.5	Samenvatting	364
	Literatuur	366
13	Diabetes	371
13.1	Geschiedenis	371
13.2	Prevalentie	373
13.3	Definitie	373
13.4	Typen diabetes	375
13.4.1	Diabetes type 1 en diabetes type 2	375
13.4.2	Zwangerschapsdiabetes	376
13.5	Oorzaken	378
13.5.1	Erfelijkheid	378
13.5.2	Leefstijl	379
13.6	Gevolgen	379
13.7	Behandeling	380
13.7.1	Voeding en dieet	383
13.7.2	Verbeteren leefstijl	384
13.7.3	Medicatie	384
13.8	Comorbiditeit	385
13.9	Preventie	386
13.9.1	Genoeg bewegen	387
13.9.2	Stoppen met roken	388
13.10	Samenvatting	389
	Literatuur	391
14	Aandoeningen van de hersenen	395
14.1	Dementie	396
14.1.1	Wat is dementie?	396
14.1.2	Oorzaken van dementie	399
14.1.3	Soorten dementie	401
14.1.3	Behandeling	402
14.1.4	Naasten van mensen met dementie	404
14.1.5	Preventie	405

14.2	Epilepsie	406
14.2.1	Wat is epilepsie?	407
14.2.2	Psychogene niet-epileptische aanvallen (PNEA)	407
14.2.3	Oorzaken epilepsie	408
14.2.4	Comorbiditeit	409
14.2.5	Behandeling en adaptatie	409
14.2.6	Seksualiteit	411
14.3	Niet-aangeboren hersenletsel (NAH)	412
14.3.1	Wat is NAH?	412
14.3.2	Kinderen en NAH	413
14.3.3	Oorzaak en gevolgen	413
14.3.4	Behandeling	414
14.3.5	Omgaan met NAH	415
14.4	Samenvatting	417
	Literatuur	419
15	Ernstige psychiatrische aandoeningen	425
15.1	Definitie ernstige psychiatrische aandoening	426
15.2	Psychose	429
15.3	Persoonlijkheidsstoornis	432
15.4	Interventies	436
15.4.1	Health/disease management	436
15.4.2	Mentalization-Based Treatment (MBT)	436
15.4.3	Herstel	437
15.5	Ouderschap bij een ernstig psychiatrische stoornis	438
15.6	Maatschappelijke gevolgen	440
15.7	Samenvatting	441
	Literatuur	443
	Begrippenlijst	445
	Illustratieverantwoording	455
	Trefwoordenregister	459
	Over de auteurs	467

Inleiding

We hechten enorm veel waarde aan onze gezondheid. Sinds de uitbraak van COVID-19 geldt dat zelfs meer dan ooit. Wanneer duidelijk wordt dat onze gezondheid kwetsbaar is, levert dat allerlei reacties op, zoals stress en angst. Er kunnen zelfs psychologische stoornissen uit voortkomen, zoals een ziekte-angststoornis of overspanning. Daaruit blijkt dat psychologie onlosmakelijk verbonden is met gezondheid en ziekte. Gezondheidspsychologie is daarmee een wezenlijk onderdeel van de psychologie. Het verdient dan ook een plek in veel opleidingen in het sociale domein en in het gezondheidsdomein. In de gezondheidspsychologie wordt aandacht gegeven aan de rol van menselijk gedrag bij het behouden van een goede gezondheid, maar ook aan de rol van gedrag wanneer mensen ziek worden, ziek zijn en niet meer beter worden.

Waar mogelijk is in dit boek ruimte gemaakt voor het aspect preventie. In Nederland lopen de zorgkosten ieder jaar op. Twintig jaar geleden lagen de totale zorgkosten per jaar in Nederland op ongeveer 40 miljard euro en inmiddels is dat meer dan 100 miljard euro per jaar. Het is nog niet duidelijk wat het effect van COVID-19 is op de zorgkosten, maar dit zal ongetwijfeld fors zijn. Preventie is daarom een onderwerp dat steeds relevanter wordt. Immers, wanneer ziekte voorkomen kan worden, hoeven er minder zorgkosten gemaakt te worden. Preventie komt daarom in een aantal hoofdstukken expliciet aan bod.

Dit boek onderscheidt zich in drie opzichten van andere titels over dit onderwerp. Ten eerste wordt in deze uitgave aandacht gegeven aan ziekte in de brede zin van het woord. Diverse levensbedreigende en chronische ziekten worden uitvoerig behandeld, maar ook alledaagse aandoeningen komen uitgebreid aan bod. Hoewel de positieve psychologie terecht vraagt om een positieve blik met aandacht voor preventie en gezondheidsbevorderend gedrag, kan men er in de praktijk niet omheen dat ziekte vaak een grote impact heeft op het leven van mensen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat ziekenhuizen en Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD's) vaak ook gezondheidspsychologen in dienst hebben. Daarnaast zijn er veel andere beroepen waarin men dagelijks te maken heeft met zieke mensen en de psychosociale factoren die meespelen bij ziekte.

Een tweede aspect waarop dit boek zich onderscheidt van vergelijkbare werken is dat de gezondheidspsychologie volledig wordt belicht in de context van het Nederlandse zorgstelsel. Elk hoofdstuk bevat herkenbare casuïstiek en voorbeelden uit het Nederlandse zorgstelsel. Daarmee sluit het boek goed aan op de gezondheidspsychologie zoals de (toekomstige) professional deze zal tegenkomen in zijn werkveld.

Tot slot is dit boek geschikt voor gebruik in een breed scala aan opleidingen. Het kan worden ingezet bij opleidingen in het sociale domein, bijvoorbeeld toegepaste psychologie en social work, maar het sluit ook goed aan bij opleidingen als voeding en diëtetiek, verpleegkunde en fysiotherapie. Het boek is tevens zeer geschikt voor professionals die zich bezighouden met gezondheid en ziekte, bijvoorbeeld (bedrijfs)maatschappelijk werkers, (leefstijl)coaches, (huis)artsen, medewerkers van zorgverzekeraars, medewerkers van het UWV, medewerkers van hospices, fysiotherapeuten, managers en vele anderen.

Leeswijzer

Dit boek is opgedeeld in twee delen. In het eerste deel wordt aandacht gegeven aan de definitie van gezondheidspsychologie, haar geschiedenis en de perspectieven, theorieën en modellen die daarbij van belang zijn. Ook staan in deel I de gedragsmatige en mentale aspecten van gezondheid centraal, vaak met aandacht voor preventie. In het tweede deel van het boek komen specifieke ziektebeelden aan bod en de rol van psychosociale aspecten binnen die ziektebeelden. Ook worden interventies besproken die ingezet kunnen worden ter behandeling of verbetering van de psychosociale uitkomsten van ziekte. Uiteraard is er ook aandacht voor de effectiviteit van deze interventies.

Hoofdstuk 1 gaat in op wat gezondheid is en hoe het begrip gezondheid zich in de tijd heeft ontwikkeld. Daarnaast worden de meest vooraanstaande modellen van gezondheid en ziekte besproken en wordt nader toegelicht welke psychologische en sociale factoren samenhangen met gezondheidspsychologie. *Hoofdstuk 2* gaat over de verschillende manieren waarop mensen naar gezondheid kunnen kijken, zoals fysieke gezondheid versus mentale gezondheid, maar ook de bijdrage die cultuur daaraan levert. Ook wordt gezondheid bekeken vanuit het perspectief van preventie en dat van curatie. *Hoofdstuk 3* belicht het veranderen van gedrag. Verschillende modellen en methoden worden nader toegelicht met concrete voorbeelden en gesprekstranscripten om de professional meer hands-on te laten ervaren hoe de methoden ingezet kunnen worden. In *hoofdstuk 4* wordt stilgestaan bij verslaving en risicogedrag. Er wordt een aantal verslavingen en vormen van risicogedrag besproken en ook wordt toegelicht welke interventies hierbij ingezet worden en wat er bekend is over de kwaliteit ervan. *Hoofdstuk 5* bespreekt de onderwerpen voeding en beweging. Er wordt bekeken hoe het gesteld is met overgewicht en beweging in Nederland. Ook wordt ingegaan op de psychosociale antecedenten van beide onderwerpen en de interventies die ingezet worden om overgewicht te beïnvloeden. Tot slot wordt eetgedrag belicht en wordt kort stilgestaan bij de relatie tussen voeding en gezondheid. *Hoofdstuk 6* richt de aandacht op de relatie tussen stress en gezondheid. Verschillende soorten stress worden besproken en de relatie van stress met gezondheid wordt uitgebreid behandeld. Daarnaast wordt gekeken naar hoe mensen met stress omgaan. *Hoofdstuk 7* gaat over alledaagse aandoeningen die over het algemeen geen levensbedreiging veroorzaken. Centraal staat hoe deze kwalen de psychosociale kant van gezondheid beïnvloeden en

welke psychosociale factoren juist aan de voorkant van de kwalen plaatsvinden. *Hoofdstuk 8* beschrijft verschillende interventies die (onder andere) ingezet worden binnen de gezondheidspsychologie en geeft concrete voorbeelden van gesprekstrascripten om het begrip van de interventies te vergroten. Vervolgens wordt in *hoofdstuk 9* stilgestaan bij kanker en de psychosociale factoren die daarbij meespelen. Ook wordt belicht welke interventies inzetbaar zijn bij de psychosociale kant van kanker en wat er bekend is over de kwaliteit van deze interventies. *Hoofdstuk 10* behandelt cardiovasculaire ziekten en besteedt aandacht aan psychosociale factoren die hierbij meespelen en de inzetbare psychosociale interventies en hun kwaliteit. Dezelfde opzet geldt ongeveer voor *hoofdstuk 11*, waar aandacht wordt besteed aan aandoeningen van de luchtwegen. Er wordt ingegaan op verschillende aandoeningen van de luchtwegen en vervolgens worden de psychosociale factoren en interventies besproken. Ook in *hoofdstuk 12* worden psychosociale factoren en interventies belicht, maar in dit geval van auto-immuunziekten. In *hoofdstuk 13* wordt aandacht geschonken aan diabetes en haar verschillende verschijningsvormen. Er wordt gekeken naar de oorzaken, gevolgen, behandelingen en comorbiditeit. Een vergelijkbare opzet wordt in *hoofdstuk 14* gehanteerd, dat over aandoeningen van de hersenen gaat. Verschillende aandoeningen worden besproken, oorzaken en gevolgen worden beschreven en eventuele behandelingen passeren de revue. Het laatste hoofdstuk, *hoofdstuk 15*, gaat over ernstige psychiatrische aandoeningen. Er worden verschillende belicht en ook wordt aandacht geschonken aan behandelingen en aanverwante factoren, zoals ouderschap bij ernstige psychiatrische aandoeningen.

