

Hoofdstuk 3. Therapieën.

3.1 De keus van vier methodes

Tijdens mijn ko-schap zou ik de mogelijkheden bekijken voor gebruik van "andere" methodes of geneeswijzen in de huisartspraktijk. Ik heb vier methodes gekozen als voorbeeld en alle patienten met wie ik kennismaakte bekeken met de vraag of zij geschikt zouden zijn voor deze behandelingen. Van deze methodes geef ik nu een beschrijving: ademhaling, ontspanning, akupunctuur en manuele therapie. Waarom kies ik deze vier?

De voornaamste reden voor deze keus ligt voor de hand. Ik heb met deze vier zelf ervaring opgedaan. Na het doctoraal heb ik de koschappen afgewisseld met werk volgens deze methodes. Die afwisseling is erg interessant, door de inhoudelijke verschillen in denkwijze en door de rol-wisselingen. Adem-"technieken" heb ik geleerd van de zanger en adem-therapeut Balfoord, die ik een tijdlang assisteerde bij zijn werk met asthma en amfyseem-patienten. We zijn momenteel bezig zijn methode op schrift te stellen. De adem-bewustwording en ontspanning heb ik toegepast bij hartinfarktpatienten, als onderdeel van de revalidatie. Daarbij gebruikte ik Biofeedback, dat een weliswaar een ongewoon hulpmiddel is, maar vanwege zijn technologisch karakter toch makkelijker aanvaard wordt. Daarmee leerde ik een ontspannings-training uit te voeren.

Daarnaast heb ik het eerste kursus jaar van de NAAV (ned. artsen akup. ver.) gevolgd. Na het eerste jaar ben ik echter vlug overgestapt op de praktijk-opleiding Klassieke Akupunctuur van het Brits-Nederlands Akupunctuur Praktikum (P.Gill). Het tweede jaar van deze kursus heb ik nu beeindigd. De opleiding van de Stichting Pa Kua (van Buuren) aksepteert alleen mensen die al enige jaren ervaring hebben in hun vakgebied.

Ik ben niet manueel therapeutisch geschoold, de kosten van al deze opleidingen zijn trouwens niet gering. Wel heb ik een enkel weekend gevolgd in Eindhoven (Stichting Manuele Geneeskunde) en leerde ik veel van fysiotherapeuten in de ziekenhuizen waar ik koassistent was. Genoeg om te weten dat er veel te weten is dat een basisarts niet mag missen, eigenlijk...

Maar er is nog een andere reden waarom deze methodes een geschikt voorbeeld zijn. Dat is het feit dat zij wel ongebruikelijk zijn maar niet het alternatieve sfeertje om zich heen hebben. Akupunctuur, exportartikel nr 1 van de Grote Proletarische Culturele Revolutie wordt vrij snel aanvaard. Er zijn vrij veel scripties voor Huisartsgeneeskunde geweest over andere geneesmethoden. 15 in getal en zij gingen vooral over Anthroposofie, Homeopathie, en ook akupunctuur, natuurgeneeswijze, voedingstherapie en humanistische geneeskunde. Deze zijn merendeels "geplaatst" in een apart hokje. De vier methodes die ik koos zijn niet zo apart, maar ze roepen dezelfde soort problemen op wat betreft samenwerking.

Het eerste probleem is verschil in denkwijze of ziektebenadering. Het denken in termen van spanning en ontspanning gaat bij mij buiten het denken in medische termen om, maar is precieser dan de noemer "allemaal spanning". Er is verband tussen oorsuizen, duizeligheid, buikpijn en spanning, maar het zoeken naar de diagnose is anders dan zoeken naar het individuele spanningspatroon. Dit heeft te maken met het probleem of, en zo ja, hoe zelfstandige geneeswijzen kunnen bestaan naast de medisch-somatische.

Een ander verschil is het denken in specifieke oorzaken versus algemene. Ontspanning kan een zeer specifieke therapie zijn (neurotisch wrijven over hartstreek na een infarkt), maar vaker werkt het heilzaam door het algemene evenwicht te vergroten. Er is dan meer innerlijke rust, minder overbodige uitputting, meer relativerende kijk op zaken enz. Ook akupunctuur kan zeer globaal het energie-evenwicht beïnvloeden (men voelt zich fitter en helder), maar tegelijk kan een lokaal symptoom verdwijnen. Men werkt òp het natuurlijk genezend vermogen òp afwijkingen (bijv: perverse energie in het longitudinale lo-vat van de BlaasMeridiaan).

Een derde probleem is het vasthouden aan of relativeren van de zgn objectiviteit. Ziekte is niet alleen (objectief vaststelbare) afwijking, maar ook (subjectief gevoelde) klacht. Behandeling behoort op beide kanten te werken, om het meeste succes te hebben (zie hoofdstuk 5: aanraken en begeleiden). Adem en ontspanning is niet alleen techniek en gymnastiek maar ook bewustwording en verandering van gewoontes. Met naalden kunnen rare sensaties verdwijnen òn verkoudheid of aambeien.

Een vierde probleem tenslotte is de steeds terugkerende vraag welke therapie aan welke beroepen is voorbehouden resp. verboden. Dit heeft te maken met status-verschillen.

Ik vind het zeer de moeite waard dat deze doort verschillen en problemen nader onderzocht worden. Ze horen bij het gegeven dat er vele, vele methodes om met ziekte om te gaan bestaan. Ze horen dus bij het beroep hulpverlener en mogen niet genegeerd worden. Ze maken het beroep ook een stuk interessanter, maar zij stellen een hoge eis aan het vermogen tot samenwerken.

3.2 Ontspanning.

In onze eeuw ontstonden methodes voor ontspanning en worden vele boeken geschreven om mensen te vertellen hoe zij zich moeten ontspannen. De meesten kunnen dat niet (meer). Voor weinig mensen is de ervaring van ontspanning gewoon en nog minder kennen de wereld die in diepe ontspanning opengaat.

