

BRAM BAKKER

# HARDLOPEN ALS LICHAAMS- WERK

Runningtherapie 2.0



Uitgeverij Lucht by, Hilversum

# Inhoud

Inleiding	7
Het ontstaan van runningtherapie	13
Zijn mentale problemen hersenziekten?	18
Behandeling van psychische stoornissen	29
Kracht en klacht: het balansmodel	34
Interview met Gerard Nijboer	40
Duursport	59
Wat is lichaamswerk?	65
Ademhaling	69
Stress, de HPA-as	78
Gezondheid, ziekte en leefstijl	87
Trauma	91
Interview met Gregor Stam	100
Onbegrepen lichamelijke klachten	109
Oortjes uit, zintuigen aan	116
Blessures	120
Techniek	124
Polyvagaaltheorie	128
Gedragsverslaving: het ongezonde bewegen	134
Spel	138

Voeding	141
Terugval	145
Wedstrijd	149
Overgewicht	153
Technologie	158
Runningtherapie in de praktijk	165
Epiloog	183
Meer lezen?	185
Dankwoord	189

## Inleiding

In 1985 liep ik voor het eerst een marathon, en mijn voornemen is om als ik honderd ben mijn honderdste officiële wedstrijd over de klassieke afstand te voltooien. Dat gaat gebeuren op zondag 4 november 2063 in New York. Wat een onzin (en opschepperij ook nog!) kun je nu denken, maar misschien moet je nog even verder lezen. Want dit boek gaat niet over mij, ook niet over marathons lopen en nog minder over feiten of getallen.

Het gaat over bewegen, of iets specifieker: over duursport in ons aller leven, niet enkel dat van mij. En ook over een manier van in het leven staan, want er is best kans dat ik geen honderd word of dat ik tegen die tijd zo geblesseerd ben dat ik niet mee kan doen.

Als het gaat om de waarde van bewegen, kan ik geen betere illustratie geven dan mezelf. Want als er iemand is die graag hardloopt, ben ik het. Mijn inzicht in wat me dat oplevert is in de loop der jaren toegenomen. En wat het me heeft gekost, vooral dat extreem prestatiegerichte rennen, besef ik nu ook beter. Ik houd misschien wel meer van hardlopen dan ooit eerder in mijn leven. En dat heeft alles te maken met de veranderde betekenis die mijn favoriete sport voor me heeft. Ik ben trouwens ook een groot liefhebber van wielrennen en doe af en

toe ook iets met triatlon. Veel van wat je in dit boek kunt lezen, geldt ook voor deze sporten: het gaat over duursport in dit boek.

Het hardlopen was ooit een vorm van competitie, een manier om me sportief te onderscheiden van mijn loopvrienden. En het was een ‘piekerstop’: zonder dat ik het me bewust was, gaf het mijn hoofd rust. Als ik rende was ik met weinig anders bezig dan de tijden op mijn stopwatch, zo’n ouderwets lelijk plastic ding met een koord eraan. Want al ver voor de smartwatch werd geïntroduceerd, rende ik zo hard ik kon.

Dat mijn hoofd rustiger werd door het rennen, zou ook de mensen met wie ik werkte kunnen helpen, bedacht ik me. En zo begon ik al in de tijd dat ik in opleiding was tot psychiater, te rennen met mijn patiënten. Dat deed ik vlak bij de Valeriuskliniek waar ik werkte, in het Amsterdamse Vondelpark, inmiddels al zo’n dertig jaar geleden. Inspiratie haalde ik destijds bij een bewegingswetenschapper die onderzoek deed naar ‘runningtherapie’ als behandelmethode van depressie.

Jaren later, in 2006, schreef ik mijn eerste boek over mijn favoriete sport, *De halve van Egmond*. De uitgever verzon als ondertitel ‘Liever een marathon dan een burn-out’, en dat is bijna twintig jaar later nog steeds een toepasselijk motto.