Website

Op de website bij het boek, www.inleidingindegezondheidspsychologie.nl, staan activerende oefeningen, begrippentrainers en oefententamens. Ook zijn er video's en kennisclips te vinden waarin centrale begrippen en modellen worden uitgelegd. De stof komt hierdoor tot leven en het helpt de student bij het verwerken van de theorie in het boek. Wanneer verwezen wordt naar het materiaal op de website vind je dit icoontje in de marge van het boek.



We hebben ons ingezet om een prettig leesbaar boek te schrijven dat de lezer hopelijk zal aanspreken. We hopen dat het boek niet alleen inspirerend en enthousiasmerend werkt, maar ook bruikbare, nieuwe kennis oplevert.

Drs. Ferdi de Goede
Drs. Marijke de Goede



Wat is gezondheidspsychologie?

1

Kader 1.1

Niki Lauda



Op 20 mei 2019 overleed Niki Lauda op 70-jarige leeftijd. Lauda was een bekende Formule-1-coureur en daarnaast succesvol ondernemer. Maar het meest staat Lauda nog wel bekend om de spectaculaire crash die hij maakte op 1 augustus 1976, waarbij een groot gedeelte van zijn lichaam ernstig verbrand raakte. Bijna iedereen verklaarde zijn carrière in de Formule 1 voorbij, maar Lauda verbaasde menigeen toen hij een aantal weken later, nog volledig in het verband, weer achter het stuur van zijn racewagen stapte. Iets meer dan een jaar later pakte hij zijn tweede wereldtitel.

In de film *Rush* (2013) is het leven van Lauda verfilmd. Daarin zien we dat er een sterke concurrentie bestond tussen Lauda en coureur James Hunt. Daaruit wordt heel duidelijk dat hij een vechter was. Maar Lauda was dus ook een vechter op andere gebieden, zoals op het gebied van zijn gezondheid. Doordat de lucht in de brandende Formule-1-auto ontzettend heet werd, verbrandden de longen van Lauda bijvoorbeeld, waardoor hij later in zijn leven een longtransplantatie nodig had. Ook werd tot tweemaal toe een nier bij hem vervangen. Tot op hoge leeftijd was hij echter een actief persoon die zijn gezicht vaak liet zien op de racebaan.



Abbeelding 1.1 Niki Lauda in Hongarije op 5 augustus 2006.

Op de website kun je zien hoe het ongeluk van Niki Lauda op de Nürburgring plaatsvond.



Misschien vraag je je af waarom dit boek begint met een casus over een Formule-1-coureur. Als we echter goed kijken naar het verhaal van Niki Lauda, zien we dat er een belangrijke component in het verhaal zit over hoe iemand omgaat met zijn gezondheid. De vraag die we daarover kunnen stellen, is: hoe kan het dat Lauda vriend en vijand verbaasde door al na enkele weken weer achter het stuur te kruipen, terwijl hij nog aan het begin van een lang revalidatieproces stond? Dat is een vraagstuk dat goed past binnen de context van de gezondheidspsychologie. In de breedste zin van het woord gaat gezondheidspsychologie over het gebied waar gedrag en gezondheid elkaar raken. Dat zie je ook terug in de casus hierboven. Meer specifiek zou je kunnen zeggen dat de **gezondheidspsychologie** onderzoekt hoe biologische, sociale en psychologische factoren invloed uitoefenen op gezondheid en ziekte. Gezondheidspsychologen gebruiken deze kennis om ziekte te voorkomen en de gezondheid van mensen te bevorderen (APA, z.d.). Leefstijl, als onderdeel van het menselijk gedrag, speelt hierbij uiteraard ook een belangrijke rol.



Afbeelding 1.2 Gezondheidspsychologie gebruikt kennis om ziekte te voorkomen en de gezondheid van mensen te bevorderen.

Maar waar kun je de gezondheidspsycholoog 'in het wild' vinden? Niet geheel onlogisch zijn gezondheidspsychologen in sommige gevallen verbonden aan een universiteit. Immers, de kennis over gedrag en gezondheid wordt veelal opgedaan door wetenschappelijk onderzoek te verrichten. Zo zijn er ook bij academische ziekenhuizen vaak secties die zich verdiepen in de gezondheidspsychologie. Meer praktisch gezien werken gezondheidspsychologen in Nederland ook vaak in overheidsinstellingen zoals de GGD, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) of het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). Ook daar speelt onderzoek een grote rol, maar gezondheidspsychologen houden zich ook bezig met begeleiding van mensen met gezondheidsklachten of preventieve vraagstukken.

De gezondheidspsycholoog moet niet verward worden met de gezondheidszorgpsycholoog, oftewel GZ-psycholoog. Een GZ-psycholoog is afgestudeerd in de richting van klinische psychologie en heeft daarna een postuniversitaire opleiding gedaan om zichzelf GZ-psycholoog te mogen noemen. GZ-psychologen mogen werken onder de Zorgverzekeringswet in de generalistische basis-GGZ of de specialistische GGZ. Het vakgebied van deze categorie psychologen ligt volledig op het vlak van mensen met psychologische stoornissen (bijvoorbeeld angsten, depressie of persoonlijkheidsproblematiek) en heeft daardoor wel raakvlakken met de gezondheidspsychologie, maar heeft ook grotendeels zijn eigen inhoud. Het snijvlak van de GZ-psycholoog en de gezondheidspsycholoog ligt op het gebied van het omgaan met ziekte en het voorkomen ervan. Ook is er bij mensen met verschillende ziektebeelden regelmatig sprake van **comorbide problematiek**. Dat betekent dat er met een bepaalde ziekte tegelijk ook andere ziektebeelden of stoornissen kunnen ontstaan.

Het is ook goed mogelijk dat de twee typen psychologen dezelfde methoden inzetten, zoals verschillende therapievormen. Daarom zullen in dit boek interventies worden besproken die ook goed passen binnen het werkveld van een GZ-psycholoog.

1.1 Wat is gezondheid?

Tot nu toe is het woord gezondheid met een zeker gemak gebruikt, alsof het een term is die geen introductie nodig heeft. Als we erover nadenken, is gezondheid echter een complex begrip en het beeld dat mensen ervan hebben, verschilt enorm. We zullen daarom nu stilstaan bij het vraagstuk wat gezondheid eigenlijk is.

Veel mensen zien gezondheid als een onderdeel van wie ze zijn; daarbij past de uitspraak 'ik ben gezond'. Het kan goed voelen om in een situatie van tegenslag te constateren dat je gelukkig gezond bent. Aan de andere kant kan het daarvoor ook zeer teleurstellend zijn als je juist níét gezond bent. Zeker omdat het dan als een onderdeel van jouw persoon gezien wordt. Een andere manier van kijken naar gezondheid is gezondheid als bezit. Veel mensen zijn er bang voor dat ze in de loop der jaren hun gezondheid kwijtraken. Dat wekt de verwachting dat het een kostbaar goed is waar je heel blij mee moet zijn, omdat je het ook kunt verliezen. Enerzijds is het een prettig idee dat we er zelf iets aan kunnen doen om die gezondheid in bezit te houden, anderzijds kan het ook een schuld-vraag opleveren bij mensen die kennelijk niet goed genoeg op hun gezondheid gepast hebben. Tot slot kan gezondheid worden gezien als een onderdeel van ons gedrag. De term 'leefstijl' sluit daar goed bij aan. Vanuit deze optiek kun je stellen dat gezondheid een set van gedragingen is waarop je actief invloed kunt uitoefenen. Roken en drinken vallen onder ongezond gedrag, terwijl hardlopen en naar de sportschool gaan kunnen worden geschaard onder gezond gedrag.

Het voordeel van deze denkwijze is dat je veel controle hebt over je gezondheid en dat je te allen tijde een inspanning kunt verrichten om een positieve wending aan je gedrag te geven. Het nadeel van deze denkwijze is dat gedrag soms moeilijk aan te passen is, zeker wanneer er sprake is van ingesleten gedragspatronen of verslaving. Het voorgaande illustreert dat mensen op verschillende manieren kunnen kijken naar gezondheid, alle met hun voor- en nadelen.



