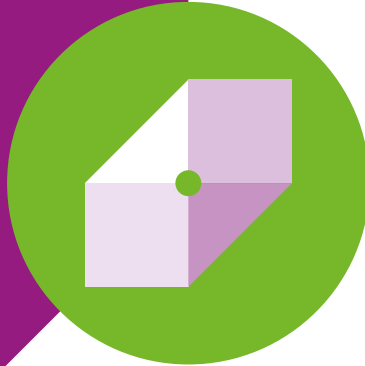


Samenvatting Richtlijn



Aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker



Multidisciplinaire richtlijn ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering van zorgverleners, gericht op patiënten met kanker en/of hun naasten en een (verhoogd risico op een) aanpassingsstoornis

Datum goedkeuring richtlijn: 02-06-2016 / versie 1.0

Verantwoording: werkgroep Richtlijn aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker

Het concept aanpassingsstoornis

Kanker ontregelt het leven en kan gevoelens van onkwetsbaarheid, controle, rechtvaardigheid en zinvolheid aantasten. Ook zijn de klachten en behandeling van de ziekte vaak erg belastend, zowel lichamelijk als psychisch. De patiënt met kanker en zijn naasten moeten zich aanpassen aan de veranderingen die de ziekte en de behandelingen teweegbrengen. Wanneer deze aanpassing niet lukt, kunnen de patiënt en/of de naasten een aanpassingsstoornis ontwikkelen.

Aanpassingsstoornissen in de DSM-5:

Classificatiecriteria:

- a. De ontwikkeling van emotionele of gedragsmatige symptomen als reactie op (een) aanwijsbare stressor(en) die optreden binnen drie maanden na het begin van de stressor(en).
- b. Deze symptomen of gedragingen zijn klinisch significant, zoals blijkt uit een of beide van de volgende kenmerken:
 1. Duidelijke lijdensdruk die niet in verhouding staat met de ernst of intensiteit van de stressor, rekening houdend met de externe context en de culturele factoren die de ernst en presentatie van de symptomen kunnen beïnvloeden.
 2. Significante beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- c. De stressor gerelateerde stoornis voldoet niet aan de criteria voor een andere psychische stoornis en is niet slechts een exacerbatie van een reeds bestaande psychische stoornis.
- d. De symptomen zijn geen uiting van normale rouw.
- e. Zodra de stressor of de gevolgen daarvan zijn verdwenen, persisteren de symptomen niet langer dan nog eens zes maanden.

Specificeer indien:

Acuut: symptomen duren korter dan zes maanden.

Persisterend (chronisch): symptomen duren zes maanden of langer.

Specificeer of:

- Met sombere stemming
- Met angst
- Met gemengd angstige en sombere stemming
- Met een stoornis in het gedrag
- Met een gemengde stoornis van emoties en gedrag
- Ongespecificeerd



Toepassing van de classificatiecriteria van de aanpassingsstoornis in de DSM-5 op patiënten met kanker stuit op een aantal beperkingen:

- Bij een levensbedreigende aandoening is er bijna altijd sprake van een aaneenschakeling van fysieke en psychosociale stressoren over een langer tijdsbestek, waardoor het criterium van drie maanden niet goed bruikbaar is
- De combinatie van een levensbedreigende aandoening met existentiële vragen en de aanslag op het lichaam door ziekte en behandelingen doet een extra zwaar beroep op het aanpassingsvermogen
- Er zijn geen objectieve criteria voor het vaststellen van lijdensdruk in relatie tot het krijgen van een levensbedreigende aandoening
- Significante beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren worden ook veroorzaakt door de ziekte en de behandelingen.

De pijlers van de aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker:

De beperkende factoren van de DSM-5 criteria kunnen worden ondervangen door een model met de drie pijlers, geldend voor alle fasen van de ziekte. De aanpassingsstoornis is altijd een combinatie en een interactie van:

- Stressoren: factoren die verband houden met kanker en het proces rondom kanker en stress veroorzaken
- Tekortschietende veerkracht, zowel als gevolg van de ziekte en symptomen, als ook door factoren in voorgeschiedenis en/of factoren in de persoonlijkheid
- Symptomen en klachten.

De tabel op de volgende pagina is bedoeld om te lezen als denkmodel om de achtergronden en de dynamiek van de aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker te verhelderen. De tabel beoogt niet een allesomvattend overzicht te zijn. Ten behoeve van de leesbaarheid zijn in de kolommen de globale en mogelijk belangrijkste kenmerken beschreven, maar niet alle details passend bij de fasen, de stressoren, de buffer en de klachten/symptomen.



