

Longziekten: een complexe interactie tussen de fysiologische stoornis en gedragsfactoren

Jan Vercoulen, Joke Kalkman en Petra Servaes

SAMENVATTING

COPD is een van de meest voorkomende lichamelijke aandoeningen. Bij COPD is sprake van een chronisch progressieve luchtwegobstructie veroorzaakt door een systemische ontstekingsreactie. Een patiënt met COPD heeft niet alleen een fysiologische stoornis, maar ervaart ook klachten (benauwdheid, moeheid), beperkingen in het dagelijks functioneren op tal van gebieden, en kan problemen in de kwaliteit van leven (KvL) ervaren. De relatie tussen de ernst van de fysiologische stoornis enerzijds en klachten, beperkingen en KvL anderzijds is beperkt. Klachten, beperkingen en KvL zijn namelijk de resultante van een complexe interactie tussen fysiologische stimuli en cognitieve, emotionele, en gedragsmatige processen. Deze interactie wordt aangeduid als 'adaptatie aan de stoornis'. De huidige zorg voor patiënten met COPD concentreert zich echter vooral op de fysiologische stoornis. De gedragstherapeut kan een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van klachten, beperkingen en KvL door te interveniëren op de adaptatie aan de stoornis. In dit artikel wordt inzicht gegeven in dit adaptatieproces en worden handvatten gegeven voor psychotherapeutische interventies.

INLEIDING

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is een van de meest voorkomende medische aandoeningen (Rabe, Hurd, Anzueto, Barnes, Buist, Calverley, Fukuchi, Jenkins, Rodriguez-Roisin & Zielinski, 2007). Bij COPD is er sprake van een chronische obstructie van de luchtwegen als gevolg van een chronische ontstekingsreactie (Celli & MacNee, 2004; Rabe, e.a., 2007). Deze ontstekingsreactie leidt tot het samentrekken van de luchtwegen en tot verhoogde slijm-

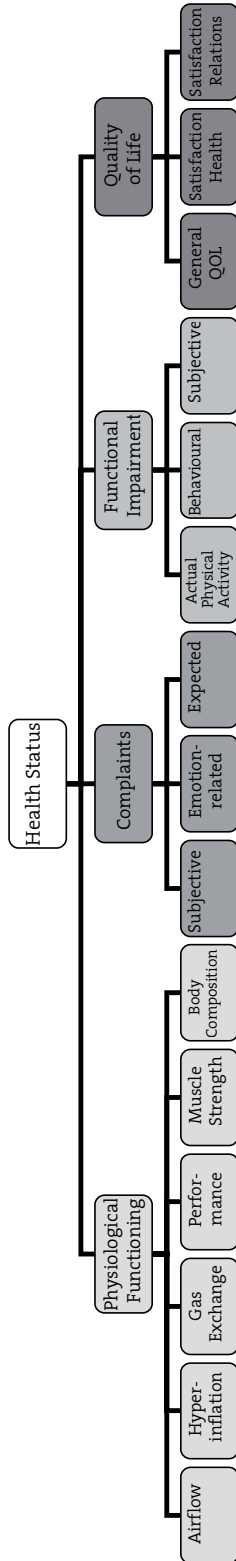
productie waardoor de luchtwegen nog meer verstopten. Ook gaan longblaasjes kapot waardoor er minder zuurstof in het bloed geleid kan worden. Een subtype is longemfyseem. Behalve bovengenoemde stoornissen vermindert bij emfyseem de elasticiteit van de longen. Hierdoor is het moeilijker om voldoende lucht in en vooral uit te ademen. De belangrijkste oorzaak van COPD is roken, maar een erfelijke predispositie kan ook een rol spelen.

Een patiënt met COPD heeft niet alleen een fysiologische stoornis, maar ook klachten, beperkingen in het dagelijks functioneren en problemen in de kwaliteit van leven (KvL). Deze vier concepten vormen de vier hoofddomeinen van de gezondheidstoestand (Spilker & Revicki, 1996; Wilson & Cleary, 1995;). De belangrijkste klachten zijn benauwdheid en moeheid, maar ook hoesten komt vaak voor. Functionele beperkingen kunnen zich op diverse terreinen voordoen, zoals huishoudelijke activiteiten, sociaal functioneren, vrije tijdsbesteding, mobiliteit, werk, zelfverzorging, etc. KvL wordt gedefinieerd als satisfactie/welbevinden ten aanzien van diverse gebieden van het leven, zoals lichamelijk functioneren, werk, sociaal functioneren. Emoties zijn een onderdeel van KvL. De een is somber, de ander is vooral gefrustreerd, bij weer een ander staat angst op de voorgrond.