Ergens rond het verschijnen van dat boek kreeg ik contact met fysiotherapeut Simon van Woerkom, met wie ik tot de dag van vandaag een driedaagse opleiding Runningtherapie verzorg. Het boek met de gelijknamige titel verscheen in 2008 en met Simon liep ik sindsdien alle grote stadsmarathons in de wereld. Het mag duidelijk zijn: hardlopen en de therapeutische mogelijkheden die het biedt, spelen een grote rol in mijn leven en werk en in dat van vriend Simon.

Maar de functie van dat hardlopen is wel veranderd. Het belang van hardlopen is onverminderd groot, maar het is niet meer de evidencebased behandeling van het psychiatrische ziektebeeld depressie. Heel lang was dat wel mijn referentiekader, waarbij ik me liet inspireren door het beroemde boek *Uw brein als medicijn* van de Franse psychiater David Servan-Schreiber (1961-2011). Hij was het die de vraag ‘Prozac of Adidas?’ durfde te stellen. En hoewel ik werd opgeleid in Prozac zei mijn gevoel Adidas.

Eind 2021 liet ik mijn registratie als psychiater verlopen, omdat ik me niet langer kon schikken in de beroepsuitoefening zoals die door de beroepsvereniging, de zorgverzekeraars en de bestuurders en managers van ggz-instellingen steeds dwingender werd voorgeschreven. Te veel aandacht voor de vorm, te weinig voor de inhoud, daar komt het kort samengevat op neer. De talloze bureaucratische verplichtingen waaraan zoveel waarde wordt toegekend zijn overwegend onpersoonlijk en de inhoudelijke kwaliteit wordt steeds indirecter bepaald. Waarom hebben we in de geestelijke gezondheidszorg niet meer voldoende aan de recensies van de mensen met wie we werken? We doen het toch allemaal voor hen?

Geheel los van het besluit te stoppen als psychiater had ik als mens in de jaren voor mijn afscheid ook steeds meer last gekregen van ‘oud zeer’, een niet-psychiatrische diagnose die het werken als psychiater ook niet gemakkelijker maakte. ‘Oud zeer’ is een optelsom: gebeurtenissen uit de jeugdijaren die beter niet hadden kunnen gebeuren (traumatische ervaringen), en dat wat in diezelfde levensfase onvoldoende beschikbaar was (warmte, veiligheid, knuffels en zo) resulteren later in het leven vaak in psychische en/of lichamelijke klachten.

Ik kreeg in de jaren voor mijn vertrek uit de reguliere gezond-

heidszorg te maken met serieuze en langdurige gezondheidsproblemen. Gedwongen thuiszitten bracht me in ieder geval het inzicht dat er weinig balans was in mijn leven: geen balans in mijn werk, maar zeker ook niet in mijn privéleven. De kwaal die me het werken onmogelijk maakte, werd door de talloze neurologen die me onderzochten aangeduid als 'cerebellaire ataxie'. En, toeval bestaat niet, mijn belangrijkste klachten waren forse evenwichtsproblemen.

Er is nooit achterhaald waardoor mijn cerebellum in medische zin zo ernstig ontregelde. Maar mijn neurologische aandoening bracht me uiteindelijk wel een van de grootste geschenken uit mijn leven: toen ik begon te begrijpen waar de klachten vandaan kwamen en wat er achter de symptomen school, kon ik geleidelijk gaan herstellen. In een periode van meer dan een jaar lukte het om letterlijk en figuurlijk een betere balans te vinden.

Hardlopen ben ik altijd blijven doen, zelfs ten tijde van mijn gebrekkige evenwicht. Niet omdat het moest, maar omdat het me zoveel brengt. Inmiddels ren ik wel heel anders; meer ongedwongen en vanuit vrijheid zou ik willen zeggen.

Door een breder perspectief op, en wat mij betreft ook een dieper inzicht in, de betekenis die duursport kan hebben voor mensen als ik (de 'hoofdtypes' noem ik ze vaak), veranderde ook mijn perspectief op duursport en hoe je andere mensen daar ook mee kunt helpen. Steeds meer ben ik de rustige lange duurloop gaan waarderen als een vorm van lichaamswerk die kan bijdragen aan het helen van uiteenlopende oude, maar ook versere wonden. Gebeurtenissen die misschien lang geleden hebben plaatsgevonden maar ons nog dagelijks last bezorgen, kun je verwerken door letterlijk en figuurlijk in beweging te komen. Vanuit het hoofd naar het lijf.