De lijst van spanningsverschijnselen is lang. Zij kunnen de hoofdklacht zijn, als eenvoudige overspanning of zij zijn symptoom van uitwendige druk op inwendige problemen. Spanning zit niet òf in de spieren òf in de adem òf in de gedachten. Het is èn..èn. Zij kunnen alle drie ingang zijn voor een individuele benadering (1). Spanning en ontspanning hangen samen met praktisch alle lichaamsfuncties.

De techniek komt neer op contact maken met het lichaam, voelen van het verschil tussen spannen en loslaten van spieren, volgen van het spontane adem-ritme dat beweegt tot onder in de buik en het loslaten van gedachten. Deze technieken kennen vele varianten en zijn bruikbaar bij eenvoudige overspanning. Dat is te zien als gevolg van onze eenzijdige cultuur, die de noodzaak van ritme, afwisseling en evenwicht negeert en als gevolg van een vicieuze cirkel. Door spanningsverschijnselen en rare gewaarwordingen te onderdrukken omdat men er angstig van wordt, stijgt de spanning namelijk waardoor de angst en de sensaties sterker worden.

Echter, een techniek is niet genoeg om een gewoonte te veranderen. Om het eigen spanningspatroon te vinden en te doorbreken is veelal begeleiding nodig. Maar toepassing van dergelijke technieken en begeleiding, opvang, aanleren van andere gewoontes is volgens mij niet noodzakelijk een kwestie van professionele hulpverleners. Het hoort eerder thuis in, de dagelijkse cultuur. Een modern hulpmiddel dat mogelijk bijdraagt tot deze democratisering is biofeedback (2).

Ontspanningstherapie brengt verlichting van bepaalde klachten en het verbetert de algemene toestand, die immers de bodem is waarop de klachten bloeien.

Indicaties: mensen die de behoefte voelen "ik ben zo gespannen, ik heb geen rust". Bij spanningsverschijnselen zonder meer. Bij overspanning en "instorten". Ter ondersteuning van psychosociale begeleiding.

3.3 Ademhaling.

Adem is leven. Het woord lichaam is samengesteld uit lijk + adem- De adembeweging is een samenwerkend afwisselen van spannen en loslaten van in- t.o.v. uitadem spieren. Als de inademspier (middenrif, tussenribspier) spant, moet de uitademspier (buikwand, M.Transversus Thoracis) ontspannen. De meeste spieren van romp en hals/nek zijn bij de adem-beweging betpoken: zij zijn ademspier of zij behoren juist ontspannen te blijven om de luchtstroom niet te storen.

Bij de meeste mensen worden te weinig ademspieren gebruikt, is er weinig afwisseling en zijn tegenwerkende spieren gespannen. Met name het onderlijf blijft er vaak buiten en keel en schouders zijn stijf. Daardoor is er grote adem-arbeid en is de beweging van het bovenlichaam verkrampd. Adem-stoornissen zijn te verdelen naar spier-verkramping van inademspieren (Emfyseem), uitademspieren (hyperventilatie) of luchtweg (asthma). Dit vindt plaats op basis van gewone gebreken van de ademhaling, die dus niet zo gauw als oorzaak herkend worden.

Volledige ademhaling is ontspannen en gaat samen met algehele ontspanning. Alle ademspieren worden afwisselend geheel losgelaten en werken los van de lichaamshouding. De aandacht is geheel open voor het volgen van de ademhaling.. Het gewone adempatroon is daarmee vergeleken, moeizaam en ondiep. Oppervlakkige adem is te zien als een vorm van emotionele spanning. Het bevordert ziektes van hart en bloedvaten en eveneens obstipatie. Door ademoefeningen komen de darmen weer op gang: de middenrif beweging masseert ze, de bekkenbodempieren ontspannen bij de inadem en de aandacht wordt kalmer zodat de defecatie-reflex minder onderdrukt wordt.

Koördinatie van adem en beweging is nodig voor fysieke arbeid, sport, dans, oefentherapie en yoga. De adem is drager van uitingen, is een spiegel van het gemoed, is een brug tussen het willekeurige en onwillekeurige, het is een stuur van het organisme. Adem is tevens een middel voor concentratie, bewustzijnsverruiming en meditatie. De gedachte dat de adem fysiologisch geregeld wordt en dus bij iedereen vanzelf goed gaat, is onjuist.

Indicaties: ademstoornissen (asthma, emfyseem, hyperventilatie). bij opwekken van lichaamsgevoel in fysio- of psychotherapie. als begin en voorbereiding op yoga-lessen.

3.4 Manuele Therapie.

Dit is een denkwijze waarin de relatie van bot-stukken t.o.v. elkaar belangrijker is dan vorm-veranderingen aan de botten. De mechanische functie van botten wordt gezien in relatie met gewrichtsbanden en -kapsels en met spieren: tezamen een bewegingsketen. De keten functioneert niet zonder sensible informatie (gamma vezels) en zonder nerveuze regulaties.

Het lichaam houdt zich staande ten opzichte van de zwaartekracht, op een wijze die individueel sterk verschilt. Daarom is therapie niet zomaar "rechtzetten". Een afwijking moet ten opzichte van de gehele individuele keten gecorrigeerd worden. Hiertoe stelt men de ligging van de deelzwaartepunten vast (van de Bijl) of gaat uit van de neutrale positie (Guttman).

Elk gewricht kan in elke richting bewegen. Voor het verloop van de beweging in de hoofdrichting zijn nevenbewegingen noodzakelijk. Zoals een schuiflade geblokkeerd wordt wanneer het niet meer heen en weer te bewegen is. Gebrek aan deze synkinesieën, die niet op gewone röntgen-foto's te zien zijn veroorzaakt blokkade. Vandaar het begrip sub-luxatie.

