

# Psychologie en paramedische zorg: raakvlakken en mogelijkheden tot uitwisseling

Joost Dekker\*

 NIVEL  
bibliotheek

drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

## Summary

**Psychology and paramedical care: the interface and possibilities for exchange**  
*Research on health and behavior is mainly concerned with the interface between psychology and medicine. Although highly appropriate, research on psychology and paramedical care is extremely limited. The goal of the present paper is to describe the interface between psychology and paramedical care (i.e. physical, occupational, speech, exercise therapy and podiatry). Three main areas in this interface are identified: (a) to a certain extent, psychology and paramedical care are concerned with the same kind of disorders; (b) frequently, disorders are caused or maintained by the interaction of factors typically belonging to the psychological or paramedical domain, respectively; and (c) because paramedical and psychological interventions frequently require patients to change their behavior, exchange of theories on and methods for behavioral change is highly relevant. Each of these areas is described and an example of relevant research is given. It is argued that research on the interface between psychology and paramedical care should be given a high priority.*

## Inleiding

Wie het terrein van gedrag en gezondheid overziet, moet vaststellen dat wetenschappelijke bijdragen op de raakvlakken van psychologie en paramedische zorg schaars zijn. Het overgrote deel van het onderzoek heeft betrekking op de raakvlakken tussen psychologie en medische zorg (Kaptein, Garssen, Rümke & Sluiter, 1992; Kaptein, Ploeg, Garssen, Schreurs & Beunderman, 1990; Maes, Spielberger, Defares & Sarason, 1988; Taylor, 1991). De geringe omvang staat in schril contrast tot de grote mogelijkheden voor onderzoek op de paramedisch-psychologische raakvlakken. Hoewel dit moeilijk in maat en getal uit te drukken is, lijken de raakvlakken tussen psychologie en paramedische zorg minstens zo groot als die tussen psychologie en medische zorg. Dit vindt zijn oorzaak in het feit dat zowel de gezondheidsproblemen waarop paramedische zorg betrekking heeft als de interventies van paramedici een sterk gedragsmatig karakter hebben. Als gevolg

\* Dr. J. Dekker is klinisch psycholoog en als onderzoeksleider voor het gebied 'paramedische beroepen' werkzaam bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) te Utrecht. Correspondentieadres: NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

daarvan zijn er tal van raakvlakken met psychologie, waarop uitwisseling van concepten en methoden plaats kan vinden. Deze uitwisseling kan twee kanten opgaan: van psychologie naar paramedische zorg en omgekeerd van paramedische zorg naar psychologie. In de dagelijkse praktijk van de zorg voor patiënten werken psychologen en paramedici al dikwijls nauw samen (zie Eurelings-Bontekoe, 1989; French, 1992; Mallard, Gardner & Downey, 1988). Op wetenschappelijk niveau zijn de raakvlakken echter nog nauwelijks belicht.

Het doel van het onderhavige artikel is een schets te geven van raakvlakken tussen psychologie en paramedische zorg en van mogelijkheden tot uitwisseling. Daartoe wordt eerst een conceptueel kader van paramedische zorg beschreven, dat de laatste jaren tot ontwikkeling is gekomen. Op basis van dit kader worden raakvlakken met psychologie aangeduid. Vervolgens worden drie illustraties gegeven van uitwisseling tussen de twee sectoren.

In dit artikel is het betoog beperkt tot zes paramedische beroepen die een sterke, conceptuele overeenkomst vertonen. Het gaat om fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck en podotherapie (het gemeenschappelijk kader van deze beroepen wordt gevormd door de ICIDH, zoals hieronder uiteengezet zal worden). Verder is het artikel geschreven vanuit het perspectief van een psycholoog: het domein van de psychologie wordt als bekend verondersteld en kenmerken van de paramedische zorg worden beschreven en toegelicht.

### Paramedische zorg

#### Wettelijk en maatschappelijk kader

Het uitoefenen van een paramedisch beroep is in Nederland geregeld in de Wet op de Paramedische Beroepen, welke binnenkort vervangen zal worden door de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Een essentieel kenmerk van het wettelijk kader is het handelen op voorschrift of verwijzing van een arts. Deze historisch gegroeide situatie heeft belangrijke consequenties gehad voor de inhoud van de beroepsuitoefening, zoals hierna beschreven zal worden. De verplichte verwijzing door een arts is geen situatie die voor Nederland uniek is, maar doet zich ook in andere landen voor (Koster, Dekker & Groenewegen, 1991).

