

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 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 enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Gedragsmatige behandelingen uitgevoerd door fysiotherapeuten; psychologie in de dop?

C. Paul van Wilgen¹

INLEIDING

Binnen de psychologie is de gedragstherapie één van de 'professionele domeinen'. Gedragsmatige principes worden ook steeds vaker door (para)medici toegepast. De vraag rijst hoe deze behandelingen zich tot de bestaande, door psychologen, uitgevoerde gedragstherapie verhouden? In dit artikel zullen veranderingen binnen de fysiotherapie worden besproken, hierbij wordt een veel toegepaste gedragsmatige behandeling bij patiënten met chronische pijn, *graded activity*, toegelicht. Wat betekent het dat meer beroepsgroepen gaan werken volgens gedragstherapeutische principes, zijn somatisch georiënteerde hulpverleners 'zo maar' in staat gedragstherapeutische principes toe te passen, zijn het psychologen 'in de dop' en wat betekent dit voor de psychologie zelf eigenlijk?

VAN MEDISCH MODEL NAAR BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL

Wat is de aanleiding geweest dat (para)medici steeds vaker gedragsmatig zijn gaan werken? Paramedici en medici zijn van oudsher opgeleid in het medisch model. De essentie van dit model is dat lichamelijke symptomen en klachten verklaard worden vanuit een lichamelijke oorzaak; buikklachten kunnen worden veroorzaakt door een ontstoken blinde darm, knieklachten door een kapotte meniscus of hartfalen door een lekkende hartklep. De behandeling grijpt aan op deze lichamelijke oorzaken. Naast dit medisch model staat het psychosociaal model. Beide modellen vormen een dualistische denkwijze die binnen de gezondheidszorg en binnen de denkkaders van veel hulpverleners algemeen goed is. In de 20^{ste} eeuw heeft het medische model geleid tot hoogstaande geneeskunde; de laatste decennia is echter ook duidelijk geworden dat het

1. Fysiotherapeut, gezondheidspsycholoog, Universitair Centrum voor Sport, Beweging en Gezondheid (UCSBG), Interfacultair centrum voor bewegingswetenschappen. Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentie: Dr. C.P. van Wilgen, Universitair Centrum voor Sport, Beweging en Gezondheid, Faculteit Bewegingswetenschappen, Gebouw 3215, Antonius Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen

medische model op een aantal terreinen tekort schiet. Zo is het 'type gezondheidsklachten' waarmee patiënten zich presenteren sterk veranderd. Veel lichamenlijk geuite klachten zijn niet meer te verklaren vanuit het medische model, voorbeelden hiervan zijn chronische pijn (rugpijn, fibromyalgie, whiplash etc.), chronische vermoeidheid en fantoompijn. Bij deze lichamenlijk geuite klachten is er geen duidelijke lichamenlijke afwijking waarop kan worden aangegrepen. Daarnaast is de prevalentie van patiënten met chronische aandoeningen (diabetes, COPD, Artrose) sterk toegenomen. Deze aandoeningen zijn deels medisch beïnvloedbaar maar de wijze waarop een patiënt met zijn aandoening omgaat speelt bij deze aandoeningen een voorname rol. Binnen de fysiotherapie heeft deze veranderende patiëntengroep geleid tot meer gedragsmatige behandelingen.

Om deze gedragsmatige behandeling nader toe te lichten zullen we dieper ingaan op de toepassing ervan bij patiënten met chronisch pijn. Deze patiënten hebben pijn zonder dat er lichamenlijke afwijking of beschadiging aan de klacht ten grondslag ligt. Daarbij worden de klachten sterk gemoduleerd door psychosociale factoren (Merskey & Bogduk, 1994). De puur somatisch gerichte behandeling blijken bij deze groep weinig succesvol; daarom wordt steeds vaker een gedragsmatige behandeling toegepast. Hierbij is impliciet het medisch model aangepast in een biopsychosociaal verklaringsmodel (Engel; 1980). Middels het biopsychosociale model wordt gewerkt vanuit een integrale of holistische benadering. Dit model heeft tevens geleid tot een 'psychologisering' binnen de (para)medici disciplines. Binnen het biopsychosociale model is er geen causale lichamenlijke oorzaak-gevolg relatie maar is er sprake van een multidimensioneel gevolgenmodel waarbij naast lichamenlijke onderhoudende factoren voor pijn ook psychosociale factoren een belangrijke rol spelen. Gevolg is dat (para)medici meer inzicht moeten krijgen in psychosociale factoren en zich vaardigheden moet verwerven om deze te integreren binnen een gedragsmatige behandeling.