Hardlopen en andere vormen van duursport zijn qua uitwerking vergelijkbaar met bijvoorbeeld meditatie, yoga of ademwerk. Maar dan wel als puur lichamelijke activiteit, met het hoofd zoveel mogelijk 'uit'. Dus niet op basis van getallen en zonder gebruikmaking van sporthorloges, hartslagmeters of handige apps op je telefoon. Duursport is trouwens ook heel goed te combineren met andere vormen van lichaamswerk, waar je verder in dit boek meer over gaat lezen.

In goed overleg met mijn vriend en collega-opleider Simon van Woerkom besloot ik dat de tijd rijp is voor een nieuw boek over runningtherapie. Dat boek heb je nu in handen. Het is belangrijk om te vermelden dat Simon medeverantwoordelijk is voor de inhoud. Dat het boek is geschreven in de 'ik-vorm' betekent geenszins dat het niet om een gedeeld gedachtegoed gaat. Sterker nog: veel van wat je hier leest is het product van onze jarenlange samenwerking en ook de uitkomst van een doorlopend evoluerende cursus. We hebben binnen de cursus Runningtherapie veel en vaak met gewaardeerde gastdocenten gewerkt, en dat blijven we vast en zeker doen. Zoals bijvoorbeeld de bijdrage van sportpsycholoog Ivo Spanjersberg, die de cursus al jaren ondersteunt met zijn inspirerende bijdragen.

En ja, hardlopers zijn doeners. Ze lezen echt wel eens een boek, maar eindeloos op de bank hangen zit meestal niet in hun aard. Als opleiders Runningtherapie realiseren we ons dat ook, en in een boek over hardlopen mogen praktische tips & tricks dan ook niet ontbreken. De door het boek heen opgenomen tips kunnen behulpzaam zijn, denken wij. Ze komen eerst en vooral uit de koker van Simon, die als hardloper, fysiotherapeut en runningtherapeut gedurende vele jaren dagelijks praktijkervaring opdeed. Om iets aan de tips te kunnen hebben, maakt het niet uit of je nu zelf een start wilt maken met 'therapeutisch hardlopen'

of dat je als runningtherapeut wat extra praktisch houvast wilt hebben voor de invulling van de sessies die je begeleidt. Speciaal voor de runningtherapeuten onder de lezers start op pagina 165 het handige hoofdstuk Runningtherapie in de praktijk, met tips uit de praktijk van de runningtherapie.

De ambitie van Simon en mij met dit boek is niet bescheiden: we willen de cursus Runningtherapie aan blijven bieden zolang we nog in staat zijn om van onze duurlopen te genieten. Hopelijk biedt dit boek inspiratie en onderbouwing bij het eeuwenoude maar vaak veronachtzaamde gezegde ‘Anima sana in corpore sano’, ofwel: een gezonde geest in een gezond lichaam.

Bram Bakker  
mei 2025

## Het ontstaan van runningtherapie

In 1991 promoveerde de bewegingswetenschapper Ruud Boscher op een proefschrift met de titel *Runningtherapie bij depressie*. Of hij zoals wij dachten daarmee ook de eerste Nederlander was die bekendheid gaf aan de therapeutische effecten van hardlopen, werd in twijfel getrokken door sportpsycholoog Toon Damen, die ons daar ooit een brief over schreef. En Gerard Nijboer, die als marathonloper een zilveren medaille won bij de Olympische Spelen van 1980, ging al in de jaren zeventig als psychiatisch verpleegkundige in opleiding rennen met zijn patiënten (zie ook het interview met Nijboer op pagina 40).

