

# Handboek psychologische interventies

bij somatische aandoeningen

Redactie:

Grieteke Pool

Fredrike Heuvel

Adelita V. Ranchor

Robbert Sanderman

© 2020, Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)).

NUR 770

ISBN folioboek 978 90 232 5531 4

ISBN ebook 978 90 232 5532 1

1e druk 2004

2e, herziene druk 2020

Uitgave: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen

Omslagontwerp: Kim BoerenViesrood grafisch & interactief ontwerp, Viesrood

Beeld omslag: Tineke Demmer, gemengde techniek op papier, 2019

Grafische verzorging en ebook: LINE UP boek en media bv, Groningen

Druk: Drukkerij Van Gorcum, Raalte



# Inhoudsopgave

Woord vooraf .....	XXVI
Ten geleide .....	XXVIII
<b>Deel 1 Thema's en interventies .....</b>	<b>1</b>
<b>Hoofdstuk 1 Inleiding en leeswijzer deel 1 .....</b>	<b>3</b>
<b>Deel 1A Zorgcontexten en diagnostiek .....</b>	<b>5</b>
<b>Hoofdstuk 2 Medische psychologie .....</b>	<b>7</b>
<b>Judith Prins, Gerda de Boer &amp; Rudolf Ponds</b>	
<i>Trefwoorden:</i> medisch psychologen; medisch specialismen; multidisciplinair overleg; interdisciplinaire samenwerking; klinisch consult; poliklinische intake; diagnostiek; comorbiditeit; pediatrie psychologie; wetenschappelijk onderzoek; <i>behavioral medicine</i> ; gezondheidspsychologie; opleiding	
<b>2.1</b> Inleiding .....	7
<b>2.2</b> Patiëntenzorg .....	8
<b>2.2.1</b> Chronische ziekten .....	9
<b>2.2.2</b> Lichamelijk onverklaarde klachten .....	10
<b>2.2.3</b> Hersenaandoeningen .....	11
<b>2.2.4</b> Aandoeningen bij kinderen .....	12
<b>2.3</b> Onderzoek .....	14
<b>2.4</b> Onderwijs .....	15
<b>2.5</b> Opleiding .....	15
<b>2.6</b> Organisatiestructuur en bekostiging .....	15
<b>2.7</b> Relevante organisaties .....	16
<b>2.8</b> Besluit .....	16

**Hoofdstuk 3 Medisch-specialistische revalidatie** ..... 19

**Marcel Post & Caroline van Heugten**

*Trefwoorden:* gevolgenneeskunde; psychosociale gevolgen; diagnosegroepen; medische, paramedische, psychosociale, educatieve of arbeidsgerichte interventies; bio-psychosociaal model; multidisciplinair; structuur-, proces- en uitkomstkwaliteit

3.1	Inleiding	19
3.2	Medisch-specialistische revalidatie	19
3.3	Diagnosegroepen en omvang	20
3.4	Revalidatie en de classificatie van het menselijk functioneren	22
3.5	Multidisciplinaire samenwerking	23
3.6	De revalidatiepsycholoog	24
3.7	Behandelplan en revalidatiedoelen	24
	3.7.1 Behandelplan	24
	3.7.2 Revalidatiedoelen	25
3.8	Diagnostiek, behandelvormen en thema's in de revalidatie	26
3.9	Evaluatie van behandeling en uitkomstmeting	28
3.10	Besluit	28

**Hoofdstuk 4 Medische communicatie tussen arts en patiënt** ..... 31

**Marij Hillen, Lyonne Zonneveld & Leonie Visser**

*Trefwoorden:* gespreksvaardigheden; arts-patiëntcommunicatie; suboptimale communicatie; cultuurverschillen; zesfunctiemodel; behandelrelatie; perspectief van patiënten; gezamenlijke probleemdefinitie

4.1	Inleiding	31
4.2	Suboptimale communicatie en mogelijke gevolgen voor patiënten	33
	4.2.1 Assessment & indicatie	33
	4.2.2 Suboptimale communicatie: het zesfunctiemodel	33
	4.2.3 Mogelijke gevolgen van suboptimale communicatie voor patiënten	34
4.3	Interventies en technieken	35
	4.3.1 Casus: misverstand rondom goedaardig melanoom	35
	4.3.2 Casus: onvoldoende emotionele steun bij <i>awareness</i>	37
4.4	Besluit	38

**Hoofdstuk 5 Het gevolgenmodel: een diagnostisch klachtgericht model** ..... 43

**Annemarieke Fleming & Yanda van Rood**

*Trefwoorden:* diagnostische methode; instandhoudende factoren; doelgroep; DSM-5; klachtspecifiek; ideeën over de klacht; automatische gedachten; referentieel verband; sequentieel verband; traumatische ervaringen; emotionele, gedragsmatige, lichamelijke, sociale gevolgen; vicieuze cirkel

5.1	Inleiding	43
5.2	Rationale en indicatie voor gebruik van het gevolgenmodel	44

5.3	Diagnostiek volgens het gevolgenmodel (DvGM): het protocol .....	45
5.3.1	Stap 1: invullen van het gevolgenmodel .....	45
5.3.2	Stap 2: controleren of het model logisch consistent is .....	48
5.3.3	Stap 3: selecteren van de instandhoudende gevolgen .....	48
5.3.4	Stap 4: formeren van de vicieuze cirkel .....	48
5.4	Ontwerpen van het behandelplan .....	49
5.4.1	Vaststellen van de aangrijpingspunten voor behandeling .....	49
5.4.2	Selecteren van de interventies .....	49
5.4.3	Opstellen van het behandelplan .....	50
5.4.4	Evaluatie van de interventies als onderdeel van het behandelplan .....	50
5.5	Besluit .....	51
<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>Procesdiagnostiek – een persoonsgerichte benadering</b> .....	<b>53</b>
	<b>Grieteke Pool</b>	
	<i>Trefwoorden:</i> levensverhaal; context; persoonlijk-subjectief; transdiagnostisch; persoonsgerichte-experiëntiële psychotherapie (PEPT); therapeutische relatie; empathie; gefaseerd therapieproces; microprocessen; rol van het lichaam; belevingsniveau; ‘felt sense’; ‘interne criticus’, emotion-focused therapie (EFT); betekenisgeving; ervaringsgericht; interactioneel; existentieel	
6.1	Inleiding .....	53
6.2	Aanvangsdiagnostiek & perspectieven in het verhaal van de cliënt .....	54
6.3	Enkele voorbeelden van <i>microprocessen</i> .....	57
6.3.1	Belevingsniveau .....	57
6.3.2	Felt sense en focusing .....	57
6.3.3	‘Interne criticus’ .....	58
6.4	Proces en fasering .....	58
6.4.1	Beginfase: premotivatie & symptoomfase .....	59
6.4.2	Middenfase: probleem/conflictfase .....	60
6.4.3	Eindfase: consolidatie-, existentiële & afscheidsfase .....	61
6.5	Besluit .....	62
<b>Deel 1B</b>	<b>Fysieke aspecten</b> .....	<b>65</b>
<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>Als vermoeidheid een beperking wordt</b> .....	<b>67</b>
	<b>Martine Goedendorp</b>	
	<i>Trefwoorden:</i> chronischevermoeidheidssyndroom (CVS); uitputting; inspanningsintolerantie; pijn; <i>post-exertional malaise</i> ; niet-verkwikkende slaap; multifactoriële klacht; sociodemografische factoren; instandhoudende factoren; catastrofen; bewegingsprogramma; adaptieve <i>spacing</i>	
7.1	Inleiding .....	67
7.2	Behandelrationale en doelstellingen .....	69
7.2.1	Factoren die vermoeidheid in stand houden of verergeren .....	69
7.2.2	Doelstellingen van interventies voor chronische vermoeidheid .....	70
7.3	Diagnostiek .....	71

7.4	Interventies en technieken .....	72
7.4.1	Bewegingsprogramma's .....	72
7.4.2	Adaptieve pacing .....	72
7.4.3	Cognitieve gedragstherapie (CGT) voor vermoeidheid .....	72
7.4.4	Mindfulness .....	73
7.4.5	eHealth-toepassingen .....	74
7.5	Besluit .....	74

X

**Hoofdstuk 8 Hoe verder met pijn?** ..... 77

**Han Samwel**

*Trefwoorden:* waarschuwingssignaal; biopsychosociaal pijnmodel; *acute* versus *chronische* pijn; onbegrepen pijn; instandhoudende factoren; catastroferen; pijnbeleving; vicieuze pijncirkel; pijneducatie, cognitieve gedragstherapie, *acceptance and commitment* therapie, *stepped care*-model

8.1	Inleiding .....	77
8.2	Assessment & diagnostiek .....	79
8.3	Rationale en doelstelling .....	80
8.4	Interventies .....	81
8.4.1	Pijneducatie .....	82
8.4.2	Cognitieve gedragstherapie gericht op pijngedrag .....	82
8.4.3	Acceptance and commitment therapie (ACT) bij pijn .....	82
8.4.4	Varianten van psychologische behandeling .....	82
8.4.5	Stepped care-model .....	83
8.5	Besluit .....	84

