



Foto: Mandy Godbehear / Alamy (Pearson Asset Library)

HOOFDSTUK 1

WAT IS GEZONDHEID?

1.1 Gedrag, dood en ziekte

1.2 Wat is gezondheid? Veranderende perspectieven

- 1.2.1 Relatie tussen lichaam en geest
- 1.2.2 Biomedisch ziektemodel
- 1.2.3 Vraagtekens bij dualisme: het ontstaan van biopsychosociale modellen voor gezondheid en ziekte
- 1.2.4 Biopsychosociaal ziektemodel

1.3 Individuele, culturele en leeftijdgerelateerde perspectieven op gezondheid

- 1.3.1 Leken theorieën over gezondheid
- 1.3.2 Definitie van gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie
- 1.3.3 Crossculturele perspectieven op gezondheid
- 1.3.4 Levensloop, ouder worden en ideeën over ziekte en gezondheid

1.4 Wat is gezondheidspsychologie?

- 1.4.1 Wat is het verband tussen psychologie en gezondheid?
- 1.4.2 Gezondheidspsychologie en andere terreinen

Aan het einde van dit hoofdstuk kun je beschrijven en uitleggen:

1. wat de belangrijkste mondiale gezondheidsproblemen van deze tijd zijn;
2. wat we kunnen leren van historische modellen over gezondheid, ziekte en invaliditeit, inclusief het debat over de invloed van de geest op het lichaam;
3. wat biomedische en biopsychosociale modellen zeggen over gezondheid en ziekte en welke opvatting de positieve psychologie hierbij heeft;
4. wat de bijdrage is van de psychologie, met name de gezondheidspsychologie, als het gaat om het verkrijgen van inzicht in gezondheid en ziekte;
5. wat de invloed is van levensfasen en van gezondheidsstatus op de concepten gezondheid en ziekte;
6. dat gezondheid meer is dan eenvoudigweg de afwezigheid van een lichamelijke ziekte of beperking.

 **GEZONDHEID WERELDWIJD**

Een goede gezondheid is voor de meeste Nederlanders het belangrijkste in hun leven (Kooiker en Hoeymans, 2014). De gezondheidszorg neemt dan ook een fors deel van onze uitgaven in beslag. In Nederland en België is dat rond de tien procent van het Bruto Nationaal Product. Gezondheid is echter al lang geen landelijke verantwoordelijkheid meer. Sinds de oprichting van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in 1948 is er sprake van beleid om de gezondheid van de gehele wereldbevolking te verbeteren.

Een dergelijke mondiale aanpak van gezondheid vereist dat we gezondheid, ziekte en gezondheidszorg in een internationale context begrijpen. Daarbij moeten we oog hebben voor de toenemende diversiteit van landelijke bevolkingsgroepen en voor de verschuivingen van hun gezondheid. Dit laatste is afhankelijk van landelijk beleid en van investeringen en innovatie in de gezondheidszorg. Ook de beschikbaarheid van zorg speelt een rol. Mondiale benaderingen van gezondheid onderkennen daarnaast dat de forse toename van internationaal vliegverkeer (die de wereld voor individuele reizigers 'dichterbij brengt') de noodzaak met zich meebrengt om gezondheidsbescherming en alertheid op atypische ziekten die in nieuwe contexten ontstaan, mondiaal aan te pakken. Op die manier kunnen bijvoorbeeld symptomen van een tropische ziekte bij iemand uit Nederland of België sneller en beter herkend worden.

Dit bleek overduidelijk toen in de winter van 2019 een nieuwe en zeer besmettelijke luchtweginfectie haar intrede deed: het *severe acute respiratory syndrome coronavirus* (SARS-CoV-2). Dit is het virus dat de COVID-19-besmetting veroorzaakt. Vlak voordat dit virus zich begon te verspreiden, had de WHO net de dertiende editie van haar nieuwe strategische vijfjarenplan gelanceerd. Daarin stond het volgende:

'De wereld ziet zich gesteld voor tal van gezondheidsproblemen. Deze variëren van uitbraken van ziekten waar vaccinaties voor bestaan (zoals mazelen en difterie), tot toenemende meldingen van medicatiere-sistente ziekteverwekkers, tot toenemende mate van ernstig overgewicht en bewegingsarmoede, tot de gevolgen die milieuvervuiling, klimaatverandering en tal van humanitaire crises hebben voor de gezondheid' (WHO, 2019).

