



VERSUS

**ONLINE
TIJDSCHRIFT
VOOR
FYSIOTHERAPIE**

2009

Auteur(s): R. Lulofs
Titel: Het Oog van Versus: Alles helpt?
Jaargang: 27
Maand: oktober
Jaartal: 2009

Deze online uitgave mag, onder duidelijke bronvermelding, vrij gebruikt worden voor (para-) medische, informatieve en educatieve doeleinden en ander niet-commercieel gebruik.

Zonder kosten te downloaden van: www.versus.nl

HET VAN VERSUS

Fysiotherapie-gerelateerde berichten uit de media besproken en becommentarieerd.

R. Lulofs

*Ronald Lulofs
Fysiotherapeut-Manueel Therapeut
Particuliere Praktijk, Leidschendam*

Alles helpt?

In het weekblad van het KNMG ⁽¹⁾, Medisch Contact, staat een interview met Lisa Appignanesi, auteur van het boek 'Gek, slecht en droevig'.

In dat boek beschrijft zij hoe de diagnoses en therapieën in de psychiatrie de afgelopen tweehonderd jaar zijn veranderd. Met haar historische beschouwing relativeert ze het heilig geloof van hedendaagse psychiaters in evidence based medicine.

Zij won de Medical Journalist Association Award met haar boek. Medische tijdschriften waren lovend en overall werd zij uitgenodigd voor spreekbeurten. Waarom, wat staat er in het boek dat zoveel interesse opwekt?

Opvallend is in ieder geval een aantal van haar conclusies. Zo concludeert Appignanesi dat de DSM indeling (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) zoals de psychiatrie die hanteert, niet goed werkzaam is, dat cognitieve gedragstherapie slechts kortdurend werkt, en dat het voorschrijfgedrag van artsen met name wordt bepaald door de geneesmiddelenindustrie. Dat zijn wel statements.

De DSM indeling is gebaseerd op consensus van Amerikaanse psychiaters. Om de vijf of tien jaar wordt tijdens een grote vergadering besloten of diagnoses worden gewijzigd of dat nieuwe diagnoses worden toegevoegd. Dat leidt dan weer tot een nieuwe versie van het handboek en zo wordt het boek dikker en dikker.

Appignanesi is kritisch over deze classificatie. Volgens haar zijn mensen oneindig veel complexer dan welke indeling dan ook. De psychiatrie zou dan ook geholpen zijn met een veel dunnere DSM, die nadruk legt op extremen, niet op kenmerken die iedereen wel in bepaalde mate heeft. Het establishment in de psychiatrie gelooft echter in wat men evidence-beased noemt, derhalve hebben zij een belangrijke rol bij het werken met de DSM-indeling. Volgens Appignanesi kennen wetenschappelijke publicaties binnen de psychiatrie echter veel statistische vertekeningen zodat klinische resultaten worden opgeblazen, terwijl ze in werkelijkheid nauwelijks het placebo-effect overstijgen. Dus wat is de waarde van de evidence-based psychiatrie?

Over de momenteel zo populaire cognitieve gedragstherapie is de auteur ook niet mals in haar kritiek getuige haar uitspraak; *"Cognitieve gedragstherapie gaat ervan uit dat mensen zich beter voelen en gedragen als ze anders denken, maar mensen doen nu eenmaal vaak dingen die irrationeel zijn, tegen hun eigenbelang in. Als je kijkt naar de geschiedenis van de psychiatrie blijkt dat elke vorm van aandacht helpt. Direct na een behandeling, welke behandeling dan ook, voelen mensen zich beter. Cognitieve gedragstherapie kan inderdaad helpen, maar twee jaar later zijn de mensen terug met dezelfde klachten. Alleen bij fobieën of bij adolescenten kan het helpen. Kortom alles helpt. Het is een hele minimale conclusie, maar psychiatrie is een moeilijk gebied want symptomen zijn veranderlijk"*.

De veranderlijkheid van symptomen illustreert Appignanesi in haar boek aan de hand van de veranderende ziekten. Terwijl vroeger veel vrouwen de symptomen vertoonden van histerie en neurasthenie, is het vandaag de dag de 'trend' om te lijden aan depressie, anorexia of posttraumatische stressstoornis. De psychische pijn heeft altijd bestaan, maar de symptomen veranderen. Mensen kopiëren de symptomen. De anorexiawebsites op internet zeggen precies hoe je je moet gedragen en wat de

symptomen zijn. Het kopiëren van symptomen gaat natuurlijk onbewust, de mensen lijden echt, maar menselijk lijden is van alle tijden.

Het typerende aan onze tijd is echter dat we het niet zien als lijden aan het leven zelf maar als een psychische ziekte. Volgens Appignanesi kunnen mensen in plaats van het volgen van psychoanalyse of gesprekstherapie dan ook beter op een wandelclub gaan.

Dat biedt structuur en is gezond voor het lichaam. Sombor zijn mag namelijk, het is menselijk, sommige perioden in een mensenleven kunnen vreselijk zijn. Psychische problemen zijn vaak sociale problemen. Daar dient dan ook de nadruk van de hulp op te liggen. Vandaar dat 'hulp' altijd helpt en gelukkig gaan veel klachten met de tijd over, zonder enige vorm van therapie.