Afwijking van de gewrichtsstand ten opzichte van de zwaartelijnen vergroot de belasting op het gewricht (arthrose) en spieren (spasme). Arthrose is dus een compensatie. Kleine functiestoringen kunnen opgevangen worden door het gehele systeem. Dit heeft een grens die wel vegetatieve belastbaarheid heet. Bij bewegingsklachten zegt arthrose weinig en is geen oorzaak; de functionele beweeglijkheid en de genoemde grens zijn belangrijker. Vanuit de spinale zenuwen is er een reflex-werking op de or

organen, terwijl omgekeerd orgaan-storingen de belastbaarheid kunnen verlagen of direkt tot bewegingsklachten kunnen leiden. Het bewegingspatroon is een individuele schakeling. Daarom zijn niet voor iedereen met lage rug-klachten dezelfde oefeningen goed. Het patroon is deel van het beeld dat (on)bewust van zich zelf heeft: het motorische zelfbeeld. Vandaar dat men na een knie-operatie niet beter hoeft te gaan lopen als het oude patroon niet meer verandert. Een korrektie zou dus tevens heropvoeding van de zelf-waarneming moeten inhouden.

Indicaties: bewegingsbeperkingen en -pijn. Leren uitvoeren van biomechanisch onderzoek: zijn alle gewrichtsvlakjes vrij? psychosomatische ziektebeelden.

3.5. Akupunctuur

De mens leeft op de grens van hemel en aarde, in een elektromagnetsich spanningsveld: ch'i energie. Hij heeft een energetisch lichaam, opgebouwd volgens het patroon van de aarde en de kosmos, dat het stoffelijk lichaam in stand houdt. Het zichtbare lichaam reageert op veranderingen en storingen in de energieomloop.

De energie wordt onderhouden door voedsel en, lucht, wordt beïnvloed door emoties en cirkuleert in een 24 uren cyclus door alle meridianen in zuivere vorm. Daarbuiten stroomt de onzuivere verdedigende energie (wei) aan het lichaamsoppervlak. Storingen zijn met de chinese diagnostiek vroegtijdig op te sporen, in principe nog voordat er ziekte is. Littekens en wervel-blokkades houden de energie stroom tegen, röntgen stralen en corticosteroiden werken akupunctuur tegen. Met naalden balanceert men energie, met moxa voegt men toe.

De energie huishouding is het balanceren van twee tegenpolen yin en yang. Personen, klachten en ziektes zijn meer yin (traag, arthrose) of meer yang (pijn, ontsteking). De energie banen vormen een zeer ingewikkeld netwerk, met vele punten en vertakkingen. De studie van deze onderlinge relaties en hun therapeutisch gebruik begint in europa op gang te komen. Van groot belang daarvoor is het werk van N. van Nghi, een vietnamese arts die de klassieke werken heeft bewerkt, uitgelegd en toegankelijk gemaakt.

Uit zijn school stamt het boekje van G.Fisch, dat goede informatie bevat. Behandeling kan symptomatisch zijn, met behulp van punt-kombinaties en kan op de fundamentele onevenwichtigheid gericht zijn. Naast de meer klassieke scholen, zijn er Europese scholen die meer werken met formules (recepten) voor westerse diagnoses en nieuwe vormen als elektro-akupunctuur ontwikkelen. Behandeling is succesvol bij zgn oppervlakkige aandoeningen, gelegen in de buitenste meridianen of in de secundaire kanalen. Met name storingen van de tendino-muskulaire meridianen, met als gevolg pijn, kontraktuur ed zijn goed te behandelen,

Indicaties: oppervlakkige aandoeningen (spierMeridiaan). "rare" sensaties en onbegrepen klachten of pijn. inzicht en associatie van akupuncturist. uitgedokterde mensen... (lieverniet).

3.6. Tot besluit: Algemene Therapie

De eerstelijnsproblematiek geeft me het gevoel dat de patiënten meestal één samenhangende, muurvast zittende problematiek hebben. Het therapeutisch optimisme van het ziekenhuis, dat kan bestaan door de mensen en de lichamelijke verschijnselen te isoleren uit hun verband, loopt daarop stuk. Door de mogelijkheden van de psychosociale begeleiding, van de genoemde en andere therapieën blijft er bij mij een "gematigd optimisme" over. Dit bestaat vooral uit de praktische mogelijkheden om direkt met de leefwijze van de mensen te werken.

Daarmee kom ik terecht bij een benadering die algemene therapie kan heten, dat is het gebruik van dagelijkse dingen ter bevordering van de gezondheid. Tevens het leren van (nieuwe) gewoontes die klachten verminderen en het dagelijks leven prettiger maken. Dit is niet alleen therapie, maar ook verandering van leefwijze. In deze benadering ontmoeten geneeskunde en leefwijze elkaar direkt en kan helpen overgaan in lesgeven.

De ratio van een algemene benadering wordt verduidelijkt door het stressbegrip van Selye. De kern daarvan is dat elke prikkel een specifiek effect heeft en een non-specifiek effect. Dat laatste is de algemene stress-reaktie van het gehele organisme. fysiologisch en psychologisch. Bijgevolg is het duidelijk dat ook elke therapeutische prikkel, net zoals een schadelijke, begeleidt kan (en moet) worden met niet-specifiek therapie,

Ademhaling en ontspanningstechnieken zijn te gebruiken als niet-specifieke therapeutische prikkels en zij maken voor iedereen het leven aangenamer. De voornaamste elementen van algemene therapie die ik niet noemde zijn volgens mij voeding en beweging. Zij zijn in china, india en japan een wezenlijk deel van de traditionele geneeskunde. Algemene therapie is niet voorbehouden aan de professionele hulpverlener. Het is de beste vorm van primaire preventie.

3.7 Literatuur.

(1) C.Smit, J van Dixhoorn, Ontspanning met biofeedback, een therapeutisch middel voor verpleegkundigen en ziekenverzorgenden. Tijdschrift voor Ziekenverpleging, nr 16, maart 1976.