Wie de nog immer pakkende aanduiding ‘runningtherapie’ gemunt heeft, is uiteindelijk niet belangrijk. Het inzicht dat bewegen kan helpen om mentale problemen te verlichten is het belangrijkste. Hardlopen en andere vormen van duursport waren midden in de vorige eeuw al bekend vanwege hun positieve effecten op de lichamelijke conditie, waarbij met name een groter uithoudingsvermogen en de gunstige effecten op de hart- en longfunctie werden benadrukt. Zo had lichaamsbeweging al heel lang een plek in de revalidatie van mensen die een hartinfarct hadden doorgemaakt en werden mensen met longaandoeningen als ast-

ma ook door hun artsen aangemoedigd te gaan bewegen. Ook weten we dat lichaamsbeweging een vorm van preventie van lichamelijke aandoeningen is, met name van het hart- en vaatstelsel.

Therapeutisch bewegen verwierf vanaf de jaren tachtig geleidelijk ook een (bescheiden) plek in de behandeling van psychische stoornissen en tot de dag van vandaag heeft men het vooral over deze toepassing als het gaat over runningtherapie.

In de eerste jaren van onze opleiding Runningtherapie waren de cursisten vooral fysiotherapeuten. En dan met name de subgroep 'psychosomatische fysiotherapeuten': zij die zich hebben gespecialiseerd in de behandeling van klachten die met spanning, stress en onbegrepen lichamelijke klachten te maken hebben (bron: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie). In de multidisciplinaire teams van de ggz-instellingen in ons land werden steeds vaker ook fysiotherapeuten opgenomen en in de klinische behandeling van ernstige psychische stoornissen werd het therapeutisch bewegen een aanpak die vergelijkbaar is met bijvoorbeeld muziektherapie.

Ook binnen de psychomotorische therapie (PMT) kreeg runningtherapie steeds meer aandacht en waardering en het is inmiddels deel van de opleiding tot psychomotorisch therapeut. PMT is een zogenaamde 'vaktherapie' en is een van de zeven vaktherapeutische beroepen die zijn verenigd binnen de Federatie Vaktherapeutische Beroepen. Psychomotorische therapie is door de overheid erkend als beroep in de geestelijke gezondheidszorg (ggz).

In de loop der jaren nam de professionele diversiteit van de mensen die zich willen bekwamen in runningtherapie gestaag toe. Er ontstond interesse vanuit de hardloopwereld, bijvoorbeeld van-

uit atletiektrainers en eigenaren van hardloopspecialzaken. Er kwamen deelnemers die werkten in het gevangeniswezen, de (gesloten) jeugdzorg, de verslavingszorg en de forensische psychiatrie (de zogenoemde tbs-klinieken). Er meldden zich mensen uit de ggz: psychologen, psychotherapeuten en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (spv'ers). En ten slotte kwam ook de interesse vanuit de reguliere somatische geneeskunde op gang: met name huisartsen en praktijkondersteuners (poh-ggz) gingen het potentieel van runningtherapie steeds meer begrijpen en, belangrijker nog, in de praktijk brengen.

Het is niet als klacht bedoeld, maar wel een opvallende constatering dat er in al die jaren nauwelijks interesse voor runningtherapie ontstond bij de psychiaters. Het zijn de psychiaters die binnen de reguliere kaders de psychiatrische diagnoses stellen en zij zijn eindverantwoordelijk voor de behandelplannen. Meer kennis van runningtherapie had naar mijn mening dan ook kunnen bijdragen aan een sterkere positie van runningtherapie in het behandel aanbod van ggz-instellingen.

Wat de komende jaren gaan betekenen voor de honderden runningtherapeuten die de afgelopen decennia zijn opgeleid is hoogst onzeker. Nog altijd wordt door beleidsbepalers betwist of er voldoende wetenschappelijke onderbouwing bestaat om runningtherapie een declarabele verrichting te laten zijn. Aan de andere kant is er de gestaag toenemende vraag naar 'begeleid bewegen' en neemt de bereidheid daar eventueel ook zelf voor te betalen toe. Een grote rol dichten we ook het bedrijfsleven toe: werkgevers die zich verantwoordelijk voelen voor het welbevinden van hun personeel zijn steeds vaker bereid hierin te investeren. Al was het maar om de kans op langdurig verzuim ten gevolge van burn-out te verkleinen. Een kleine zijstap: burn-out heeft behalve een mentale kant ook een grote fysieke component die

de nodige aandacht behoeft, ook in de vorm van therapeutisch bewegen. En bij bezorgdheid over het welbevinden van hun personeel maken de meeste werkgevers gelukkig geen onderscheid meer tussen iemands lichamelijke dan wel psychische of mentale gezondheid.