Diverse studies laten zien dat correlaties tussen het fysiologisch functioneren enerzijds en klachten, beperkingen en KvL anderzijds gering zijn (ACCP/AACVPR Pulmonary Rehabilitation Guidelines Panel, 1997; Hutter & Wurtemberger, 1999). Bijvoorbeeld, er zijn patiënten bij wie er relatief weinig luchtwegobstructie te objectiveren valt, maar die toch ernstige benauwdheid rapporteren. Het omgekeerde komt ook voor. Ook zijn de domeinen klachten, beperkingen en KvL relatief onafhankelijk van elkaar (Spilker e.a., 1996; Wilson e.a., 1995;). Zo kan iemand veel klachten ervaren, maar toch betrekkelijk weinig beperkingen. In een recente studie hebben we aangetoond dat de vier hoofddomeinen van de gezondheidstoestand uit verschillende deelaspecten bestaan (Figuur 1) (Vercoulen, Daudey, Molema, Vos, Peters, Top & Folgering, 2008). Door middel van factor analyses werden 15 relatief onafhankelijke onderliggende constructen in de data van 168 patiënten met COPD geïdentificeerd.

Cruciaal is dat deze deelaspecten ook relatief onafhankelijk van elkaar bleken. Elk deelaspect beschrijft dus een uniek deel van de gezondheidstoestand. Dit impliceert dat voor het verkrijgen van een gedetailleerd beeld van de gezondheidstoestand van een individuele patiënt assessment van alle deelaspecten van de vier hoofddomeinen moet plaats vinden.

Er is de afgelopen jaren een groeiend aantal studies gepubliceerd waaruit blijkt dat klachten, beperkingen en KvL worden bepaald door complexe interacties tussen de fysiologische processen en psychologische factoren. Zo blijkt dat de klacht benauwdheid niet een directe expressie is van fysiologische stimuli, maar dat deze het resultaat is van een complexe cognitieve en emotionele verwerking van deze fysiologische stimuli (Rietveld & Brosschot, 1999).



Figuur 1 Het Nijmegen Integral Assessment Framework (NIAF). Een empirisch gevalideerd model van de beschrijving van de gehele gezondheids-toestand bij COPD.

Anders dan bij symptoomperceptie zijn er tot dusverre betrekkelijk weinig wetenschappelijke studies verricht naar de determinanten van beperkingen en KvL. KvL bleek gerelateerd aan activiteitsniveau, benauwdheid en sombere stemming. Hierbij werd het activiteitsniveau nadelig beïnvloed door de sombere stemming (Weaver, Richmond & Narsavage, 1997). Sociale steun bleek in een aantal studies ook gerelateerd aan KvL, evenals probleemoplossende vermogens (Buchi, Villiger, Sensky, Schwarz, Wolf & Buddeberg, 1997; Kaiser, Muthny & Schmitz, 1997; Ketelaars, Schlosser, Mostert, Huyer-Abu, Halfens & Wouters, 1996;). De twee meest voorkomende klachten bij COPD, benauwdheid en moeheid bleken het sterkst gerelateerd aan KvL (Graydon, Ross, Webster, Goldstein & Avendano, 1995). Ook ziektecognities bleken gerelateerd aan klachten, beperkingen en KvL (Scharloo, Kaptein, Schlosser, Pouwels, Bel, Rabe & Wouters, 2007).

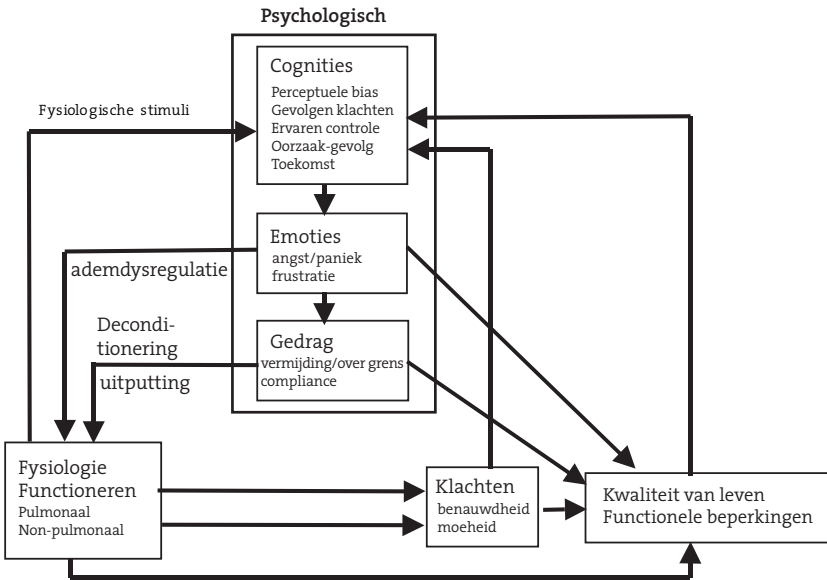
Interventies gericht op het verminderen van klachten en beperkingen en het verbeteren van de KvL bij COPD is van belang aangezien COPD een chronische progressieve aandoening is die tot ernstige invaliditeit kan leiden. Een effectieve behandeling dient gericht te zijn op het beïnvloeden van de determinanten van klachten, beperkingen en KvL. Zoals boven beschreven worden deze determinanten gevormd door complexe interacties tussen de fysiologische stoornis en gedragsfactoren. Wat ontbreekt, is een empirisch getoetst integraal model dat deze complexe interacties beschrijft.