(2) B.Brown, New Mind, New Body. Biofeedback: new directions for the mind. 1974

B.Balfoort, Ademtraining, ongepubliceerd van Bijl, voordracht, 2 juni 1976, B.G. A'dam
Guttman, voordracht, 20.31 januari 1976, Eindhoven.

G. Fisch, Akupunctuur, Chinese therapie als geneeswijze voor de toekomst, Kruseman, 1975.

H.Selye, Leven met stress, , 1976

Hoofdstuk 4. Patienten.

In de loop van 2 weken heb ik circa 100 mensen gezien op het spreekuur van de artsen. Dat is niet veel, vergeleken met de gemiddelde praktijk. De reden daarvoor is niet alleen dat er weinig mensen per spreekuur komen, maar ook dat ik lang niet altijd met de artsen meeliep. Van deze 100 mensen vond ik 20 geschikt voor de vier genoemde methodes. Ik zou het geprobeerd hebben. Inderdaad heb ik met enkele mensen gewerkt.

Het is meer dan ik verwachtte, 20 op de 100. Maar zo'n getal zegt natuurlijk niet veel. Het heeft ook geen zin om te proberen op een nauwkeuriger wijze het percentage te bepalen van geschikte mensen voor deze of gene therapie. Daarvoor is het immers eerst nodig dat er overeenstemming bestaat over de indicatie-gebieden. Wanneer dan de resultaten van verschillende methodes vergeleken worden kunnen er rationele criteria ontstaan voor de verschillende werkwijzen. Maar dat gelukt pas, wanneer er uitwisseling is tussen de beoefenaren van verschillende methodes. Voorzover dat niet het geval is, ligt de keus bij de patient.

4.1 zes patienten.

(1). Een oudere man wiens echtgenoot na een lange ziekteperiode met leukemie overleed aan een hersenbloeding een maand geleden, komt op het spreekuur. Hij wil het rapport van de specialist zien en zit met de vraag of er geen fout is gemaakt. Hij gaat hier lange tijd over en toont steeds meer boosheid op de artsen de assistent-specialisten die steeds wisselden en hun machtspositie t.o.v. zijn vrouw, waardoor hij zijn kritiek op hen steeds inslikte. Het begint mij te irriteren en ik ga er tegen in. De arts echter brengt zoveel mogelijk naar voren dat dit bijzaken zijn, die hij gebruikt als afleiding van zijn verdriet. Evenals hij voordien van alles wilde regelen tijdens het ziekbed van zijn vrouw. De ziekte was echter hoe dan ook ongeneeslijk. Een volgend spreekuur, een week later, is hij rustiger en praat meer over zichzelf.

Rouw komt veel voor. De specialist blijft er vaak buiten, in de eerste lijn hoort het erbij. Na het sterven is de "strikt-

medische" taak afgelopen, maar de gevolgen van een strikt-medische aanpak tijdens het sterfbed blijven niet uit. Het contact met nabestaanden is moeilijk maar belangrijk, zegt Sommers, het is preventie bij een at-risk groep. Voor mij is het één van die problemen waar ik met lege handen tegenover sta.

(2). Een 54-jarige, oud en onverzorgd uitziende man, die sterk ruikt naar de midalgen, klaagt over pijn in de rug. Hij praat lang en traag door over zijn klachten en ongelukkige omstandigheden. Bij onderzoek blijkt L2 gekanteld te staan t.o.v. de andere wervels. Hij krijgt een verwijzing voor een manueel therapeute, maar geen receptje voor midalgen. Daarna is hij zo lang bezig met weg te gaan, hij herhaalt alles, laat dingen uit zijn handen vallen enz. dat in mij de gedachte dwangmatig opkomt: "pak je spullen en verdwij, pak je spullen en verdwij". Onderwijl blijf ik gewoon kijken,

Achteraf blijkt hij een alcoholist te zijn, met pseudo-tabetische poly-neuritis sinds 1963 en cerebellaire atrofie, hetgeen zijn omstandige traagheid verklaart ("goedmaakt?"). Hij heeft ook een duodenum zweer gehad. Hij is één van de vaste moeilijke klanten bij wie het team heeft besloten, dat de arts maar zijn geduld moet bewaren. Dat is inderdaad precies wat hij doet, en mij niet lukt. Een week later komt meneer schoon en verzorgd binnen en is de verwijzing kwijt... zo erg was de rugpijn dus niet! Dat doet bij mij de deur dicht: nu heeft deze man een dokter die geduldig is en hem beter onderzoekt dan menig andere en hij laat het erbij zitten! Typisch voorbeeld van een eerste lijns-kontakt waar therapeutisch optimisme uit verdwenen is.

(3). Een zeer beweeglijke, gezond uitziende vijftiger, heeft altijd als een gek gewerkt, is flink en kent geen problemen, totdat hij 5 maanden geleden "instortte". Hij kan niet meer, voor zijn gevoel. Het verbaast hem echter dat de huisarts en ook de GAK arts dat zomaar aanvaarden. Dat zou hij zelf eigenlijk niet doen! Hij denkt ook vaak, wat zullen de mensen zeggen dat zo'n gezonde kerel niet werkt. Toch ziet hij ook dat zijn werkstijl gekkenwerk was en dat hij nu aan zichzelf moet gaan toekomen. De arts stimuleert dit.

Deze meneer is één van de drie hartinfarkt-kandidaten, die ik gezien heb. Ik kan dat met enige zekerheid zeggen, omdat ik het signalement van deze mensen ken, hetgeen beschreven is door van Dijn en ook bekend staat als Type A. Zij beantwoorden alle drie eraan en ook hun huidige of naderende crisis stemt overeen: een al te gespannen werk- en leefwijze, die niet meer gaat. De fut is eruit, er zijn lichamelijke klachten zonder duidelijke organische basis, er is enorme moeheid of depressie. Maar het probleem is dat deze mensen geen andere manier van doen kennen! Goede begeleiding, zoals hier, kan daarom preventief werken. Is het voldoende om de werkstijl echt te veranderen? Mijns inziens zijn ontspanning en ademhaling nodig als element van een meer evenwichtige levensstijl. Zij zijn ook een manier om bewust tijd en aandacht voor jezelf te nemen, juist in het gewone doen. Het signalement kan nog bevestigd worden met speciale vragenlijsten of een type A interview (Appels; zie noot).