De WHO riep de samenleving op om tien belangrijke gezondheidsbedreigingen aan te pakken:

- vervuiling en klimaatverandering;
- de toename van niet-overdraagbare ziekten (bijvoorbeeld diabetes, kanker, hartaandoeningen) en de rol die bewegingsarmoede daarbij speelt;
- een mondiale griep epidemie;
- antimicrobiële resistentie (afgenomen effectiviteit van antibiotica);
- uitbraken van ebola en andere zeer bedreigende ziekteverwekkers;
- zwakke eerstelijns gezondheidszorg;
- vaccinatietwijfel, met uitbraken van besmettelijke ziekten als gevolg;
- kwetsbare omgevingen die te maken hebben met droogte, hongersnood en conflicten;
- vrije verspreiding van dengue (knokkelkoorts);
- voortdurende hiv-besmettingen.

De WHO riep de wereld op deze tien bedreigingen vanuit verschillende invalshoeken aan te pakken en benadrukte dat mondiaal gezondheidsbeleid gebaseerd zou moeten zijn op gedegen bewijs uit meerdere disciplines: epidemiologie, geneeskunde, volksgezondheid en, uiteraard, psychologisch onderzoek naar menselijk gedrag. De COVID-19-pandemie bleek hier een sprekend voorbeeld van te zijn.

De auteurs van dit lesboek hebben snel nieuw en zich ontwikkelend bewijs uit onderzoeken naar de mondiale COVID-19-pandemie moeten koppelen aan ouder bewijs voor andere gezondheidsbedreigingen. Overal ter wereld sterven namelijk grote aantallen mensen aan veelvoorkomende ziekten die een gedragscomponent hebben. Hoewel ziekte en gezondheid in eerste instantie een persoonlijke ervaring zijn, spelen de geografische, culturele en sociaaleconomische context, de huidige regering en haar gezondheidsbeleid en de tijd waarin we leven allemaal een rol in breder persoonlijk en sociaal welzijn.

Mondiale gezondheid is relevant in een openingshoofdstuk van een lesboek over gezondheidspsychologie, omdat de gezondheids- en welzijnsproblemen waar de samenleving voor staat, vragen om bewijsmateriaal dat leidt tot effectieve interventies. We hopen hier bewijs bij elkaar te brengen dat niet alleen de aspirant-gezondheidspsycholoog wijzer maakt, maar dat ook het gezondheidsbeleid en de praktijk helpt vorm te geven.

coronavirus

Een virus uit een familie van RNA-virussen die verschillende ziekten veroorzaken, zoals recentelijk het SARS-CoV-2-virus, dat COVID-19 veroorzaakt (SARS: 'Severe Acute Respiratory Syndrome', ofwel ernstig acuut ademhalingsyndroom).

hiv (human immunodeficiency virus)

Het virus dat aids (acquired immunodeficiency syndrome) veroorzaakt.



HOOFDSTUKOVERZICHT

Ondanks grote verschillen in levensverwachting staat wereldwijd redelijk vast wat de meest dodelijke ziekten zijn. De meeste van deze ziekten, misschien wel allemaal, kennen een gedragscomponent en zijn daarmee mogelijk persoonlijk te beïnvloeden. Dat wil echter nog niet zeggen dat mensen hun gedrag ook zullen veranderen, want gedachten, emoties en handelingen ten aanzien van gezondheidsgedrag zijn complex. In dit hoofdstuk maak je kennis met de meest voorkomende oorzaken van sterfte. Vervolgens geven we een

historisch overzicht van het concept gezondheid. Dat biedt een voortschrijdend inzicht in de wisselwerking tussen lichaam en geest door de tijd heen. Je leert de belangrijkste modellen kennen waarop ons wetenschapsgebied is gestoeld: de biomedische en biopsychosociale modellen van ziekte. Ook laten we zien hoe opvattingen over gezondheid en ziekte uiteenlopen, afhankelijk van bijvoorbeeld verschillen in leeftijd en ontwikkeling, cultuur en cultuurnormen en gezondheidstoestand.

1.1 Gedrag, dood en ziekte

levensverwachting

Het aantal jaren dat iemand naar verwachting te leven heeft.

Gedurende de twintigste eeuw steeg de **levensverwachting** in de westerse wereld. Dit was mede het gevolg van de vooruitgang van de medische technologie en verbeterde behandelingen. Dit leidde in de westerse wereld tot een algemeen geloof dat de traditionele geneeskunde effectief was en in staat was om ziekten uit te roeien. De wereldwijde stijging van de levensverwachting is inderdaad voor een deel te verklaren door de introductie van geneesmiddelen en de toegenomen beheersing van besmettelijke ziekten via vaccinatie en verbeterde sanitaire voorzieningen.

mortaliteit

Het aantal sterfgevallen in een gegeven populatie en/of in een gegeven jaar toegeschreven aan een bepaalde aandoening (bijvoorbeeld het aantal sterfgevallen als gevolg van kanker onder vrouwen in 2024).