In het kader van de Wet op de Paramedische Beroepen zijn elf beroepen erkend<sup>1</sup>. De grootte van deze beroepsgroepen verschilt aanzienlijk. Van de zes beroepen, waarop dit artikel betrekking heeft, zijn de fysiotherapeuten het grootst ( $N = \pm 19.000$ ). In de volgorde van grootte komen daarna de logopedisten ( $N = \pm 3.900$ ), ergotherapeuten ( $N = \pm 1.350$ ), oefentherapeuten-Cesar ( $N = \pm 700$ ), oefentherapeuten-Mensendieck ( $N = \pm 600$ ) en podotherapeuten ( $N = \pm 130$ ). De genoemde aantallen zijn afkomstig uit de Beroepskrachtenplanning 1991, gebaseerd op cijfers uit 1990. Het betreft het aantal personen dat beschikbaar is voor de uitoefening van het beroep; het aantal personen dat het beroep daadwerkelijk uitoefent ligt (met name bij de fysiotherapeuten) lager, maar is niet precies bekend. Desalniettemin is duidelijk dat de betreffende paramedische beroepen getalsmatig een aanzienlijke sector in de gezondheidszorg vormen.

#### Conceptueel kader

In de wettelijk vereiste verwijzing (of het voorschrift) dient de arts de diagnose van de patiënt te vermelden. De medische diagnose biedt de paramedicus echter onvoldoende informatie om een behandeling op te baseren (Granger, Seltzer & Fishbein, 1987). Zo geeft de diagnose 'artrose' onvoldoende informatie aan de fysiotherapeut. De fysiotherapeut behandelt onder meer pijn en problemen met



rop uitwisseling van  
ng kan twee kanten  
rd van paramedische  
oor patiënten werken  
ings-Bontekoe, 1989;  
enschappelijk niveau

ven van raakvlakken  
den tot uitwisseling.  
zorg beschreven, dat  
it kader worden raak-  
e illustraties gegeven

eroepen die een ster-  
herapie, logopedie, er-  
en podotherapie (het  
door de ICIDH, zoals  
reven vanuit het per-  
wordt als bekend ver-  
beschreven en toege-

geregeld in de Wet op  
worden door de Wet  
entieel kenmerk van  
ng van een arts. Deze  
gehad voor de inhoud  
en. De verplichte ver-  
iek is, maar doet zich  
1991).

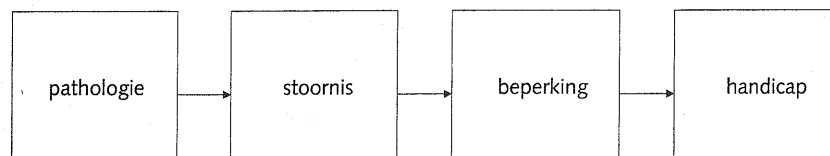
elf beroepen erkend<sup>1</sup>.  
Van de zes beroepen,  
apeuten het grootst  
rna de logopedisten  
ten-Cesar (N= ± 700),  
en (N= ± 130). De ge-  
ming 1991, gebaseerd  
ikbaar is voor de uit-  
daadwerkelijk uitoe-  
et precies bekend. De-  
beroepen getalsmatig

it de arts de diagnose  
e paramedicus echter  
1 (Granger, Seltzer &  
de informatie aan de  
in en problemen met

lopen, die het gevolg zijn van artrose. Daarom verricht de fysiotherapeut een aanvullend onderzoek naar de aard van de pijn en de problemen met lopen. Op soortgelijke wijze geldt voor de logopedist dat de diagnose 'gespleten gehemelte' (schisis) onvoldoende aanknopingspunten biedt. De logopedist behandelt onder meer de spraakproblemen die het gevolg zijn van het gespleten gehemelte en onderzoekt daartoe de spraakproblemen. Meer in het algemeen geldt dat de paramedicus, als aanvulling op de medische diagnose, een eigen diagnostisch onderzoek verricht. Dit diagnostisch onderzoek heeft hoofdzakelijk betrekking op problemen in de functionele gezondheid (Granger et al., 1987). Dit in tegenstelling tot de medische diagnostiek die hoofdzakelijk betrekking heeft op pathologie.