Dit artikel beoogt inzicht te geven in de determinanten van klachten, beperkingen en KvL bij COPD. Vervolgens worden op basis daarvan praktische handvatten geboden vanuit het perspectief van de psychotherapeut voor het beïnvloeden van deze processen, teneinde klachten en beperkingen te verminderen en KvL te verbeteren.

Drie vaak voorkomende praktijkvoorbeelden

Bij het ontbreken van een empirisch model kunnen een drietal vaak voorkomende praktijkvoorbeelden inzicht geven in hoe klachten, beperkingen en KvL worden bepaald door een complexe interactie tussen fysiologische en psychologische processen. Alle voorbeelden zijn in figuur 2 in een model samengevoegd.

Emoties en benauwdheid: voorbeeld angst Op de fysiologische sensaties gerelateerd aan luchtwegobstructie volgen vaak cognitieve reacties zoals 'ik stik'. Dergelijke cognities leiden tot emoties als angst of zelfs paniek. Ook situatonele factoren kunnen cognities met betrekking tot bedreigende gevolgen van een benauwdheidsaanval oproepen of versterken. Bijvoorbeeld als de hulp van de dokter is ingeroepen of als men per ambulance naar het ziekenhuis is vervoerd. Dit kan leiden tot cognities als 'ik was er dus bijna geweest' of 'dit moet niet nog een keer gebeuren, misschien gaat het dan wel mis'. Ook de omgeving (partner, burens, de dokter zelf) kan dergelijke cognities versterken door



Figuur 2 Een eenvoudig hypothetisch model over de interacties tussen de fysiologische stoornis en gedragsfactoren.

uitspraken in bovengenoemde richtingen te doen. Een ander soort cognitie die het bedreigende karakter van benauwdheid in belangrijke mate beïnvloedt is de mate waarin iemand vindt dat hij controle heeft over de benauwdheid (self-efficacy). Indien een patiënt vindt dat hij weinig of geen controle heeft dan is de ervaren dreiging van een benauwdheidsaanval aanzienlijk groter.

De door cognitieve reacties op fysiologische stimuli veroorzaakte emoties versterken op hun beurt weer de benauwdheid of kunnen zelf een benauwdheidsaanval triggeren. Dit fenomeen herkennen bijna alle patiënten onmiddellijk. Een belangrijke oorzaak voor dit effect is dat emoties (van welke aard of oorzaak ook) de ademregulatie kunnen verstoren. De patiënt gaat vaak als reactie op deze emoties sneller en hoger (borstademhaling) ademen. Dit verschijnsel is bij gezonde personen ook waarneembaar. Bij COPD-patiënten, die door de luchtwegobstructie moeilijk lucht kunnen uitademen, leidt een dergelijk adempatroon ertoe dat de longen steeds voller worden met verbruikte zuurstofarme lucht. Dit fenomeen wordt 'dynamische hyperinflatie' genoemd. Gevolg is dat de patiënt op een hoger longvolume gaat ademen, het adempatroon verschuift in inspiratoire richting. Dit versterkt de benauwdheidsensatie waardoor patiënten nog sneller gaan ademen en de dynamische hyperinflatie nog meer toeneemt. Deze fysiologische processen gerelateerd aan de ademregulatie kunnen op hun beurt weer cognities ('dit gaat mis') en emoties (angst) versterken.

