

# HOLISME IN DE OSTEOPATHIE: DE KLOOF OVERBRUGGEN TUSSEN CONCEPT EN PRAKTIJK

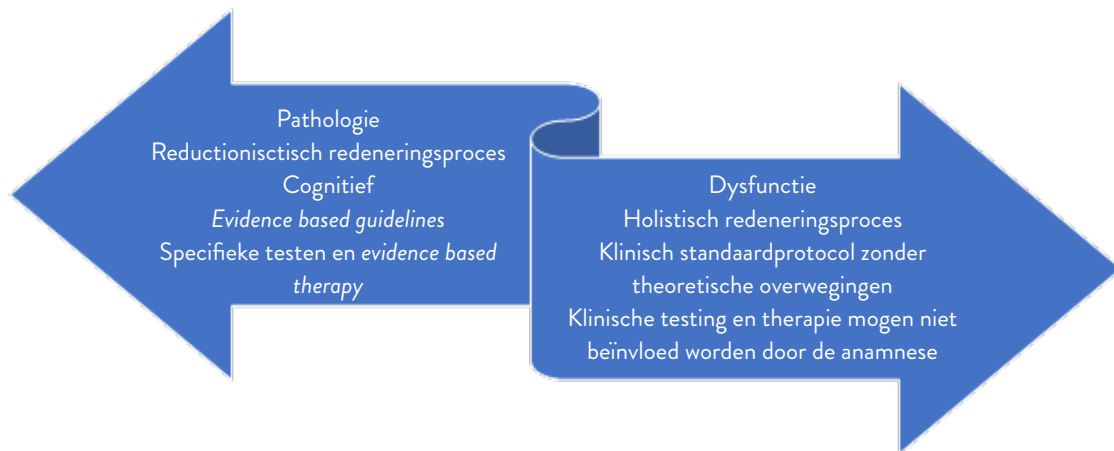
PATRICK VAN DUN

---

In het artikel “Reductionisme en holisme in het osteopathisch diagnostisch proces” van Rik Hoste werden er enkele interessante denkspistes uitgewerkt die een diepere analyse en discussie zeker verdienen. Dit niet enkel omdat reductionisme en holisme als de twee belangrijkste benaderingsvormen binnen de gezondheidszorg betracht worden maar ook en vooral, omdat het diagnostisch proces met haar klinisch redeneren misschien wel één van de belangrijkste elementen is om de osteopathie te differentiëren als specifieke manuele geneeswijze. Een analyse van de literatuur toont aan dat osteopaten het holisme in de breedste betekenis eerder lippendienst bewijzen en dat het duale karakter reductionisme-holisme in het klinisch redeneringsproces niet meer houdbaar is.

Hoewel de uiteenzetting van collega Hoste<sup>1</sup> parallellen heeft met enkele onderzoeken uit de literatuur dienaangaande, zijn er zeker ook wat lacunes te ontwaren die maken dat sommige gevolgtrekkingen de nodige nuance missen. Hierdoor laten ze de lezer achter met minstens het gevoel dat er een keuze dient gemaakt te worden tussen twee concepten die diametraal tegenover elkaar staan en waarbij er ook nog, al of niet bewust, een waardeoordeel aan vastgeknoopt wordt (een osteopaat dient toch holistisch te zijn, niet?). Ondanks het feit dat hij beide concepten een rol toebedeelt in het osteopathisch diagnostisch proces bevestigt hij de polariteit door ze te koppelen aan begrippen als pathologie enerzijds en dysfunctie anderzijds. Deze koppeling wordt nog verder uitgewerkt wanneer hij “pathologie” verbindt met een “reductionistisch redeneringsproces” waarvoor we al onze “intellectuele capaciteiten” dienen in te zetten. Hij verduidelijkt dat dit stukje diagnose puur cognitief is en gesteund wordt door *evidence based guidelines* (afbeelding 1). De dysfunctie daarentegen behoeft, volgens