Runningtherapie is niet enkel bedoeld om lichamelijke en psychische klachten te 'behandelen' nadat er een diagnose is gesteld. Het is evenzeer bruikbaar als preventie van ziekte en het voorkomen van uitval in werk of gezin. Een belangrijke bijdrage aan de preventieve waarde van lichaamsbeweging wordt al jaren geleverd door hoogleraar neuropsychologie Erik Scherder, die onder meer bekend is van de bestseller *Laat je hersenen niet zitten* (2014). Als iemand het belang van bewegen de afgelopen jaren in de publieke media heeft benadrukt dan is Scherder het wel.

De mogelijkheden die 'bewegen om je beter te voelen' biedt, zijn niet beperkt tot een medisch model dat is georganiseerd rond ziekte (en dus met een diagnose). Een breder perspectief biedt een balansmodel, dat kijkt naar een evenwichtige verdeling van klachten en krachten. En pas als deze balans ernstig en/of langdurig wordt verstoord, ontstaan er mogelijk ziekten. Hierover lees je meer in het hoofdstuk *Kracht en klacht: het balansmodel* (zie pagina 34).

De cursus Runningtherapie is onverminderd populair, en dat betekent naar de overtuiging van Simon van Woerkom en mij dat therapeutisch hardlopen of begeleid bewegen om je beter te voelen een vaste plek heeft veroverd in het zorgaanbod. Het is helaas (nog) niet gelukt om zorgverzekeraars te overtuigen dat investeren in runningtherapie vanwege de vermindering van zorgkosten die het op de middellange en langere termijn met zich

meebrengt ook financieel aantrekkelijk is. Daardoor blijft runningtherapie moeilijk bereikbaar voor de mensen met psychische klachten, terwijl zich juist in die groep veel mensen met maar weinig geld bevinden.



## Zijn mentale problemen hersenziekten?

Vanaf het moment dat de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, het Amerikaanse classificatiesysteem van psychische stoornissen, wereldwijd de psychiatrie ging domineren, werd het perspectief op mentale problemen gestaag smaller. We spreken dan over meer dan veertig jaar geleden, toen de DSM-III (1980) en de DSM-III-R (1987) werden geïntroduceerd. Tot die tijd bestonden er meerdere uiteenlopende perspectieven op het ontstaan van psychische klachten, en daarmee ook op de therapeutische mogelijkheden. De manier waarop een professional keek naar bijvoorbeeld het ontstaan van een depressie ging vooraf aan de manier waarop hij of zij werkte met de mensen die hieraan leden. Iedere opvatting bood voor- en nadelen, en voor de vaak flink uiteenlopende visies van mensen die probeerden depressieve mensen te helpen bestond in die tijd meer respect.

In de psychoanalytische psychotherapie, die rechtstreeks stamde uit het werk van de beroemde zenuwarts Sigmund Freud (1856-1939), werd de verklaring voor iemands klachten eerst en vooral in het onbewuste gezocht. Verdrongen herinneringen (vooral seksuele) vormden volgens Freud en zijn volgelingen de belang-

rijkste verklaring voor ernstige stoornissen als hysterie. Omdat er destijds geen fysiologische verklaring was voor hysterie, ontwikkelde Freud een psychologische verklaring. De methode van de vrije associatie en het duiden van dromen domineerde de psychotherapie in het grootste deel van de twintigste eeuw, en de rest is geschiedenis. Het leven en werk van Freud zijn nog steeds de moeite van het bestuderen waard. Freud was iemand met veel 'oud zeer', hij had (vooral in het contact met zijn zonen) grote moeite zijn gevoel te tonen en gebruikte langdurig veel cocaïne om zich beter te voelen. Maar zijn grote intelligentie en beroepsmatige nieuwsgierigheid hebben ons heel veel gebracht. Dat we in ons alledaagse taalgebruik de termen 'onbewust' en 'verdrongen' gebruiken alsof we weten wat er precies mee wordt bedoeld, geeft voldoende weer hoe groot de impact van deze grote geest is geweest.