Lange tijd is het besef van het belang van de eigen *diagnostiek door paramedici* weliswaar aanwezig, maar toch min of meer sluimerend geweest. De wettelijke eis dat een arts een (medische) diagnose stelt is daarbij vermoedelijk een belangrijke, oorzakelijke factor geweest. De laatste tijd wordt echter nadrukkelijk gestreefd naar het onderbouwen van de eigen diagnostiek. Daarbij wordt onder meer gewerkt aan een ordening (of classificatie) van paramedische diagnoses, vergelijkbaar met de ordening van psychopathologie in de DSM (APA, 1987) en de ordening van pathologie in de ICD (WHO, 1977).

Als uitgangspunt voor een dergelijke ordening wordt gebruik gemaakt van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH, WHO, 1980; TNO, 1981). In de ICIDH worden gezondheidsproblemen onderverdeeld in stoornissen (impairments), beperkingen (disabilities) en handicaps (zie figuur 1). Een stoornis is gedefinieerd als 'afwezigheid of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie' (TNO, 1981, p. 17). Voorbeelden van stoornissen zijn spierzwakte, verminderde bewegingsuitslag van gewrichten, afasie, stotteren en apraxie. Een beperking is gedefinieerd als 'vermindering of afwezigheid (ten gevolge van een stoornis) van de mogelijkheid tot een voor de mens normale activiteit [of vaardigheid]...' (TNO, 1981, p. 91). Beperkingen kunnen optreden in het lopen, bukken, spreken, aankleden e.d. Een handicap is gedefinieerd als 'een nadelige positie van een persoon als gevolg van een stoornis of een beperking, welke de normale rolvervulling van de betrokkene (...) begrenst of verhindert' (TNO, 1981, p. 131). Een handicap kan bijvoorbeeld optreden in de beroepsrol of de gezinsrol.



Figuur 1 De analyse van gezondheidsproblemen volgens de ICDH

De ICDH blijkt voor paramedici weliswaar een goed uitgangspunt te zijn, maar in veel gevallen is de ICDH niet specifiek genoeg. Daarom is de ICDH bewerkt voor gebruik door paramedici (Heerkens, Brandmsa, Lakerveld-Heijl en Mischner-van Ravensberg, 1992). In een serie onderzoeken bij ons instituut is nagegaan of de diagnostiek van paramedici, op basis van de bewerkte ICDH, betrouwbaar is. De globale conclusie uit deze onderzoeken is dat dit inderdaad het geval is: paramedici zijn het onderling veelal eens over wat er met een patiënt aan de hand is (Driessen, Dekker, Lankhorst & Van der Zee, 1993; Gisbergen & Dekker, 1992;

Gisbergen, Dekker & Zijderduijn, 1993; Raaymakers & Dekker, 1993; Triet, Dekker, Kerssens & Curfs, 1990). Verder is bij fysiotherapeuten gevonden dat de therapiekeuze in sterke mate afhankelijk is van de diagnostische bevindingen: de resultaten van het eigen diagnostisch onderzoek zijn richtinggevend voor de keuze van interventies (Dekker, Baar, Curfs & Kerssens, 1993). De verwachting is dat in nu lopend onderzoek op het gebied van andere paramedische beroepen, ook gevonden zal worden dat de paramedische behandeling afhankelijk is van de eigen diagnostiek. Hoewel duidelijk veel meer onderzoek nodig is om deze diagnostiek te onderbouwen, is de gedachte dat paramedici een eigen diagnostiek kennen blijkbaar zinvol.

In aansluiting op de diagnostiek volgt de *paramedische behandeling*. Anders dan bij de gezondheidsproblemen is er geen overkoepelend conceptueel kader beschikbaar van waaruit de paramedische behandeling beschreven kan worden. Uit een recente inventarisatie (Heerkens, Van den Heuvel, Heuvel & Mischner-Van Ravensberg, 1993) blijkt echter dat het trainen en corrigeren van functies, vaardigheden, en sociale rollen een belangrijk onderdeel van de paramedische zorg is. De behandeling bestaat verder uit verrichtingen in de begeleidende sfeer, verrichtingen waarbij de techniek centraal staat en verrichtingen waarbij het voorzien in hulpmiddelen centraal staat. Waar het gaat om de raakvlakken met psychologie is echter vooral het trainen en corrigeren van functies, vaardigheden en rollen van belang.