Afbeelding 1.3 Gezondheid wordt door sommige mensen gezien als een set gedragingen waar je actief invloed op kunt uitoefenen.

Desondanks is het relevant voor dit boek om één lijn te trekken in wat er bedoeld wordt met het begrip gezondheid. Een wereldwijd sterk geaccepteerde definitie van gezondheid is de definitie die door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) is geformuleerd. De WHO definieert gezondheid als: ‘een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken’. Deze definitie werd echter al in 1948 opgesteld en is sindsdien niet meer aangepast. De laatste jaren neemt de kritiek op deze definitie dan ook toe, bijvoorbeeld van Machteld Huber en collega’s. Zij bepleiten dat in de definitie van gezondheid van de WHO niet voldoende aandacht wordt gegeven aan de mogelijkheid om je aan te passen en eigen regie te voeren met betrekking tot gezondheid (Huber et al., 2011). De definitie die Huber en collega’s (2011) hanteren, is: **‘Gezondheid** is het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren in de aanwezigheid van fysieke, mentale en sociale uitdagingen in het leven.’ Wanneer in dit boek over gezondheid gesproken wordt, wordt daarbij de definitie bedoeld zoals die door Huber en collega’s is opgesteld.

Nu we vastgesteld hebben wat in dit boek de definitie van gezondheid is, zullen we een blik werpen op de ontwikkeling van het besef van gezondheid en ziekte bij de mensheid door de jaren heen.



Afbeelding 1.4 Volgens Huber en collega's (2011) heeft gezondheid te maken met regievoering over onder andere fysieke uitdagingen in het leven.

Kader 1.2

Chronisch moe



Toen Lianne 28 was, veranderde haar leven in een korte tijd drastisch. In een aantal maanden tijd veranderde zij van een levenslustige twintiger in een uitgeput hoopje ellende, zoals ze het zelf omschrijft. Ze is nu 32 jaar oud en sinds het begin van haar klachten wordt ze onderzocht op mogelijke oorzaken van haar vermoeidheid. De artsen kunnen steeds niets lichamelijks ontdekken, daarom heeft ze de diagnose chronisch vermoeidheidssyndroom gekregen, ook wel ME/CVS. Op dagelijkse basis houdt dat in dat Lianne dusdanig vermoeid is dat ze niet meer normaal kan functioneren. Hoeveel ze ook slaapt, ze wordt uitgeput wakker. Dat wordt nog eens erger als ze inspanning verricht, dan heeft ze last van zogenoemde postexertionele malaise, wat inhoudt dat haar lichamelijke en cognitieve klachten zich op een hoogtepunt bevinden.

Los van het feit dat Lianne niet meer kan werken en de dagelijkse dingen voor haar vaak al te veel inspanning zijn, loopt zij bijna dagelijks tegen vooroordelen aan. Veel mensen denken dat haar probleem psychisch is en sommige mensen zeggen zelfs dat ze zich aanstelt of dat ze gewoon geen zin heeft om te werken. Dit is uitzonderlijk pijnlijk. Voor haarzelf was het een rouwproces om te accepteren dat een normaal leven er niet meer inzat, maar telkens als iemand twijfelt aan het feit of ze eigenlijk wel ziek is, worden deze oude wonden weer opengereten. Lianne zou daarom graag willen dat er meer aandacht en begrip is voor de impact die ME/CVS heeft op de patiënt, zodat mensen die de diagnose nog zullen krijgen, niet tegen dezelfde pijnlijke vooroordelen hoeven aan te lopen.

1.2 Geschiedenis van gezondheid

1.2.1 Vroege benaderingen van gezondheid en ziekte

Er zijn schedels gevonden uit de steentijd en bronstijd waar merkwaardige ronde gaten in aanwezig waren. De archeologen die deze vondsten hebben geanalyseerd, kwamen tot de conclusie dat deze gaten in de schedels geboord waren met behulp van een bepaald soort instrument (Pasini et al., 2019). Later is hier de naam **trepanatie** aan gegeven.



Afbeelding 1.5 Een schedel uit 2000 tot 3000 voor Christus die tekenen vertoont van trepanatie.

Het is niet volledig duidelijk onder welke omstandigheden deze ingreep gedaan werd, maar trepanatie zoals het later uitgevoerd werd (midden van de bronstijd) zou een zeer vroege vorm van neurochirurgie kunnen zijn na bijvoorbeeld schedelbeschadiging (Papagrigrakis et al., 2014). Sommige onderzoekers geloven echter dat de ingreep ook toegepast kon worden bij mensen die abnormaal gedrag vertoonden, waarbij het idee van trepanatie was dat kwade geesten die bezit hadden genomen van de patiënt via de opening naar buiten konden.

Ten tijde van de middeleeuwen werd trepanatie vervangen door ‘steensnijding’. Men geloofde dat een insect via het oor of de neus de schedel binnen kon vliegen en daar kon veranderen in een steen of kei. Dat zou vervolgens allerlei klachten veroorzaken. Men trok deze conclusie op basis van observaties bij paarden, waar horzels via de oren allerlei klachten bij het paard konden veroorzaken. De

opening van de schedel had in dit geval dus tot doel om de steen uit de schedel te verwijderen. Hoewel wetenschappers bij de trepanatie uit de bronstijd nog vermoedens hebben van goede bedoelingen van de ‘chirurgen’, wordt er in het geval van steensnijding veel minder bewijs gevonden voor een onderbouwde medische ingreep.

1.2.2 De humeuren

De oude Grieken, met als bedenker de filosoof Hippocrates, zagen lichamelijke aandoeningen als een onbalans tussen vier lichaamssappen: bloed, gele gal, zwarte gal en slijm. Deze vier werden ook wel de humeuren genoemd. Een teveel aan sommige van de humeuren werd gekoppeld aan verschillende aandoeningen. Zo werd gedacht dat iemand met een teveel aan zwarte gal melancholisch oftewel depressief kon worden, wat vervolgens tot de dood kon leiden. Tot diep in de middeleeuwen bleef men geloven dat allerlei lichamelijke en psychische kwalen veroorzaakt werden door de lichaamssappen. Zie bijvoorbeeld kader 1.3, waarin rotatietherapie beschreven wordt bij mensen met een psychiatrische aandoening.

De humeuren werden ook gekoppeld aan de seizoenen van het jaar, aan de elementen lucht, vuur, aarde en water, en aan zekere eigenschappen. Bloed had bijvoorbeeld de eigenschap om warm en vochtig te zijn, terwijl slijm juist koud en vochtig was. Gele gal was warm en droog, terwijl zwarte gal koud en droog zou zijn. Op deze manier werden ook geneesmiddelen bedacht die de onbalans zouden moeten herstellen. Een voorbeeld is dat een teveel aan slijm, wat iemand slap en koud maakte, moest worden bestreden met iets wat warm en droog was. En dus werd tabak aangeraden als geneesmiddel. Ook aderlating werd veel toegepast als geneesmiddel. Hierbij liet men bloed wegstromen uit één of meer aderen, met het idee dat dit het overschot aan bloed zou doen oplossen. Een bekend verhaal over aderlating is het verhaal van president George Washington, de eerste president van de Verenigde Staten. Toen hij in 1799 een ernstige keelontsteking kreeg, verwijderden zijn artsen (meer dan) 40% van zijn totale hoeveelheid bloed met behulp van aderlating. Kort na de vierde aderlating overleed de president. Nog steeds vraagt men zich af of deze extreme vorm van aderlating niet de oorzaak van zijn dood kan zijn geweest.

Kader 1.3

Bedlam

Er is veel geschreven over hoe in de geschiedenis met psychiatrische patiënten is omgegaan. Lange tijd werden mensen die ‘gek’ bevonden werden, opgesloten in gestichten. Een van de meest bekende daarvan is het Bethlem Royal Hospital in Londen, ook wel Bedlam genoemd. Tekenaars en schilders gaven de omstandigheden daar weer als barbaars. Patiënten (toen gevangenen genoemd) werden op allerlei manieren opgesloten, vastgebonden of geketend. Op gezette tijden konden rijke mensen langskomen om zich



te verbazen of te verkneukelen over de rare gedragingen die door de patiënten vertoond werden. Met name bronnen tussen 1500 en 1700 melden dat de omstandigheden er slecht waren. Het afvoersysteem was vaak verstopt, waardoor de patiënten in hun eigen ontlasting moesten leven. Vaak waren de patiënten ondervoed en verkeerden zij in een slechte fysieke toestand. Pas diep in 1800 werd een start gemaakt met hervorming van de zorg voor psychiatrische patiënten.



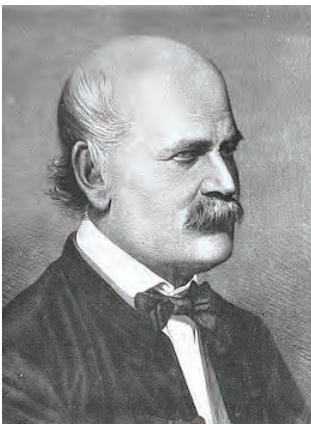
Afbeelding 1.6 Bethlem, weergegeven op het schilderij 'The Madhouse' uit de serie 'A Rake's Progress' (1735) van William Hogarth.