**Hoofdstuk 9 Insomnie bij volwassenen** ..... 89

**Annemieke van Straten, Jaap Lancee & Ingrid Verbeek**

*Trefwoorden:* slaapfasen; slaapcyclus; REM-slaap; biologische klok; slaapdruk; slaap-kwaliteit; slaap-waakstoornissen; insomnie; driefactorenmodel; stress; slaappatroon; HPA-as; immuunsysteem; lichamelijke aandoeningen; depressie; slaaphygiëne; slaaprestrictie

9.1	Inleiding .....	89
9.1.1	Wat is slaap? .....	89
9.1.2	Wat maakt dat we slapen? .....	89
9.1.3	Waarom is slaap nodig? .....	89
9.1.4	Hoeveel uur slaap is nodig? .....	89
9.1.5	Slaap-waakstoornissen .....	90
9.1.6	De relatie tussen insomnie en lichamelijke aandoeningen .....	91
9.1.7	De relatie tussen slaap en psychische gezondheid .....	91
9.2	Doelstellingen & rationale .....	92
9.3	Diagnostiek en meetinstrumenten .....	92
9.4	Interventies en technieken .....	92
9.4.1	Medicatie .....	92
9.4.2	Cognitieve gedragstherapie voor insomnie .....	93
9.4.3	Casus .....	96
9.5	Besluit .....	98

<b>Hoofdstuk 10</b>	<b>De rol van lifestyle en stress in relatie tot gezondheid en ziekte</b> .....	101	
	<b>Davy Paap &amp; Grieteke Pool</b>		
	<i>Trefwoorden:</i> leefstijl; voedingspatronen; beweging; chronische stress; omgevingsfactoren; <i>multi-level approach</i> ; levensverwachting; ouderdomsziekten; multimorbiditeit; <i>allostatic (over)load</i> ; adaptatiesysteem; motivatie; barrières; veerkracht; positieve gezondheid; <i>integrative medicine</i>		
	<b>10.1</b> Inleiding.....	101	
	<b>10.2</b> Rationale en indicatie, hulpvraag & doelstellingen.....	104	
	<b>10.2.1</b> Rationale en indicatie.....	104	
	<b>10.2.2</b> Hulpvraag en doelstellingen.....	104	
	<b>10.3</b> Assessment.....	105	
	<b>10.4</b> Casuïstiek in context.....	107	
	<b>10.4.1</b> Casus: leefstijl- en stressgerelateerde problemen bij een cliënt met multimorbiditeit.....	107	
	<b>10.5</b> Besluit.....	109	
	<b>Deel 1C Psychische aspecten</b> .....	113	
<b>Hoofdstuk 11</b>	<b>Ziek zijn en welzijn: de rol van controle</b> .....	115	
	<b>Fredrike Heuvel, Alicia M. de Vries &amp; Adelita V. Ranchor</b>		
	<i>Trefwoorden:</i> controleherstel; <i>mastery</i> ; <i>locus of control</i> ; zelfeffectiviteit; lichamelijke, fysieke achteruitgang; levensdomeinen; haalbare/onhaalbare doelen; illusie van controle; objectief, realistisch, fatalistisch verlies van controle; doelaanpassing; adaptatie; compensatie		
	<b>11.1</b> Inleiding.....	115	
	<b>11.2</b> Assessment en diagnostiek.....	117	
	<b>11.3</b> Behandelrationale.....	118	
	<b>11.4</b> Interventies.....	118	
	<b>11.5</b> Besluit.....	122	
<b>Hoofdstuk 12</b>	<b>Preoccupatie met lichamelijke klachten</b> .....	125	
	<b>Theo Bouman</b>		
	<i>Trefwoorden:</i> transdiagnostisch; eenzijdig gerichte belangstelling; geabsorbeerdheid; <i>attentional bias</i> ; tijdsduur; intensiteit; object; invloed; somatisch-symptoomstoornis; ziekteangststoornis; attentionele, cognitieve, gedragsmatige, emotionele preoccupatie; psycho-educatie		
	<b>12.1</b> Inleiding.....	125	
	<b>12.1.1</b> Wat is preoccupatie?.....	126	
	<b>12.2</b> Hulpvraag en doelstellingen.....	128	
	<b>12.2.1</b> Hulpvraag.....	128	
	<b>12.2.2</b> Doelstellingen.....	128	
	<b>12.3</b> Assessment en diagnostiek.....	129	

12.4	Interventies.....	130
12.4.1	Uitleg van de rationale.....	130
12.4.2	Cognitieve interventies.....	130
12.4.3	Loskomen van gedachten.....	131
12.4.4	Gedragmatige interventies.....	131
12.4.5	Emotiegerelateerde interventies.....	131
12.4.6	Valkuilen.....	132
12.5	Besluit.....	132

**Hoofdstuk 13 Emotieregulatie bij somatische aandoeningen..... 135**

**Hester Trompetter & Ernst Bohlmeijer**

*Trefwoorden:* negatieve, positieve emoties; emotieregulatie; lichamenlijk signaal; transdiagnostische factor; *broaden-and-build theory*; flexibiliteit; experiëntiële vermijding; positieve herinterpretatie; *savoring*; ACT; mindfulness; verbeeldingsoefening; dankbaarheidsoefening

13.1	Inleiding.....	135
13.2	Rationale, doelstellingen en diagnostiek.....	136
13.3	Interventies en technieken.....	138
13.3.1	Preventie: voorkomen dat een emotie optreedt of uit de hand loopt.....	138
13.3.2	Het programma <i>Voluit leven</i> .....	138
13.3.3	Het versterken van positieve emoties.....	140
13.4	Besluit.....	141

**Hoofdstuk 14 Gehechtheid en ziekte..... 145**

**Chris Hinnen & Grieteke Pool**

*Trefwoorden:* gehechtheidstheorie; onveilige hechting; lichaamssignalen; stressoren; over-arousal; under-arousal; immuunsysteem; verbondenheid; autonomie; vermijdende gehechtheid; angstige gehechtheid; chaotische gehechtheid; narratieve stijl; interactionele vaardigheden; mentaliseren

14.1	Inleiding.....	145
14.1.1	De invloed van onveilige hechting op het stress- en immuunsysteem.....	146
14.1.2	De invloed van onveilige hechting op latere lichamelijke kwetsbaarheid.....	146
14.2	Rationale en doelstelling.....	146
14.3	Klinische diagnostiek.....	147
14.3.1	Veilige gehechtheid – ‘de ideale patiënt’.....	147
14.3.2	Vermijdende gehechtheid – ‘de zelfstandige patiënt’.....	148
14.3.3	Angstige gehechtheid – ‘de afhankelijke patiënt’.....	148
14.3.4	Chaotische gehechtheid – ‘de moeilijke patiënt’.....	149
14.4	Interventies: emotieregulatie en interactionele aspecten.....	149
14.5	Besluit.....	150



<b>Deel 1D Sociale aspecten</b> .....	153
<b>Hoofdstuk 15 De impact van ziekte op een partner en de partnerrelatie</b> .....	155
<b>Christien de Jong, Mariët Hagedoorn, Leo Gualthérie van Weezel &amp; Robbert Sanderman</b>	
<i>Trefwoorden:</i> emotioneel welbevinden; gender; dyadische copingmodellen; niet-betrokken partner; overbeschermende partner; communicatie; elkaar steunen; samenwerken; gelijkwaardigheid; meervoudige loyaliteit; <i>bufferende</i> reacties; <i>stepped care</i>	
<b>15.1</b> Inleiding .....	155
<b>15.2</b> Een perspectief op interventies bij paren .....	156
<b>15.3</b> Partnerrelatietherapie bij chronische ziekte: de praktijk .....	158
<b>15.3.1</b> De steen in de vijver .....	159
<b>15.3.2</b> Attitude van meervoudige loyaliteit .....	159
<b>15.3.3</b> Faseovergangen .....	160
<b>15.3.4</b> Het 'window of tolerance' en versterking van veerkracht .....	161
<b>15.4</b> Besluit .....	162
<b>Hoofdstuk 16 Als een gezinslid chronisch ziek is</b> .....	165
<b>Mieke Hartgers</b>	
<i>Trefwoorden:</i> mantelzorg; gezamenlijke draagkracht; overbelasting; parentificatie; systeemtherapie; kinderen; adolescenten; derde generatie; ontwikkelingsfasen; acute fase; chronische fase; gewenning; stagnatie; beslissingen; psycho-educatie; <i>shared decision making</i>	
<b>16.1</b> Inleiding .....	165
<b>16.2</b> Rationale en doelstellingen .....	166
<b>16.2.1</b> Rationale .....	166
<b>16.2.2</b> Doelstellingen .....	167
<b>16.3</b> Assessment .....	168
<b>16.4</b> Interventies .....	169
<b>16.4.1</b> Psycho-educatie .....	169
<b>16.4.2</b> Gedachten en gevoelens naar aanleiding van de ziekte met elkaar delen .....	169
<b>16.4.3</b> Beslissingen nemen over de behandeling van de ziekte .....	170
<b>16.4.4</b> Bewerken van relationele kwesties in het gezin die samenhangen met de ziekte .....	172
<b>16.4.5</b> Bewerken van relationele kwesties die de gezamenlijke draagkracht aantasten .....	173
<b>16.5</b> Besluit .....	173