Pijlers van de aanpassingsstoornis			
Ziekte-fasen	Stressoren	Veerkracht	Symptomen (indien tekortschietende buffer)
Acute fase	a. ziekte en behandeling b. verstoring van evenwicht door: <ul style="list-style-type: none"> • eerste vermoeden • onderzoeken en uitslagen • diagnose en prognose • erfelijke belasting • behandeling en gevolgen c. verstoring van evenwicht in steunsysteem, verstoring van werk/sociale activiteiten	Autonomie Sociale steun BUFFER Zingeving Lichamelijke gezondheid	<ul style="list-style-type: none"> • Angst • Somberheid • Woede • Verminderd functioneren in werk/sociale activiteiten • Relatieproblemen
Chronische fase	a. ziekte en behandeling, terugkeer van ziekte en (palliatieve) behandeling b. angst voor recidief, verwerking van kankerervaring c. herstel evenwicht in steunsysteem, hervatting werk/sociale activiteiten, terugtreden medische zorgverleners		<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijke beperkingen/verminderingen • Angst voor recidief • Relatieproblemen/verlatingsgevoelens • Stagnatie in hervatting werk/sociale activiteiten • Somberheid • Pijn en vermoeidheid
Palliatief terminale fase	a. ziekte, gevolgen van tumorgroei en/of palliatieve behandeling b. afweging van behandeling /kans op levensverlenging, aanpassing aan slechte, prognose/naderend einde/balans van het leven, keuze hoe te sterven c. aanpassing steunsysteem aan naderend overlijden		<ul style="list-style-type: none"> • Angst voor lijden/afhankelijkheid • Existentiële angst • Somberheid • Communicatieproblemen • Eenzaamheid • Pijn en vermoeidheid

a. = Somatisch niveau, b. = Psychisch en spiritueel niveau, c. = Sociaal.



De ernst:

Wordt bepaald door de mate van de lijdensdruk, belemmering in functioneren en de ernst en het aantal klachten. Veel voorkomende symptomen zijn: slaapstoornissen, angst, depressieve klachten, suïcidale gedachten, gedragsproblemen (b.v. agressie).

Overlap en differentiaal diagnose met:

- Depressieve stoornis, al dan niet door een somatische aandoening
- Angststoornis, al dan niet door een somatische aandoening
- Hypomanie
- Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen.

Preventie

Bij patiënten met kanker en hun naasten standaard inventariseren of er psychische klachten zijn die aanleiding zijn om te starten met het ontwikkelen en versterking van copingvaardigheden / stressmanagement, mobiliseren en gebruiken van sociale steun, mindfulnessstraining, optimaliseren van een gezonde leefstijl, of het gebruik van vaktherapie (zoals beeldende of muziektherapie, en haptonomie). Doel hiervan is het voorkomen van verergering van de klachten, zodanig dat deze uitmonden in een aanpassingsstoornis.

Screening en diagnostiek

Aanbevolen wordt om bij de patiënt met kanker en diens naasten bij wie men aanwijzingen heeft voor een aanpassingsstoornis, een diagnostisch interview af te nemen, waarin de combinatie en wisselwerking van stressoren, tekortschietende beschermende factoren en symptomen en klachten geëxploreerd worden. De huisarts kan dit zelf doen of de patiënt hiervoor doorverwijzen naar een BIG-geregistreerde psycholoog¹ met (bij voorkeur) kennis van de psycho-oncologie. In aanvulling op het interview kan als hulpmiddel bij het diagnostisch proces een beperkt aantal vragenlijsten gebruikt worden. De werkgroep beveelt hierbij de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) aan, die speciaal is ontworpen voor patiënten met een lichamelijke ziekte en gebruikt kan worden als volgende stap na de signalering om te screenen op de emotionele problematiek, die wijst op een aanpassingsstoornis. Bij onduidelijkheden of behoefte aan nadere diagnostiek kunnen –afhankelijk van de klachten– de Checklist Individuele Spankracht (CIS), de Utrechtse Coping Lijst (UCL) en/of een vragenlijst naar veerkracht worden toegevoegd.

Behandeling

De behandeling van de patiënt met kanker met een aanpassingsstoornis dient gericht te worden op de klachten, lijdensdruk en disfunctioneren, rekening houdend met de ziektefase en prognose. Veel psychologische methoden en technieken, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT), mindfulness based stress reduction (MBSR), mindfulness based cognitive therapy (MBCT), acceptance and commitment therapy (ACT) en groepsbehandeling, kunnen in principe goed toegepast worden bij mensen met kanker en hun naasten. Van groot belang is dat in het behandelplan de invloed van de somatische aandoening op het ontstaan en beloop van de psychologische stoornis expliciet dient te worden betrokken.



1 Wanneer in de tekst gesproken wordt over de BIG-geregistreerde psycholoog, wordt daarmee bedoeld: Gz-psycholoog, psychotherapeut en klinisch psycholoog. Opgemerkt dient te worden dat de psychotherapeut van oudsher ook een andere dan psychologische achtergrond kan hebben, zoals b.v. pedagoog of maatschappelijk werker. Ter leesbaarheid van de tekst worden deze niet apart vermeld, maar geïncorporeerd in de term 'BIG-geregistreerd psycholoog'.

Organisatie van zorg