In Nederland waren de omstandigheden voor psychiatrische patiënten overigens niet veel beter. Hier werden in de periode 1500 tot 1800 de termen 'dolhuis' en 'krankzinnigengesticht' gebruikt. Eerst werd geloofd dat mensen met psychiatrische problemen bezeten waren door de duivel, waarbij exorcisme, foltering en verbranding methoden waren die ingezet werden. Later werd gedacht dat krankzinnigheid te maken had met een overschot aan bloed in het hoofd en werden 'behandelingen' ingezet als aderlating, rotatietherapie (de patiënt werd heel snel aan een rad rondgedraaid in de hoop dat het bloed wegtrok uit het hoofd) en schriktherapie (de patiënt werd in doodsangst gebracht door deze bijna te laten verdrinken of in ijskoud water onder te dompelen). Het gebruik van een dwangstoel kwam vaak voor, dat was een stoel waarin de patiënt vastgebonden werd en waarbij de armen achter de rug naar achteren getrokken konden worden. Bijtgevaarlijke patiënten kregen een ijzeren beugel in de mond. Gelukkig zijn we in de loop der jaren anders gaan denken over mentale gezondheid en ziekte.

1.2.3 *Het ontstaan van de wetenschappelijke benadering*

Zo rond 1800 vonden er verschillende ontwikkelingen plaats die een verschuiving veroorzaakten van een geloof in oude en niet-onderbouwde ideeën naar een meer rationele benadering van de geneeskunst. De kennis en inzichten die nu naar de voorgrond schoven, stamden uit de achttiende eeuw, die ook wel bekendstaat als de tijd van de Verlichting. In Nederland had de Franse overheersing (1795-1813) een katalyserende werking voor hervormingen van het gezondheidsstelsel. Onder de Franse bezetting werd via een grondwetswijziging een gecentraliseerd gezondheidsstelsel ingevoerd met een gecentraliseerd opleidingsbeleid voor alle geneeskundigen. Dat betekende wél een grote verschuiving van de machtsstructuur en na de bevrijding van de Franse overheersing viel Nederland deels terug in oude patronen die niet ten goede kwamen aan de gezondheidszorg.

De Fransen brachten naast ideeën over gezondheidsbeleid ook inzichten mee die inhoudelijk van grote invloed waren op de geneeskunde. Met name op het gebied van hygiëne hadden de Fransen goed onderbouwde en onbevooroordeelde inzichten, die zij doorvoerden in het beleid. Gedurende de eerste helft van de negentiende eeuw ontstonden in Duitsland en Engeland vergelijkbare ideeën die de verantwoordelijkheid voor gezondheidszorg bij de overheid legden en er werden rapporten gepubliceerd waarin een sterke link werd aangegeven tussen overbevolking, een vervuild leef- en werkmilieu en ziekte. Zo rond dezelfde tijd, in 1847, ontdekte de Hongaarse arts Ignaz Semmelweis dat artsen zelf met hun handen besmettelijke bacteriën overbrachten op zwangere vrouwen tijdens zwangerschapsonderzoek en bevallingen, waardoor kraamvrouwenkoorts kon ontstaan. Door zijn antiseptische methode, die neerkomt op het rigoureuze wassen van de handen en het ontsmetten van medische materialen, verdween kraamvrouwenkoorts vrijwel geheel uit het ziekenhuis waar hij werkzaam was.



Afbeelding 1.7 Ignaz Semmelweis.

Vreemd genoeg duurde het nog tot het einde van de negentiende eeuw voordat de ideeën van Semmelweis omarmd werden door de medische wereld. Dat was ruim na zijn dood in 1865. Deels had dit te maken met het feit dat de ideeën van Semmelweis de oorzaak van ziekte bij de artsen legden. Dat werd niet goed ontvangen door de artsen zelf. Ook had Semmelweis een strikt regime in het ziekenhuis waar hij werkte. Hij verlangde dat artsen meerdere malen per dag hun handen met bleekwater wasten, wat behoorlijk pijnlijk was. Tot slot was Semmelweis niet zo enthousiast over het schrijven in wetenschappelijk Duits, waardoor hij de publicatie van zijn bevindingen uitstelde. Toen hij eenmaal een publicatie schreef, werd ook deze slecht ontvangen door zijn collega-artsen.

1.2.4 *Andere centrale wetenschappelijke inzichten*

In de negentiende eeuw werden ontzettend veel uitvindingen gedaan die de medische wetenschap hebben gevormd. We zullen daarvan een beperkt aantal bespreken.

Ziekteverwekkers

Louis Pasteur (1822-1895) was een hoogleraar in de scheikunde en biologie. Hij ontdekte dat er hele kleine levende wezens bestonden die ziekten konden veroorzaken. Hij noemde deze **micro-organismen** en formuleerde op basis daarvan zijn 'theorie van de ziekteverwekker'. Tot deze ontdekking gedaan werd, was het een raadsel hoe sommige mensen ziek werden. Met het ontdekken van ziekteverwekkers ontstond de mogelijkheid om iets tegen deze micro-organismen te doen door bijvoorbeeld gereedschappen en wondverbanden te steriliseren. Dit wordt nog steeds gezien als een van de grootste medische ontdekkingen van de negentiende eeuw en misschien wel de grootste aller tijden.

Pasteur ontdekte ook dat ziekteverwekkers aanwezig konden zijn in de lucht en dat deze rotting en gisting van voedingsmiddelen konden veroorzaken. Dat was een opmerkelijke ontdekking omdat men er tot dan toe van overtuigd was dat rotting en gisting ontstonden door van nature in de voedingsmiddelen aanwezige organismen. Op basis van deze eveneens belangrijke ontdekking ontwikkelde Pasteur zijn pasteurisatietechniek, die ervoor zorgde dat bederfelijke voedingsmiddelen door kortstondige verhitting een veel langere houdbaarheid kregen zonder het product te beschadigen. Uiteraard had dit weer een positief effect op de volksgezondheid.

Kader 1.4

Dr. Winchell's tandensiroop



We schrijven in dit hoofdstuk veel over de grote successen in de negentiende eeuw op medisch gebied. Het is echter goed om te weten dat lang niet alles in deze periode vlekkeloos verliep op het gebied van gezondheidszorg. Een welbekende mislukking betreft een middel dat in de jaren 1890 op de markt gebracht werd om baby's minder pijn te laten beleven als de tandjes doorkwamen: Winchell's tandensiroop. Veel baby's hebben tussen de vier en zeven maanden na hun geboorte een fase waarin de eerste tandjes doorkomen. Uiteraard gaat dit gepaard met pijn en ongemak. Veel ouders weten dat hun kindje hierdoor behoorlijk uit zijn doen kan zijn.



Afbeelding 1.8 De advertentie van Winchell's tandensiroop.

De Emmert Proprietary Company (EPC) had hiervoor een oplossing: een drankje met de smaak van venkel en anijs dat baby's heerlijk vonden en dat op zich prima werkte om de pijn te verlichten. Het werkzame middel in het drankje was echter morfine, dat helaas ook de potentie had om een baby dodelijk te verdoven. In 1910 werd het middel dan ook verboden, nadat EPC het ook op de markt had gebracht als wondermiddel tegen diarree, dysenterie en difterie (Bause, 2015).

Stethoscoop

Vroeg in de negentiende eeuw ontdekte een arts bij toeval dat hij met een opgerold stukje papier de hartslag van een patiënt beter kon horen dan door direct zijn oor op de borst van de patiënt te leggen. Het verhaal gaat dat René Laennec (1781-1826) vanwege zijn verlegen karakter zijn hoofd niet op de borst van een jonge patiënte met hartkwalen durfde te leggen en daarom ervoor koos om een

stukje papier op te rollen en zo naar haar hart te luisteren. Hij hoorde het hart daarmee beter dan op de ouderwetse manier en zo ontwikkelde hij de eerste stethoscoop. Stèthos is het Griekse woord voor borst; het woord stethoscoop zou kunnen worden vertaald als ‘borstkijker’. In de loop der jaren ontwikkelde Laennec steeds betere versies van de stethoscoop. Hoewel Laennec in de loop van zijn carrière nog veel meer ontdekkingen deed die relevant waren voor de medische wetenschap, heeft vooral de ontwikkeling van de stethoscoop grote gevolgen gehad voor de diagnostiek van hart en longen.



Afbeelding 1.9 Een moderne stethoscoop.

Aspirine

Natuurlijke voorgangers van aspirine worden eigenlijk al duizenden jaren gebruikt in allerlei beschavingen. De werkzame natuurlijke stof is natrium-salicylaat, dat een ontstekingsremmende en pijnstillende werking heeft. Deze stof wordt in verschillende soorten boomschors en bladeren gevonden (waaronder wilgenbladeren) en kon op die manier dus ook al lange tijd ingezet worden als geneesmiddel, zonder dat men daadwerkelijk wist wat de heilzame werking veroorzaakte. Het was de Franse scheikundige Charles Henri Leroux die in 1829 de werkzame stof salicine wist te isoleren uit een natuurlijke bron. Deze stof wordt ook wel aangeduid met de naam proto-aspirine. Later werd salicine verbeterd tot salicylzuur en vervolgens werd salicylzuur aangepast met behulp van een extra acetylgroep, waardoor de stof acetylsalicylzuur ontstond. Dit is de aspirine zoals we die tegenwoordig nog steeds gebruiken.

Niet alleen was aspirine voordat paracetamol werd uitgevonden de meest gebruikte pijnstiller, tegenwoordig wordt het nog steeds veelvuldig in een lage

dosis voorgeschreven ter voorkoming van beroerten en hartinfarcten. Dat hangt samen met het feit dat aspirine naast de pijnstillende en ontstekingsremmende werking een onomkeerbare uitwerking heeft op bloedplaatjes. Het zorgt ervoor dat bloedplaatjes niet kunnen samenklonteren en voorkomt op die manier bloedpropjes. Bij mensen die een hartinfarct of beroerte hebben gehad, vermindert het gebruik van aspirine de kans op herhaling aanzienlijk (Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration, 2009).