Een groot deel van de daling van de **mortaliteit** in de wereld vond echter al plaats voor het begin van de grote vaccinatieprogramma's. De volksgezondheid verbeterde dankzij veranderingen in de sociale omstandigheden en de leefomgeving. Het ging hierbij onder meer om verbeteringen in onderwijs en landbouw, die leidden tot veranderingen in de voeding, verbeteringen van de publieke hygiëne en de levensstandaard.

Cijfers van de Verenigde Naties laten zien dat de gemiddelde levensverwachting bij geboorte in 2021 wereldwijd 71 jaar bedroeg (69 voor mannen en 74 voor vrouwen), met forse, soms schokkende verschillen tussen landen (Wereldbank, 2021).

Tabel 1.1 geeft een selectie uit de hoogste en laagste 'regio's' aan de hand van de data van de Wereldbank, die weer zijn afgeleid uit data van de Verenigde Naties en diverse nationale databronnen. De langstlevende bevolking is nog

steeds te vinden in Japan, al zijn de uitschieters naar boven de afgelopen tien jaar wel iets afgevlakt en zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen groter geworden.

In de onderste 'regionen' zakt de gemiddelde levensverwachting in Sierra Leone en verschillende andere Afrikaanse landen op dramatische wijze van 70-75 jaar tot een gemiddelde levensverwachting van net 53 jaar, voor zowel mannen als vrouwen.

TABEL 1.1 Levensverwachting in geselecteerde landen wereldwijd (2021).

	GEMIDDELD (JAREN)	VROUWEN (JAREN)	MANNEN (JAREN)
Japan	84,4	87,6	81,5
Spanje	83,1	86,2	81,3
Australië	83,3	85,4	81,3
Griekenland	80,1	83,0	77,5
Zweden	83,2	85,0	81,4
België	81,0	83,0	79,0
Nederland	81,4	83,1	79,9
Verenigd Koninkrijk	80,7	82,8	78,7
Verenigde Staten	76,3	79,3	73,5
Hongarije	74,5	78,0	71,1
Bulgarije	71,5	75,1	68,1
Rusland	69,3	74,8	64,2
Bangladesh	72,4	74,3	70,6
Myanmar	65,7	69,0	62,5
Ethiopië	65,0	68,3	61,9
Afghanistan	62,0	65,1	58,9
Mozambique	59,3	62,4	56,2
Nigeria	52,7	53,1	52,3
Sierra Leone	60,0	61,4	58,8

Bron: Wereldbank, 2021. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>.

Deze statistieken over levensverwachting bij geboorte laten zien dat je zestigste verjaardag halen in sommige landen niet vanzelfsprekend is. De culturele variatie kan in hoge mate worden verklaard door politieke en omgevingsproblemen, zoals jarenlange oorlog of hongersnood in sommige Afrikaanse landen, of, zoals in Mozambique, een hoge prevalentie van hiv. Verschillen in manier van leven en eetgewoonten spelen ook een rol. Er bestaat enige bezorgdheid dat de levensverwachting in de meer welvarende landen in toekomstige generaties mogelijk zal dalen als gevolg van de toenemende obesitas bij kinderen, zoals met name in de Verenigde Staten en Europa.

We moeten hier opmerken dat levensverwachting niet hetzelfde is als gezonde levensverwachting. Dat laatste heeft te maken met de vraag of de hogere leeftijd wordt bereikt in goede gezondheid of juist in minder goede gezondheid, met ziekte of functiebeperking. Hoe ouder iemand wordt, hoe lager de ratio gezonde versus

niet-gezonde jaren uiteraard is. Zo wordt voor Europa voorspeld dat we vanaf onze geboorte ongeveer 80 procent van ons leven zonder functiebeperking doorbrengen, maar dat we vanaf ons 65ste jaar nog maar 50 procent van onze resterende jaren gezond zullen doorbrengen (OECD, 2017). Natuurlijk is dit vaak gebaseerd op zelfrapportage en verschilt de maatstaf voor ‘gezond zijn’ tussen landen en tussen mensen onderling, zoals we verderop in dit hoofdstuk zullen bespreken.