GEDRAGSMATIGE BEHANDELINGEN BINNEN DE FYSIOTHERAPIE

De toepassing van gedragsmatige behandelingen bij patiënten met chronische pijn is binnen de fysiotherapie geïntroduceerd door een Amerikaanse psycholoog Fordyce (1976). Fordyce verlegde de focus van het behandelen van de 'somatiche pijn' naar het behandelen van het pijngedrag in relatie tot de sociale omgeving. Hij onderzocht ondermeer de effecten van tijdcontingent dan wel pijncontingent aanbieden van analgetica bij pijnklachten. De tijdcontingente benadering (pillen nemen op vaste tijden) bleek effectiever dan de pijncontingente (pillen nemen bij pijn) benadering. (Fordyce, 1986) Het tijdcontingent behandelen van chronische pijn is opgenomen ondermeer in de Nederlandse huisartsen genootschap (NHG) standaard voor lage rugklachten. De ideeën van Fordyce en leertheoretische principes hebben binnen de fysiotherapie hun weg

gevonden en staan bekend onder de term *graded activity* (Lindström, Öhlund, Eek, Wallin, Peterson & Nachemson, 1992).

De oorspronkelijke tijdscontingente *graded activity* behandeling is later uitgebreid naar een meer cognitief-gedragsmatige behandeling van chronische pijn. Deze *graded activity* bestaat uit 8 onderdelen: probleeminventarisatie, probleemanalyse, educatie, activiteiten kiezen, startniveau vaststellen, doel en opbouw bepalen, uitvoeren opbouwschema, generalisatie en evaluatie (Köke, van Wilgen, Engers & Geilen, 2007). Als er sprake is van een indicatie voor *graded activity* zal de fysiotherapeut dit eerst aan de patiënt uit dienen te leggen. De essentie van deze educatie is (vaak) een cognitie verandering te bewerkstelligen over de oorzaak van de klacht. Patiënten denken vaak dat er een lichamenlijk beschadiging is die hun pijn veroorzaakt. Het doel van de educatie is een meer biopsychosociale verklaring met onderhoudende factoren voor te leggen. Als de patiënt deze biopsychosociale verklaring accepteert wordt gevraagd doelen voor de behandeling op te stellen. Deze veelal functionele doelen worden via een basismeting vastgelegd, bij deze basismeting dient een patiënt een aantal dagen gedrag te monitoren, bijvoorbeeld lopen, aan de hand waarvan oefenparameters worden vastgesteld. Aan de hand van de doelen en de basismeting zullen de patiënt en fysiotherapeut het programma maken. De behandeling zal bestaan uit een tijdscontingente opbouw van activiteiten waarbij empathie en positieve bekrachtiging van gezond gedrag een belangrijk element zijn. Middels *successieve approximatie* (het stapsgewijs opbouwen waarbij de stappen vooraf vaststaan) en *shaping* (een activiteit welke (kwalitatief) nog niet in zijn geheel kan worden uitgevoerd in stapjes aanleren) wordt fysiek gedrag veranderd. Generalisatie naar het algemeen dagelijks leven vindt plaats met name in het laatste stadium, hiervoor kunnen doelen of actieplannen worden gebruikt.

IS DE FYSIOTHERAPEUT IN STAAT EEN GEDRAGSMATIGE BEHANDLING UIT TE VOEREN?

De effecten van fysiotherapeutische gedragsmatige interventies zijn wisselend zo blijkt onder meer uit onderzoek naar de effecten van *graded activity*. Uit de praktijk blijkt dat het voor veel fysiotherapeuten moeilijk is om 'puur' gedragsmatig te behandelen en niet te focussen op specifieke lichamenlijk klachten of specifieke pijn gerichte behandelingen te geven. Wellicht dienen er beter, psychologisch, geschoolde fysiotherapeuten op de markt te komen. Binnen de opleidingen fysiotherapie in Nederland zit er variatie in de curricula, de tendens lijkt dat er de laatste jaren meer aandacht is voor psychologie en het doceren van theorieën over gedragsmatig werken. Het systematisch aanleren van vaardigheden op het gebied van gedragsmatig werken lijkt echter (nog) niet aan de orde.

Fysiotherapeuten kunnen fysiek gedrag van patiënten goed inventariseren zoals activiteiten, participatie en letterlijk fysieke gedrag (conditie, kracht). Het

systematisch analyseren welke psychosociale factoren dit gedrag verklaren of in stand houden, zoals psychologen doen, behoren niet tot de fysiotherapeutische vaardigheden. Vooral het inventariseren van cognitieve factoren en emotionele onderhoudende factoren is, begrijpelijkerwijs, vaak geen onderdeel van de diagnostiek van de fysiotherapeut. Daarbij zijn fysiotherapeuten minder goed opgeleid als psychologen in communicatievaardigheden en het systematische gebruik van diagnostische vragenlijsten. Als gezegd is een belangrijk element binnen de behandeling het op één lijn komen met de patiënt ten aanzien van de diagnose en de behandeling. Hierbij is het uitvragen van cognities en deze veranderen middels gerichte educatie een belangrijk onderdeel. Dit systematisch uitvragen en veranderen van cognities is voor de meeste fysiotherapeuten nog onbekend terrein.