**Hoofdstuk 17 Ziekte, intimiteit en seksualiteit** ..... 177

**Hester Pastoor & Hanneke Bolt**

*Trefwoorden:* seksueel functioneren; biopsychosociaal model, psychosomatische cirkel; seksuele responscyclus; PLISSIT-model; seksuologische anamnese; proactieve/ reactieve anamnese; angst; vermijdingsgedrag; lichaams- of zelfbeeld; lichamelijk onderzoek

XIV

<b>17.1</b>	Inleiding .....	177
<b>17.1.1</b>	Seksualiteit als biopsychosociaal fenomeen .....	178
<b>17.2</b>	Hulpvragen en doelstelling .....	180
<b>17.2.1</b>	Hulpvragen .....	180
<b>17.2.2</b>	Doelstellingen .....	180
<b>17.3</b>	Assessment, meetinstrumenten, diagnostiek .....	180
<b>17.3.1</b>	Seksuologische anamnese .....	181
<b>17.3.2</b>	Seksuologische vragenlijsten .....	182
<b>17.3.3</b>	Seksuologisch lichamelijk onderzoek .....	182
<b>17.4</b>	Interventies en technieken .....	182
<b>17.4.1</b>	Psychologische interventies .....	183
<b>17.4.2</b>	Seksuologische interventies .....	183
<b>17.4.3</b>	Hulpmiddelen .....	185
<b>17.4.4</b>	Medische interventies .....	185
<b>17.5</b>	Besluit .....	186

**Hoofdstuk 18 Migratie, culturele diversiteit en gezondheid** ..... 189

**Majorie de Been, Janneke Veeze-van der Velden & Marjanne Mensinga**

*Trefwoorden:* superdiversiteit; communiceren op maat; sociaaleconomische status; culturele achtergrond; stress; Cultureel Interview; ziektebeleving; taalbarrière; preventie; familiebanden; zorgrelatie; cultuursensitieve zorg

<b>18.1</b>	Inleiding .....	189
<b>18.1.1</b>	De invloed van sociaaleconomische omstandigheden op gezondheid .....	189
<b>18.1.2</b>	De invloed van migratie op gezondheid .....	190
<b>18.2</b>	Rationale en doelstellingen .....	191
<b>18.3</b>	Werkrelatie: relationele, inhoudelijke en communicatieve aspecten .....	191
<b>18.3.1</b>	Relationele aspecten: vertrouwen en begrip voor de culturele achtergrond .....	191
<b>18.3.2</b>	Inhoudelijke aspecten: ziektebeleving, de rol van spirituele steun en cultuur .....	192
<b>18.3.3</b>	Taalbarrière en tolken in de zorg .....	194
<b>18.4</b>	Interventies .....	195
<b>18.5</b>	Besluit .....	197

<b>Deel 1E Levensloop</b> .....	201
<b>Hoofdstuk 19 Verhalen en gezondheid</b> .....	203
<b>Gerben Westerhof</b>	
<i>Trefwoorden:</i> narratieve psychologie; construeren van betekenis; autobiografische verhalen; dominante verhalen; positieve gezondheid; verhalende interventies; expressief schrijven; levensboek, life review; chaosplot; restitutieplot; queeste; schrijfoefeningen; identiteitswerk	
<b>19.1</b> Inleiding .....	203
<b>19.2</b> Rationale en doelstellingen .....	204
<b>19.3</b> Interventies .....	204
<b>19.3.1</b> Expressief schrijven .....	205
<b>19.3.2</b> Levensboeken .....	206
<b>19.3.3</b> Life review .....	207
<b>19.4</b> Besluit .....	209
<b>Hoofdstuk 20 Kinderen en adolescenten met een chronisch-somatische aandoening</b> .....	211
<b>Alice van Dijk-Lokkart</b>	
<i>Trefwoorden:</i> kindergeneeskunde; gezinsfunctioneren; internaliserende/externaliserende problemen; leefregels; acceptatie; angst; depressie; gedragsproblemen; traumaverwerking; ontwikkelingsonderzoek; neuropsychologisch onderzoek; <i>Pediatric Medical Traumatic Stress</i> (PMTS)-model	
<b>20.1</b> Inleiding .....	211
<b>20.2</b> Rationale en doelstelling .....	212
<b>20.3</b> Diagnostiek .....	213
<b>20.4</b> Interventies en technieken .....	215
<b>20.5</b> Besluit .....	219
<b>Hoofdstuk 21 Ouderdom en ziekte</b> .....	223
<b>Arjan Videler, Willy Garenfeld &amp; Machteld Ouwens</b>	
<i>Trefwoorden:</i> vergrijzing; biologische, psychologische en sociale veroudering; comorbiditeit; polyfarmacie; frailty; fenotype-model; cumulatief-tekorten-model; levenslooppsychologie; succesvolle veroudering; mantelzorgers; <i>Contextual Lifespan Theory for Adapting Psychotherapy</i> (CALTAP)-model	
<b>21.1</b> Inleiding .....	223
<b>21.1.1</b> Veroudering .....	223
<b>21.1.2</b> Moderne levenslooppsychologie .....	226
<b>21.1.3</b> Ouderen en wetenschappelijk onderzoek .....	227
<b>21.2</b> Doelstellingen en rationale .....	227
<b>21.3</b> Assessment, meetinstrumenten, diagnostiek .....	228

<b>21.4</b>	Interventies en technieken .....	228
<b>21.4.1</b>	Interventies bij frailty .....	228
<b>21.4.2</b>	Interventies bij psychische klachten .....	230
<b>21.4.3</b>	Interventies bij psychische klachten in combinatie met lichamelijke aandoeningen .....	231
<b>21.4.4</b>	Interventies bij rouw .....	231
<b>21.4.5</b>	Interventies bij doodsangst .....	231
<b>21.5</b>	Besluit .....	232

**Hoofdstuk 22 Chronisch zieken en werk: arbeidsparticipatie en sociale zekerheid** ..... 237

**Harald Miedema**

*Trefwoorden:* arbeidsmogelijkheden; arbeidsongeschiktheid; lichamelijke, psychische en sociale belastbaarheid; ziekteverzuim; arbeidsgerelateerde zorg; arboprofessional; bedrijfsarts; re-integratie; werkaanpassingen; wet- en regelgeving; waardering; sociale steun; dagbesteding; maatschappelijke inclusie; arbocuratieve samenwerking

<b>22.1</b>	Inleiding .....	237
<b>22.2</b>	De betekenis van werk voor iemand met een chronische ziekte of aandoening .....	237
<b>22.3</b>	Afstemmen van arbeidsbelasting en belastbaarheid bij een chronische aandoening .....	238
<b>22.4</b>	Wet- en regelgeving op het gebied van de arbeidsparticipatie van chronisch zieken .....	239
<b>22.4.1</b>	Wet Verbetering Poortwachter (WVP) .....	239
<b>22.4.2</b>	Wet Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) .....	239
<b>22.4.3</b>	Participatiewet .....	240
<b>22.4.4</b>	Ziektewet .....	240
<b>22.5</b>	Arbozorg en arbocuratieve samenwerking .....	240
<b>22.5.1</b>	Activiteiten van de bedrijfsarts .....	240
<b>22.5.2</b>	Werkhervatting na een periode van ziekteverzuim .....	241
<b>22.5.3</b>	Arbocuratieve samenwerking .....	241
<b>22.6</b>	Arbeitsbelastbaarheid van de cliënt met een chronische ziekte .....	242
<b>22.6.1</b>	Lichamelijke belastbaarheid .....	242
<b>22.6.2</b>	Psychische belastbaarheid .....	242
<b>22.6.3</b>	Sociale belastbaarheid .....	243
<b>22.7</b>	Interventies gericht op arbeids(re-)integratie en mogelijkheden voor werkbehoud .....	243
<b>22.7.1</b>	Mogelijkheden tot ondersteuning van arbeidsintegratie en verhogen van de belastbaarheid .....	243
<b>22.7.2</b>	Aanpassingen in of op het werk .....	245
<b>22.7.3</b>	Invalshoeken voor psychologische ondersteuning .....	246
<b>22.8</b>	Besluit .....	247