Röntgentechniek

We kunnen ons tegenwoordig geen wereld voorstellen zonder röntgenfoto's. We kunnen op één dag door de huisarts naar het ziekenhuis worden verwezen voor een foto en binnen een paar minuten na de foto kunnen de artsen de uitslag bekijken. Ook tandartsen maken tegenwoordig in een kwestie van minuten duidelijke röntgenfoto's van een gebit. Er was echter een tijd dat dit niet mogelijk was. Het behandelen van botbreuken en het vinden van kogels in het menselijk lichaam waren toen uitzonderlijk moeilijk.



Afbeelding 1.10 Een röntgenfoto van een hand.

In 1895 ontdekte de natuurkundige Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923) een nieuwe vorm van straling die door alle zachte materialen heen ging, maar niet door harde materialen. Opvallend was dat hij met deze straling een soort 'schaduwfoto' kon maken van harde materialen. Tijdens zijn experimenten 'fotografeerde' hij de hand van zijn vrouw, die hevig schrok toen ze de botjes in haar hand kon zien. Zij dacht dat ze haar eigen overlijden op de foto had gezien. De straling die hij ontdekt had, noemde hij röntgenstraling en slechts een korte tijd later werden zijn ontdekkingen al ingezet op het slagveld om kogels uit gewonde militairen te verwijderen (Magiorkinis, Vladimirov & Diamantis,

2010). Röntgen ontving voor zijn ontdekking niet alleen een hoge onderscheiding van de keizer van Pruisen, hij kreeg ook een eredoctoraat van de universiteit van Würzburg en de Nobelprijs voor de Natuurkunde voor zijn werk.



Kijk voor meer achtergronden over röntgenstraling naar een video op de website.

1.3 Modellen van gezondheid en ziekte

1.3.1 *Het biomedische model*

De snelle wetenschappelijke ontwikkelingen in de negentiende eeuw maakten het mogelijk dat mensen gezondheid en ziekte konden gaan bekijken vanuit het biologische perspectief. Men wist inmiddels van het bestaan van ziekteverwekkers en ook het begrip van het menselijk lichaam werd steeds dieper en complexer. Daarnaast volgden de wetenschappelijk onderbouwde ontdekkingen zich in rap tempo op. Dit plaveide de weg voor het ontstaan van een model dat een verklaring poogde te geven voor het bestaan van gezondheid en ziekte. Het biomedische model werd officieel geponeerd in 1910 door Flexner. Het model stelt dat gezondheid een dynamische balans is tussen drie factoren:

1. het menselijk lichaam;
2. de omgeving;
3. ziektekiemen.

Ziekten ontstaan volgens het model als er een onbalans ontstaat tussen deze factoren (Gong et al., 2015). Een voorbeeld van een ziekte die zich goed door het biomedische model laat verklaren, is verkoudheid. Een leerkracht werkt dag in, dag uit met kinderen (omgeving) die veel verkoudheidsbacillen met zich meedragen (ziekttekiemen). Wanneer het immuunsysteem een verminderde werking heeft (lichaam), ontstaat er een dusdanige onbalans van het systeem dat de verkoudheid vat kan krijgen op de leerkracht.

Het model gaf niet alleen houvast bij het verklaren van gezondheid en ziekte, maar het stimuleerde de wetenschappelijke wereld ook om extra energie te steken in het verklaren van processen op het gebied van de drie factoren die het model omvat. Het model biedt echter geen ruimte voor andere factoren dan de biomedische factoren die ook meespelen in gezondheid en ziekte. Psychische aandoeningen die geen biologische oorzaak hebben, kunnen bijvoorbeeld niet worden verklaard door het model. Ook verschillen in het omgaan met ziek zijn passen niet binnen dit model. Kijk bijvoorbeeld naar het openingskader van dit hoofdstuk. Iedere andere Formule-1-coureur zou wellicht nooit teruggekeerd zijn naar de Formule 1, maar Niki Lauda zat een aantal weken later met ver-

schroeide longen en brandwonden weer achter het stuur. Het moge duidelijk zijn dat dergelijke variatie niet kan worden verklaard door alleen het biomedische model.



Afbeelding 1.11 Verkoudheid laat zich goed verklaren door het biomedische model van gezondheid en ziekte.

Daarnaast zorgde de puur medische inslag van het model ervoor dat artsen door een puur medische bril naar hun patiënten keken. Daarbij werd voorbijgegaan aan de psychosociale factoren die vaak tegelijkertijd spelen. Ter illustratie: een cliënt die te horen krijgt dat hij ongeneeslijk ziek is, denkt op het moment van het nieuws vooral aan andere dingen dan de biologische ontstaansgeschiedenis van de ziekte of de noodzakelijke **palliatieve behandeling** (behandeling met als primaire doel comfort en optimale kwaliteit van leven creëren door klachten te verminderen, wordt vaak ingezet bij patiënten die niet meer behandeld kunnen worden). Meestal zijn de gevoelens en gedachten die bij de patiënt spelen vooral emotioneel en cognitief van aard, maar als de arts vooral vanuit de medische visie kijkt en de patiënt vooral vanuit de psychosociale en emotionele visie, is er een grote kans dat er miscommunicatie ontstaat, en een afstandelijke dokter-patiëntrelatie (Gong et al., 2015).

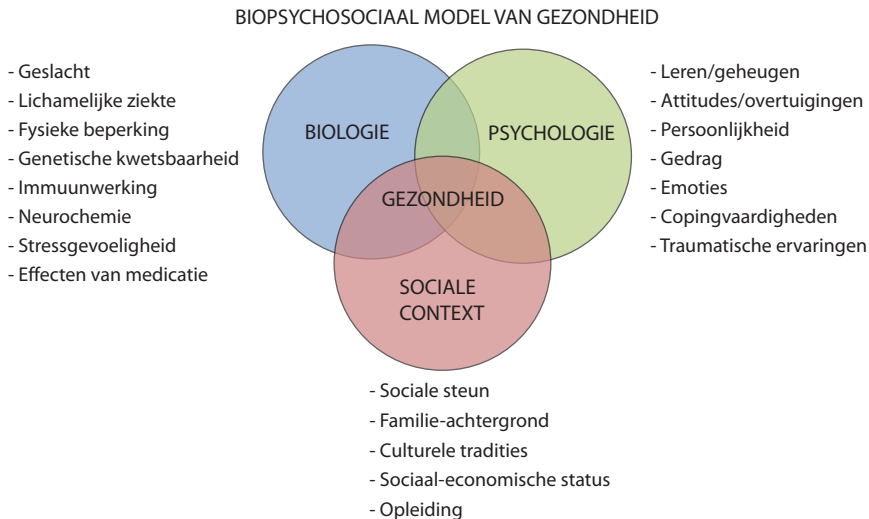
In de loop der jaren ontstond er een behoefte om het biomedische model opnieuw tegen het licht te houden en te zoeken naar een meer holistische benadering van het concept van gezondheid en ziekte.

1.3.2 Biopsychosociaal model van gezondheid

Het biopsychosociaal model van gezondheid komt qua uitleg dicht bij de definitie van de Wereld Gezondheidsorganisatie. Volgens het biopsychosociaal model bestaat gezondheid namelijk uit drie componenten:

1. een biologische component;
2. een psychologische component;
3. een sociale component.

Die drie componenten benaderen de lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke componenten die in de definitie van de WHO aangehaald worden. Het biopsychosociaal model gaat echter een stap verder dan de WHO-definitie en beschrijft ook hoe de componenten met elkaar samenhangen. Het is inzichtelijk om hierbij afbeelding 1.12 als leidraad te nemen.



Afbeelding 1.12 Het biopsychosociaal model van gezondheid (Engel, 1977).

Volgens het biopsychosociaal model wordt de mate van gezondheid die iemand ervaart, bepaald door een samenwerking van de eerdergenoemde drie factoren. De factoren zijn dus onlosmakelijk met elkaar verbonden. Iemand die een auto-immuunziekte heeft (biologisch, zie ook hoofdstuk 12), kan er bijvoorbeeld van overtuigd zijn dat zijn leven niets meer waard is (psychologisch) en zich daardoor steeds verder terugtrekken uit vriendengroepen en sociale activiteiten (sociaal). Iemand met een posttraumatische stressstoornis (psychologisch, zie ook hoofdstuk 6) kan lichamelijke klachten hebben door de ervaren spanning (biologisch) en niet goed met drukte en prikkels omgaan, waardoor de sociale activiteit lager wordt (sociaal). Vanuit deze definitie kan gezondheid

dus niet puur biologisch, puur psychologisch of puur sociaal benaderd worden. Er is altijd sprake van samenwerkende componenten.

Daar waar het biomedische model uitging van een splitsing tussen lichaam en geest, veronderstelt het biopsychosociale model een samenwerking tussen deze twee menselijke factoren. De gevolgen voor de medische wereld zijn in die zin ingrijpend dat er nu een meer holistische benadering nodig is voor het verklaren van ziekte. Binnen de meeste geneeskundeopleidingen is daarom tegenwoordig naast de medische kennis en vaardigheden ook ruimte voor zogenoemde patiëntgebonden vaardigheden, wat inhoudt dat de arts in opleiding veelvuldig de rol van patiënt aanneemt en communicatievaardigheden leert (bijvoorbeeld VUmc School of Medical Sciences, z.d.).