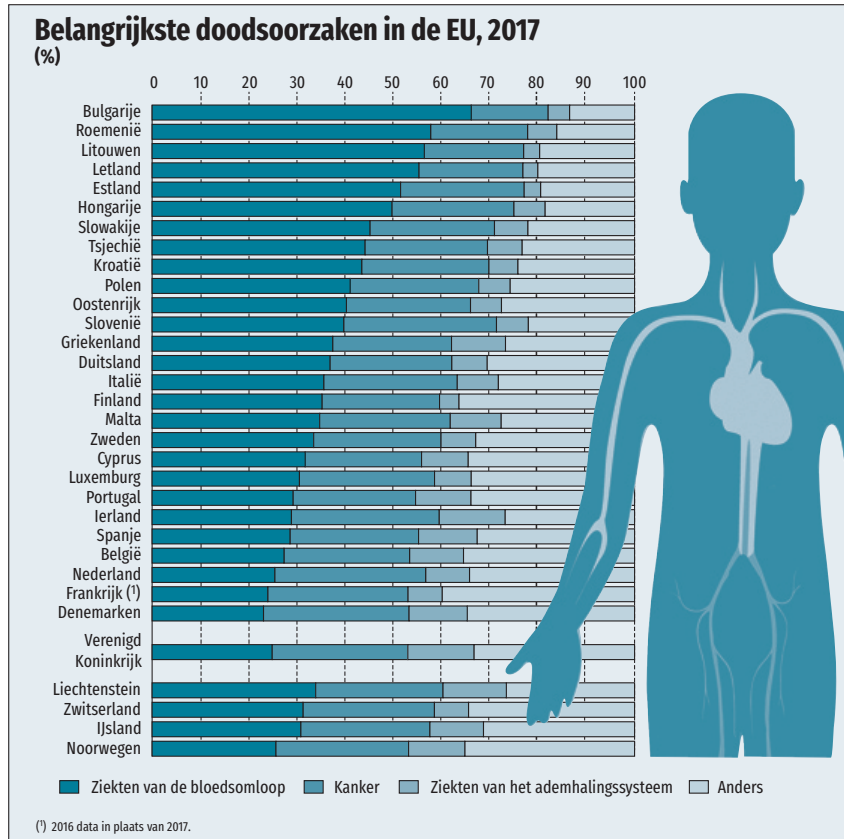
Niet alleen de sterftcijfers, maar ook de oorzaken van overlijden zijn drastisch veranderd. Als je mensen in 1900 zou vragen wat zij verstonden onder gezond zijn, hadden ze mogelijk geantwoord: ‘Infecties vermijden, schoon water drinken en vijftig of zestig jaar oud worden.’ In die tijd was overlijden vaak het gevolg van besmettelijke ziekten zoals longontsteking, influenza of tuberculose. Gedurende de laatste eeuw overleden er, althans in de welvarende landen, minder mensen als gevolg van infectieziekten en de ‘top van de ranglijst’ maakt geen melding meer van tuberculose, tyfus, tetanus of mazelen. Hartkwalen en infarcten, longproblemen en luchtwegaandoeningen zijn daarentegen wereldwijd de ‘grootste moordenaars’ (samen met ongelukken). Deze oorzaken zijn gedurende de laatste decennia relatief stabiel gebleven. Daarna volgen ziektes die vallen onder de term ‘dementie’, waarbij de ziekte van Alzheimer in Nederland en België de meest voorkomende vorm van dementie is. Dementie is in deze landen ook de snelst groeiende doodsoorzaak; door de vergrijzing is het aantal mensen met dementie in Nederland van 1950 tot 2021 bijna verdubbeld (Factsheet Alzheimer Nederland).

Wereldwijd zag in 2019 de top tien van belangrijkste doodsoorzaken (in alle leeftijden) eruit zoals in figuur 1.1 weergegeven. Hart- en vaatziekten als hartkwalen en infarcten en andere niet-overdraagbare ziekten (longkanker, COPD, nierziekten, dementie, diabetes) waren verantwoordelijk voor ruim 44 procent van sterfgevallen wereldwijd. Infecties van de lagere luchtwegen zijn de belangrijkste overdraagbare ziektes. Deze nemen echter af, net als wereldwijde sterfte als gevolg van vroeggeboorte en diarree. Waarschijnlijk is dit te danken aan de verbeterde gezondheidszorg.

Ook de sterfte aan hiv/aids is de afgelopen twintig jaar met 51 procent afgenomen en daalde daarmee van de op zeven na belangrijkste doodsoorzaak wereldwijd in 2000 naar de negentiende plaats in 2019. Diabetes daarentegen is voor het eerst in de wereldwijde top tien terechtgekomen. Dit kan voor een groot deel worden toegeschreven aan zwaarlijvigheid (zie hoofdstuk 3). Hoewel de statistieken niet in alle gevallen op dezelfde manier worden bijgehouden, laten we in figuur 1.1 ook vergelijkbare EU-cijfers zien (beschikbaar voor 2017; Eurostat, 2020). Binnen deze cijfers is er sprake van een grote geografische variatie, maar hart- en vaatziekten zijn consequent de belangrijkste doodsoorzaken.

Met uitzondering van longkanker komt kanker niet voor in de wereldwijde top tien. In landen met een hoge levensstandaard, zoals Australië, de Verenigde Staten en de Europese Unie, wordt kanker echter consequent genoemd als één van de vijf meest voorkomende doodsoorzaken. In sommige landen, zoals in Denemarken, Ierland, Frankrijk en Nederland, was kanker zelfs de belangrijkste doodsoorzaak (Eurostat, 2020). EU-cijfers schrijven 26 procent van alle sterfgevallen in 2017 toe aan kanker (23 procent van de sterfgevallen onder vrouwen, 29 procent onder mannen, OECD/EU, 2020). Er is wel ruimte voor optimisme: doordat we ons steeds bewuster worden van de invloed van ons gedrag op onze gezondheid, passen we ook ons gedrag aan. In combinatie met de medische vooruitgang neemt het aantal sterfgevallen als gevolg van bijvoorbeeld kanker naar verhouding wel af.