<b>Deel 1F Specifieke interventies</b> .....	249
<b>Hoofdstuk 23 Op acceptatie en veerkracht gerichte therapievormen</b> .....	251
<b>Karleïn Schreurs &amp; Maya Schroevers</b>	
<i>Trefwoorden:</i> stressreductie; conditioneringen; doe-modus; zijn-modus; decentreren; mindfulness; ACT; bewegingsoefeningen; loop- en zitmeditatie; (zelf)compassie; <i>self-kindness</i> ; <i>Relational Frame Theory</i> (RFT); cognitieve fusie; experiëntiële vermijding; psychische flexibiliteit; transdiagnostisch	
<b>23.1</b> Inleiding .....	251
<b>23.2</b> Het ontstaan van de derde generatie gedragstherapieën .....	251
<b>23.2.1</b> Op mindfulness gerichte interventies (MBSR, MBCT) .....	251
<b>23.2.2</b> Op compassie gerichte interventies (MSC, CFT) .....	252
<b>23.2.3</b> Acceptance and Commitment Therapy (ACT) .....	253
<b>23.3</b> Rationale en doelstellingen .....	254
<b>23.4</b> Assessment .....	254
<b>23.4.1</b> Mindfulness .....	254
<b>23.4.2</b> (Zelf)compassie .....	254
<b>23.4.3</b> ACT .....	255
<b>23.5</b> Concrete inhoud van de interventies en technieken .....	255
<b>23.5.1</b> Op mindfulness gerichte interventies .....	255
<b>23.5.2</b> Op compassie gerichte interventies .....	256
<b>23.5.3</b> ACT .....	256
<b>23.6</b> Besluit .....	257
<b>Hoofdstuk 24 De oplossingsgerichte benadering</b> .....	259
<b>Esther de Wolf</b>	
<i>Trefwoorden:</i> toekomstgericht; gewenste situatie; zelfregie; sociaal-constructivistisch visie; (circulaire) causaliteit; probleemoplossende versus constructieve taal; veranderingsproces; contracteren; cocreëren; probleemverhaal; impliciete kennis; <i>leading from behind</i> ; <i>not-knowing position</i>	
<b>24.1</b> Inleiding .....	259
<b>24.2</b> Hulpvraag, doelstellingen, rationale & indicaties .....	261
<b>24.3</b> Diagnostiek en therapeutische relatie .....	261
<b>24.4</b> Interventies en technieken .....	262
<b>24.4.1</b> Contractering en vragen naar de 'best hopes' .....	262
<b>24.4.2</b> Co-creëren van de gewenste situatie .....	263
<b>24.4.3</b> Voorbeelden van de gewenste situatie in het heden .....	264
<b>24.4.4</b> Co-creëren van kleine stappen richting de gewenste situatie .....	265
<b>24.4.5</b> Vormgeven aan vervolgssessies: blijven onderzoeken wat werkt voor het ontstaan van kleine voorbeelden van de gewenste situatie .....	266
<b>24.5</b> Besluit .....	266

**Hoofdstuk 25 Psychomotorische therapie** ..... 269**Claudia Emck & Lia van der Maas***Trefwoorden:* lichamelijkheid; bewegingsgedrag; actiegerichte/ervaringsgerichte interventies; spanningsregulatie; stemming; lichaamsbeleving; emotieregulatie; gedragsregulatie; bewegingsanamnese; bewegingsangst; *running therapy*; *graded activity*

<b>25.1</b>	Inleiding .....	269
	<b>25.1.1</b> Lichamelijkheid en bewegen .....	269
	<b>25.1.2</b> Actie en ervaring .....	269
<b>25.2</b>	Rationale en doelstellingen .....	270
<b>25.3</b>	Diagnostiek .....	271
<b>25.4</b>	Interventies en technieken .....	273
	<b>25.4.1</b> Action oriented interventies .....	274
	<b>25.4.2</b> Experience oriented interventies .....	276
<b>25.5</b>	Besluit .....	278

**Hoofdstuk 26 Vaktherapeutische interventies: muziektherapie en beeldende therapie** ..... 281**Susan van Hooren, Madeleen de Bruijn & Tineke de Graaff***Trefwoorden:* vaktherapie; beweging; spel; handelingsgerichte/ervaringsgerichte werkvormen; non-verbaliteit; materiaal manipuleren; analogie; gesymboliseerde betekenisverlening; actieve/receptieve muziektherapie; beeldende materialen; ontwikkelingsniveaus; *Expressive Therapies Continuum*

<b>26.1</b>	Inleiding .....	281
<b>26.2</b>	Rationale en doelstellingen .....	282
<b>26.3</b>	Diagnostiek .....	282
<b>26.4</b>	Muziektherapie .....	282
	<b>26.4.1</b> Kenmerken van muziektherapie .....	283
	<b>26.4.2</b> Interventies in muziektherapie .....	283
	<b>26.4.3</b> Actieve muziektherapie .....	284
	<b>26.4.4</b> Receptieve muziektherapie .....	286
<b>26.5</b>	Beeldende therapie .....	286
	<b>26.5.1</b> Kenmerken van beeldende therapie .....	287
	<b>26.5.2</b> Interventies in beeldende therapie .....	288
<b>26.6</b>	Besluit .....	291

**Hoofdstuk 27 Delen met lotgenoten: belevingsgerichte groepstherapie** ..... 295**Paul Dierick, Ingrid Debeurme & Sofie Verdegem***Trefwoorden:* groepstherapeutische factoren; interactionele werkwijze; experiëntieel-existentiële groepspsychotherapie (EEGPT); *focusing oriented therapy* (FOT); groepscohesie; interactionele confrontatie; zelfexpressie; existentiële thema's; groepsaansluiting; fasering

<b>27.1</b>	Inleiding .....	295
<b>27.2</b>	Indicatiestelling .....	296
	<b>27.2.1</b> Indicaties .....	296
	<b>27.2.2</b> Contra-indicaties .....	297

27.3	Doelstellingen.....	297
27.4	Groeptherapeutische factoren.....	297
	27.4.1 Dimensie 1: relationeel klimaat.....	297
	27.4.2 Dimensie 2: psychologisch werk.....	299
27.5	De taken en werkwijze van de groepstherapeut.....	300
27.6	Aandachtspunten.....	302
27.7	Besluit.....	303
<b>Hoofdstuk 28</b>	<b>eHealth in het veld van chronisch-somatische aandoeningen.....</b>	<b>307</b>

**Christina Bode & Stans Drossaert**

*Trefwoorden:* zelfmanagement; zorgconsument; zorgproces; domotica; *blended format*; online modules; apps; online monitoring; preventie; psycho-educatie; gedragsverandering; technologie; barrières; controle; multimodale interventies; digitale gezondheidskloof

28.1	Inleiding.....	307
28.2	Wat is eHealth?.....	307
28.3	eHealth: een oplossing voor veranderingen in maatschappij en gezondheidszorg?.....	308
28.4	Zelfmanagement bij mensen met chronisch-somatische aandoeningen: meer dan therapietrouw.....	309
28.5	Inzet van eHealth voor zelfmanagement bij chronisch-somatische aandoeningen.....	310
	28.5.1 Voor welk aspect van de behandeling van CSA zijn de applicaties getest?.....	311
	28.5.2 Hoe ervaren patiënten eHealth-applicaties?.....	311
	28.5.3 Hoe effectief zijn de applicaties en welke factoren zorgen voor hogere effectiviteit?.....	312
	28.5.4 Ontstaan er nieuwe ongelijkheden door eHealth?.....	312
28.6	eHealth-zelfmanagementinterventies bij CSA: een wereld te winnen.....	313
<b>Deel 2</b>	<b>Ziektebeelden.....</b>	<b>315</b>
<b>Hoofdstuk 29</b>	<b>Inleiding deel 2 – Ziektespecifieke factoren.....</b>	<b>317</b>
<b>Hoofdstuk 30</b>	<b>Cardiovasculaire aandoeningen – cardiopsychologie.....</b>	<b>319</b>

**Simone Traa, Hareld Kemps & Veronica J. Janssen**

*Trefwoorden:* hart- en vaatziekten; hartritmestoornissen; acuut hartinfarct; hartfalen; hartrevalidatie; stress; overgewicht; hoge bloeddruk; cholesterol; vochtretentie; arterosclerose; angina pectoris; depressie; angst; slaapstoornissen; moeheid; emotionele labiliteit; seksuele problemen; leefstijl

30.1	Inleiding.....	319
30.2	Cardiovasculaire aandoeningen.....	319
	30.2.1 Ischemisch hartlijden.....	319
	30.2.2 Hartfalen.....	320
	30.2.3 Hartritmestoornissen.....	321

<b>30.3</b>	Psychologische risicofactoren .....	322
<b>30.3.1</b>	Risicofactoren met betrekking tot het ontstaan van de aandoening .....	322
<b>30.3.2</b>	Risicofactoren ten gevolge van de aandoening .....	322
<b>30.4</b>	Psychologische en psychosociale interventies .....	323
<b>30.5</b>	Casuïstiek .....	325
<b>30.5.1</b>	Introductie .....	325
<b>30.5.2</b>	Intakefase .....	325
<b>30.5.3</b>	Klachtanalyse, behandeldoel en behandelbeleid .....	327
<b>30.5.4</b>	Conclusie bij de casus .....	328
<b>30.6</b>	Besluit .....	328

## **Hoofdstuk 31 Diabetes mellitus** ..... 331

### **Frank Snoek & Marloes Hogenelst**

*Trefwoorden:* suikerziekte; bloedglucosegehalte; type 1 (DT1); type 2 (DT2); immuunsysteem; alvleesklier; insuline; hypo's; cardiovasculaire factoren; overgewicht; bloeddruk; LDL-cholesterol; vasculaire complicaties; retinopathie; neuropathie; nierfunctie; veroudering; eetstoornis; stress; angst; depressie; schaamte; seksuele problemen; vermoeidheid

<b>31.1</b>	Inleiding .....	331
<b>31.2</b>	Medische behandeling .....	331
<b>31.3</b>	Psychologische problemen en interventies .....	333
<b>31.3.1</b>	Diabetes-distress .....	333
<b>31.3.2</b>	Angst en depressie .....	334
<b>31.3.3</b>	Seksuele problemen .....	335
<b>31.3.4</b>	Chronische vermoeidheid .....	335
<b>31.3.5</b>	Eetstoornissen .....	335
<b>31.4</b>	Casuïstiek .....	336
<b>31.4.1</b>	Casus: de heer Albers – somberheid en schaamte voor diabetes .....	336
<b>31.4.2</b>	Casus: mevrouw Boogaards – gevoelens van frustratie en onvermogen met betrekking tot diabetesregulatie .....	338
<b>31.5</b>	Besluit .....	339