1.4 Gezondheidspsychologie

Kijkend naar de invloed die het biopsychosociaal model in de loop der jaren heeft gekregen, is het groeien van het werkveld van de gezondheidspsychologie een logisch gevolg. Immers, de psychologische en sociale factoren liggen midden in het straatje van de gezondheidspsychologie. Maar wat betekent het precies om werkzaam te zijn in het werkveld gezondheidspsychologie? We zullen de twee centrale factoren uit het biopsychosociaal model stap voor stap behandelen.

1.4.1 *Psychologische factoren*

Er is een aanzienlijke hoeveelheid factoren die geschaard kunnen worden onder de noemer 'psychologisch'. Zonder daarmee volledig te zijn zullen we een tweetal bespreken. Ten eerste kunnen attitudes en overtuigingen grote invloed hebben op hoe mensen met ziekte en gezondheid omgaan. Denk maar eens aan een verstokte roker die wel wéét dat roken de kans op verschillende vormen van kanker enorm vergroot, maar als deze persoon ervan overtuigd is dat hij door zijn jonge leeftijd niet onder de categorie van risicogevalen valt, verandert dat het perspectief op ziekte enorm. Ook de mate van gezondheidsgedrag zal heel anders zijn dan bij iemand die wel een negatieve attitude heeft ten opzichte van roken. Ter illustratie: uit een **meta-analyse** (een samenvattingsonderzoek dat een (groot) aantal onderzoeken cijfermatig samenvat om een sterkere conclusie te kunnen trekken over bepaalde verbanden) is gebleken dat de overtuiging die studenten hadden over het roken van tabak via een waterpijp, sterke gevolgen had voor de mate waarin deze vorm van roken toegepast werd. Onder studenten bleek de overtuiging te heersen dat een waterpijp het roken minder schadelijk, minder verslavend en socialer maakt, met alle gevolgen van dien (Arshad et al., 2019). We zullen verderop in dit boek een aantal modellen bespreken waarin attitudes en overtuigingen een prominente rol spelen.



Afbeelding 1.13 Onder sommige studenten blijkt de overtuiging te heersen dat het roken van tabak via een waterpijp minder schadelijk is dan het roken van sigaretten.

Een andere psychologische factor die binnen de gezondheidspsychologie van belang is, is de factor gedrag. Vanuit het medische model is het gedrag van patiënten zelden relevant geweest. De arts heeft de verantwoordelijkheid om de oorzaak van een ziekte aan te wijzen en de remedie daarvoor te formuleren. In de praktijk blijkt echter dat patiënten de remedie lang niet altijd (goed) opvolgen. Er zijn vele onderzoeken gedaan naar het innemen van pillen en hoe kan worden bewerkstelligd dat de patiënt deze neemt en blijft nemen (bijvoorbeeld Costa et al., 2015; Zullig et al., 2018). De mate waarin de patiënt de adviezen van de arts opvolgt, noemen we ook wel therapietrouw. Therapietrouw speelt niet alleen bij het innemen van medicijnen een rol, maar ook op het gebied van bijvoorbeeld fysieke oefeningen of psychologische behandeling. Vaak blijkt dat een advies van een professional niet voldoende is voor een patiënt om een gedragsverandering in te zetten. Zeker niet als het gaat om nieuw gedrag dat moeilijk te bereiken is door onkunde, verslaving of andere blokkades. Om nog maar eens het voorbeeld van roken aan te halen: bij het stoppen met roken spelen zowel fysieke als gedragsverslavingen een belangrijke rol. Het is daarom ook niet verwonderlijk dat veel rokers grote moeite hebben om hun rookgedrag aan te passen. Meer dan 50% van de rokers vervalt binnen het eerste jaar na het stoppen opnieuw in rookgedrag (García-Rodríguez et al., 2013). Binnen de gezondheidspsychologie wordt daarom veel aandacht besteed aan gedragsverandering en interventies die gedrag moeten veranderen. In dit boek wordt daarom ook uitgebreid stilgestaan bij het thema gedragsverandering.

Uiteraard zijn er nog allerlei andere psychologische factoren die meespelen bij gezondheid en ziekte. Daarbij kun je denken aan:

- persoonlijkheid;
- geheugen en leergedrag;
- emoties;
- copingvaardigheden (**coping** is de manier waarop iemand omgaat met tegenslagen, problemen of spanning);
- een verleden van trauma.

We zullen nu de aandacht vestigen op de invloed van de sociale component binnen de gezondheidspsychologie.

Kader 1.5

Hoe is het gesteld met jouw sociale steun?



Hieronder zie je de Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet et al., 1988). Deze kun je invullen om een beeld te krijgen van de mate van sociale steun die jij ervaart. Instructies: Lees elke stelling zorgvuldig. Geef vervolgens aan hoe je je voelt over iedere stelling.

Omcirkel de '1' als je het er 'Heel sterk mee oneens' bent.

Omcirkel de '2' als je het er 'Sterk mee oneens' bent.

Omcirkel de '3' als je het er 'Een beetje mee oneens' bent.

Omcirkel de '4' als je er 'Neutraal' over voelt.

Omcirkel de '5' als je het er 'Een beetje mee eens' bent.

Omcirkel de '6' als je het er 'Sterk mee eens' bent.

Omcirkel de '7' als je het er 'Heel sterk mee eens' bent.

1. Er is een speciaal persoon die er voor me is als ik hem/haar nodig heb.

1 2 3 4 5 6 7

2. Er is een speciaal persoon met wie ik mijn plezier en verdriet kan delen.

1 2 3 4 5 6 7

3. Mijn familie probeert me oprecht te helpen.

1 2 3 4 5 6 7

4. Ik krijg de emotionele hulp en ondersteuning die ik nodig heb van mijn familie.

1 2 3 4 5 6 7

5. Ik heb een speciaal persoon die echt een bron van troost voor me is.

1 2 3 4 5 6 7

6. Mijn vrienden proberen mij echt te helpen.

1 2 3 4 5 6 7

7. Ik kan op mijn vrienden rekenen als dingen misgaan.

1 2 3 4 5 6 7

8. Ik kan over mijn problemen praten met mijn familie.

1 2 3 4 5 6 7

9. Ik heb vrienden met wie ik mijn plezier en verdriet kan delen.

1 2 3 4 5 6 7

10. Er is een speciale persoon in mijn leven die geeft om mijn gevoelens.

1 2 3 4 5 6 7

11. Mijn familie is bereid om me te helpen met het nemen van beslissingen.

1 2 3 4 5 6 7

12. Ik kan over mijn problemen praten met mijn vrienden.

1 2 3 4 5 6 7

Kijk in kader 1.6 hoe je score moet berekenen en interpreteren.

1.4.2 Sociale factoren

Gezondheid en ziekte spelen zich zelden geïsoleerd af. In de meeste gevallen is er sprake van een complex sociaal netwerk dat meebeweegt wanneer een individu ziek wordt of juist probeert gezond te blijven. Wederom zonder uitputtend te zijn: sociale factoren die kunnen meespelen, zijn:

- sociale steun;
- sociaaleconomische status;
- culturele achtergrond;
- familieachtergrond.

We zullen de eerste twee factoren hier wat uitgebreider behandelen.



Afbeelding 1.14 Sociale steun vind je niet alleen bij vrienden, maar kun je ook bij hulpverleners vinden.

Sociale steun

Sociale steun wordt door Richman, Rosenfeld en Bowen (1998) gedefinieerd als de communicatie tussen de steunverlener en de ontvanger, die zich beiden goed voelen door deze steun. Het heeft dus iets te maken met de manier van communiceren. In die zin kan sociale steun dus heel goed door een naaste gegeven worden, maar net zo goed door een professional. In de tijd van het biomedische model zagen artsen het niet als hun verantwoordelijkheid om aandacht te besteden aan sociale steun. Zij deelden hun bevindingen en die bleken vooral op een feitelijk vlak te liggen. Tegenwoordig wordt er wel degelijk van artsen verwacht dat zij bij het brengen van slecht nieuws aandacht geven aan de impact die dit nieuws heeft op de patiënt. Door middel van communicatievaardigheden kan de arts ervoor zorgen dat de cliënt zich beter gesteund voelt. Uit onderzoek blijkt zelfs dat de mate van tevredenheid die een patiënt met een gediagnosticeerde aandoening ervaart over de relatie met zijn arts, voorspellend is voor de mate van levensgeluk die de patiënt ervaart (Mincu & Taşcu, 2015).

Uiteraard speelt sociale steun van naasten ook een belangrijke rol. Mensen die veel sociale steun ervaren, zijn over het algemeen gezonder (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996). Er zijn echter situaties waarin de factor sociale steun het beste tot zijn recht komt. Onderzoek van Park en collega's (2012) heeft aangetoond dat een context waarin sociale steun geaccepteerd wordt, een situatie die vraagt om sociale steun en een persoonlijkheid die steun kan accepteren (mensen met een lage mate van neuroticisme), voorwaarden zijn om sociale steun ten voordele te benutten. Dat betekent automatisch ook dat er situaties, contexten en persoonlijkheden zijn die een beperking kunnen vormen voor de impact van sociale steun.