Hoste, geen specifieke diagnose, omdat er geen enkele voorspelbare relatie zou bestaan tussen deze specifieke lokale diagnose en de meest aangewezen osteopathische behandeling. Hij gaat hierin zelfs nog een stap verder en beweert dat het klinisch redeneren en de behandelingsrichting niet mag beïnvloed worden door informatie die verkregen wordt uit de anamnese. Desondanks vindt hij de anamnese zeer belangrijk maar enkel om een algemeen beeld te verkrijgen van de patiënt; de manier waarop er gecommuniceerd wordt zou cruciaal zijn voor de osteopaat-patiënt-relatie en tegelijk doorslaggevend zijn om de typologie van de patiënt te achterhalen. Met andere woorden niet echt de inhoud van de anamnese lijkt van belang maar wel de vorm.



**Afbeelding 1:** Koppeling van verschillende concepten/begrippen volgens Hoste, 2018.

Vele van de noodzakelijke nuances in deze discussie kunnen op rekening geschreven worden van een gebrekkige of zelfs niet voorhanden definiëring van termen als bijvoorbeeld reductionisme en holisme. In dit artikel worden er daarom enkele mogelijke definities, concepten en gedachtenlijnen aangereikt die ons de kans geven om de verschillende concepten zonder polarisatie te integreren in ons diagnostisch en therapeutisch werk.

Omdat er in de osteopathische vakliteratuur nogal uiteenlopende definities bestaan van het begrip holisme<sup>2</sup> en er slechts zeer beperkt empirisch onderzoek met betrekking tot holisme en de implementatie ervan in de klinische praktijk bestaat,<sup>3</sup> zullen we ons vizier vooreerst wat breder dienen open te stellen. Abstractie makend van de veelvoud aan mogelijke betekenissen van holisme, kunnen we in het kader van ons vak ons beperken tot deze van Jan Smuts: “de neiging in de natuur om gehelen te vormen die groter zijn dan de som der delen door creatieve evolutie”.<sup>2</sup> Waarbij evolutie dient gezien te worden als zijnde een zeer dynamisch proces dat gekenmerkt wordt door een steeds toenemende mate van complexiteit en integratie. Wanneer we er dan de meer praktijkgerichte literatuur op naslaan wordt holisme door verschillende gezondheidswerkers omschreven als iets dat de volgende componenten omvat: een fysieke (inclusief de termen mechanisch, biomechanisch, biochemisch

of biologisch), energetische (inclusief termen als vitale kracht, vitaliteit, bio-energie, prana of chi), psychologische (emotioneel, mentaal), spirituele (inclusief ziel) en sociale (inclusief cultuur en milieu).<sup>3</sup> Een holistische benadering onderzoekt de interrelatie van elk onderdeel met het andere en met het geheel. Daartegenover staat een reductionistische benadering die naar (enkele of meerdere) elementen van het geheel kijkt en hierbij elk element apart pleegt te behandelen op een “*add-on*” manier.<sup>3</sup>

Nu hiermee wat duidelijkheid gecreëerd werd met betrekking tot enkele definities, kunnen we gaan verdiepen wat dit voor ons in de praktijk kan betekenen. Het kernthema van holisme blijkt het “bewustzijn van onderlinge relaties” te zijn. Het is niet dat reductionisme deze onderlinge relaties wil verloochenen (althans niet het “deugdelijk reductionisme”), ze wil enkel complexe entiteiten herleiden tot meer fundamentele. Reductie (de meer neutrale term voor het ondertussen pejoratieve “reductionisme”) is een heel gewoon verschijnsel in de wetenschap en houdt in dat men een complex verschijnsel tot een ander, eenvoudiger verschijnsel herleidt. Een andere benaming is “analyse”: een onmisbaar middel in de wetenschap maar zelfs voor elke rationale onderneming, zoals het voeren van een anamnese en een klinisch onderzoek. Zo is de aanwending van vele klinische testen en behandelingstechnieken als een “reductie”