Wereldwijd (WHO 2020, miljoen)	Europa (Eurostat 2020)
Ischemische hartziekte (8,9 m) Hartaanval (6,2 m) COPD (3 m) Lagere luchtweginfectie (2,6 m) Neonatale omstandigheden (2,1 m) Luchtpijp, bronchus, longkanker (1,8 m) Ziekte van Alzheimer en dementie (1,7 m) Diarreeziekten (1,5 m) Diabetes mellitus (1,4 m) Nierziekten (1,3 m)	Ziekten van de bloedsomloop (1,7 m, hartziekten en beroertes; 37% van alle sterfgevallen) Kankers (1,2 m; 26% van alle sterfgevallen) Luchtwegaandoeningen (COPD, longontsteking) (0,37 m; 8% van alle sterfgevallen) Ziekte van Alzheimer en dementie (5% van alle sterfgevallen) Ongevallen (inclusief zelfmoord) (5% van alle sterfgevallen) Diabetes (2% van alle sterfgevallen)



FIGUUR 1.1 Belangrijkste doodsoorzaken in de EU, 2017.
Bron: Oorzaken en voorkomen van sterfgevallen in de EU, Eurostat.

Wat misschien duidelijker is geworden nu je dit leest, is dat de belangrijkste doodsoorzaken een gedragscomponent hebben die bijvoorbeeld is gekoppeld aan roken, overmatige alcoholconsumptie, een zittende manier van leven en ongezonde voeding/obesitas.

Als gezondheidspsycholoog is het verkrijgen van inzicht in de vraag waarom we ons gedragen zoals we doen en op welke wijze gedrag kan veranderen of kan worden veranderd, een belangrijk deel van onze opdracht.

In hoofdstukken 3 en 4 zullen we dieper ingaan op de belangrijkste gedragsvormen, maar de toegenomen erkenning van de rol die individueel gedrag speelt in de beleving van ziekte is een zeer belangrijk uitgangspunt in dit boek over gezondheidspsychologie.

Eerst gaan we in op de veranderende manier van denken over de relatie tussen de menselijke geest en het menselijk lichaam en op de belangrijkste denkmodellen voor gezondheid, ziekte en functioneren.

Wat denk je zelf?

Zoals we hiervoor al zeiden, staat de wereld voor meerdere gezondheidsbedreigingen. De COVID-19-pandemie heeft gezorgd dat er in ons zorg- en socialezekerheidsstelsel behoefte is ontstaan aan investeringen en samenwerking in responsieve gezondheidszorginitiatieven (testen, volgen, immuniseren) en in biomedische wetenschap (ontwikkeling van vaccins en behandelingen). In welke mate heeft de psychologie bijgedragen aan deze initiatieven en onze reacties erop, en hoe kan ze dat blijven doen?

1.2 Wat is gezondheid? Veranderende perspectieven

De meeste mensen gebruiken het woord 'gezondheid' zonder dat ze zich realiseren dat het begrip voor mensen op verschillende tijdstippen in de geschiedenis, in uiteenlopende culturen, binnen verschillende sociale klassen of zelfs binnen hetzelfde gezin van betekenis kan verschillen.

Mogelijke verschillen in standpunten over gezondheid kunnen degenen die zich bezighouden met het meten, beschermen of verbeteren van gezondheid voor problemen stellen, omdat het begrip hiermee minder eenduidig te meten is. Aandacht voor gezondheidsklachten is echter van alle tijden.

Archeologische vondsten van menselijke schedels uit het stenen tijdperk geven een vroege kijk op ziekte. In sommige schedels zitten kleine, regelmatige gaten die zijn toegeschreven aan 'trepanatie'. Dit was een proces waarbij een gaatje in de schedel werd geboord om kwade geesten te bevrijden die van buitenaf het lichaam zouden zijn binnengedrongen en ziekte veroorzaakten. Een andere vroege interpretatie, die we in oude Hebreeuwse teksten kunnen vinden, is dat ziekte een straf was van de goden (1000-300 voor Christus). Zoals we in hoofdstuk 8 zullen beschrijven, zijn dergelijke opvattingen in sommige culturen nog steeds aanwezig. Begrip voor de variatie in geloofssystemen is dan ook uitermate belangrijk voor ons inzicht in hoe personen op ziekte reageren. Daarnaast is het belangrijk hoe standpunten over de samenhang tussen lichaam en geest zich door de tijd heen hebben ontwikkeld.