Concluderend kunnen we stellen dat fysiotherapeuten gedragsmatige behandelingen toepassen waarbij onderdelen van de psychologische gedragstherapie worden gebruikt. Het zijn zeker geen psychologen in de dop, maar de vakgebieden krijgen bij bepaalde patiëntengroepen steeds meer overlap. Niet alleen fysiotherapeuten passen psychologische elementen toe, psychologen passen ook meer 'fysiotherapeutische' onderdelen toe. Denk hierbij aan de cognitief-gedragsmatige behandeling van chronische vermoeidheid of bijvoorbeeld initiatieven als running therapie.

MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Psychologen hebben dus vaardigheden en inzichten in cognitieve en emotionele factoren en fysiotherapeuten in de fysieke factoren en lichamelijke klachten. De uitdaging ligt voor de hand maar blijkt, vooral in de eerstelijns, ook ingewikkeld namelijk multidisciplinaire samenwerking. Multidisciplinaire samenwerking zowel op macro niveau maar zeker op micro niveau. Op macro niveau zou dit kunnen betekenen dat de VGCT een sectie opricht voor psychologen en fysiotherapeuten, werkende vanuit leertheoretische of cognitieve processen bijvoorbeeld bij chronische pijn. Ook een aparte opleiding voor deze groepen zou voor veel partijen een goed initiatief zijn; dit om kennis van elkaars vakgebied op te doen maar ook om elkaar te leren verstaan. Ook samenwerking formaliseren op micro niveau, middels het ontwikkelen en implementeren van multidisciplinaire eerstelijns richtlijnen, is van belang. Uiteraard is de huisarts een belangrijke schakel bij deze samenwerking. Het lokaal ontwikkelen van richtlijnen is een belangrijke eerste stap in de samenwerking. Binnen de richtlijn kunnen afspraken gemaakt over standaard overlegmomenten, diagnostiek, gezamenlijke educatie, rolverdeling en een afgestemde behandeling. Daarnaast zal de diagnoseterminologie moeten worden afgestemd; waar psychologen de DSM IV gebruiken hanteren (para)medici veelal medische diagnostiek c.q. fysiotherapeutische diagnostiek.

Is het feit dat (para)medici gedragsmatig gaan werken bedriegend voor psychologen? Het is onduidelijk waar in de huidige vrije gezondheidszorgmarkt grenzen gelegd worden en wie deze grenzen bewaakt. Maar de gedragstherapeutische behandeling uitgevoerd door psychologen heeft zoals gezegd grotendeels een andere inhoud en indicatie dan zoals deze door fysiotherapeuten wordt uitgevoerd. Hopelijk kunnen beide disciplines elkaar bij de patiënt met chronische pijn en chronische aandoeningen ontmoeten. (en gelukkig gebeurt dit ook al veel!) Door goede samenwerking zal het werkterrein (de markt) voor psychologen kunnen toenemen. Zeker in de diagnostiek hebben psychologen een toegevoegde waarde. Hopelijk zullen ook psychologen meer het initiatief nemen tot het aangaan van samenwerkingsverbanden in de eerstelijns. Gezamenlijke diagnostiek en multidisciplinaire behandelingen kunnen daarnaast erg leuk en interessant zijn! Er ontstaat complementaire en een kwalitatief betere integrale zorg, meer kennisoverdracht en bovenal een aanpak waarin de patiënt centraal staat! Een prachtig perspectief lijkt me.

LITERATUUR:

- Engel, G.L. (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137, 535-44.
- Fordyce, W.E., (1976). *Behavioural methods for chronic pain and illness*. St. Louis: CV Mosby.
- Fordyce, W.E., Brockway, J.A., Bergman, J.A., & Spengler, D. (1986). Acute back pain: a control-group comparison of behavioral vs traditional management methods. *Journal of Behavioural Medicine*, 9, 127-40.
- Köke, A.J.A., Wilgen, C.P. van, Engers, A., & Geilen, M. (2007). *Graded Activity een gedragsmatige behandelmethodede voor paramedici*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- Lindström, I., Öhlund, C., Eek, C., Wallin, L., Peterson, L-E., & Nachemson, A. (1992). Mobility, Strength, and fitness after a Graded activity program for patients with subacute low back pain. *Spine*, 17, 641-652.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain; descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms 2 ed. International Association for the Study of Pain*. Seattle: IASP Press.