## **Hoofdstuk 32 Longziekten** ..... 343

### **Johan Wempe, Maryanne Schlösser & Niels de Voogd**

*Trefwoorden:* astma; ontstekingsproces; COPD; luchtwegvernauwing; bronchitis; emfyseem; uitademingsstoornis; roken, controle(verlies), kortademigheid; lichaamssignalen; lichamelijk functioneren; angst; depressie; concentratie-, geheugenproblemen; adaptatieproblemen; vermijding; longrevalidatie; psycho-educatie; gezinsbegeleiding; diëtist; fysiotherapeut; zelfmanagement

<b>32.1</b>	Inleiding .....	343
<b>32.2</b>	Etiologie .....	343
<b>32.2.1</b>	Astma .....	343
<b>32.2.2</b>	COPD .....	343



<b>32.3</b>	Beloop en prognose .....	344
	<b>32.3.1</b> Astma .....	344
	<b>32.3.2</b> COPD .....	344
<b>32.4</b>	Medische behandelingsmogelijkheden .....	344
	<b>32.4.1</b> Astma .....	344
	<b>32.4.2</b> COPD .....	345
<b>32.5</b>	Psychologische en sociale gevolgen van longziekten .....	346
<b>32.6</b>	Psychologische interventies .....	347
	<b>32.6.1</b> Psychodiagnostiek .....	347
	<b>32.6.2</b> Voorlichting en psycho-educatie .....	349
	<b>32.6.3</b> Psychologische behandeling .....	350
<b>32.7</b>	Besluit .....	351

XXI

## **Hoofdstuk 33 Kanker – psycho-oncologie** .....

353

### **Maya Schroevers, Karen van der Ploeg & Janine Nuver**

*Trefwoorden:* celdeling; solide & niet-solide tumoren; goedaardige/kwaadaardige tumoren; stadium; omgevings- en leefstijlfactoren; curatieve/palliatieve behandeling; overlevingskansen; operatie; radiotherapie; chemotherapie; hormonale behandeling; immunotherapie; acute/chronische/palliatieve fase; vermoeidheid; pijn; seksualiteit; onzekerheid; emotionele steun; existentiële vragen

<b>33.1</b>	Inleiding .....	353
	<b>33.1.1</b> Wat is kanker? .....	353
	<b>33.1.2</b> Etiologie: hoe ontstaat kanker? .....	353
	<b>33.1.3</b> Risico op het krijgen van kanker en overlevingskansen .....	354
	<b>33.1.4</b> Medische behandelingen van kanker .....	354
<b>33.2</b>	Ziektefasen en aanpassingstaken .....	355
	<b>33.2.1</b> Acute fase: van het eerste vermoeden, onderzoek en diagnose naar behandeling .....	355
	<b>33.2.2</b> Curatieve behandeling en chronische fase .....	356
	<b>33.2.3</b> Palliatieve-terminale fase .....	356
<b>33.3</b>	Signalering en diagnostiek bij mensen met kanker .....	357
<b>33.4</b>	Specifieke gevolgen van kanker en interventiemogelijkheden .....	358
	<b>33.4.1</b> Lichamelijke gevolgen .....	358
	<b>33.4.2</b> Psychische gevolgen .....	360
	<b>33.4.3</b> Sociale gevolgen .....	361
	<b>33.4.4</b> Existentiële gevolgen .....	362
<b>33.5</b>	Besluit .....	362

**Hoofdstuk 34 Reumatoïde artritis en andere reumatische aandoeningen** ..... 365**Christina Bode, Mart van der Laar & Erik Taal**

*Trefwoorden:* artrose; gewrichtsontsteking; degeneratieve afwijking van gewrichten; *biologicals*; pijn; stijfheid; beperkingen; vermoeidheid; depressie; angst; *distress*; werk; uiterlijk; sociale relaties; maatschappelijke positie; fysiotherapie; podotherapie; educatie; zelfmanagement; *stepped care*

XXII

<b>34.1</b>	Inleiding .....	365
<b>34.2</b>	Onderscheid naar type reumatische aandoeningen .....	365
<b>34.2.1</b>	Reumatoïde artritis .....	365
<b>34.2.2</b>	Andere vormen van reumatische aandoeningen .....	366
<b>34.3</b>	Van 'care' naar 'cure' .....	368
<b>34.4</b>	Psychosociale gevolgen van reumatische aandoeningen en mogelijkheden voor zelfmanagement en psychologische behandeling .....	368
<b>34.4.1</b>	Pijn .....	369
<b>34.4.2</b>	Vermoeidheid .....	370
<b>34.4.3</b>	Mentale distress: angst en depressie .....	371
<b>34.4.4</b>	Sociale participatie .....	372
<b>34.4.5</b>	Een geïntegreerde aanpak voor de versterking van mentale gezondheid bij mensen met reumatische aandoeningen .....	372
<b>34.5</b>	Besluit .....	373

**Hoofdstuk 35 Huidaandoeningen – psychodermatologie** ..... 375**Saskia Spillekom-van Koulik & Andrea Evers**

*Trefwoorden:* psoriasis; eczeem; dermatologie; lichamelijke etiologie; zichtbaar; exacerbaties; jeuk; pijn; vicieuze cirkel jeuk-krabgedrag; *habit reversal*; vermoeidheid; depressie; angst; onderhouds- en behandelzalven; hormoonzalven; lichttherapie; systemische behandeling; leefregels; tijdsintensief; sociaal functioneren; schaamte; stress; stigmatisatie, stressmanagement; terugvalpreventie

<b>35.1</b>	Inleiding .....	375
<b>35.1.1</b>	Kenmerken en medische behandeling van huidaandoeningen .....	375
<b>35.1.2</b>	Veelvoorkomende gevolgen van huidaandoeningen .....	376
<b>35.2</b>	Psychosociale determinanten bij huidaandoeningen .....	377
<b>35.2.1</b>	De vicieuze cirkel van jeuk- en krabproblematiek .....	377
<b>35.2.2</b>	De rol van stress in het beloop van huidaandoeningen .....	378
<b>35.2.3</b>	Coping en huidaandoeningen .....	378
<b>35.3</b>	Psychologische diagnostiek bij huidaandoeningen .....	378
<b>35.4</b>	Psychologische interventies bij patiënten met huidaandoeningen .....	379
<b>35.4.1</b>	Behandeling gericht op jeuk- en krabproblematiek .....	380
<b>35.4.2</b>	Behandeling gericht op (stress en) huidgerelateerde coping .....	380
<b>35.4.3</b>	Interventies bij kinderen en adolescenten met huidaandoeningen .....	381
<b>35.4.4</b>	Psychologische interventies bij psychiatrische problematiek bij huidaandoeningen .....	381
<b>35.5</b>	Besluit .....	382

**Hoofdstuk 36** **Inflammatoire darmziekten: ziekte van Crohn en colitis ulcerosa** ..... 387**Floor Bennebroek Evertsz', Marjolijn Duijvestein & Rinske M. Bakker**

*Trefwoorden:* ontsteking; slijmvliezen maag-darmkanaal; exacerbatie; gewrichtsontsteking; huidafwijkingen; lever; endoscopisch onderzoek; ontstekingsremmers; afweersysteem; stoma; incontinentie; angst; depressie; levenskwaliteit; stress; pijn; vermoeidheid; ziektegeschiedenis; ziektecognities; carrièreperspectief; machteloosheid; schaamte; multidisciplinair overleg

<b>36.1</b>	Inleiding .....	387
	<b>36.1.1</b> Symptomen van inflammatory bowel disease (IBD) .....	387
<b>36.2</b>	Diagnose en medische behandeling .....	388
	<b>36.2.1</b> Diagnostiek .....	388
	<b>36.2.2</b> Medische behandelingen .....	388
	<b>36.2.3</b> Prognose en beloop .....	388
<b>36.3</b>	Psychosociale gevolgen .....	389
<b>36.4</b>	Psychologische behandeling .....	390
<b>36.5</b>	Besluit .....	394

**Hoofdstuk 37** **Chronische nierschade** ..... 397**Karen Schipper & Karin Boslooper**

*Trefwoorden:* levensverwachting; hart- en vaatziekten; diabetes; hoge bloeddruk; overgewicht; ondervoeding; zoutbeperkt dieet; leefstijlfactoren; afvalstoffen; stofwisseling; nierfalen; nierdialyse; hemodialyse/peritoneaaldialyse; niertransplantatie; nefroloog; cognitief functioneren; vermoeidheid; angst; depressie; levenskwaliteit; zelfmanagement; orgaandonor; schuldgevoel