te zien. Ook bijvoorbeeld de door Hoste voorgestelde inhibitietesten die de verhouding van verschillende “dysfunctionele structuren” ten opzichte van elkaar wil in kaart brengen om aldus een idee te verkrijgen van het functioneren van het gehele lichaam. Anderzijds zullen osteopaten zich ook direct herkennen in de volgende suggesties van deelnemers uit het onderzoek van Turner en Holroyd: “het is belangrijk om de respons in de weefsels te voelen terwijl je er mee in interactie gaat, en op te merken of ze een effect hebben op het geheel”; of “een palpatie die verder gaat dan de plaats waar de handen zich bevinden waardoor we een lichaamsscan kunnen doorvoeren en een idee verkrijgen over het lichaam in zijn geheel.”<sup>3</sup>

De terechte verwijzing van Hoste naar het lichaam als een complex adaptief systeem zegt enkel maar dat er meer informatie te rapen valt dan beschreven kan worden door de analyse van zijn afzonderlijke bestanddelen. De “reductie” kan hier wel erkend worden als een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde om een emergent verschijnsel te kunnen verklaren. Dit betekent niet dat emergente verschijnselen, waarvan het leven een prachtvoorbeeld is (en dus ook dysfuncties), onverklaarbaar zijn. Eenmaal gevonden of ontdekt kan men, reductionistisch terug redenerend, wel nagaan hoe ze ontstaan kunnen zijn, hoe versluierd de oorzaak-gevolg keten ook moge zijn. En al valt er hierover effectief geen evidentie te bespeuren in de medische wetenschap, er valt beslist wel wat waarschijnlijkheid te ontdekken die het toelaat om professioneel een behandelingsstrategie voor te stellen aan de patiënt, die er mogelijk ook de zin van inziet, hoop op - of effectief - beterschap ervaart en zijn klachten op die manier een plaats weet te geven. Daarenboven hangt het bewustzijn van de voornoemde “onderlinge relaties” van holisme ook af van wie we voor ons hebben en in welke context er gebruik van gemaakt wordt. Dit wil zeggen dat het scala aan componenten (zie definitie supra : fysieke, energetische, psychologische, spirituele, sociale) lijkt te worden beperkt of uitgebreid door een individuele definitie, concept en interpretatie van holisme. Het ligt wel in onze aard (lees: professionele waarden) als osteopaat om het gehele lichaam in ogenschouw te nemen maar of we hiermee geheel holistisch handelen en denken is nog

maar de vraag. Onderzoek toont aan dat we wel bewust zijn van al deze componenten maar dat we het holisme in de breedste betekenis eerder lippendienst bewijzen, waardoor het handelen van osteopaten eerder beperkt wordt tot holisme van het fysieke.<sup>3,4,5</sup>

“Onderzoek toont aan dat we wel bewust zijn van al de componenten van holisme maar dat we het holisme in de breedste betekenis eerder lippendienst bewijzen, waardoor het handelen van osteopaten eerder beperkt wordt tot holisme van het fysieke.”

Ook al vinden we de opdeling (zie afbeelding 1) in een zogezegd reductionistisch biomedisch klinisch redeneren en een meer holistisch osteopathisch klinisch redeneren ook terug in de literatuur,<sup>6</sup> toch laat een diepere analyse van de literatuur een niet zo gepolariseerd beeld vermoeden. Breed genomen kunnen we stellen dat klinisch redeneren verwijst naar “de denken en besluitvormingsprocessen geassocieerd met een klinische praktijk”.<sup>7</sup> Veel van de literatuur over klinisch redeneren ondersteunt het gebruik van meerdere redeneerstrategieën door gezondheidsdeskundigen, zoals: patroonherkenning, hypothetisch-deductief redeneren, diagnostisch of procedureel, interactief en voorwaardelijk of voorspellend redeneren, verhalend redeneren, ethisch redeneren en collaboratief redeneren.<sup>8</sup> Zowel de osteopathie<sup>9</sup> alsook andere manuele beroepen vormen geen uitzondering bij het gebruik van deze strategieën en zijn aanvullend afhankelijk van palpatoire bevindingen in het redeneerproces. Het hypothetico-deductief klinisch redeneringsmodel werd hierbij initieel in de analytische en cognitieve hoek gezet en toebedeeld aan de beginnende clinicus, daarentegen werd klinische expertise geassocieerd met het model van patroonherkenning en intuïtieve redenering. Vandaag weten we dat deze twee benaderingswijzen met betrekking tot klinisch probleemoplossen overlappend zijn en dat klinici zich, afhankelijk van de situatie, dynamisch van beide benaderingen bedienen. Dit zorgde ervoor dat het duale model vervangen werd door