### Raakvlakken en uitwisseling

Op drie gebieden zijn er raakvlakken tussen psychologie en paramedische zorg. In de eerste plaats bestaat er ten aanzien van gezondheidsproblemen van patiënten een zekere overlap tussen de twee sectoren: tot op zekere hoogte hebben psychologie en paramedische zorg op dezelfde gezondheidsproblemen betrekking. In de tweede plaats bestaat er wisselwerking tussen 'psychologische' en 'paramedische' oorzaken van gezondheidsproblemen: oorzaken die typisch tot het domein van de ene sector horen, staan dikwijls in nauwe wisselwerking met oorzaken uit het domein van de andere sector. In de derde plaats is in beide sectoren behandeling een centraal thema: de kennis van psychologen en paramedici over behandeling kan over en weer goed benut worden. Deze raakvlakken worden hieronder toegelicht.

#### Overlap

De diagnostiek van paramedici heeft betrekking op stoornissen, beperkingen en handicaps. Bij elk van deze categorieën van gezondheidsproblemen is er een zekere mate van overlap met psychologie. Dit blijkt uit de inventarisatie van gezondheidsproblemen waarop de paramedische zorg betrekking heeft (Heerkens et al., 1992). Voorbeelden van relevante stoornissen zijn afasie, stotteren, geheugenstoornissen, apraxie en stoornissen in de bewegingscoördinatie. In de paramedische sector vormen deze stoornissen het werkteerrein van logopedisten, ergo-, fysio- en oefentherapeuten, terwijl in de psychologie functie-, neuro- en ontwikkelingspsychologen zich hiermee bezighouden. Wat de beperkingen betreft kunnen problemen met voortbewegen en zitten genoemd worden: behalve bovengenoemde paramedische beroepen houden ook ergonomen en bewegingswetenschappers zich hiermee bezig. Ten slotte zijn problemen met de beroepsrol of de gezinsrol (handicaps) het terrein van zowel ergotherapeuten als sociaal en klinisch psychologen.

Deze overlap heeft tot gevolg dat uitwisseling tussen de twee sectoren mogelijk en relevant is. Bij deze vorm van uitwisseling gaat het vooral om het gebruik ma-

ken van de psychologen. bij wetenschappelijk gefundeerde sector. I zijn, deze vordeling van ne

#### Wisselwerking

Hoewel er spraken. Paramedische kracht en vermogen met per (boodschappen horen typisch Dit wijst erop de paramedische scheidt van husselwerking tu ervaring en th patiënten in s en paramedische klachten van vationele procringen voor dische zorg, zoa aan de hand v. seling gaat he psychologie en begrijpen. Doclogisch grensvger, maar - zo:

#### Behandeling

Een belangrijk en corrigeren vdische behandgedrag. Daarmties hebben ee logische kenn. paramedische kunnen psych behandeling z zorg. Dit zal htiënten die me gaat het om h Uitwisseling i matige interve psychologische Daar waar psy levensstijlen g

Dekker, 1993; Triet, ten gevonden dat de sche bevindingen: de gevend voor de keu- e verwachting is dat he beroepen, ook ge- lijk is van de eigen om deze diagnostiek diagnostiek kennen

ehandeling. Anders nceptueel kader be- en kan worden. Uit el & Mischner-Van an functies, vaardig- medische zorg is. De de sfeer, verrichtin- bij het voorzien in met psychologie is eden en rollen van

paramedische zorg. In men van patiënten gte hebben psycho- 1 betrekking. In de 'en 'paramedische' het domein van de orzaken uit het do- en behandeling en r behandeling kan onder toelicht.

n, beperkingen en nen is er een zeke- isatie van gezond- t (Heerkens et al., otteren, geheugen- e. In de paramé- edisten, ergo-, fy- uro- en ontwikke- en betreft kunnen lve bovengenoem- gswetenschappers rol of de gezinsrol 1 klinisch psycho-

sectoren mogelijk n het gebruik ma-

ken van de ervaringskennis van paramedici en de wetenschappelijke kennis van psychologen. De uitgebreide ervaringskennis van paramedici kan benut worden bij wetenschappelijk onderzoek door psychologen. Omgekeerd kan wetenschappelijk gefundeerde kennis vanuit de psychologie toegepast worden in de paramedische sector. Hieronder zal, nadat eerst de twee andere raakvlakken beschreven zijn, deze vorm van uitwisseling geïllustreerd worden aan de hand van de behandeling van neuropsychologische functiestoornissen.

