

Patrick van Dun

Klinische modellen in de osteopathie: de zoektocht naar een performanter kader

"Zo hebben wij het voortaan over de structurele benadering van de osteopathie, de benadering van het craniale gebied in de osteopathie, de benadering van het visceraal gebied in de osteopathie, de benadering van het kind in de osteopathie, de benadering van de sporter in de osteopathie, ...", lezen we in het editoriaal van de vorige uitgave.¹ Abstractie makend van het feit dat deze uitspraak er niet in slaagt om een fundamentele verbetering te bewerkstelligen van ons vakjargon en dus louter voor een semantische opsmukbeurt zorgt waarvoor ik reeds waarschuwde,² wil ik in deze rubriek even stilstaan bij de verschillende "benaderingen" (*approach*) binnen de osteopathie.

Vooraleer van wal te steken nog even kort een verklaring waarom voornoemde uitspraak zelfs semantisch weinig zoden aan de dijk brengt. Een kind of een sporter kan je als osteopaat uiteraard gerust "benaderen" (lees: "behandelen") in de zin van het aanbieden van osteopathische zorg voor een bepaalde persoon. Hierbij kan zowel de diagnostische alsook therapeutische benadering van de osteopaat voor een specifieke patiëntengroep wel degelijk verschillend zijn. Anderzijds kan deze ook verschillend zijn voor verschillende patiënten uit dezelfde groep.

De betekenis van een "structurele benadering" binnen de osteopathie is van een heel andere aard; hier gaat het om een model (zie verder in dit artikel).³ De "benadering van het craniale of visceraal gebied" is noch het een noch het ander. Wanneer we het taalkundig gekunstel laten voor wat het is, betekent het niet meer dan "wat te denken/doen over/met het hoofd en de organen?" Het is en blijft zonder meer gebaseerd op de vermeende drie pijlers binnen de osteopathie en bestendigt eigenlijk de misverstanden. Op zich handelt het dus niet om een model zoals dit wel het geval is voor bijvoorbeeld het Sutherland model van PRM en *balanced membranous tension* of het model van de *colonnes de pression* en *visceral slide* van Finet en Williams.

Laten we dan maar van start gaan met het voor de hand liggende "structurele model" uit de osteopathie. Het aangeboren vermogen van het lichaam/

persoon tot zelfgenezing is een sleutelconcept binnen ons vak.³ Men gaat ervan uit dat onevenwichten en spanningen in lichaamsstructuren een hinderpaal kunnen zijn voor zelfgenezing.^{4,5} Door het wegnemen van deze structurele obstakels zouden we de fysiologie verbeteren, pathologie voorkomen en gezondheid bevorderen.^{3,4,6} Dit structurele model gebruiken we dus om de oorzaak van de klachten van de patiënt te rationaliseren en om ons klinisch redeneren en handelen te sturen en te verantwoorden.

'We gebruiken klinische modellen om de oorzaak van de klachten van de patiënt te rationaliseren en om ons klinisch redeneren en handelen te sturen en te verantwoorden.'

Reeds geruime tijd staat dit structurele model onder druk vanwege het feit dat wetenschappelijke studies geen verband kunnen blootleggen tussen deze structuren en het ontstaan van musculoskeletale klachten. Dit zou impliceren dat structurele aanpassingen therapeutisch weinig nut zouden hebben voor deze klachten. Daarenboven achten onderzoekers het weinig waarschijnlijk dat men structurele aanpassingen zou kunnen teweegbrengen met aanwending van zo weinig kracht in zo weinig tijd. Iedereen besluit dat de osteopaten dan maar best op zoek dienen te gaan naar een ander model. Hij stelt een model van *process approach* voor dat ondersteund en ontwikkeld wordt door de biopsychosociale wetenschappen en *evidence based medicine*.⁷

Anderzijds kunnen ook structurele therapeutische *adjustments* met relatief weinig krachtinwerking in een kort tijdsbestek de functie van het lichaam zodanig beïnvloeden dat er effectief structurele aanpassingen op lange termijn kunnen bewerkstelligd worden. Met andere woorden de "leave it" uit de gevleugelde uitspraak "find it, fix it, leave it", mag hier niet over het hoofd worden gezien. Wanneer een osteopaat een taluscorrectie uitvoert die de patiënt onmiddellijk een plantaire flexiewinst van 20° oplevert, kan men in elk geval besluiten tot een functionele aanpassing die hoogstwaarschijnlijk berust op een structurele verandering. Wanneer diezelfde patiënt bij een volgende consultatie twee weken

a Waarbij we "model" hier gemakshalve definiëren als een bepaalde weergave van de werkelijkheid en "paradigma" (zie ook editoriaal) als een samenhangend stelsel van modellen en theorieën als zienswijze.

later, meldt dat ondertussen de beweeglijkheid van zijn heup verbeterd is en zijn knie minder pijnlijk is, dan is de kans vrij groot dat er gedurende deze tijd zich nog andere structurele aanpassingen hebben voltrokken. Dit klinische beeld kan wat anekdotisch aandoen maar ook in de wetenschappelijke literatuur is er toch wel wat informatie te vinden die erop wijst dat manuele technieken die in een relatief korte tijdspanne met relatief weinig krachtinwerking uitgevoerd worden een effect veroorzaken,^{8,9,10} met mogelijk structurele aanpassingen.⁸ Blijft dan de vraag of men het kind (lees: "model") met het badwater dient weg te gieten en een alternatief model zich opdringt. Misschien is het beter om ons in de praktijk, zoals al gesuggereerd werd in het editoriaal, van verschillende modellen complementair te bedienen.