een cognitieve continuüm theorie met aan de ene kant “analyse” (trage, weloverwogen taak- en gegevensverwerking, hoog niveau van vertrouwen in het resultaat) en aan de andere kant “intuïtie” (snelle taak- en gegevensverwerking, laag niveau van vertrouwen in het resultaat). Het centrale gedeelte van dit continuüm is dit van quasirationaliteit: een combinatie van analyse en intuïtie, waarin het merendeel van het klinisch redeneringsproces zich afspeelt.<sup>6</sup>

Specifiek voor het klinische redeneringsproces binnen de osteopathie spreekt ook Thomson et al. van een continuüm met aan het ene uiteinde de technische rationaliteit (een osteopaat-gerichte, fysische, biomedische en biomechanische benadering) en aan het andere uiteinde het professionele kunstenaarschap (een patiënt-gerichte, biopsychosociale benadering) – een continuüm dat zowel hypothetico-deductieve redenering, patroonherkenning en narratieve redenering (een samenwerkingsdialoog tussen de patiënt en de osteopaat om behandelingen samen gestalte te geven).<sup>9,10</sup>

De persoonlijke waarden van de beoefenaar en hun professionele geloofssysteem zullen

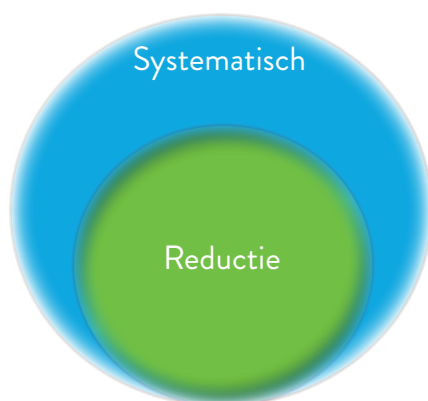
hun klinische redenering beïnvloeden.<sup>11</sup> Dit redeneren door de lens van osteopathische structuur-functie-modellen (tabel 1) als onderdeel van de “ambachtelijke kennis” van osteopathie, waarbij het primaire doel ervan niet ligt in het formuleren van één enkele diagnose maar van een werkhypothese die voorziet in een motivering voor behandeling, lijkt mogelijk specifiek te zijn voor ons vak. De deelnemers aan het kwalitatieve onderzoek van Grace et al. stelden dat het interpreteren van patiëntgegevens door deze structuur-functie relaties het mogelijk maakte voor osteopaten om verbanden te ontdekken tussen ogenschijnlijk niet-gerelateerde dingen, bijvoorbeeld: “een hoofdpijn met een disfunctioneel ademhalingspatroon of met beperkte beweging in één knie”.<sup>6</sup> Niettemin, het feit dat klinisch redeneren vaak langs een praktijk-continuüm ligt van technische rationaliteit naar professioneel kunstenaarschap,<sup>6,9</sup> samen met de mogelijke verschillen in naleving van professionele waarden,<sup>12,13</sup> maakt dat klinisch redeneren onvermijdelijk zal variëren van osteopaat tot osteopaat.