(4). H. een jongeman met klachten van hyperventilatie, voert nu twee jaart regelmatig gesprekken met de psycholoog van het gezondheidscentrum. Het gesprek verloopt zittend, met veel stiltes, op een uitpluizende (begrijp ik nu goed dat..) manier, in een vriendschappelijk-pesterige sfeer. De aanvallen zijn langzamerhand verdwenen, maar dat is niet het voornaamste: H. was lang volkomen in de war en begint nu weer greep op zijn leven te krijgen.

Hij is de jongste van een groot aantal broers, een broer is psychotisch. De moeder is in zijn puber-jaren gestorven. H. kwam in de drug-scene waar hij "leerde" te hyperventileren. Hij kan niet tegen de snoeverige café-sfeer, hoewel hij verbaal wel aggressief is doet hij geen vlieg kwaad. Hij werkt als karate-trainer, maar slaat nooit iemand. Het meisje met wie hij een verhouding heeft zit nu in Engeland. Hij is dus wel "vrij", maar blijft toch opvallend monogaam denken, ook al wil hij niet trouwen. Onlangs stierf zijn vader.

Tijdens de gesprekken trad enkele malen een aanval op, die vanzelf stopte door gewoon te blijven praten over hoe hij zich voelde. De hyperventilatie heeft in feite een noodzakelijke functie. H. is bang om gek te worden, psychotisch zoals zijn broer en een aanval stopt zijn denken daarover. Alle aandacht

wordt dan op het lichhaam gefixeerd, zo dat hij niet gaat malen. De aanvallen zijn een soort zekerheid.

Bij mijn aanwezigheid werd zijn onwennigheid besproken, over het feit nl dat hij zich redelijk goed voelt, terwijl aan de andere kant zijn aanvallen weg blijven, zijn vader dood is gegaan en nu ook zijn vriendin vertookken is. Het vertrouwt het maar half...

Therapie, gericht op de hyperventilatie klachten, zou bij deze jongen de toestand verergert hebben. Zonder therapie echter zou hij waarschijnlijk in een ernstige crisis zijn geraakt. Het is een voorbeeld van het werk dat een psycholoog juist in de eerste lijn kan doen. In dit geval was klacht-gebonden therapie, zoals bijv. ademoefeningen onjuist.

(5). Een oude gespannen, ongetruuwde vrouw, is eenzaam en heeft een zuster die naar tegen haar doet. Ze klaagt over aanvallen van duizeligheid, waarbij ze benauwd is, jeuk heeft, dove krachteloze armen en slepend been en teen-krimp. Wanneer de arts vraagt te gaan liggen en diep te ademen, krijgt ze ten dele dezelfde verschijnselen. Hyperventilatie dus. Ademtherapie?

Ze ademt te hoog, te oppervlakkig, te snel. Wanneer ik buikademhaling probeer bij haar, lukt dat niet. Ze wordt alleen zenuwachtiger en geneert zich dat ze mijn opdracht niet kan uitvoeren. Daarom zeg ik haar stil te blijven liggen, handen op de buik te leggen en er alleen op, te letten of ze daar beweging voelt, langzamer te ademen en na de uitadem te pauzeren tot de inadem-prikkel vanzelf komt. Dat helpt. De volgende keer is ze rustig genoeg om te oefenen de buik actief te gebruiken. De derde keer zegt ze, dat deze ademhaling heel moeilijk is, maar dat ze er toch rustiger van wordt en de schouders onder gespannen zijn. Nu komt er beweging in de buik, die opgezet is en voelt ze nauwkeurig hoe hem te gebruiken., Dit zal nog een paar maal ge oefend moeten worden, zal dat dan voldoende zijn?

(6). Een bouwvakker van 41 jaar heeft overal last van spierpijn, aan zijn elleboog, nek en rug, al sinds jaren. Hij slaapt slecht, heeft kriebel aan zijn teen en moet al te vaak naar de w.c. Therapie van het moment: lokale verdovende injectie in de elleboog.

Het zijn klachten die aan overspanning doen denken en in akupunctuur termen "oppervlakkig" zijn. De opdracht zich dagelijks te ontspannen is al eens gegeven. Dat zou waarschijnlijk beter een ontspanningstraining kunnen worden, individueel of in een groepje. Akupunctuur zou dat goed ondersteunen en opzich zelf wel voldoende zijn, maar dan zou hij niet leren er zelf iets aan te doen. Vandaar dat de combinatie het beste lijkt.

4.2 De psychosociale en de andere benaderingen: voor- en nadelen.

De eerste twee mensen zijn een voorbeeld van problematiek waar de medische doe-drift op stuk loopt of zelfs averechts werkt. Het zijn indicaties voor psychosociale begeleiding, evenals de volgende twee, die een voorbeeld zijn van primaire preventie door begeleiding. Van deze vier is één een voorbeeld van manuele therapie en één van toepassing van een ontspanningstraining. De laatste twee mensen komen in aanmerking voor akupunctuur en adem oefeningen. Bij elkaar geven ze een kleine indruk van de verhouding tussen psychosociale en "andere" benaderingen.