<b>37.1</b>	Inleiding .....	397
	<b>37.1.1</b> Oorzaken, prevalentie en symptomen van chronische nierschade .....	397
	<b>37.1.2</b> Eindstadium nierfalen, complicaties en levensverwachting .....	398
<b>37.2</b>	Medische behandeling .....	398
	<b>37.2.1</b> Medicamenteuze behandeling en leefstijladviezen .....	398
	<b>37.2.2</b> Nierfunctievervangende behandeling .....	398
	<b>37.2.3</b> Conservatieve behandeling .....	400
<b>37.3</b>	Psychosociale gevolgen en behandel mogelijkheden .....	400
	<b>37.3.1</b> Vermoeidheid .....	401
	<b>37.3.2</b> Angst en depressie .....	401
	<b>37.3.3</b> Relatie en sociale rollen .....	403
	<b>37.3.4</b> Seksualiteit .....	403
<b>37.4</b>	Therapietrouw .....	403
<b>37.5</b>	Omgaan met een donatie .....	404
<b>37.6</b>	Besluit .....	405

**Hoofdstuk 38 Neurologische aandoeningen – neuropsychologie** ..... 409**Joke Spikman, Alex Knipping & Marleen Gerritsen**

*Trefwoorden:* centrale zenuwstelsel; premorbide persoonlijkheid; neuropsychologisch onderzoek; traumatisch hersenletsel; beroerte (CVA); sluipend ontstaan; ongewis beloop; hersentumor; multiple sclerose; progressief beloop; ziekte van Parkinson; dementie; vaardigheidstraining/strategietraining; vermoeidheid; angst; somberheid; rouw; omgeving

<b>38.1</b>	Inleiding .....	409
<b>38.2</b>	Aandoeningen met acuut ontstaan, herstelfase en restverschijnselen (categorie A) .....	410
<b>38.2.1</b>	Traumatisch hersenletsel (THL) .....	410
<b>38.2.2</b>	Cerebrovasculair accident (CVA) .....	411
<b>38.3</b>	Aandoeningen met een sluipend ontstaan en ongewis beloop (categorie B) .....	414
<b>38.3.1</b>	Hersentumoren .....	414
<b>38.3.2</b>	Multiple sclerose (MS) .....	415
<b>38.4</b>	Aandoeningen met sluipend ontstaan en altijd progressief degeneratief beloop (categorie C) .....	417
<b>38.4.1</b>	Ziekte van Parkinson .....	417
<b>38.4.2</b>	Dementie: ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en Mild Cognitive Impairment .....	418
<b>38.5</b>	Neuropsychologische behandelingsmogelijkheden .....	421
<b>38.5.1</b>	Neuropsychologische behandelingen voor cognitieve stoornissen .....	421
<b>38.5.2</b>	Neuropsychotherapie en gedragsinterventies: stemming, verwerking en vermoeidheid .....	422
<b>38.5.3</b>	Behandeling gericht op de omgeving van de patiënt: partnerprogramma's dementie .....	423
<b>38.6</b>	Besluit .....	423

**Hoofdstuk 39 Implicaties van erfelijke aandoeningen** ..... 427**Lieke M. van den Heuvel, Imke Christiaans, Alma M. Schiphorst & Irene M. van Langen**

*Trefwoorden:* genen; chromosomen; monogene/multifactoriële aandoeningen; kinderwens; genetisch onderzoek; genetische anamnese; nevenbevindingen; preventieve maatregelen; genetisch counselors; *shared desicion making*; dragerschap; familie informeren; *survivors guilt*, psychologische risicofactoren; 'genetisch determinisme'; ethische vragen

<b>39.1</b>	Inleiding .....	427
<b>39.1.1</b>	Erfelijke aandoeningen .....	427
<b>39.1.2</b>	Genetisch onderzoek .....	428
<b>39.2</b>	Psychosociale aspecten .....	430
<b>39.2.1</b>	Besluitvorming over genetisch onderzoek .....	430
<b>39.2.2</b>	Psychosociale gevolgen van genetisch onderzoek .....	431
<b>39.3</b>	Psychologische interventies aan de hand van casuïstiek .....	432
<b>39.3.1</b>	Casus: erfelijke borst- en eierstokkanker .....	433
<b>39.3.2</b>	Casus: in verwachting van een kindje met erfelijke aandoening .....	435
<b>39.4</b>	Ontwikkelingen in de genetica en ethische vragen .....	436
<b>39.5</b>	Besluit .....	437

## Hoofdstuk 40 Multimorbiditeit: de patiënt centraal ..... 439

**Denise Hanssen, Janna Gol & Barbara van Munster**

*Trefwoorden:* psychische en lichamelijke multimorbiditeit; comorbiditeit; cluster-multimorbiditeit; causale multimorbiditeit; *frailty*; interactie behandelingen en ziektebeelden; polyfarmacie; multidisciplinaire samenwerking; zorgprogramma; case-management; generieke en *single disease*-richtlijnen; ziektelast; levenskwaliteit; vergrijzing; zelfredzaamheid; leefstijlfactoren; opleiding

<b>40.1</b>	Inleiding .....	439
<b>40.1.1</b>	Wat zijn oorzaken van multimorbiditeit? .....	440
<b>40.1.2</b>	Mogelijke gevolgen van multimorbiditeit voor de patiënt .....	441
<b>40.2</b>	Probleeminventarisatie, toepassing van richtlijnen, en psychologische behandelmogelijkheden .....	442
<b>40.2.1</b>	Probleeminventarisatie .....	442
<b>40.2.2</b>	De toepassing van richtlijnen bij multimorbiditeit .....	443
<b>40.2.3</b>	Psychologische behandelingsmogelijkheden voor patiënten met multimorbiditeit .....	444
<b>40.3</b>	Multimorbiditeit in de klinische praktijk: twee casussen .....	444
<b>40.4</b>	Besluit .....	447

# Woord vooraf

XXVI

Bij de eerste uitgave van dit boek in 2004 schreven we naar aanleiding van de rationale en het destijds uitgewerkte plan voor de opzet van dit boek: *'De uitwerking van deze ideeën is bewerkelijker gebleken dan het aanvankelijke plan deed vermoeden...'* We waren dus gewaarschuwd en daarop terugkijkend zijn we met denklijk iets te veel optimisme, overtuiging en motivatie aan deze update begonnen. Ook deze tweede uitgave is bewerkelijker gebleken dan we aanvankelijk dachten. We hebben de nodige hobbels moeten nemen, zoals: het vinden van een groot aantal nieuwe auteurs, het vragen en vinden van tijd bij vaak heel drukbezette auteurs, maar ook het schrappen van onderdelen op geleide van nieuwe inzichten, alsook het kiezen en toevoegen van nieuwe onderwerpen.

Nog steeds of wellicht zelfs nog meer is het thema van psychologische en sociale adaptatie aan een somatische aandoening relevant. Door alle ontwikkelingen met betrekking tot behandelingsmogelijkheden en visies op gezondheid en ziekte vonden we een nieuwe versie op zijn plaats. We werden onder andere gesteerd in ons voornemen door bijvoorbeeld de interesse van studenten psychologie, GZ- en KP-psychologen in opleiding die, zo bleek, het boek graag bestuderen en ook door de expliciete waardering voor de inhoud die deze groep van (aankomende) professionals uitsprekt. De rijke kennis die het boek naar ons idee biedt, vormt wellicht een verademing in deze tijd van protocollen en richtlijnen.

We hopen natuurlijk zeer dat dit boek zijn weg zal vinden in het werk van vele psychologen en psychotherapeuten, zowel in de eerste, tweede als derde lijn, zodat psychologische hulp goed bereikbaar wordt voor mensen met een chronisch-somatische ziekte, en ze

hulp krijgen die past bij hun situatie. We verwachten daarnaast dat het boek ook veel te bieden heeft aan andere professionals zoals artsen, gespecialiseerde verpleegkundigen, paramedici, maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgenden en aan anderen, die te maken hebben met de adaptieve opgaven van chronisch zieken, zoals onderzoekers en beleidsmakers. Het boek is daarmee geschikt voor gebruik in de klinische praktijk en, zoals we hebben gemerkt, als studieboek binnen diverse opleidingen op universitair of hbo-niveau en als algemeen naslagwerk.

We willen de mensen die betrokken zijn bij het tot stand komen van dit boek hartelijk danken:

- Van grote waarde is de toewijding en positieve houding geweest van de vele *auteurs* die aan dit boek hebben meegewerkt. We stelden hen een niet eenvoudige vraag. Veel ideeën en ervaringen omtrent de psychosociale begeleiding van chronisch zieken bestaan in hoofden van medici en zijn voortdurend aan de orde in de praktijk van alledag, maar dergelijke ideeën zijn heel vaak niet op deze manier op papier beschikbaar. Hulde voor de ingebrachte kennis en de ervaring en dank voor de inzet en het geduld om het project te helpen afronden.
- *De uitgever destijds – Sonja Geurts – van Koninklijke Uitgeverij Van Gorcum* te Assen was toen we een heruitgave opperden direct enthousiast. We willen haar en de verantwoordelijke staf bij Van Gorcum dan ook bedanken voor het vertrouwen in het project. We denken dat dit essentieel is geweest in het uiteindelijk kunnen lanceren van deze tweede, geheel herziene druk. Met verschillende mensen binnen de uitgeverij hebben

we in de afgelopen paar jaar op een heel plezierige wijze samengewerkt. We willen vooral uitgever Tienieke Verheijen en projectleider Tina Bruinsma met name noemen en hen bedanken voor hun support, geduld en gepaste 'druk'.