#### Wisselwerking

Hoewel er sprake is van overlap zijn er ook grote verschillen tussen de twee sectoren. Paramedische zorg heeft betrekking op stoornissen zoals verminderde spierkracht en verminderde stabiliteit van gewrichten en op beperkingen zoals problemen met persoonlijke verzorging (wassen, aankleden) en huishoudelijke taken (boodschappen doen, verzorgen maaltijden). Deze stoornissen en beperkingen behoren typisch tot het paramedisch domein, niet tot het psychologisch domein. Dit wijst erop dat, wat betreft de aard van de behandelde gezondheidsproblemen, de paramedische zorg in belangrijke mate een eigen domein heeft, dat zich onderscheidt van het psychologisch domein. In veel gevallen bestaat er echter een wisselwerking tussen factoren uit beide domeinen. Althans, op grond van klinische ervaring en theoretische inzichten kan verondersteld worden dat de klachten van patiënten in stand gehouden of veroorzaakt worden door een wisselwerking tussen paramedische en psychologische factoren. Uit de psychologie is bekend dat klachten van patiënten (bijvoorbeeld pijn) samenhangen met emotionele en motivationele processen (bijvoorbeeld angst en depressie). Bij het zoeken naar verklaringen voor dit verband kan men gebruik maken van begrippen uit de paramedische zorg, zoals verminderde spierkracht. Dit zal hieronder geïllustreerd worden aan de hand van de klachten van patiënten met artrose. Bij deze vorm van uitwisseling gaat het om het integreren van begrippen uit de paramedische zorg in de psychologie en omgekeerd, om op deze wijze de klachten van patiënten te kunnen begrijpen. Door de geringe omvang van het onderzoek op het paramedisch-psychologisch grensvlak is de empirische evidentie voor dergelijke verklaringen nog mager, maar – zoals hieronder aangegeven zal worden – niet geheel afwezig.

#### Behandeling

Een belangrijk onderdeel van de paramedische behandeling bestaat uit het trainen en corrigeren van functies, vaardigheden en rollen. In andere woorden, de paramedische behandeling heeft in belangrijke mate betrekking op het veranderen van gedrag. Daarmee is opnieuw een raakvlak aangeduid: de paramedische interventies hebben een sterk gedragsmatig karakter. Dit brengt met zich mee dat psychologische kennis over en methoden voor behandeling van veel belang zijn voor de paramedische zorg. Hoewel vaak een nadere uitwerking en aanpassing nodig is, kunnen psychologische theorieën over en psychotherapeutische strategieën voor behandeling zeer wel benut worden bij het optimaliseren van de paramedische zorg. Dit zal hierna geïllustreerd worden aan de hand van therapietrouw van patiënten die met oefentherapie behandeld worden. Bij deze vorm van uitwisseling gaat het om het integreren van psychologische kennis in de paramedische zorg. Uitwisseling in omgekeerde richting is echter ook mogelijk. De concrete, gedragsmatige interventies van paramedici kunnen een belangrijke aanvulling vormen op psychologische interventies gericht op verandering van coping-stijl of levensstijl. Daar waar psychologische interventies uitmonden in verandering van coping- en levensstijlen grenzen deze interventies aan het trainen van functies, vaardigheden



en rollen door paramedici. Paramedische interventies kunnen daardoor in een aantal gevallen goed geïntegreerd worden in de psychologische behandeling.

### Illustraties

Elk van de hiervoor beschreven raakvlakken zal hierna toegelicht worden aan de hand van een voorbeeld.

#### De behandeling van neuropsychologische functiestoornissen

Bij patiënten met verworven hersenletsel (zoals trauma of cerebrovasculair accident, CVA) treden stoornissen in neuropsychologische functies op, zoals stoornissen in de aandacht, geheugen en het plannen en organiseren van handelingen. Bij de behandeling van deze stoornissen in revalidatiecentra, maar ook in verpleeghuizen en ziekenhuizen, wordt in veel gevallen een beroep gedaan op ergotherapeuten (zie Zoltan, 1990; Abreu & Togliola, 1987). Over de behandeling bestaat onder ergotherapeuten echter geen consensus (zie Daniels & Oskam, 1988; Vlemmings, Carp & Oomen, 1988). De discussie spitst zich toe op de vraag of men zich moet richten op 'functietraining' danwel 'reorganisatie en compensatie'.