Wat kan ik meer in het algemeen over deze verhouding zeggen? De psychosociale benadering heeft aandacht voor de leefwijze en gebeurtenissen die de achtergrond zijn van een klacht. Een ziekte of een klacht heeft betekenis voor een patient en speelt een rol in zijn leven. In een begeleidend contact kan men samen deze betekenis opsporen. De aandacht is dan niet primair op de klacht, maar op de persoon gericht, die zelf leert zijn problemen te hanteren. Met name bij psychosomatische aandoeningen is het moeilijk de aandacht af te leiden van de lichamelijke klacht naar het probleem (Stam). Een therapie die gericht is op de klacht zou dit proces doorbreken en de patient-rol versterken. Dat is het nadeel van elke therapie, ook akupunctuur en manuele therapie, dat een groot voordeel van psychosociale aandacht te niet doet.

Aan de andere kant blijft een begeleidend contact meestal verbaal en is het vaak geponderd op de vooronderstelling dat er medisch weinig te doen is. Dit hoeft niet het geval te zijn, ooj al wijst een ziekenhuis-onderzoek niets uit. Zo is het mogelijk dat men geduldig (of ongeduldig) blijft praten, waar blijv. een

paar prikken de klacht zouden doen verdwijnen. Met behulp van adem en ontspanning kan men soms heel direkt inzicht geven in het mechanisme dat tot een klacht leidt. Overspanning of de vicieuze cirkel spanning - angst - spanning. Als een lichaamsverschijnsel verdwijnt tijdens diepe ontspanning, dan is het zeker geen ernstige ziekte, waar men misschien bang voor is. Deze soort technieken zijn bovendien te gebruiken als ondersteuning bij een begeleidend contact. Ze geven mensen meer zelf-vertrouwen, ze geven soms aanleiding tot gesprekken over de leefwijze en het wereldbeeld dat men heeft. Tenslotte, ze hebben géén bijwerkingen en verzwakken het "natuurlijk genezend vermogen" niet. Op deze wijze zijn beide soorten benadering goed te combineren.

Het belangrijkste nadeel van een psychosociale ziekte-benadering lijkt me dat men gaat geloven daarmee alle mogelijke ziekte-oorzaken te bestrijken, tezamen met de somatische. Het belangrijkste voordeel is misschien dat men zich minder terugtrekt op een vakgebied (specialisme).

Dit laatste staat tegenover het nadeel van specialistische contacten, waartoe vele ongewone geneeswijzen ook gerekend kunnen worden. Men helpt en adviseert naar vermogen, maar slaat de therapie niet aan, dan stopt het contact, jammerlijk. De minder gewone geneeswijzen hebben een soort excuus voor deze houding, omdat zij mensen kunnen helpen die vaak nergens jarenlang baat vonden. Toch is de tendens tot hoog tempo en hoge prijzen niet aanvaardbaar. Bij benaderingen zoals adem en ontspanning is dit niet te verwachten. Zij gaan eerder over in een steunend en samenwerkend contact, bijv. als een ontspanningsgroepje of yoga-les, Tezamen met andere, meer algemene methodes vinden we hier een weg naar zgn. "zelf-hulp" groepen.

4.3 Literatuur.

J.Sommers, Huisarts en Rouw, stencil 1975

R.Rosenman & M.Friedman, Bent U Type A? Uitg. Luitingh, 1976

H.van Dijn,

H.&W.

J.van Dixhoorn, Biofeedback, een soort geneeskunde van het gedrag, Verband nr.7 juni 1976

- A.Appels, Pessimistische gedachten over het hartinfarkt, H&W okt '74
- A.Appels, Aspekten van het A-type, Een onderzoek naar de betekenis en bruikbaarheid van de J.A.S. en de Voice Analysis Test in een nederlandse situatie. Stencil.
Afd. Preventieve en Sociale Psychiatrie, Erasmus Univ.
Rotterdam juli 1971.

Noot: A type interview

Dit is het interview dat ontwikkeld is door Rosenman en Friedman. Zij maakten een vragenlijst die de belangrijkste kenmerken van de levensstijl van typische hartinfarctpatienten bestrijkt. Het belangrijkste kenmerk is echter de wijze van antwoorden: de motoriek, intonatie enz. van de mensen. Om deze reacties te scoren heeft men een korte training nodig, die Appels kan geven.

Hoofdstuk 5

Over twee soorten contact in de hulpverlening.

Tijdens mijn stage bracht het voltallig team van het Centrum een bezoek aan een fysiotherapeutische groepspraktijk. Naar aanleiding daarvan heb ik nagedacht over de verschillen in "aanraken" bij het contact tussen hulpverlener en patiënt. Er is verschil tussen het lichamelijk contact dat de arts, wijkverpleger of fysiotherapeut hebben. Dit heeft te maken met het lichaamsbeeld dat gehanteerd wordt en ook met de mate waarin subjektieve ervaring van de cliënt in het werk meetelt. Dat laatste speelt ook een grote rol bij een soort contact-in-de-tijd dat "begeleiding" heet. Het is tevens aandacht voor psychosociale factoren die bij elke behandeling meespelen. Ook daarover dacht ik na, naar aanleiding van de werkwijze op het centrum.

5.1. Kontakt-in-de-tijd: begeleiding.

"Psychosociale factoren" is een nieuw woord voor een gegeven dat zo oud is als elke "goede" hulpverlening en behandeling. Voordat ik inga op een voorbeeld daarvan, te weten begeleiding, noem ik heel kort de manieren waarop volgens mij psychosociale factoren in elke behandeling een rol spelen. Dat betreft:

- de "menselijkheid" van de hulpverlener
- de beleving van de klacht door de patiënt
- de rol die een ziekte of klacht speelt in het leven van een mens
- de vraag: wat "wil" iemand zelf, (wil hij echt van de klacht afkomen, weigert hij zelf iets te doen).
- kontakt-in-de-tijd tussen patiënt en helper, dat de patiënt een vast punt biedt en hem doet durven te veranderen
- voorlichting en eerlijke uitleg geven.