<b>Biomedical</b>	Consideration of signs and symptoms in the context of defined diseases and need for referral for further medical assessment and management (red flags).
<b>Biomechanical</b>	Assessment of the health of the musculoskeletal system, including how the structure (posture) and function are integrated.
<b>Respiratory/ circulatory</b>	Examination of the respiratory mechanism, ensuring that breathing function is optimal. Assessment of all tissues of the body for full blood supply and drainage, and of the structural and functional relationship between the two systems.
<b>Neurological</b>	Assessment of function in the central, peripheral and autonomic nervous systems, and the relationship of those systems to all tissues of the body.
<b>Nutritional</b>	Foundational dietary analysis for signs of deficiency or suboptimal nutritional status.
<b>Behavioural</b>	Consideration of the psychosocial factors influencing health, including relational, occupational and financial, and the need for multidisciplinary care.
<b>Energy expenditure</b>	Assessment of optimal energy utilisation, and consideration of issues that may affect the healing process (e.g. relatively minor mechanical or immune dysfunctions).

**Tabel 1:** Osteopathic diagnostic (structure-function) models (Grace et al., 2016).

De vraag van Hoste om dit thema een belangrijke rol toe te bedelen in het onderwijs is meer dan gerechtvaardigd. Onderzoek toont ook aan dat hoewel er binnen het curriculum zeker wel aandacht is voor een holistische visie, deze wat ondergesneeuwd geraakt door de overvloed aan biomedische informatie en het niet opvolgen van de holistische visie in de praktijk.<sup>3</sup> Toch wordt algemeen aanvaard dat deze biomedische kennis een essentieel element is van een holistisch onderwijs en vinden het merendeel van de deelnemers aan het onderzoek van Turner en Holroyd het belangrijk om opmerkzaam te zijn voor de symptoomregio's van de patiënt en de symptomen trachten te verlichten. Ze doen dit evenwel zonder oog te verliezen voor de "what else" in het lichaam, gelinkt aan de "tissue needs". Hiermee wordt er een groot vertrouwen gelegd in wat het lichaam van de patiënt ons te vertellen heeft naast het directe consultatiemotief van de patiënt.<sup>3</sup>

Een globaal onderzoek van het gehele lichaam doorvoeren, zoals Hoste het voorstelt,<sup>1</sup> wat hij hiermee ook moge bedoelen, is enkel al vanwege het beperkte tijdsbestek van een osteopathische consultatie van gemiddeld 30 tot 45 minuten, onmogelijk. Daarenboven dienen anamnese en klinisch onderzoek elkaar aan te vullen en wel degelijk inhoudelijk richting te geven aan de behandeling en begeleiding van de patiënt. Precies dit is ook het einddoel van een anamnese en een klinisch onderzoek.



**Afbeelding 2:** Inclusieve benaderingen binnen de osteopathie.

Samengevat merken we dat het duale karakter van een reductionistische (beter: reductie) tegenover een holistische benadering (beter:

systemische benadering)<sup>14</sup> niet meer te verdedigen is en dat we er goed aan doen beide benaderingswijzen als een continuüm te betrachten waarbij we naargelang van de context een wat meer analytische of holistische benadering zullen gebruiken. Het zijn geen aparte entiteiten, beide zijn inclusief en nodig voor een betere gezondheidszorg. Ook vallen pathologie alsook dysfunctie niet onder te brengen in deze dualiteit; ze zijn niet strikt afgrensbaar maar vloeien eerder in elkaar over.

“De osteopathie is niet in staat de mens als geheel inhoudelijk te benaderen, maar zou wel deel kunnen uitmaken van een holistische mens- of gezondheidsvisie.”

Daarenboven is er enige voorzichtigheid geboden bij de breedte van het concept holisme. Niet ieder osteopaat zal dit concept dezelfde inhoud geven, gezien hun opleiding(en), interesse en ideeën betreffende hun "scope of practice". Er kan dan discussie ontstaan of we al of niet onze scope of practice moeten verbreden en dus ook ons onderwijs dienen aan te passen,<sup>15</sup> uiteindelijk dient de beroepsgroep zich te enigen over haar competentieprofiel en haar niche af te bakenen. Anderzijds kunnen we niet alles even goed aanbieden: schoenmaker blijf bij uw leest.