Bij de eerst genoemde aanpak (functietraining) wordt ernaar gestreefd de neuropsychologische functie te herstellen door de betreffende functie te trainen. In concreto betekent dit dat men bij een patiënt met geheugenstoornissen het spel 'memory' gaat doen. De gedachte daarbij is dat het herhaald oefenen van de geheugenfunctie zal leiden tot herstel van de functie.

Bij de andere aanpak (reorganisatie en compensatie) wordt ervan uitgegaan dat de functiestoornis op zich blijvend is en dat het daarom niet zinvol is te streven naar herstel. In plaats daarvan heeft de behandeling tot doel de patiënt methoden aan te leren waarmee deze - ondanks de functiestoornis - taken en handelingen op een adequate wijze uit kan voeren. In het geval van de eerder genoemde patiënt met een geheugenstoornis leert de ergotherapeut de patiënt bijvoorbeeld gebruik te maken van externe geheugensteuntjes en van associaties om de herinnering te ondersteunen. De gedachte achter de behandeling is de patiënt de gestoorde functie te laten omzeilen door de taak op een andere manier uit te voeren (reorganisatie) of gebruik te maken van externe hulpmiddelen (compensatie).

Bij de discussie over de te volgen aanpak baseerden ergotherapeuten zich vooral op theoretische overwegingen (o.a. Luria, 1980). Sinds kort baseren zij zich echter ook op neuropsychologisch onderzoek (Berg, Koning-Haanstra & Deelman, 1991). Dit onderzoek betreft de behandeling van geheugenstoornissen bij patiënten met traumatisch hersenletsel. De patiënten kregen een behandeling bestaande uit 'strategie-training' (te vergelijken met de reorganisatie/compensatie aanpak) of een behandeling bestaande uit het herhaald oefenen van geheugentaken (te vergelijken met de functieherstel aanpak); een controlegroep kreeg geen behandeling. In het onderzoek werden patiënten opgenomen die meer dan negen maanden eerder een hersentrauma opgelopen hadden. Bij deze patiënten leidde alleen strategietraining tot verbetering op geheugentests; de patiënten die herhaald oefenden toonden geen verbetering. Het moge duidelijk zijn dat dit onderzoek van veel belang is voor de discussie onder ergotherapeuten over de te volgen aanpak.

Dit voorbeeld laat zien hoe de vooral praktisch georiënteerde paramedische zorg baat kan hebben bij de meer wetenschappelijke oriëntatie van de psychologie. Er is echter ook uitwisseling in omgekeerde richting mogelijk: in onderzoek kan gebruik gemaakt worden van de uitgebreide ervaringskennis van paramedici. De soms jarenlange ervaring met de behandeling van een bepaald type klachten is een rijke bron voor hypothesen omtrent de oorzaken en behandeling van deze klach-

ten. Momenteel apraxie bij CVA ervaringsdeskun

**Pijn en beperking**  
Artrose is een r van kraakbeen e onder meer pijn derzoek blijkt da tast zijn (voor e Het verband tus sterk. Voor een e gewrichten vastg len; met een be klachten wellich factoren dan afwi

Zo is veronder klachten kan leic te reageren meer het hier tot op h het vermoeden d gens doet zich d voor moet steller Een mogelijke ve in dit geval de fy: bij beweging en v verminderen doo twee-snijdend zw mijn ook tot ver: beperkingen. Voo et al., 1992). De v gatieve emoties) 1 den en daardoor c treft beperkingen mechanisme gevc

Negatief effect

Figuur 2 Veronderste

Dit voorbeeld ma raakvlak - concep chologische vrage 'vermijden van be'

en daardoor in een  
behandeling.

licht worden aan de

erebrovasculair acci-  
s op, zoals stoornis-  
van handelingen. Bij  
aar ook in verpleeg-  
gedaan op ergothera-  
andeling bestaat on-  
Dskam, 1988; Vlem-  
le vraag of men zich  
pensatie'.

ur gestreefd de neur-  
unctie te trainen. In  
stoornissen het spel  
oefenen van de ge-

ervan uitgegaan dat  
zinnvol is te streven  
le patiënt methoden  
ken en handelingen  
er genoemde patiënt  
bijvoorbeeld gebruik  
m de herinnering te  
t de gestoorde func-  
voeren (reorganisa-  
tie).

apeuten zich vooral  
seren zij zich echter  
& Deelman, 1991).  
n bij patiënten met  
eling bestaande uit  
pensatie aanpak) of  
ugentaken (te verge-  
geen behandeling. In  
gen maanden eerder  
alleen strategietrai-  
aald oefenden toon-  
k van veel belang is  
pak.