Hetzelfde geldt voor de osteopathische structuurfunctie-modellen^{11,12} die men ook niet apart dient te betrachten. Ze zijn te zien als een geheel van modellen die een verklaring bieden betreffende het klinisch redeneren van osteopaten.

'Misschien is het beter om ons in de praktijk van verschillende modellen complementair te bedienen.'

Dat onze modellen getoetst dienen te worden aan de nieuwste evidentie en het onderwerp dienen uit te maken van experimenteel onderzoek staat buiten kijf. Hierdoor zullen modellen bevestigd kunnen worden, aangepast of soms zelfs verlaten dienen te worden. Steeds opnieuw bijschaven en op zoek gaan naar een performanter kader voor ons denken en handelen is noodzakelijk. Dat men de nodige kritische geest aan de dag dient te leggen bij de interpretatie van relevante literatuur om dan op een correcte manier over de modellen te kunnen communiceren naar de buitenwereld is hierbij een vereiste. Het gevaar is anders dat er bewust of onbewust een verkeerd beeld van de osteopathie wordt opgehangen.¹³

Naast een veelheid van klinische modellen die regelmatig op hun waarheid dienen onderzocht te worden zijn we van één zaak echt zeker, en dat is dat alle osteopaten zonder uitzondering voornamelijk mechanisch manueel diagnostisch en therapeutisch werkzaam zijn. Ze werken met hun beide handen fysisch aan hun patiënt. Ook wanneer ze zich bijvoorbeeld graag rekenen tot diegenen die een *fluid body approach* aanhangen (biodynamisch model binnen de osteopathie); *fluid mechanics* blijft *mechanics* en toegepast op biologische systemen blijft het *biomechanics*^b, wars van alle mogelijke

mythische en/of metafysische invullingen die er ook mogen gegeven worden aan het model.¹⁴

Deze voornamelijk mechanische benadering van de patiënt staat dan tegenover een voornamelijk chemisch-therapeutische benadering van de huisarts bijvoorbeeld.

'Deze voornamelijk mechanische benadering van de patiënt staat dan tegenover een voornamelijk chemisch-therapeutische benadering van de huisarts bijvoorbeeld.'

Een goede en geüpdatete kennis van de verschillende klinische modellen binnen ons vak en een correcte en precieze communicatie hiervan is een zegen voor de profilering van ons beroep en een noodzakelijk werkinstrument in onze praktijk.

Referentielijst

1. Burnotte F. Editoriaal, About osteopathy, 2017; 2: 5.
2. van Dun PLS, De drie pijlers van de osteopathie, nog steeds een pijnpunt, About Osteopathy, 2017; 1: 19-23.
3. Seffinger M, King H, Ward R, Jones J, Rogers F, Patterson M. Osteopathic philosophy. In: Ward R, editor. Foundations for osteopathic medicine. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2003. p. 3e18.
4. Cotton A. Osteopathic principles in the modern world, Int J Osteopath Med 2013; 16:17.
5. Tyreman S. Re-evaluating 'osteopathic principles', Int J Osteopath Med 2013; 16:38e45.
6. Comité Européen de Normalisation, Norme Européenne: Prestations de soins d'ostéopathie, NBN EN 16686:2015.
7. Lederman E. A process approach in osteopathy: beyond the structural model, Int J Osteopath Med 2016; 23:22-35.
8. Zein-Hammoud M, Standley PR Modeled Osteopathic Manipulative Treatments: A Review of Their in Vitro Effects on Fibroblast Tissue Preparations, JAOA 2015; 115(8): 490-502.
9. Hodge LM Osteopathic lymphatic pump techniques to enhance immunity and treat pneumonia, Int J Osteopath Med 2011; 15:13-21.
10. van Dun PLS, Dillies P, Dobbelaere E, Inghelbrecht F, Van Eeghem P, Steyaert L, Danse L, Rosseel Y (2008) Influence of a mobilization of the mesentery upon the capacity of the portal vein, reported by echo-Doppler, Int J Osteopath Med, 11(4): 160-161.
11. Benchmarks for training in traditional/complementary and alternative medicine: benchmarks for Training in Osteopathy, Switzerland: World Health Organization, 2010.
12. Grace S, Orrock P, Vaughan B, Blaich R, Coutts R. Understanding clinical reasoning in osteopathy: a qualitative research approach, Chiropractic & Manual Therapies, 2016; 24:6.
13. Hidalgo B. Thérapie Manuelle Orthopédique ou Ostéopathie, quelle formation choisir en Belgique? Conférence du 24/04/17 à la FSM de LLN suite à la demande du cercle des étudiants de la FSM-UCL (MAF), 2017; DOI: 10.13140/RG.2.2.21038.51529
14. McPartland JM, Skinner E The Biodynamic model of osteopathy in the cranial field in Chaitow L Cranial Manipulation Theory and Practice, Osseous and Soft tissue approaches, 2005, second ed., Elsevier, Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto, p. 93-110.

^b Biomechanics is the study of the structure and function of biological systems ... by means of the methods of mechanics (Wikipedia).