Begeleiding is het hanteren van moeizame en moeilijke veranderingen. Als zodanig kan rouw begeleid worden, want "het gaat er bij het rouwproces om, dat innerlijk een gebeurtenis moet groeien, die uiterlijk reeds heeft plaatsgevonden" (Sommers). Maar ditzelfde proces treedt op bijvoorbeeld na het ter wereld gebracht hebben van een gestoord kind, bij het blijken te "hebben" van een ernstige ziekte, of eenvoudiger, bij het moeten volgen van een bepaald dieet.

Voor dergelijke begeleiding is niet altijd een deskundige nodig: op het centrum houdt ook een praktijk-assistente wel kontakt met een gezin. Of er kan een sleutelfiguur in de naaste omgeving zijn, die vast en vertrouwd punt is.

Maar ik wil het nog ruimer stellen: een therapeutische prikkel heeft meer succes wanneer tevens aandacht besteed wordt aan de prikkelverwerking. Dit geldt voor een operatie, voor een dieet, voor "oefeningen", voor medicijngebruik enz. Een advies of therapie of ingreep is doelgericht, gericht op een aspekt van de patiënt dat veranderd moet worden. Een vermageringsdieet is gericht op overgewicht. Een hechting is zinvol in geval van een wond. Er zijn steeds twee kanten, waartussen de therapeutische prikkel doelgericht verloopt. Maar een prikkel is niet alleen objektief zinvol, de zin hangt ook af van de instelling van de betrokken persoon. De prikkel bereikt zijn doel wanneer deze persoon hem zijn werk laat doen. Kortom, de verwerking van de prikkel door de patiënt telt evenzeer mee.

Een paar voorbeelden. Wanneer men iemand verwijst, dan is het niet zeker dat zij inderdaad naar de aangewezen hulpverlener gaat. Ze heeft net besloten naar deze te gaan en nu moet ze naar een ander. Wanneer men kontakt houdt, ook na een verwijzing, dan blijkt dat het even kan duren voordat iemand bij de volgende helper is aangeland. In zo'n geval heeft men de informatieverwerking "begeleid" en treden geen ongelukken of vertraging op.

Iemand krijgt een flinke maagzweer en wordt conservatief behandeld, terwijl de chirurg zeker denkt te weten, dat de maag er toch h uit moet. Stel dat hij gelijk zou hebben, zou het niet beter zijn de patiënt enkele kuren te besparen en hem meteen van zijn maag af te helpen? Nee, heb ik wel eens ten antwoord gekregen, dan zou hij na de operatie toch klachten houden. Pas wanneer de langdurige ellende van thuis- en ziekenhuiskuren, van steeds weer terugkerende maagpijn goed doorwerkt, dán is iemand zo gemotiveerd voor operatie dat hij daarna meestal klachtenvrij is. Hier bepaalt de mentale instelling, d.w.z. de verwerking van de operatieve prikkel het succes van de ingreep. Ik laat er nu buiten of er geen andere begeleiding mogelijk zou zijn.

Eigenlijk speelt bij elke ingreep deze subjektieve prikkelverwerking een rol. De injectie, manipulatie of hechting doet de aandacht van de patiënt spitsen op wat er gebeurt. Zijn aandacht komt in het hier en nu. Daarmee trekt een groot deel van zijn persoonlijke ervaring zich samen op één punt, het moment van de ingreep. Ook halfvergeten en verborgen ervaringen kunnen erbij komen. Dat zou het doel zijn van een psychotherapeut. Zij maken de ingreep tot een belevenis maar kunnen deze ook verstoren. De behandelaar weet dat maar al te goed en heeft geleerd dit te onderdrukken om de technische uitvoering van de ingreep mogelijk te maken. Met huilbuien of druk gebabbel kan je niet goed werken! Maar een goede hulpverlener erkent de betekenis en zoekt samenwerking. Dat is het opstellen van een kontrakt: stil nu, het moet even gebeuren. Aandacht voor de beleving maakt het tevens mogelijk dat de patiënt niet alleen geholpen wordt, maar ook iets leert van zichzelf.

Ik stel me voor dat hoe meer een ziekte of klacht aanleiding is tot een leerproces met betrekking tot jezelf, des te meer succes heeft de behandeling. Het is niet óf leren, óf behandelen. Zo'n leerproces houdt een andere instelling in ten opzichte van jezelf (de aandoening) en de therapie (prikkel). Je gaat ervan uit dat je de werking van de prikkel kan versterken door mee te werken. Evengoed kan je de therapie te niet doen door tegen te werken. Men kan de pillen door de W.C. spoelen, maar ook kan men ze slikken en ze inwendig weigeren. De invloed van de subjektieve verwerking wordt ontkend door het idee van puur objektieve lichamelijke ziekte, waarvoor een kausale therapie is: het somatisch lichaamsbeeld. Daardoor blijft een groot potentieel voor herstel en gezondheid ongebruikt.

Een voorbeeld van gebruik van dit potentieel is de werkwijze van het echtpaar Simonton. Zij bestralen kanker-patiënten in een radiologisch instituut, maar tevens bieden zij alle mensen een programma aan, om te leren zichzelf beter te maken. Ze maken gebruik van ontspanning, verbeelding en concentratie. Ze zeggen bijvoorbeeld: wanneer iemand een beeld heeft van zijn kanker als een grote kranigende rat van binnen, die af en toe rustig één van de pillen uit de bloedstroom vist en opeet, dan zal het succes van die pillen niet zo groot zijn.

Begeleiding is een vast, vertrouwd contact en is ook het inschakelen van de subjektieve wil, verbeelding, beleving enz. van de patiënt. Dit wordt belemmerd door de neutrale instelling ten opzichte van je lichaam, alsof het een mechaniek is. Daarom is begeleiding van zgn. somatiserende mensen zo moeilijk. Het verschil met een andere instelling wordt in twee zinnen verduidelijkt: "Ik heb last van mijn maag. Doe er wat aan, dokter".

(= ik ben goed, mijn maag is fout, dat rot ding. Ik heb gelijk).