Collega Hertogen vat het goed samen: "De inhoudelijke reikwijdte van de osteopathie strekt zich slechts uit tot het menselijke biologische lichaam en is dus als middel of methode voor andere bestaansdomeinen zoals bijvoorbeeld het mentale of het religieuze inhoudelijk niet toereikend. De osteopathie is niet in staat de mens als geheel inhoudelijk te benaderen, maar zou wel deel kunnen uitmaken van een holistische mens- of gezondheidsvisie. Hierbij zou de osteopathie een deel kunnen vertegenwoordigen van een groter geheel tezamen met andere geneeswijzen en behandelvormen die elk vanuit hun eigen kennisdiscipline een bijdrage kunnen leveren aan een meer totale vorm van gezondheid en die dus niet bereikt kan worden vanuit slechts een deel van het spectrum."<sup>22</sup> Meteen ligt ook hier de tegenwoordig gewenste uitdaging van de multidisciplinaire aanpak van de patiënt.

## Referenties

1. Hoste R. Reductionisme en holisme in het osteopathisch diagnostisch proces, *About Osteopathy*, 2018; 4:28-31.
2. Hertogen R. Een kritische analyse van de hedendaagse holistische identiteit van de osteopathie: een bijdrage vanuit een cultuurwetenschappelijke en wetenschapsfilosofische invalshoek, 2010, thesis College Sutherland, Brussel.
3. Turner PWD, Holroyd E. Holism in Osteopathy – Bridging the gap between concept and practice: A grounded theory study, *International Journal of Osteopathic Medicine*, 2016; 22: 40-51.
4. Tyreman S. Evidence, alternative facts and narrative: A personal reflection on person-centred care and the role of stories in healthcare, *International Journal of Osteopathic Medicine*; 2018, 28: 1-3.
5. Formica A, Thomson OP, Esteves JE. 'I just don't have the tools' - Italian osteopaths' attitudes and beliefs about the management of patients with chronic pain: A qualitative study, *International Journal of Osteopathic Medicine*; 2018, 27: 6-13.
6. 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.
7. Higgs J, Jones M. *Clinical Reasoning in the Health Professions*. 2nd ed. Oxford: Butterworth Heinemann; 1995.
8. Schwartz A, Elstein A. Clinical reasoning in medicine. In: Higgs J, Jones M, Loftus S, Christensen N, editors. *Clinical reasoning in the health professions*. 3rd ed. Oxford: Butterworth Heineman; 2008. p. 223–34.
9. Thomson O, Petty N, Moore A. A qualitative grounded theory study of the conceptions of clinical practice in osteopathy – A continuum from technical rationality to professional artistry. *Man Ther*. 2014; 19:37-43.
10. Thomson O, Petty N, Moore A. Clinical reasoning in osteopathy - More than just principles? *Int J Osteopath Med*. 2011;14:71–6.
11. Higgs J, Jones M. Clinical decision making and multiple problem spaces. In: Higgs J, Jones M, editors. *Clinical Reasoning in the Health Professions*. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2008. p. 3–23.
12. Special Issue: Osteopathic Principles, *International Journal of Osteopathic Medicine*, 2013; 16 (1).
13. Wagner C., *Exploring European Osteopathic Identity: an Analysis of Professional Profiles of European Osteopathic Organizations*, 2009, MSc Project, WSO-DUK, Vienna.
14. Gueullette J-M. *L'ostéopathie une autre médecine*, 2014, Presses Universitaires de Rennes, p. 58, 91.
15. Thomson O.P., Abbey H. Your paradigm or mine? Navigating the varied landscapes of osteopathic practice, research and education, *Int J Osteopath Med* 2017; 24:1-2.