- De redactie heeft zich ook kunnen verheugen in de support van de eigen groep van de sectie Health Psychology van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Truus van Ittersum heeft, vanuit haar vak als documentalist, ons op een zeer waardevolle manier ondersteund bij het bewaken van de kwaliteit van de rapportage van de literatuurreferenties. Verder hebben (stu-

dent-)assistenten ons geweldig geholpen bij zowel de logistiek van het project als ook bij het beoordelen en redigeren van teksten en het opschonen en gereed maken van het manuscript voor de uitgever. Heel veel dank aan Anouk Aulner, Hedwig de Boer, Quirine Bredero, Arinde Jonker, Milou Koelemans en Nina Kraan.

Het is voor ons – en naar wij verwachten ook voor de lezer – inspirerend om de rijkdom aan klinische expertise en wetenschappelijke inzichten gebundeld te zien in deze vernieuwde versie van het *Handboek psychologische interventies bij somatische aandoeningen*.

XXVII

Grieteke Pool  
Fredrike Heuvel  
Adelita V. Ranchor  
Robbert Sanderman

Groningen, mei 2020

# Ten geleide

XXVIII

Voor u ligt de geheel herziene uitgave van het *Handboek psychologische interventies bij somatische aandoeningen*. Voor de heruitgave zijn twee belangrijke redenen. De eerste reden is dat in de afgelopen jaren, sinds de eerste druk van het handboek uit 2004, de medische behandelmogelijkheden van chronische ziekten zijn verbeterd. Ten tweede zijn er in de gezondheidspsychologie en in de geestelijke gezondheidszorg veel interventiemogelijkheden ontwikkeld en op hun effectiviteit onderzocht, ook waar het gaat om interventies voor mensen met een somatische aandoening. Deze geheel herziene uitgave geeft een indruk van deze vorderingen. Niet alleen is een aantal hoofdstukken uit de vorige editie grondig bewerkt, maar ook hebben diverse nieuwe onderwerpen een plaats in het boek gekregen. Daarnaast waren soms ook auteurs niet meer beschikbaar en gingen we op zoek naar nieuwe auteurs.

Wanneer we kijken naar auteurs en onderwerpen, dan zien we in deze uitgave het volgende ten opzichte van de vorige:

- In totaal zijn in de huidige uitgave 10 hoofdstukken herzien door dezelfde auteurs (met eventueel een andere coauteur) in vergelijking met 2004, te weten de hoofdstukken 8, 11, 12, 16, 22, 25, 27, 31, 32 en 38.
- Verder werden 13 eerdere onderwerpen beschreven door nieuwe auteurs, dit betreft de hoofdstukken: 4, 7, 13, 15, 17, 20, 26, 30, 33, 34, 35, 36 en 37.
- De overige 15 hoofdstukken betreffen nieuwe onderwerpen, dit zijn de hoofdstukken 2, 3, 5, 6, 9, 10, 14, 18, 19, 21, 23, 24, 28, 39 en 40.

Deze tweede ‘geheel herziene druk’ is dus ingrijpend veranderd. Zowel voor degenen die de vorige editie van dit handboek kennen en er mogelijk in het kader van werk of een opleiding mee werkten, als voor degenen die dit boek voor het eerst ter hand nemen kunnen we dus spreken van een vrijwel nieuwe uitgave: dit boek is voor u allen nieuw. Zelfs de titel is anders: in plaats van over chronisch-somatische aandoeningen spreken wij nu over somatische aandoeningen, omdat we daarmee de verscheidenheid aan zowel chronische als kortdurende/acute aandoeningen beter menen te vatten.

In *hoofdstuk 1* (‘Inleiding en leeswijzer deel 1’) gaan we kort in op een aantal uitgangspunten bij dit boek en geven we tevens een korte toelichting op deel 1 (de hoofdstukken 2 tot en met 28), dat ‘ziektegeneriek’ van aard is. In *hoofdstuk 29* (‘Inleiding deel 2 – Ziektespecifieke factoren’) wordt het tweede deel van het boek, dat ‘ziektespecifiek’ van aard is, kort ingeleid.



# Deel 1A

Zorgcontexten  
en diagnostiek





# 2

## Medische psychologie

Judith Prins<sup>1</sup>, Gerda de Boer<sup>2</sup> & Rudolf Ponds<sup>3</sup>

### 2.1 Inleiding

Ernstige lichamelijke klachten en ziektes, medische ingrepen, en chronische aandoeningen zijn van invloed op het dagelijks leven en de kwaliteit van leven van patiënten en hun naasten. Als onze gezondheid op het spel staat of ons lichaam ons in de steek lijkt te laten, dan wordt dat meestal als een bedreiging ervaren. Voor de oplossing van gezondheidsproblemen zijn mensen bovendien vaak afhankelijk van de deskundigheid van artsen en andere professionals. Deze afhankelijkheid maakt mensen met lichamelijke klachten die zorg of medische hulp nodig hebben, kwetsbaar.

Gezondheidsproblemen gaan onlosmakelijk gepaard met reacties van de patiënt zelf of van mensen uit zijn omgeving. Deze reacties kunnen uiteenlopen van vragen of verklaringen over de oorzaak van de klachten, tot ernstige zorgen of beperkingen in dagelijkse activiteiten. Dergelijke gevoelens, gedachten en gedragingen van patiënten kunnen een belangrijk aandeel hebben in de ernst en het beloop van lichamelijke aandoeningen en het effect van medische behandelingen. Ongeveer een derde van de mensen met chronische of ernstige lichamelijke aandoeningen ervaart als gevolg van de ziekte psychische problemen.

Artsen leren al vroeg in hun opleiding om aandacht te hebben voor het psychisch functioneren van patiënten en deze kennis te integreren in het diagnostisch proces en het behandelbeleid. Als de basis-kennis over gedrag en gezondheid niet meer toereikend is om als arts of verpleegkundige in een ziekenhuis patiënten op dit vlak te helpen, dan schakelen zij de hulp in van psychologen werkzaam bij afdelingen medische psychologie.

Medisch psychologen in ziekenhuizen zijn specialisten die werken op het grensgebied van de geneeskunde en de psychologie. Medisch psycholoog is geen BIG-geregistreerd beroep. Psychologen werkzaam in ziekenhuizen zijn BIG-geregistreerd als GZ-psycholoog, klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog en worden vaak opgeleid binnen het vakgebied. Zij beschikken over kennis die nodig is om vast te stellen hoe het psychisch functioneren van de patiënt de ziekte en de behandeling beïnvloedt of de communicatie daarover tussen gezondheidszorgprofessionals en patiënten. Om het psychisch functioneren goed te kunnen beoordelen dient de psycholoog te weten hoe de hersenen functioneren; hoe de ontwikkeling in de verschillende levensfasen verloopt; wat de wisselwerking is tussen fysiologische processen en emoties en gedrag; hoe psychische en psychiatrische stoornissen zich manifesteren; en welke psychologische mechanismen een rol spelen bij stress, symptoomperceptie en het omgaan met chronische aandoeningen. Bovendien is kennis van somatische aandoeningen onmisbaar.

In dit hoofdstuk zal eerst worden stilgestaan bij de patiëntenzorg binnen de medische psychologie. Naast algemene uitgangspunten zullen chronische ziekten (met nadruk op kanker, diabetes mellitus en COPD), lichamenlijk onverklaarde klachten (2.2.2), hersenaandoeningen (2.2.3) en ziekten bij kinderen (2.2.4) worden besproken. Verder krijgt het wetenschappelijk onderzoek op het grensvlak van geneeskunde en psychologie aandacht. De inbreng van medische psychologie in het onderwijs aan professionals in de gezondheidszorg komt aan bod, evenals de opleiding van psychologen tot specialisten op

<sup>1</sup> Prof. dr. J.B. Prins, klinisch psycholoog en hoogleraar medische psychologie, werkzaam bij Radboudumc Nijmegen, aandachtsgebied psychosociale oncologie.  
<sup>2</sup> Drs. G.J. de Boer, GZ-psycholoog en Infant Mental Health-specialist, werkzaam bij DeKinderkliniek/Flevoziekenhuis.  
<sup>3</sup> Prof. dr. R.W.H.M. Ponds, klinisch neuropsycholoog en hoogleraar medische psychologie, werkzaam bij Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC) en revalidatiecentrum Adelante.

het gebied van de medische psychologie. Tot slot wordt beschreven hoe medische psychologie ingebed is in ziekenhuizen en hoe samengewerkt wordt met medische specialismen.

## 2.2 Patiëntenzorg

### *Multidisciplinair overleg*

Artsen roepen de hulp in van psychologen voor patiënten wanneer zij problemen constateren in het psychisch functioneren van een patiënt; bij problemen die de medische diagnostiek of behandeling compliceren; als een zwaar en langdurig behandeltraject bij een chronische ziekte verwacht wordt; of als zij problemen ervaren in de communicatie met de patiënt of zijn naasten. De inzet vanuit medische psychologie kan op meerdere manieren vorm krijgen. De psychologische patiëntenzorg kan indirect zijn en bestaan uit een advies aan de verwijzer of een bespreking van de patiënt tijdens een *multidisciplinair overleg* (MDO). De verwijzing kan ook resulteren in direct contact van een psycholoog met de patiënt tijdens een klinisch consult, een poliklinische intake of een diagnostisch onderzoek, eventueel gevolgd door een psychologische behandeling.