"Mijn maag speelt weer op. Wat doe ik toch verkeerd? Hebt u een idee?"

(= ik en mijn maag zijn allebei mijzelf. Hoe kunnen we onze onenigheid bijleggen?)

5.2 Lichamelijk contact: aanraken.

Aanraken is een handeling en een waarneming. Ogenschijnlijk dezelfde handeling kan heel verschillend contact zijn, wanneer het verschillende waargenomen wordt. Aanraken is een ervaring en verandert met de relatie tussen de mensen die aanraken en met de denkschema's (lichaamsbeeld) die gehanteerd worden. Als hulpverlener raak je de hele dag mensen aan. Op het moment dat je ongewone handelingen doet blijkt extra duidelijk hoezeer de subjektieve kant meetelt.

De psycholoog vindt het wat eng om te doen wat ik doe bij adem oefeningen: mensen meteen beetpakken. "Het past niet bij wat de mensen van mij verwachten". Het zou de sfeer vertroebelen. De dokter onderzoekt koel en zakelijk. Tenminste, dat nemen we aan. Eventuele gevoelens kunnen meteen ter zijde geschoven worden. Toch is een lichamelijk onderzoek niet neutraal, zeker een inwendig onderzoek niet. Patiënten kunnen gekwetst zijn door on-

verschilligheid of botheid bij onderzoek. Eén van de artsen masseerde eens de stijve nek van een patient, nadat hij dat zelf velders geleerd had. Toch was het een raar kontakt. Is dat zijn onwennigheid? Zou een meer overtuigd-gewone houding elk bezwaar wegnemen? Vaak is lichamelijk onderzoek moeilijk na een diep gesprek.

De fysiotherapeut "kijkt" met de handen, evenals de dokter, maar anders. Hij kan meer of minder "diep" gaan, wat betreft het erbij laten komen van de ervaring van de patient. Hij voelt de grens aan, hoeveel er "los" kan komen. Tijdens een lichamelijke behandeling gaat men makkelijk praten. Dat merken de fysiotherapeut en ook de wijkverpleger bij een wasbeurt.

Het lichaam kan somatisch en niet-somatisch behandeld worden. Bewust koppelen met het subjektief gevoel kan de behandeling erg emotioneel maken, zodat er meer gebeurt. Somatisch behandelen is niet alleen een handeling, naar vooral een denkwijze die men leert toepassen. Het typische van het somatisch lichaamsbeeld is dat het gevoel niet meetelt en men moet dan ook leren om dat weg te laten. De een doet het solidair-zakelijk, de ander is grof. Een arts is gauw geneigd meteen op de pijnplek te duwen en voorbij te gaan aan de eerste totaal-indruk van een patient. Optredende emoties en lichaamssensaties verwarren het beeld dat hij wil vormen. Hij mist daardoor toch een bron van informatie. Men verwacht dat patienten de somatische spel-regels kennen; een opmerking tijdens onderzoek als "ja, het gaat al beter" is gek.

Voor de psycholoog is het lichaam vrij mysterieus. De arts kent er de geheimen van. Ook de psycholoog betreedt geheim gebied, geheime gedachten en gevoelens. Daarom is lichamelijk kontakt juist met hem snel "beladen".

De wijkverpleger en fysiotherapeut hebben meer een gewone verstandhouding met mensen, zonder veel geheimen en zonder het voorrecht direkt op geheim gebied te komen. Zij vragen eerder toestemming voor hand-tastelijkheid. De wijkverpleger is minder gebonden aan de somatische denkwijze dan de arts, zijn handen zijn verzorgend en vriendelijk.

De fysiotherapeut onderzoekt en verbetert, zijn handen ondersteunen en zijn fijnzinnig omdat verbetering door de patient gevoeld moet worden. Bovendien heeft hij een "fijner" beeld van lichaam, nl. meer functioneel en minder morfologisch. Bij oefentherapie moeten therapeut en patient gekoördineerd bewegen, evenals bij tillen en verleggen van bed-patienten. Hierop gericht is de Haptonomie (een "psycho-tactiele" fysiotherapie), die nog fijnzinniger is wat betreft ervaring van beiden: men probeert de tast-zin uit te breiden tot elkaars lichaamsveld. (Veldman). Bij manuele therapie is de aanraking wèl gedifferentieerd naar kleine anatomische verschillen, maar beperkt tot het mechanisch aspekt van een mens.

Magnetiseren is een aanraking die bijna beperkt is tot de ervaring van patient en therapeut, dwz. je ziet er niets van. Toch is het méér dan suggestie, er zijn speciale foto's te maken waarop de straling te zien is en het blijkt dat ook plantenzaden bijv. door magnetiseren beïnvloed worden (GRad). Bij akupunctuur is er een duidelijk beeld van het lichaam ("netwerk van energiekanalen"), maar het probleem voor de beginner is het gebrek aan gevoel voor de punten en de energiebeweging. Deze vallen buiten onze gewone voorstelling van het lichaam. Zonder dit gevoel echter lijkt het me vrij zinloos therapie te willen doen: men moet niet alleen de taal spreken, maar ook iets te bespreken hebben.

Wat men waarneemt hangt samen met de ervaring van zichzelf, met de zelf-waarneming. De gevoeligheid is een maatschappelijk ~~keer~~proces, geleid door de taal. Somatiek is de dominante taal. In de subcultuur van het ziekenhuis wordt deze grammatica van het lichaam bijgehouden. De volksmond denkt vaak anders. De somatische geneeskunde bemoeit zich echter niet met subjektieve lichaamsgevoelens, noch met het vermogen tot waarnemen van de onderzoeker. Intuïtie is onwetenschappelijk (Royce).

Bij aanraken spelen een rol het aanrakings-taboe en een rol-verwachting. De ervaring van aanraken wordt bepaald door het lichaamsbeeld, maar ook bij het schijn-neutrale contact (somatisch) spelen verzorgende, kwetsende en sensuele gevoelens