Deze constellatie van fysiologische sensaties en de cognitieve en emotionele reacties hierop wordt in het geheugen opgeslagen. Gevolg is dat de cognitieve

verwerking van fysiologische stimuli in de toekomst kan veranderen. Er kan een perceptie-bias ontstaan: patiënten kunnen erg gefocussed raken op wat er in hun lichaam gebeurt. Daarbij kunnen de fysiologische sensaties die men opmerkt verkeerd geïnterpreteerd worden. Bijvoorbeeld, geringe fysiologische sensaties van luchtwegobstructie worden gelabeld als een groot gevaar. Ook kan het gebeuren dat irrelevante fysiologische sensaties als een aanstaande benauwdheidsaanval worden geïnterpreteerd. De kans op het verkeerd interpreteren van fysiologische sensaties is groot aangezien gebleken is dat de fysiologische stimuli gerelateerd aan luchtwegobstructie erg divers en ambigue zijn (Rietveld e.a., 1999). Cognitieve (mis)interpretaties zoals 'daar begint het weer' en 'als dat maar goed gaat' leiden tot angst, hetgeen zoals boven beschreven de ervaren benauwdheid versterkt of kan uitlokken. Er ontstaat dus een vicieuze cirkel van fysiologische sensaties, cognities, emoties, ademdysregulatie, fysiologische sensaties, enzovoorts. Het mag duidelijk zijn dat de aldus ontstane angst voor benauwdheid en het daar dagelijks mee bezig zijn een direct nadelig effect op de KvL hebben.

Vermijdingsgedrag De cognitieve reacties die op gevaar duiden en de daarop volgende onaangename emotionele reactie (paniek) kunnen er toe leiden dat de patiënt zal trachten in de toekomst benauwdheid te voorkomen. Net als ieder ander mens zoeken patiënten naar de oorzaak voor wat hen overkomt (bijvoorbeeld 'benauwdheid is een gevolg van lichamelijke inspanning', 'door kleine ruimtes omdat daar te weinig zuurstof is'). Cognities aangaande de veronderstelde oorzaak liggen vaak aan de basis van vermijdingsgedrag. Patiënten leren al snel dat lichamelijke inspanning tot benauwdheidsensaties kan leiden. Het vermijden van lichamelijke inspanning leidt tot een vergroting van de functionele beperkingen op tal van gebieden en kan zo ook een nadelig effect op de KvL hebben. In dit geval zijn de beperkingen en de problemen in KvL dus meer een gevolg van de cognitieve en emotionele reacties op de luchtwegobstructie dan de feitelijke luchtwegobstructie zelf.

Deze cognitieve en emotionele reacties op benauwdheid kunnen ook een indirect effect op KvL en de klachten hebben. Langdurige inactiviteit leidt namelijk tot een vermindering van de lichamelijke conditie (Troosters, Casaburi, Gosselink & Decramer, 2005) waardoor bij steeds geringere inspanning benauwdheid optreedt. Als patiënten dit waarnemen bevestigt dit weer alle reeds bestaande cognities gerelateerd aan gevaar en activiteit waardoor een vicieuze cirkel is ontstaan die klachten en beperkingen versterken en in aanzienlijke problemen in de KvL kan resulteren.

De uitputtingslag Er zijn ook patiënten die juist geen acht slaan op hun klachten en beperkingen. Zij blijven lichamelijke sensaties zo lang mogelijk negeren en gaan tot het uiterste door met hun activiteiten. Meestal ligt aan dit uitputtingsgedrag een onvermogen ten grondslag de ziekte en vooral de gevolgen

van de ziekte (de beperkingen in het dagelijks leven) te accepteren. Naarmate de ziekte voortschrijdt, kan een dergelijk gedrag op een gegeven moment niet meer volgehouden worden. Uiteindelijk zullen deze patiënten in toenemende mate en in meerdere situaties toch moeten capituleren voordat ze de voorgenomen activiteit volbracht hebben. Op dat moment is de discrepantie tussen de kerncognitie ('ik wil normaal functioneren') en de realiteit ('het lukt niet') groot. Dit leidt tot emoties als frustratie, boosheid en verdriet. Deze constellatie van emoties en uitputting leidt tot een versterking van klachten, zoals benauwdheid en moeheid (zie paragraaf 'emoties en benauwdheid') en heeft een direct nadelig effect op de KvL. Ook hier kan een vicieuze cirkel ontstaan. Bij deze patiënten leiden acceptatieproblemen tot emoties en gedrag tengevolge waarvan ze juist hard tegen datgene wat ze niet kunnen accepteren (de beperking) aanlopen.