Sociaaleconomische status

Met **sociaaleconomische status (SES)** wordt bedoeld de positie die iemand heeft op de maatschappelijke ladder, weergegeven door onder andere: opleiding, inkomen, vermogen, werkinvulling. Daarbij leeft iemand met een zeer lage SES waarschijnlijk in armoede en heeft iemand met een zeer hoge SES het financieel heel goed. De interesse in sociaaleconomische status en gezondheid is in de wetenschappelijke literatuur de laatste jaren flink toegenomen. Daar waar het eerder alleen gold als een controlevariabele om verborgen effecten in wetenschappelijke data te bufferen, werd het in de loop van de jaren tachtig van de twintigste eeuw steeds meer een onderwerp van interesse omdat er steeds een verband gevonden werd tussen SES en gezondheid, zo blijkt uit een review van Adler en Ostrove (1999). Een **review** is een kwalitatief onderzoek waarbij verschillende onderzoeken over hetzelfde onderwerp worden samengevat en vergeleken om er een overkoepelende conclusie uit te trekken. Uit de review blijkt dat onder mensen met een zeer lage SES de sterfte veel hoger is dan onder mensen met een hoge SES. Dit geldt niet alleen voor het sterftecijfer in het algemeen, maar bijvoorbeeld ook voor kindersterfte. Daarnaast is er een stevig verband gevonden tussen SES en het vóórkomen van bepaalde ziekten. Mensen

met een lage SES hebben verschillende ziekten vaker dan mensen met een hoge SES, zoals:

- artrose;
- chronische ziekten;
- hoge bloeddruk;
- baarmoederhalskanker.

Deze ziekten komen gemiddeld drie tot vijf keer meer voor bij mensen die het financieel niet zo goed hebben dan bij mensen die het financieel wél goed hebben.

Niet alleen financiële verschillen zijn overigens relevant. Een klassieke maat voor SES is bijvoorbeeld onderwijsniveau. Vrij robuust komt keer op keer naar voren dat mensen met een laag opleidingsniveau grotere gezondheidsrisico's lopen dan hoogopgeleide mensen (bijvoorbeeld Winkleby et al., 1992; Furnée, Groot & Van den Brink, 2008). De vraag is hoe het kan dat een hoger opleidingsniveau zo duidelijk gelinkt is aan gezondheid. Over het algemeen wordt aangenomen dat er twee zaken tegelijk spelen. Ten eerste heeft een hogere opleiding directe positieve effecten op de gezondheid, zoals: beter inkomen, leuker werk, beter gezondheidsgedrag en een gezondere (woon)omgeving. Anderzijds speelt er een omgekeerd effect waarbij mensen die ziek zijn minder kansen hebben om een goede opleiding te volgen, wat ertoe leidt dat er een specifieke groep ongezonde mensen ontstaat die vastzit op een laag opleidingsniveau (Center on Society and Health, 2015).



Afbeelding 1.15 Roken komt vaak voor onder mensen met een lage sociaal-economische status.

Enigszins in de lijn der verwachting toont onderzoek ook aan dat een lagere SES samenhangt met meer riskant gedrag. Roken komt bij mensen met lagere SES aanzienlijk vaker voor dan in de hogere regionen. Zowel het aantal starters is groter als het aantal mensen dat terugvalt tijdens of na een stoppoging. Uit samenvattend onderzoek komt naar voren dat dit te maken kan hebben met lagere sociale steun bij stoppogingen, sterkere verslavingsgevoeligheid, lagere motivatie om te stoppen en minder makkelijke toegang tot hulpverlening (Hiscock et al., 2011). Andere riskante gedragingen die bij mensen lager op de sociaaleconomische ladder meer voorkomen dan bij mensen hoger op de ladder, zijn onder meer:

- drinken (Collins, 2016);
- ongezond eten (Hulshof et al., 2003);
- weinig fysieke beweging (Farrell et al., 2014).

Opmerkelijk is dat uit verschillende grote samenvattende onderzoeken blijkt dat een hogere SES, met name onder jongeren, in verband staat met meer riskant seksueel gedrag, zoals het niet gebruiken van voorbehoedsmiddelen (bijvoorbeeld Berhan & Berhan, 2015).

Verschillende van de factoren die in deze sectie aan bod gekomen zijn, zullen verderop in dit boek uitgebreider worden besproken.

Kader 1.6

Uitkomsten van de sociale-steun-vragenlijst



Berekenen van jouw score:

De vragen zijn in te delen in drie categorieën: significante ander, familie en vrienden.

Significante-ander-subschaal: Tel de items 1, 2, 5 & 10 bij elkaar op en deel het totaal door 4.

Familie-subschaal: Tel de items 3, 4, 8 & 11 bij elkaar op deel het totaal door 4.

Vrienden-subschaal: Tel de items 6, 7, 9 & 12 bij elkaar op en deel het totaal door 4.

Totale schaal: Tel alle 12 items bij elkaar op en deel het totaal door 12.

Interpretatie van jouw score:

Score tussen 1 en 2,9: Er is sprake van beperkte sociale steun vanuit jouw omgeving.

Score tussen 3 en 5: Er is sprake van gemiddeld sterke sociale steun vanuit jouw omgeving.

Score tussen 5,1 en 7: Er is sprake van sterke sociale steun vanuit jouw omgeving.

Dezelfde score-indeling geldt voor de losse subschalen.

1.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk is stilgestaan bij de basis van de gezondheidspsychologie. Als eerste is aangegeven wat gezondheidspsychologie eigenlijk is. Gezondheidspsychologie is de tak van de psychologie die onderzoekt hoe biologische, sociale en psychologische factoren invloed uitoefenen op gezondheid en ziekte. Gezondheidspsychologen gebruiken deze kennis om ziekte te voorkomen en de gezondheid van mensen te bevorderen.

Vervolgens is behandeld wat gezondheid eigenlijk is en is stilgestaan bij hoe men in de loop der tijd naar de concepten gezondheid en ziekte heeft gekeken. Daaruit komt naar voren dat in de verre oudheid al procedures werden uitgevoerd die wellicht chirurgische doelen hadden, maar soms ook ruwe methoden waren om onbestemd gedrag te 'genezen'. Van de middeleeuwen tot aan de verlichting werd veel gewerkt met de methode van de humeuren: bloed, gele gal, zwarte gal en slijm. Deze lichaamssappen zouden de aanleiding zijn tot gezondheid en ziekte en daarbij stond centraal dat er een balans moest zijn tussen de verschillende humeuren. Allerlei remedies hadden als kern dat de balans van de humeuren hersteld moest worden. Tijdens de verlichting ontstond de stroming om gezondheid en ziekte met een objectieve bril te bekijken en kwam er in de medische wereld meer ruimte voor de wetenschap. Verschillende medisch-wetenschappelijke ontdekkingen die van grote invloed geweest zijn op het begrip van gezondheid en ziekte, komen aan bod.

Hierna is aandacht geschonken aan de twee belangrijkste modellen van gezondheid en ziekte: het biomedische model en het biopsychosociaal model. In het biomedische model was nauwelijks tot geen ruimte voor de menskant van gezondheid, waardoor in de loop der tijd een behoefte ontstond om deze toe te voegen. Hierdoor ontstond het biopsychosociaal model, waarin ook aandacht was voor de psychologische en sociale aspecten van gezondheid en ziekte. Deze modellen zijn van grote invloed geweest op de medische wereld.

Tot slot is, in het verlengde van het biopsychosociaal model, de opkomst van de gezondheidspsychologie besproken. Daarbij zijn verschillende psychologische en sociale aspecten genoemd die een licht werpen op het vakgebied van de gezondheidspsychologie. Centraal staan attitudes en overtuigingen, gedrag, sociale steun en sociaaleconomische status. Dit zijn allemaal centrale thema's in het vakgebied van de gezondheidspsychologie.

Definities



Biomedisch model (Flexner, 1910): volgens dit model is gezondheid een dynamische balans tussen drie factoren: het menselijk lichaam, de omgeving en ziektekiemen. Ziekten ontstaan als er een onbalans ontstaat tussen deze factoren.

Biopsychosociaal model van gezondheid: volgens het biopsychosociaal model bestaat gezondheid uit drie componenten: een biologische, een psychologische en een sociale component. Deze opvatting sluit het best aan bij de definitie van gezondheid van de Wereld Gezondheidsorganisatie.

Coping: de manier waarop iemand omgaat met tegenslagen, problemen of spanning.

Gezondheid: het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren in de aanwezigheid van fysieke, mentale en sociale uitdagingen in het leven.

Gezondheidspsychologie: onderzoekt hoe biologische, sociale en psychologische factoren invloed uitoefenen op gezondheid en ziekte. Gezondheidspsychologen gebruiken deze kennis om ziekte te voorkomen en de gezondheid van mensen te bevorderen. Leefstijl speelt hierbij een belangrijke rol.

Meta-analyse: een samenvattingsonderzoek dat een (groot) aantal onderzoeken cijfermatig samenvat om een sterkere conclusie te kunnen trekken over bepaalde verbanden.

Micro-organismen: hele kleine levende wezens die ziekten kunnen veroorzaken.

Palliatieve behandeling: behandeling met als doel, in plaats van genezing, comfort en optimale kwaliteit van leven te creëren door klachten te verminderen. Dit wordt vaak ingezet bij patiënten die niet meer behandeld kunnen worden.

Review: een kwalitatief onderzoek, waarbij verschillende onderzoeken over hetzelfde onderwerp worden samengevat en vergeleken om er een overkoepelende conclusie uit te trekken.

Sociaaleconomisch status (SES): de positie die iemand heeft op de maatschappelijke ladder, weergegeven door onder andere: opleiding, inkomen, vermogen, werkinvulling.