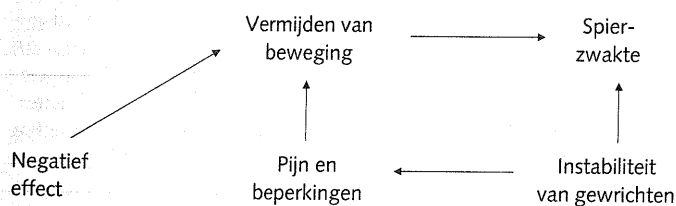
e paramedische zorg  
n de psychologie. Er  
n onderzoek kan ge-  
van paramedici. De  
type klachten is een  
ling van deze klach-

ten. Momenteel loopt bij ons instituut een onderzoek naar de behandeling van apraxie bij CVA-patiënten, waarbij zeer intensief gebruik gemaakt wordt van de ervaringsdeskundigheid van ergotherapeuten.

### Pijn en beperkingen bij artrose

Artrose is een reumatische aandoening die gekenmerkt wordt door degeneratie van kraakbeen en vorming van nieuw bot in de gewrichten. De klachten betreffen onder meer pijn en beperkingen, zoals problemen met lopen en bukken. Uit onderzoek blijkt dat de klachten ernstiger zijn naarmate de gewrichten meer aangestast zijn (voor een overzicht zie Dekker, Boot, Van der Woude & Bijlsma, 1992). Het verband tussen afwijkingen aan de gewrichten en klachten is echter niet erg sterk. Voor een deel vindt dit zijn oorzaak in de manier waarop afwijkingen aan gewrichten vastgesteld worden: het is moeilijk relevante afwijkingen vast te stellen; met een betere maat zou de samenhang tussen gewrichtsafwijkingen en klachten wellicht hoger zijn. Tegelijkertijd is het echter waarschijnlijk dat andere factoren dan afwijkingen aan de gewrichten een rol spelen.

Zo is verondersteld dat de psychische reactie op de ziekte tot verergering van de klachten kan leiden. Inderdaad is gevonden dat patiënten die angstig op hun ziekte reageren meer klachten hebben dan anderen (zie Dekker et al., 1992). Hoewel het hier tot op heden uitsluitend om correlatieve verbanden gaat, bevestigt dit het vermoeden dat de psychische reactie van invloed is op de klachten. Vervolgens doet zich de vraag voor hoe men zich het mechanisme achter dit verband voor moet stellen: hoe komt het dat angstige patiënten meer klachten hebben? Een mogelijke verklaring maakt gebruik van concepten uit de paramedische zorg, in dit geval de fysiotherapie. De pijn van patiënten met artrose wordt veelal erger bij beweging en vermindert met rust. Dit geeft patiënten de mogelijkheid pijn te verminderen door beweging te vermijden. Vermijden van beweging is echter een twee-snijdend zwaard: behalve tot vermindering van pijn leidt het op langere termijn ook tot verzwakking van spieren. Spierzwakte leidt tot meer pijn en meer beperkingen. Voor dit model bestaat empirische steun in de literatuur (zie Dekker et al., 1992). De veronderstelling is nu dat patiënten die angstig (of met andere negatieve emoties) reageren nog meer dan anderen geneigd zijn beweging te vermijden en daardoor op langere termijn meer klachten hebben (zie figuur 2). Wat betreft beperkingen (maar niet wat betreft pijn) is onlangs empirische steun voor dit mechanisme gevonden (Dekker, Tola, Aufdemkampe & Winckers, 1993).



Figuur 2 Veronderstelde oorzaken van pijn en beperkingen bij patiënten met artrose

Dit voorbeeld maakt duidelijk hoe – met activiteiten en beperkingen daarin als raakvlak – concepten uit de paramedische zorg gebruikt kunnen worden om psychologische vragen te beantwoorden: 'angst' als psychologisch begrip leidt via 'vermijden van beweging' en het fysiotherapeutisch concept 'spierzwakte' tot ver-