In feite gaat het bij acceptatieproblemen om een normaal verwerkingsproces, namelijk het verwerken van de vele verlieservaringen die patiënten opdoen als gevolg van de aandoening: verlies van het feit dat hun lichaam niet meer goed functioneert, verlies van normale activiteiten, verlies van onafhankelijkheid, verlies van begrip uit de omgeving, verlies van werk, etc. Dit proces lijkt op het rouwproces bij het verlies van een dierbare, maar vertoont ook verschillen. COPD is een chronisch progressieve aandoening, die anders dan bij het verlies van een dierbare, heel sluipend begint. Vandaar dat het verwerkingsproces bij COPD vaak in de volgende fases verloopt: 1. ontkenning; 2. verzet; 3. toelaten; 4. acceptatie. In de fase van ontkenning bestaan allerlei cognities die de ernst van de aandoening relativeren ('zo erg zal het toch niet zijn', 'het is de leeftijd'). De fase van verzet gaat gepaard met emoties als frustratie en machteloosheid. Centrale cognitie is 'ik wil de beperking niet'. In de fase van toelaten is er vooral ruimte voor het verdriet. De genoemde stadia volgen niet netjes op elkaar, maar patiënten vallen regelmatig terug in een voorgaand stadium. In dit aspect lijkt het acceptatieproces bij COPD weer wel op normale rouw waar tegenwoordig niet zozeer wordt gesproken over fases, maar over rouwtaken.

Adaptatie en coping

Zoals uit voorgaande blijkt staat bij COPD de interactie tussen somatische en psychologische processen centraal. Waar het bij het krijgen van een chronische aandoening in feite om draait is het volgende: de patiënt wordt geconfronteerd met het feit dat zijn normale leven drastisch en definitief verandert (activiteiten, toekomstplannen, lichamelijk functioneren, etc.). De patiënt staat dus voor de taak zich aan deze nieuwe situatie (de lichamelijke stoornis) aan te passen (coping), teneinde te komen tot een zo optimaal mogelijke balans tussen cognities, emoties en gedrag enerzijds en zijn ziekte anderzijds (=adaptatie). Een goede adaptatie is daarmee voorwaarde voor minder klachten en beperkingen en een zo hoog mogelijke KvL.

Handvatten voor interventies door de psychotherapeut

Een patiënt komt niet de spreekkamer binnen met de wens tot een betere longfunctie, maar vooral met de wens tot het verdwijnen van zijn klachten en beperkingen die zijn KvL belemmeren. Klachten, beperkingen en problemen in KvL zijn een gevolg van de stoornis zelf, maar tevens ook een gevolg van een gebrekkige adaptatie aan die stoornis.

De medische praktijk ten aanzien van longziekten gaat vooral uit van een strikt medisch model. Dat wil zeggen diagnostiek en behandeling is uitsluitend gericht op de fysiologische stoornis. Behandeling bestaat voornamelijk uit medicatie. Hoezeer ook van belang, pulmonale medicatie heeft nauwelijks effect op gedragsfactoren. Verwijzing naar de psycholoog vindt vrijwel uitsluitend plaats bij ernstige angst en depressie. Echter, zoals boven beschreven zijn angst en depressie de resultante van een inadequaate adaptatieproces. Daarnaast komt een klinische depressie slechts in circa 15% van de COPD-patiënten voor. Sombere en angstige gevoelens komen echter veel vaker voor, evenals de andere beschreven vormen van adaptatieproblemen. Kortom, behandeling door een psychotherapeut kan voor veel patiënten een belangrijke interventie zijn.

In het volgende worden interventies beschreven die gericht zijn op het beïnvloeden van de interactie tussen somatische processen en gedragsfactoren. Meer concreet betekent dit: het veranderen van de cognitieve, emotionele en gedragsmatige reacties op de somatische stoornis. Hiertoe vormen interventies uit de cognitieve-gedragstherapie een zeer effectieve methode.

Stap 0: Overleg met en werk samen met andere disciplines Bedenk dat psychotherapie gericht op het verbeteren van de adaptatie het meest effectief is indien samengewerkt wordt met andere disciplines zoals artsen, fysiotherapeuten en longverpleegkundigen. Deze samenwerking met andere disciplines bestaat uit het verkrijgen van informatie, maar ook door andere disciplines een deel van de behandeling te laten uitvoeren. Een en ander wordt in onderstaande toegelicht.

Stap 1: Concretiseren probleem Het is van belang zicht te krijgen op de klachten, beperkingen in het dagelijks leven en de KvL. Zeer belangrijk is overleg met de huisarts of longarts. Bevrage deze naar de ernst van de fysiologische stoornis en naar zijn inschatting ten aanzien van de verhouding tussen de ernst van de stoornis versus de ernst van klachten en beperkingen. Tevens is het van belang te vragen of de patiënt vaak exacerbaties heeft. Heeft de arts deze medisch kunnen objectiveren? Heeft de patiënt te laat medische hulp ingeroepen? Vraag ook naar de prognose. Gezien het onvoorspelbare beloop van COPD zijn artsen nogal terughoudend met uitspraken ten aanzien van de prognose. Aandringen is dan gewenst.