1.2.1 Relatie tussen lichaam en geest

Mensen hebben materiële lichamen die bestaan uit moleculaire, genetische, biologische, biochemische en meetbare componenten die het de 'machine' mogelijk maken om te functioneren. Daarbij worden ook de hersenen als materieel beschouwd. Er is echter ook een ruimer concept, waarbij de geest geldt als een niet-tastbare plek voor ons bewustzijn, onze gedachten en onze emoties. Deze hebben als zodanig geen materiële eigenschappen.

De mate waarin door de geschiedenis heen lichaam en geest zijn beschouwd als afzonderlijke, zelfstandige eenheden waarbij óf het lichaam invloed uitoefent op de geest óf de geest invloed uitoefent op het lichaam, kun je gedeeltelijk zien als de ontwikkelingsgeschiedenis van de gezondheidspsychologie. Hierna plaatsen we de visie op de relatie tussen lichaam en geest in historisch perspectief.

theorie

Een algemene aanname over een aspect van de wereld waarin we leven of over de mensen in die wereld die al dan niet door bewijs wordt ondersteund.

De Griekse oudheid

Hippocrates, een Griekse arts uit de oudheid (circa 460-377 voor Christus), beschouwde lichaam en geest als een eenheid. Zijn humorale **theorie** over ziekte

schreef gezondheid en ziekte toe aan een verstoord evenwicht tussen vier circulerende lichaamsvloeistoffen, de zogenoemde humores: gele gal, slijm, bloed en zwarte gal. Gedacht werd dat de vier humores bij gezonde personen in evenwicht waren en dat ziekten optraden als dit evenwicht door externe ‘pathogenen’ werd verstoord. De humores waren gerelateerd aan seizoenswisselingen en aan omstandigheden, waarbij slijm was verbonden met de winter (koud-nat), bloed met het voorjaar (nat-warm), zwarte gal met de herfst (koud-droog) en gele gal met de zomer (warm-droog). Daarnaast werden de verschillende hoeveelheden lichaamsvloeistoffen in verband gebracht met typen persoonlijkheden. Een overmatige hoeveelheid gele gal was verbonden met een boosaardig temperament; veel zwarte gal was verbonden met droefenis en melancholie; een overmaat aan bloed werd geassocieerd met een optimistische persoonlijkheid en bovenmatig slijm met een kalm temperament. De humorale theorie schreef ziektebeelden toe aan lichaamsfuncties, maar erkende ook dat lichamelijke factoren van invloed waren op de geest. Genezing bestond destijds uit pogingen om de humores opnieuw in balans te brengen via aderlaten, vasten, of, zelfs toen al, door gezond te eten (Helman, 1978).

Het standpunt van Hippocrates werd gedeeld door Galenus, een invloedrijke Griekse arts uit het oude Rome, die een stuk later leefde (circa 129-199 na Christus). Galenus dacht dat alle ziekten (lichamelijk en geestelijk) een lichamelijke of pathologische basis hadden. Hij geloofde dat de vier lichamelijke humores ten grondslag lagen aan de vier temperamenten die Hippocrates benoemde en dat deze temperamenten bijdroegen aan het krijgen van specifieke ziekten. Hij stelde bijvoorbeeld dat melancholieke vrouwen een grotere kans hadden op borstkanker door een grote hoeveelheid zwarte gal. De kern van de opvatting was dat de geest en het lichaam met elkaar verbonden waren, maar alleen in zoverre dat lichamelijke en mentale verstoringen beide een onderliggende fysieke oorzaak hadden. Er werd niet gedacht dat de geest zelf een rol speelde in de **etiologie** van ziekten.

etiologie
De leer van de oorzaken. Hier: alles wat bijdraagt aan ziekte, pijn en de klachten daarover.

De ideeën van Hippocrates en Galenus zouden het denken over ziekte en gezondheid nog vele eeuwen beheersen, tot de achttiende eeuw, toen de organische geneeskunde en in het bijzonder de cellulaire pathologie werden ontwikkeld. Deze ondersteunden de humorale basis voor ziekten niet.

De vroege middeleeuwen

Tijdens de vroege middeleeuwen (500-1000 na Christus) raakten ideeën over gezondheid steeds meer verbonden met geloof en spiritualiteit. In deze tijd werd ziekte gezien als de straf van God of als het gevolg van kwade geesten die de ziel binnendrongen. Gedacht werd dat de mens als individu weinig controle had over zijn gezondheid. Priesters, met het hun toegedichte vermogen om de gezondheid te herstellen door demonen uit te drijven, hadden die controle echter wél. Doordat de kerk een centrale plaats innam in de samenleving, duurde het lang voordat men op zoek ging naar niet-religieuze, wetenschappelijke verklaringen. Wetenschappelijk onderzoek, zoals ontleding, was zelfs verboden. Algemeen werd gedacht dat lichaam en geest samenwerkten of op zijn minst in samenhang functioneerden. Door de beperkingen op medisch onderzoek, ontwikkelden inzichten zich langzaam en geestelijke en mystieke verklaringen voor ziekte overheersten.