Of de psychiatrie blij is met dit boek weet ik niet. Het is in ieder geval een boek dat relativeert en de beperkingen blootlegt van een vakgebied. Dat is niet erg, ik vind het wel sterk.

Tijdens het lezen van het interview met mw Appignanesi moest ik denken aan het oktobernummer van de Fysiopraxis⁽²⁾, in zijn geheel gewijd aan de psychosomatische fysiotherapie (PSF). In het redactiecommentaar over PSF lees ik;

“ De PSF'er heeft zich gespecialiseerd in het herkennen en beïnvloeden van de complexe relatie tussen bewegend en psychisch functioneren en in de behandeling van lichamelijke klachten die een relatie hebben met psychosociale problemen. Waar zij zich mee profileren is de expertise op het gebied van de 'psycho' van het biopsychosociale model. Als wij allemaal werken volgens dit model - en dat doen wij, want dit model is het kader van ons beroepscompetentieprofiel - dan is meteen de vraag: wat kunnen PSF'ers wat niet PSF'ers niet kunnen? Of kunnen zij iets wat wij allemaal zouden moeten kunnen? ”

Blijft de fysiotherapie zich alleen bezig houden met de 'bio' en laten wij het psychosociale aan anderen over? Alleen 'bio' zou wijzen op een somatische fixatie bij de fysiotherapeut zelf en dat zou leiden tot een niet productieve 'conspiracy of silence' tussen cliënt en therapeut.

Pittig commentaar van de redactie. Vervolgens wordt in het blad uitgeweid over de PSF. In een artikel wordt het belang van PSF bij bijvoorbeeld specifieke lage rugpijn beschreven, omdat bij deze klacht, de persoonlijke- en omgevingsfactoren het herstel van de patiënt, sorry cliënt, in de weg blijken te staan. Daarom zou 'gewone' of 'bio' fysiotherapie niet werken.

Ook het 'Fear Avoidance Beliefs model komt ruim aan bod, oftewel de cliënt heeft catastrofale interpretaties over lichamelijke sensaties, waaronder pijn. Door de angst voor letsel of pijn vermijdt hij angstoproepende bewegingen en activiteiten, waardoor de klacht in stand wordt gehouden. Met behulp van gedragsmatige interventies zoals Graded activity en Graded exposure, die zich richten op zowel cognitieve als gedragsmatige aspecten en het verminderen van kinesiofobie, wordt de cliënt vervolgens behandeld. Kortom er is groot enthousiasme over PSF. Het boek van Mw Appignanesi zal hier niet in goede aarde vallen.

Zelf ben ik nog opgeleid met veel 'bio' in mijn opleiding. 'Psycho' deden we erbij, 'sociaal' was vooral de opleiding zelf. Ik lees nu dat ik volgens de redactie van de Fysiopraxis lijdt aan een somatische fixatie. Ik heb het even voor u opgezocht, het betekent dat mensen door een voortdurend inadequaat reageren op of omgaan met hun ziekte, onlustgevoelens of problemen steeds meer vastlopen en steeds afhankelijker worden van met name medische hulp. Grote woorden, maar ze zullen wel niet zo bedoeld zijn. Ik voel mij prima, dank u.

Toch heb ik nog twee kleine vraagjes voor de redactie van de Fysiopraxis. Ten eerste, komt het voor dat mensen die lijden aan hun omgeving, wellicht zelfs somber zijn, een 'gewoon' functieprobleem hebben aan het bewegingsapparaat, dat een gewone fysiotherapeut (geen PSF'er) dus kan oplossen?

Ten tweede, kan iemand mij verklaren waarom patiënten met lage rugklachten tijdens de slaap een nachtelijk bewegingspatroon vertonen dat veel lijkt op dat wat deze mensen overdag laten zien; langzame bewegingen met een relatief lage intensiteit? Van deze categorie patiënten wordt nogal eens gedacht dat zij leiden aan 'angst voor bewegen' oftewel; zij zouden wel normaal kunnen bewegen maar dat durven zij niet.

Maar waarom vertonen deze patiënten ook s'nachts, wanneer zij zich niet bewust zijn van zichzelf, dan hetzelfde gedrag⁽³⁾?

Terugdenkend aan het interview met mw Appignanesi, waarin zij stelt dat alle aandacht helpt, of je het nu cognitief noemt of niet, weet ik niet meer wat de meerwaarde is van veel 'psycho' voor de

fysiotherapeut. Voorlopig houd ik het voor mijzelf maar op veel 'bio' met wat empathie, gezond verstand en oprechte interesse in de bewegend functionerende mens. Meer heb ik niet te bieden. Maar ik ben dan ook somatisch gefixeerd.

LITERATUUR

1. Croonen, H.
Elke vorm van aandacht helpt
Medisch Contact, oktober 2009: 1708-1711.
2. Bon, S. et al.
Bio, met of zonder psycho-socio
Fysiopraxis, oktober 2009: 4.
3. Riezebos, C.
Slaap en beweging
Versus, Tijdschrift voor Fysiotherapie 2004 nr 1, pag 25-52.