Stap 2: Inventariseren cognitieve, emotionele, gedragsmatige en omgevingsreacties op het probleem.

Inventariseer vooral de volgende soorten cognities:

- *Gevolgen van de klacht.* Met betrekking tot cognities over de gevolgen van klachten is het niet alleen zaak te vragen naar mogelijke gevolgen op de korte termijn ('ik stik nu') maar ook op de langere termijn ('deze ziekte wordt steeds erger, waar gaat dat heen'). De angst kan ook sociaal van aard zijn. Men is bijvoorbeeld bang voor reacties van mensen in het winkelcentrum als men benauwd wordt of men schaamt zich ervoor. Ook veelvuldig hoesten met sputumproductie is vaak bron voor schaamte. Angst en schaamte zijn sterke motivatoren om situaties die deze emoties oproepen te vermijden.
- *Interpretatie van fysiologische stimuli.* Ga na welke lichamelijke sensaties de patiënt ervaart en vraag uit hoe de patiënt deze lichamelijke sensaties interpreteert. Vraag uit wat de patiënt denkt dat de gevolgen van die sensaties kunnen zijn. Vaak worden er onterechte verbanden tussen fysiologische verschijnselen en klachten gelegd. Bijvoorbeeld, de patiënt denkt dat hartkloppingen de oorzaak van zijn benauwdheid is of dat een zwaar gevoel in de benen een benauwdheidsaanval inluidt.
- *Self-efficacy.* Belangrijke signalen die duiden op een gebrek aan ervaren controle zijn overmatige medicatie (vooral direct werkende luchtwegverwijders zoals Ventolin[®]) of het veelvuldig hulp inroepen van de arts. Een gebrek aan ervaren controle is een belangrijke factor die de angst verhoogt. Vraag of de patiënt controle over zijn klacht heeft en hoe hij dat doet.
- *Veronderstelde oorzaken van de klacht of factoren die het probleem versterken.* Wees ook beducht op allerlei opvattingen over de oorzaken van benauwdheid (inspanning, tocht, etc.). Vaak zijn dergelijke opvattingen wel terecht, maar wordt er teveel gewicht of gevaar aan opgehangen. Het is dus ook zaak om vooral dit laatste aspect te toetsen.

Zoek vooral naar onderliggende kerncognities. Deze hebben niet alleen te maken met de actuele klachten of beperkingen, maar vaak ook met cognities ten aanzien van de prognose. Bij cognities over de prognose gaat het om cognities ten aanzien van volledige invaliditeit en afhankelijkheid, een vroegtijdig overlijden, en vooral *de manier waarop* men zal sterven (een langzame verstikkingsdood).

Stel zelf vast of er sprake is van vermijdingsgedrag aangezien patiënten het inactief zijn vaak beschouwen als een 'niet-kunnen'. Vermijdingsgedrag is er vooral in situaties waarin angst of schaamte een rol spelen.

Emoties als boosheid en frustratie duiden vaak op acceptatieproblemen. Enerzijds vormt de aanwezigheid van dergelijke emoties een gezond onderdeel van het verwerkingsproces. Anderzijds, als men stagneert in het verzet kan het verwerkingsproces verstoord raken. Acceptatie is een voorwaarde voor

adaptatie. Vraag na hoe de omgeving reageert op de problemen van de patiënt en hoe deze tegen de ziekte van de patiënt aankijkt.

Stap 3: Gedragsverandering Cognities dienen te worden getoetst en indien nodig te worden gecorrigeerd. Klopt het wel dat de patiënt kan stikken in die specifieke situatie? Klopt het wel dat hij kleine ruimten moet vermijden omdat daar te weinig zuurstof is? Klopt het dat hij door een langzame verstikkingsdood zal sterven? Vaak zijn cognities op het eerste oog wel reëel (“inspanning leidt tot benauwdheid”). Echter, het zijn de achterliggende cognities over hoeveel inspanning slecht zou zijn en vooral de cognities over wat er allemaal kan gebeuren als je dan ‘teveel’ ingespannen hebt die vaak niet reëel zijn. Gezien de erfelijke component in COPD hebben veel patiënten meegemaakt dat vader of moeder jaren geleden een lange lijdensweg door gemaakt hebben. De medische praktijk van tegenwoordig is op dit punt echter volstrekt anders dan 20 jaar geleden. Behalve het veranderen van onjuiste cognities is het nuttig de patiënt nieuwe cognities aan te reiken die nieuw gewenst gedrag helpen bevorderen.