De religieuze gezichtspunten hielden stand tot de vroege veertiende en vijftiende eeuw, toen een periode van ‘wedergeboorte’, de *renaissance*, aanbrak. Tijdens deze renaissance werd het individuele denken belangrijker en werd het religieuze perspectief er één van vele. De wetenschappelijke revolutie van rond 1600

leidde tot een enorme groei in theoretische kennis en natuurwetenschappelijk onderzoek. Het gevolg daarvan was dat het inzicht in het menselijk lichaam en de verklaringen voor ziekten steeds organischer en fysiologischer werden.

De zeventiende eeuw

In het begin van de zeventiende eeuw stelde de Franse filosoof René Descartes (1596-1650), net als de oude Grieken, dat lichaam en geest afzonderlijke entiteiten waren. Artsen waren de bewakers van het lichaam, dat werd beschouwd als een machine die wetenschappelijk kon worden onderzocht. Theologen handelden als hoeders van de geest. Dit wordt **dualisme** genoemd, waarbij de geest wordt beschouwd als ‘niet-materieel’ (dat wil zeggen niet objectief of zichtbaar, zoals bij gedachten en gevoelens) en het lichaam als ‘materieel’ (dat wil zeggen opgebouwd uit mechanisch ‘materiaal’; tastbare stof zoals onze hersenen, het hart en de cellen). Volgens het dualistisch denken bestaan het materiële en het niet-materiële onafhankelijk van elkaar.

dualisme
Het idee dat lichaam en geest afzonderlijke eenheden zijn.

Terwijl de oude Grieken het lichaam ‘de regie’ gaven, legde het klassiek dualisme de leiding bij de geest – de niet-materiële geest werd geacht het materiële lichaam en zijn reacties te beheersen. Descartes stelde ook dat er interactie mogelijk was tussen de twee ‘domeinen’, hoewel er aanvankelijk slechts beperkt inzicht was in de wijze waarop interacties tussen lichaam en geest konden plaatsvinden. Hoe kon bijvoorbeeld een gedachte, zonder fysieke eigenschappen, een lichamelijke reactie veroorzaken (Solmes en Turnbull, 2002)? Gedacht werd dat de veronderstelde communicatie tussen lichaam en geest onder controle stond van de pijnappelklier (epifyse) in de tussenhersenen, maar het mechanisme van deze interactie was onduidelijk.

Omdat Descartes geloofde dat de ziel op het moment van overlijden het lichaam verliet, werden ontleding en autopsie nu acceptabel voor de kerkelijke autoriteiten. Hierdoor groeide tijdens de achttiende en negentiende eeuw het inzicht in de geneeskunde enorm. Uit anatomisch onderzoek, autopsie en cellulaire pathologie bleek dat ziekten in menselijke cellen waren gelokaliseerd en niet in een verstoord evenwicht van de humores.

mechanistische benadering
Een benadering die het gedrag reduceert tot het niveau van het orgaan of de lichamelijke functie. Geassocieerd met het *biomedisch ziektemodel*.

Het dualistische standpunt van het lichaam als machine (een **mechanistisch** standpunt), dat alleen kon worden doorgrond in termen van zijn onderdelen (moleculair, biologisch, biochemisch, genetisch), betekende dat inzicht in ziekten werd verkregen via het bestuderen van cellulaire en fysiologische processen. In deze eeuwen werd de behandeling dan ook technischer, meer gericht op diagnostiek en op lichamelijke bewijzen. Deze benadering gaat uit van een biomedisch ziektemodel, waarbij de ‘geest’ beschouwd wordt als onderdeel van de materiële ‘stof’ aangezien het een hersenfunctie betreft. Het onderzoek naar denkprocessen wordt dan ook in kaart gebracht door middel van fysieke, neurale hersenprocessen. Dit **materialistisch monisme** brengt de geest terug tot objectiveerbare hersenprocessen en wordt ondersteund door de enorme toename van neuropsychologisch en beeldvormend onderzoek. **Behaviorisme** is al even monistisch en gaat zelfs zo ver dat het onderzoek naar de niet-zichtbare geest en diens denkprocessen verwerpt ten gunste van observeerbare prikkels en reacties. **Humanisme** voert daarentegen aan dat we alleen inzicht kunnen krijgen in individueel gedrag door de unieke menselijke subjectieve ervaring te begrijpen.

materialistisch monisme
Het idee dat het niet-materiële niet afzonderlijk kan worden bestudeerd van de fysieke hersenen.

behaviorisme
Een benadering die de nadruk legt op de invloed van de omgeving op ons gedrag en die stelt dat gedrag is aangeleerd.

humanisme
Een benadering die de nadruk legt op de innerlijke gevoelens en behoeften van personen en deze ziet als drijfveer voor gedrag.