Bij veel medische specialismen, zoals kindergeeneeskunde, geriatrie, revalidatie, neurologie en oncologie, maken een of meerdere psychologen deel uit van de staf en hebben zij specifieke expertise op het betreffende vakgebied. De psycholoog sluit aan bij patiëntenbesprekingen of neemt deel aan regulier multidisciplinair overleg. Binnen een medisch specialisme zijn vaak meerdere MDO's voor specifieke ziektebeelden, zoals diabetes, reuma of hartfalen. Deze overleggen vinden soms plaats in de klinische setting of kunnen poliklinische patiëntenbesprekingen betreffen. Tijdens deze besprekingen wordt een multidisciplinair behandelbeleid bepaald, zoals bij de klinische longrevalidatie, of consulteren artsen de psycholoog met vragen over de draagkracht voor een medisch behandeltraject, zoals een fertiliteitsbehandeling, over het (neuro)psychologisch functioneren van de patiënt of mogelijkheden voor psychologische behandeling zoals bij CVA-poli's. Het bespreken van een patiënt met meerdere medische en paramedische specialisten leidt meestal tot nieuwe inzichten bij de diverse betrokkenen, tot de formulering van een gezamenlijk behandelbeleid of tot afspraken over prioriteiten in de aanpak. Voor de psycholoog draagt een MDO bij aan verheldering van de vraag of er sprake is van ziektespecifieke problematiek, waarvoor behandeling bij medische psy-

chologie geïndiceerd is, of van generieke problematiek, die in de eerste lijn of GGZ behandeld kan worden.

### *Klinisch consult*

Als een patiënt is opgenomen in het ziekenhuis, kan een *klinisch consult* plaatsvinden. Eerst bespreekt de psycholoog de vraagstelling die aan de patiënt voorgelegd zal worden met de arts of de verpleegkundige. Deze vraagstellingen zijn vaak algemeen geformuleerd en betreffen uiteenlopende problematiek, zoals problemen in de thuissituatie, een lastige patiënt, opvang na een traumatisch ongeval of begeleiding bij onzekerheid of somberheid. Voor de psycholoog is er sprake van indicatie voor een consult als de medische diagnostiek en behandeling stagneert door het psychisch of sociaal functioneren van de patiënt, of als de arts-patiëntcommunicatie ernstig verstoord is. In sommige gevallen constateert de psycholoog in het overleg met de arts dat de inzet van een andere discipline, zoals medisch maatschappelijk werk, psychiatrie of geestelijke verzorging, geïndiceerd is en wordt er besloten om van een psychologisch consult af te zien. Indien de psycholoog beoordeelt dat een psychologisch consult toegevoegde waarde kan hebben, gaat hij in gesprek met de patiënt en/of familieleden, zoals de ouders van een kind, een partner of de volwassen kinderen van een oudere, indien de patiënt daarmee instemt. De psycholoog vormt zich tijdens het gesprek een indruk van de problematiek, bespreekt met de patiënt de probleemanalyse en mogelijke oplossingen of biedt kortdurende begeleiding of een interventie aan. Vervolgens bespreekt de psycholoog de probleemanalyse en het advies met de arts. Vaak zorgt dit voor een nieuw perspectief op de klachten en het functioneren van de patiënt, en daarmee tot een bijstelling van het behandelbeleid. Als er sprake is van kortdurende interventie, dan worden meestal technieken uit de cognitieve gedragstherapie gebruikt. Psychoeducatie is een belangrijke eerste stap waarbij de psycholoog de patiënt informeert over de psychische gevolgen die bekend zijn bij ziekenhuisopnames, het betreffende ziektebeeld of specifieke behandelingen. Vaak is deze uitleg geruuststellend voor de patiënt en worden minder ernstige klachten daarmee genormaliseerd. Cognitieve herstructurering, reactivering met een dagprogramma, al dan niet met hulp van verpleegkundigen, of relaxatietraining kunnen ingezet worden om de patiënt te motiveren en te mobiliseren om zelf bij te dragen aan verbetering van het functioneren. Bij klachten als onzekerheid

of somberheid ervaren patiënten daarmee binnen enkele dagen weer grip op hun situatie.

### *Poliklinische intake*

Bij verwijzing van een poliklinische patiënt naar medische psychologie zal in eerste instantie tijdens de triage beoordeeld worden welke ziektespecifieke psychologische expertise gewenst is voor de *poliklinische intake* en aanvullende diagnostiek. Verder wordt bepaald wie voor het intakegesprek worden uitgenodigd: alleen de patiënt of ook eventuele ouders, een partner of andere betrokkenen. Mogelijk moet hiervoor ook een toestemmingsformulier worden ingevuld. Tevens wordt vastgesteld of de psychologische diagnostiek voorafgaand aan een reeds geplande medische behandeling moet plaatsvinden. De betrokken psycholoog beoordeelt bij de voorbereiding van het consult in hoeverre nog overleg met de verwijzend arts nodig is. In het intakegesprek komen aan bod: de reden van verwijzing; de hulpvraag van de patiënt; de klachtanamnese; eerdere hulpverlening; medicatiegebruik; de gezinssituatie; observaties en indrukken; een eerste probleemanalyse; en (voorlopige) conclusie. Tevens zal de psycholoog bespreken welke *aanvullende diagnostiek* nodig is.

Neuropsychologisch onderzoek en ontwikkelingspsychologisch onderzoek worden meestal uitgevoerd door psychologen en psychodiagnostisch werkers met specifieke expertise op een van beide terreinen. Soms is de psycholoog tijdens een deel van het testonderzoek aanwezig om zelf een goed beeld van het functioneren van de patiënt te krijgen. Vragenlijstonderzoek kan ingezet worden om een beeld van de gezondheidstoestand van de patiënt te krijgen en de aard, ernst, frequentie en duur van de klachten in kaart te brengen. Vragenlijsten worden meestal digitaal aangeboden. Indien nodig kan de psycholoog in aanvulling op het intakegesprek en diagnostisch onderzoek informatie inwinnen bij derden, uitsluitend met toestemming van de patiënt of de wettelijk vertegenwoordiger(s). In een vervolgsconsult zal de psycholoog de probleemanalyse, conclusies en een voorstel voor behandeling bespreken.

#### 2.2.1 Chronische ziekten

Psychologen in ziekenhuizen worden regelmatig betrokken bij de zorg voor patiënten met chronische lichamelijke ziekten, zoals hart- en vaatziekten (zie H30), diabetes (zie H31), COPD (zie H32), kanker (zie H33), reumatische aandoeningen (zie H34), nierziekten (zie H37) of meer zeldzame chronische ziekten. Van een chronische ziekte is sprake als de

ziekte lang voortduurt (hierbij is geen strikte periode vastgesteld), onomkeerbaar is en meestal niet geheel te genezen. Vanwege de toegenomen levensverwachting hebben steeds meer mensen een chronische ziekte: het merendeel van de ouderen boven 75 jaar heeft een of meer van deze aandoeningen. Chronische ziekten hebben niet alleen invloed op het lichamelijk functioneren en beperkingen in het dagelijks leven, maar ook op de kwaliteit van leven en het psychisch en sociaal welbevinden. Veel patiënten zijn veerkrachtig en passen zich in de loop van de tijd aan de nieuwe situatie aan, vaak met hulp van hun naasten en al dan niet met professionele hulp uit de eerstelijnszorg. Desalniettemin zijn onzekerheid, angst, somberheid en depressie bekende psychische problemen bij alle chronische ziekten en een normale reactie bij het ontwikkelen van of verder leven met een chronische ziekte. Voor de meeste chronische ziekten zijn websites beschikbaar met informatie over veelvoorkomende psychische gevolgen. Ook worden via eHealth zelfmanagementprogramma's aangeboden om te leren omgaan met psychische gevolgen van verschillende chronische ziekten. Patiënten kunnen voor niet-medicamenteuze behandeling terecht in de eerste lijn bij de huisarts, diens praktijkondersteuner (POH-GGZ) of een GZ-psycholoog en in de tweede lijn bij GGZ-instellingen. In toenemende mate zijn deze psychologische behandelingen een combinatie van face-to-facebehandeling en eHealth-modules. Dit wordt *blended therapy* of ook wel *blended care* genoemd.

Wanneer er sprake is van ernstige ziektespecifieke problemen die voor meer psychische ontregeling zorgen dan op grond van het natuurlijk beloop van de ziekte verwacht mag worden of die specifieke medisch-psychologische expertise op het gebied van de chronische ziekte vragen, worden patiënten doorverwezen naar een medisch psycholoog. Naast de meer bekende chronische ziekten met een hoge prevalentie zijn er ook veel en minder vaak voorkomende complexe chronische ziekten, waarover minder bekend is als het om psychische comorbiditeit gaat. De psycholoog in het ziekenhuis staat dan voor de uitdaging om in korte tijd voldoende medische kennis over het ziektebeeld te vergaren en de interactie tussen medische en psychologische problemen in kaart te brengen. Alleen in goede afstemming en nauwe samenspraak met de behandelend medisch specialist is het mogelijk om diagnostiek en behandeling op maat aan te bieden.

Kanker is enerzijds dikwijls levensbedreigend, maar heeft anderzijds met de toegenomen levens-