Voor de praktijk

Of je nu studeert of werkzaam bent in het sociale domein of in het medische veld, het is van groot belang om te beseffen dat de ene persoon met een depressie de andere niet is en dat de ene persoon met diabetes de andere niet is. Professionals lopen nog steeds het risico om te denken op een manier die past in het medische model. Voor (toegepast) psychologen geldt dat denken vanuit de DSM 5¹ kan leiden tot hokjesdenken. Alles draait in de therapie om de diagnose, maar het risico is groot dat daarbij vergeten wordt dat achter de stoornis een variatie aan typen mensen schuilgaat. Voor professionals in het

1 Het diagnostisch en statistisch handboek van psychiatrische aandoeningen dat wordt uitgegeven door de American Psychiatric Association.

medische werkveld geldt dat net zo, daar wordt de diagnose alleen anders gesteld en op een ander werkveld. Het is aan te raden om na de diagnose het biopsychosociale model als uitgangspunt te nemen en de volgende vragen aan jezelf te stellen:

- Welke biologische factoren zijn er om rekening mee te houden?
- Welke psychologische factoren zijn er om rekening mee te houden?
- Welke sociale factoren zijn er om rekening mee te houden?

Op deze manier kun je als professional enerzijds geen van de drie aspecten uit het oog verliezen en anderzijds kan het een beeld geven van de factoren waarover nog onvolgende bekend is. Dat biedt ruimte om door te vragen.

Tot slot geeft de invalshoek van de gezondheidspsychologie mogelijkheden voor met name professionals in het medische werkveld om invloed uit te oefenen op factoren die wellicht niet direct in hun werkveld liggen, maar die wél een grote invloed kunnen hebben op de gezondheid van de patiënt. Komt een patiënt bijvoorbeeld altijd alleen naar het consult? Hoe is het gesteld met de sociale steun van deze persoon? Wat neemt deze persoon verder mee aan persoonlijke factoren? Wat speelt er in het gezin? Wat is naar schatting de sociaaleconomische status? Wat is de culturele achtergrond? Al deze factoren beïnvloeden ten positieve of ten negatieve de ziektebeleving. Aandacht daarvoor is zeer aan te bevelen.



Op de website bij dit boek vind je activerende oefeningen, video's of kennisclips en een begrippentrainer bij dit hoofdstuk.

Literatuur

- Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic Status and Health: What We Know and What We Don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 3-15.
- American Psychological Association. (z.d.). *Understanding Health Psychology*. Geraadpleegd op 22 januari 2018, van www.apa.org/action/science/health
- Antithrombotic Trialists' Collaboration. (2009). Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *The Lancet*, 373(9678), 1849-1860.
- Arshad, A., Matharoo, J., Arshad, E., Sadhra, S. S., Norton-Wangford, R., & Jawad, M. (2019). Knowledge, attitudes, and perceptions towards waterpipe tobacco smoking amongst college or university students: a systematic review. *BMC Public Health*, 19(1), 439.
- Bause, G. S. (2015). Licorice-flavored Morphine for Babies. *Anesthesiology*, 123(5), 1066.
- Berhan, Y., & Berhan, A. (2015). A Meta-Analysis of Risky Sexual Behaviour among Male Youth in Developing Countries. *AIDS Research and Treatment*, 2015, 1-9.
- Center on Society and Health. (2015, 13 februari). *Why Education Matters to Health: Exploring the Causes*. Geraadpleegd op 23 januari 2018, van <https://societyhealth.vcu.edu/work/the-projects/why-education-matters-to-health-exploring-the-causes.html>
- Collins, S. E. (2016). Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. *Alcohol research: current reviews*, 38(1), 83-94.
- Costa, E., Pecorelli, S., Giardini, A., Savin, M., Menditto, E., Lehane, E., ... Marengoni, A. (2015). Interventional tools to improve medication adherence: review of literature. *Patient Preference and Adherence*, 9, 1303-1314.

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Farrell, L., Hollingsworth, B., Propper, C., & Shields, M. A. (2014). The socioeconomic gradient in physical inactivity: Evidence from one million adults in England. *Social Science & Medicine*, 123, 55-63.
- Furnee, C. A., Groot, W., & van den Brink, H. M. (2008). The health effects of education: a meta-analysis. *The European Journal of Public Health*, 18(4), 417-421.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Flórez-Salamanca, L., Okuda, M., Liu, S., & Blanco, C. (2013). Probability and predictors of relapse to smoking: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*, 132(3), 479-485.
- Gong, F., Diao, Y., Pan, T., Liu, M., & Sun, H. (2015). Evolution of human medical model and development course of medical humanistic spirit. *Biomedical Research*, 26(3), 407-414.
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafò, M. (2011). Socioeconomic status and smoking: a review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 107-123.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343(jul26 2), d4163.
- Hulshof, K. F. A. M., Brussaard, J. H., Kruizinga, A. G., Telman, J., & Löwik, M. R. H. (2003). Socio-economic status, dietary intake and 10 y trends: the Dutch National Food Consumption Survey. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(1), 128-137.
- Magiorkinis, E., Vladimirov, L., & Diamantis, A. (2010). The early history of military radiology (1896-1916): From Wilhelm Conrad Röntgen to the first world war. *Balkan Military Medical Review*, 13, 163-169.
- Mincu, C. L., & Taşcu, A. (2015). Social Support, Satisfaction with Physician-Patient Relationship, Couple Satisfaction, Body Satisfaction, Optimism as Predictors of Life Satisfaction in People having a Current Perceived Health Problem. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 187, 772-776.
- Papagrigorakis, M. J., Toulas, P., Tsilivakos, M. G., Kousoulis, A. A., Skorda, D., Orfanidis, G., & Synodinos, P. N. (2014). Neurosurgery During the Bronze Age: A Skull Trepanation in 1900 BC Greece. *World Neurosurgery*, 81(2), 431-435.
- Park, J., Kitayama, S., Karasawa, M., Curhan, K., Markus, H. R., Kawakami, N., ... Ryff, C. D. (2012). Clarifying the links between social support and health: Culture, stress, and neuroticism matter. *Journal of Health Psychology*, 18(2), 226-235.
- Pasini, A., Donati, R., Bramanti, B., Salzani, L., & Gualdi-Russo, E. (2019). New Evidence of Prehistoric Neurosurgery in Italy: The Case of Castello Del Tartaro. *World Neurosurgery*, 128, 556-561.
- Richman, J. M., Rosenfeld, L. B., & Bowen, G. L. (1998). Social Support for Adolescents at Risk of School Failure. *Social Work*, 43(4), 309-323.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488-531.
- VUmc School of Medical Sciences. (z.d.). *Patiëntgebonden vaardigheden en patiëntcontacten – Reglementen – VUmc School of Medical Sciences*. Geraadpleegd op 23 januari 2018, van <https://med.vu.nl/nl/studenten/reglementen/Patientgebonden-vaardigheden-en-patientcontacten/index.aspx>
- Winkleby, M. A., Jatulis, D. E., Frank, E., & Fortmann, S. P. (1992). Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, 82(6), 816-820.
- Zullig, L. L., Blalock, D., Dougherty, S., Henderson, R., Ha, C. C., Oakes, M., & Bosworth, H. B. (2018). The new landscape of medication adherence improvement: where population health science meets precision medicine. *Patient Preference and Adherence*, 12, 1225-1230.



Inleiding in de gezondheidspsychologie behandelt de rol van menselijk gedrag bij het behouden van een goede gezondheid en bij ziekte. Preventie en gezondheidsbevorderend gedrag komen hierbij uitgebreid aan de orde.

Het boek is opgedeeld in twee delen. In hoofdstuk 1 tot en met 3 wordt uitgelegd wat gezondheidspsychologie precies inhoudt en welke perspectieven, theorieën en modellen er een rol bij spelen. Ook de gedragsmatige en mentale aspecten van gezondheid, met aandacht voor preventie, komen aan bod. In hoofdstuk 4 tot en met 15 staan specifieke ziektebeelden centraal en de rol van psychosociale aspecten binnen die ziektebeelden. De interventies die ingezet kunnen worden ter behandeling of verbetering van de psychosociale uitkomsten van ziekte worden ook uitgebreid besproken. Hierbij is uiteraard ook aandacht voor de effectiviteit van deze interventies.

Elk hoofdstuk eindigt met een samenvatting, een begrippenkader en tips voor de (aankomende) professional. Het boek bevat herkenbare casuïstiek en voorbeelden uit het Nederlandse zorgstelsel. Daarmee sluit het boek goed aan op het toekomstige werkveld van de student.

Op de website bij het boek, www.inleidingindegezondheidspsychologie.nl, staan activerende oefeningen, begrippentrainers en oefententamens. Ook zijn er video's en kennisclips te vinden waarin centrale begrippen en modellen worden uitgelegd.

Inleiding in de gezondheidspsychologie is bestemd voor opleidingen in het sociale en zorgdomein. Daarnaast is het boek geschikt voor professionals die zich bezighouden met gezondheid en ziekte,

Ferdi en Marijke de Goede hebben een eigen praktijk in de generalistische basis-ggz. Ferdi is daarnaast consultant arbeid & gezondheid en docent in het hoger onderwijs. Marijke de Goede is GZ-psycholoog.

ISBN 978-90-2440-083-6



9 789024 400836

www.inleidingindegezondheidspsychologie.nl
www.boomhogeronderwijs.nl