Huidig standpunt

Tegenwoordig zoeken we wetenschappelijk bewijs om de menselijke ervaring te helpen verklaren – hetzij objectief, hetzij subjectief, of door een relatie tussen

beide aan te tonen. De groei van neurowetenschap doet echter vermoeden dat het materialisme daarin de overhand heeft.

1.2.2 Biomedisch ziektemodel

biomedisch ziektemodel

De opvatting dat ziekten en symptomen een achterliggende fysiologische verklaring hebben en dat daarmee ook genezing mechanistisch en rechtlijnig werkt.

In het **biomedisch ziektemodel** wordt gezondheid gedefinieerd als afwezigheid van ziekte. Dit model wordt ook het diagnose-receptmodel genoemd. Dit model neemt aan dat elk symptoom van ziekte een onderliggende pathologie heeft die hopelijk, maar niet altijd, door medisch ingrijpen kan worden genezen. Beperkingen (afwijkingen of verliezen op het niveau van iemands organen, weefsel, lichaamsbouw of uiterlijk) zorgen bij dit model voor functieverlies (gedefinieerd als een beperking of onvermogen om als mens ‘normaal’ te functioneren). Aangenomen wordt dat de behandeling van de pathologie door medische interventie zal leiden tot herstel van de gezondheid. Bijvoorbeeld omdat ziek zijn of invaliditeit het gevolg is van een aandoening die zijn oorsprong vindt buiten het lichaam (bv. bij bacteriële infecties) of door onvrijwillige interne veranderingen (bv. bij celmutaties). Het biomedische model wordt reductionistisch genoemd: het reduceert de geest, het lichaam en het menselijk gedrag tot lichaamscellen of tot neurale of biochemische activiteit en verklaart problemen ook alleen op dit niveau. Het reductionisme negeert daarmee dat verschillende mensen verschillend kunnen reageren op eenzelfde ziekte, omdat ze anders zijn qua persoonlijkheid, cognitie, sociaal ondersteuningsnetwerk of culturele aannamen. Het biomedisch model ligt ten grondslag aan vele succesvolle behandelingen, waaronder vaccinatieprogramma's die hebben bijgedragen aan het uitroeien van veel levensbedreigende infectieziekten, zoals polio en mazelen (Larson, 1999). Zoals we in paragraaf 1.2.3 in meer detail zullen bespreken, staan dualisme en een puur biomedische benadering voor forse uitdagingen.

1.2.3 Vraagtekens bij dualisme: het ontstaan van biopsychosociale modellen voor gezondheid en ziekte

Veel ziekten hebben organische oorzaken, maar veroorzaken unieke individuele reacties. De rol van de ‘geest’ bij de manifestatie van en de reactie op ziekte is cruciaal voor het bevorderen van ons inzicht in de complexe aard van gezondheid en ziekte.

Voor sommige mensen betekent een functiebeperking gevoelsmatig ‘het einde van hun leven’: uitgesloten worden van normale functies en rollen, en – zoals verschillende onderzoeken hebben uitgewezen – toenemende depressie. Anderen zien een functiebeperking juist als een uitdaging, in plaats van als iets wat hen ervan weerhoudt een vol leven te leiden (zie hoofdstuk 13). Zoals we hebben gezien bij de ontwikkeling van ideeën over ziekte, zijn er aanwijzingen dat er individuele variatie bestaat in de reactie op gezondheidsproblemen en functiebeperkingen. Dit stelt het biomedisch denken op de proef en opent de deur naar biopsychosociaal denken: zelfs als mensen te maken krijgen met een vergelijkbare functiebeperking, wil dat niet automatisch zeggen dat ze in gelijke of vergelijkbare mate beperkt worden (bijvoorbeeld Johnston en Pollard, 2001). De psychologie heeft een belangrijke rol gespeeld in dit veranderende perspectief. Sigmund Freud, bijvoorbeeld, heeft het probleem van lichaam en geest opnieuw gedefinieerd als een probleem van ‘bewustzijn’. Hij veronderstelde dat er een ‘onbewuste geest’ bestond die zichtbaar werd bij een aandoening die hij ‘conversiehysterie’ noemde. De patiënt heeft daarbij ernstige pijn, zonder dat hier een verklaring voor is. De pijn is reëel en kan weliswaar tijdelijk bestreden worden, maar komt daarna weer terug. Nadat hij patiënten met lichamelijke symptomen zonder identificeerbare oorzaak had onderzocht, en hypnose en