Het cognitief herstructureren van irrationele cognities is het meest effectief als de arts dit doet en niet de psychotherapeut. Toets eerst zelf bij de arts of de cognities van de patiënt reëel zijn. Instrueer deze dat de patiënt bij het volgende bezoek met vragen omtrent deze cognities komt (arrangeer desnoods zo'n bezoek). Vervolgens wordt in het psychotherapeutische contact de patiënt gemotiveerd om zijn cognities aan de arts voor te leggen ter toetsing. Nadat de patiënt bij de arts is geweest kan in de psychotherapie de cognitieve herstructurering versterkt worden.

Een aanvullende manier om cognities te veranderen dan alleen in het psychotherapeutische contact zelf is de patiënt aan te zetten tot gedrag waarbij hij zelf kan ervaren dat zijn cognities niet juist zijn. In dit kader kan doorverwijzing naar een fysiotherapeut een belangrijke meerwaarde hebben naast de gebruikelijke fysiotherapeutische doelen zoals conditieverbetering en ademhalingstraining. Vaak trainen patiënten al bij een fysiotherapeut. Overleg met de fysiotherapeut met specificatie van de doelen is dan van belang. Patiënten moeten leren bewegen in het juiste tempo en met controle over de ademhaling. De patiënt start met een lichte inspanning, in een rustig tempo en waarbij hij leert de ademhaling onder controle te krijgen. Het tijdig tussentijds rust nemen is eveneens belangrijk. Zodra de patiënt dit uitgangsniveau onder de knie heeft wordt de activiteit in tijdsduur (maar *niet* in tempo) uitgebreid. Op deze wijze kan de patiënt ervaren dat hij dergelijke activiteiten kan uitvoeren zonder dat dit tot benauwdheidsaanvallen leidt (ontkrachten cognities die op gevaar duiden) en dat hij leert hoe hij dit moet aanpakken (verhogen self-efficacy). Op deze wijze wordt de angst voor lichamelijke activiteit en bijbehorend vermijdingsgedrag bestreden. Ook patiënten die over hun grenzen gaan wordt op deze

wijze geleerd zich op juiste wijze in te spannen en daardoor minder problemen te ervaren. Klachten en beperkingen worden zo niet alleen positief beïnvloed door een efficiëntere ademhaling en betere conditie, maar ook via psychologische weg zoals het veranderen van cognities over veronderstelde bedreigende gevolgen van lichamelijke inspanning en door het verhogen van de self-efficacy. Dit psychologische effect is dus een belangrijke aanvulling op het doktersvoorschrift om 'meer te bewegen', aangezien dan ook een belangrijke barrière voor dit meer bewegen (cognities en emoties) wordt weggenomen.

Aandacht voor het verwerkingsproces is cruciaal. Acceptatie is namelijk een voorwaarde voor adaptatie. De term 'acceptatie' wordt door patiënten vaak opgevat als 'het bijltje er maar bij neer gooien en passief achter de geraniums verdwijnen'. Patiënten zijn vooral gericht op alles wat *niet* meer kan. Het in eerste instantie invoegen bij en valideren van deze emoties als een normale reactie op de verlieservaringen dient gevolgd te worden door het verleggen van de focus naar de voordelen van acceptatie. Acceptatie dient in dit kader cognitief te worden geherstructureerd als het ophouden met het verzet tegen het onveranderlijke (de stoornis) en het actief zoeken naar manieren om zo goed mogelijk met de ziekte om te gaan om zo klachten en beperkingen te verminderen en de kwaliteit van leven te verhogen.

Bij complexe problematiek dient een klinisch multidisciplinair longrevalidatieprogramma overwogen te worden. Op het Universitair Longcentrum Dekkerswald wordt in dat kader door verschillende disciplines (longarts, psycholoog, fysiotherapeut, verpleegkundige, bewegingstherapeut, maatschappelijk werker, creatief therapeut en diëtist) een *geïntegreerde* aanpak geboden gericht op het optimaliseren van het fysiologisch functioneren en van de adaptatie aan de stoornis.

Conclusie

De arts is meestal de eerste bij wie een COPD-patiënt zich meldt. Echter, het is niet zozeer de aanwezigheid van klachten of een verminderde longfunctie voor COPD-patiënten de reden om voor het eerst een arts te bezoeken, maar pas als er beperkingen of problemen in de KvL ontstaan zijn (Boom, Rutten-van-Mölken, Tirimanna, Schayck, Folgering & Van Weel, 1998). Problemen in KvL zijn de resultante van het samenspel tussen fysiologische processen en gedragsfactoren. Deze interactie is een dynamisch proces dat kan uitmonden in een negatieve spiraal.

De behandeling van COPD is momenteel vooral gericht op het beïnvloeden van somatische processen, meestal middels medicatie. Interventies uitsluitend gericht op het beïnvloeden van somatische processen zijn slechts beperkt effectief bij het behandelen van klachten, beperkingen en KvL. De psychotherapeut heeft in dit opzicht een belangrijke toegevoegde waarde door in een vroegtijdig stadium te interveniëren op de adaptatie aan de stoornis.

SUMMARY

Pulmonary diseases: A complex interaction between physiological and behavioral factors.

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is one of the most prevalent somatic disorders. COPD is characterized by a chronic progressive airway obstruction based on a systemic inflammatory response. A patient with COPD is confronted, not only with a physiological disorder, but also with complaints (dyspnea, fatigue), functional impairments in various areas of daily life, and problems in quality of life (QoL). The relationship between physiological processes on the one hand and complaints, impairments, and QoL on the other is poor. Complaints, impairments, and QoL are the resultant of a complex interaction between the physiological disorder and cognitive, emotional, and behavioural processes. This interaction is referred to as 'adaptation to the illness'. Usual care, however, focusses on the physiological processes. The psychotherapist can therefore play an important role in improving complaints, functional impairment, and QoL by intervening on the adaptation to the illness. In this paper the fundamentals of this adaptation process are presented as well as an outline for psychotherapeutic intervention.

Key words: COPD, health status, assessment, psychotherapeutic treatment

LITERATUUR

- ACCP/AACVPR Pulmonary Rehabilitation Guidelines Panel (1997). Pulmonary rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR evidence-based guidelines. *Chest*, 112, 1363-1396.
- Boom, G.v.d., Rutten-van-Möllen, M., Tirimanna, P.R., Schayck, C.P. v., Folgering, H., & Weel, C. (1998). Association between health-related quality of life and consultation for respiratory symptoms: results from the DIMCA programme. *European Respiratory Journal*, 11, 67-72.
- Buchi, S., Villiger, B., Sensky, T., Schwarz, F., Wolf, C., & Buddeberg, C. (1997). Psychosocial predictors of long-term success of in-patient pulmonary rehabilitation of patients with COPD. *European Respiratory Journal*, 10, 1272-1277.
- Celli, B.R., & MacNee, W. (2004). Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *European Respiratory Journal*, 23, 932-946.
- Graydon, J.E., Ross, E., Webster, P.M., Goldstein, R.S., & Avendano, M. (1995). Predictors of functioning of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung*, 24, 369-375.
- Hutter, B.O., & Wurtemberger, G. (1999). Functional capacity (dyspnea) and quality of life in patients with chronic obstructive lung disease (COPD): instruments of assessment and methodological aspects. *Pneumologie*, 53, 133-142.
- Kaiser, U., Muthny, F.A., & Schmitz, M. (1997). Psychosocial aspects of chronic respiratory tract diseases (COPD): relevance and consequences for pulmonary rehabilitation. *Pneumologie*, 51, 120-128.

- Ketelaars, C.A., Schlosser, M.A., Mostert, R., Huyer-Abu, S.H., Halfens, R.J., & Wouters, E.F. (1996). Determinants of health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, *51*, 39-43.
- Rabe, K.F., Hurd, S., Anzueto, A., Barnes, P.J., Buist, S.A., Calverley, P., Fukuchi, Y., Jenkins, C., Rodriguez-Roisin, R., van, W.C., & Zielinski, J. (2007). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *176*, 532-555.
- Rietveld, S., & Brosschot, J.F. (1999). Current perspectives on symptom perception in asthma: a biomedical and psychological review. *Behavioural Medicine*, *6*, 120-134.
- Scharloo, M., Kaptein, A.A., Schlösser, M., Pouwels, H., Bel, E.H., Rabe, K.F., & Wouters, E.F.M. (2007). Illness Perceptions and Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Asthma*, *44*, 575-581.
- Spilker, B., & Revicki, D.A. (1996). Taxonomy of quality of life. In B.Spilker (Ed.), *Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials* (2nd ed., pp. 25-31). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Troosters, T., Casaburi, R., Gosselink, R., & Decramer, M. (2005). Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *172*, 19-38.
- Vercoulen, J.H., Daudey, L., Molema, J., Vos, P. J., Peter, J.B., Top, M., & Folgering H.Th. (2008). An Integral Assessment Framework of Health Status in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *International Journal of Behavioural medicine*, in press.
- Weaver, T.E., Richmond, T.S., & Narsavage, G.L. (1997). An explanatory model of functional status in chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Research*, *46*, 26-31.
- Wilson, I.B., & Cleary, P.D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, *273*, 59-65.