Aan het andere einde van het behandelend spectrum werd ook voor de komst van de DSM-III al veel gewerkt met medicijnen om psychiatrische ziektebeelden te behandelen. Waar Freud – ondanks het feit dat hij arts was – vooral wordt beschouwd als een psycholoog, beriepen de zenuwartsen die werkten met medicijnen zich vooral op hun autoriteit als arts. Al in de jaren vijftig van de vorige eeuw werd het eerste antidepressivum 'ontdekt': iproniazide, een zogenaamde 'MAO-remmer' (monoamino-oxidasen remmen de afbraak van neurotransmitters die invloed hebben op de stemming) werd onderzocht als medicijn tegen tuberculose, maar bleek als 'bijwerking' stemmingsverbetering te hebben. En dit bleek al snel een meer lucratieve toepassingsvorm van dit middel. De antidepressiva werden dus bij toeval ontdekt, maar dat geldt voor nog veel meer belangrijke geneesmiddelen.

Ook het nog steeds veelgebruikte *Haldol* (haloperidol), een middel tegen psychose, werd al meer dan zestig jaar geleden in

België ontdekt. Antidepressiva en antipsychotica zijn tot op de dag van vandaag wereldwijd zeer veel voorgeschreven medicijnen. Samen met de slaap- en kalmeringstabletten – vooral benzodiazepines als oxazepam (*Seresta*), diazepam (*Valium*) en temazepam (*Normison*) zijn bekend, evenals de stemming stabiliserende middelen (lithium is de bekendste, ze worden gebruikt bij de behandeling van een bipolaire stoornis) – vormen ze de ‘psychofarmaca’: medicijnen die worden ingezet bij de behandeling van psychische klachten.

Vanaf het moment dat de wereldwijde opmars van het DSM-systeem in de jaren tachtig begon, werd de neurobiologische benadering van mentale problemen steeds dominanter. Dit kan (helaas) onmogelijk los worden gezien van de zakelijke belangen die ermee samenhangen: in de jaren tachtig werd bijvoorbeeld een nieuw soort antidepressiva geïntroduceerd, de selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's), waar men graag aan wilde verdienen.

*Evidence based medicine* (EBM) werd de stilzwijgende norm in de psychiatrie: mensen die voldeden aan de criteria van een DSM-stoornis werden bij loting toegewezen aan verschillende behandelingen, zoals een antidepressivum of een placebo. Een significant verschil in het voordeel van een bepaalde behandeling resulteerde vervolgens in het vaak dwingende advies (denk aan richtlijnen van beroepsverenigingen) iedereen met een dergelijke stoornis de meest succesvolle behandeling uit het onderzoek voor te schrijven. Bijna altijd betrof dit het nieuwe antidepressivum, waarbij de financiering van het onderzoek zonder veel uitzonderingen ook nog eens afkomstig was van de producent van dat middel. Zo werden de SSRI's (de bekendste merken in ons land waren *Prozac* en *Seroxat*) zeer succesvol in de markt gezet, onder meer doordat de farmaceutische industrie erin slaagde ook

huisartsen te verleiden dit soort middelen voor te schrijven. Inmiddels gebruikt meer dan een miljoen mensen in ons land al vele jaren antidepressiva.

Er zijn los van de onmiskenbare voordelen die de hierboven geschetste zogenaamde ‘RCT’s’ bieden (RCT staat voor *Randomised Clinical Trial*, een behandelstudie waarbij de deelnemende patiënten door loting worden toegewezen aan een bepaalde behandeling), een paar hoognodige praktische kanttekeningen. Stel dat zeventig procent van de deelnemers aan zo'n RCT gunstig reageert op behandeling met middel A, terwijl ‘slechts’ vijftig procent baat heeft bij middel B, dan wordt de aanbeveling om vanaf nu iedereen om te beginnen te behandelen met middel A.

Puur statistisch gezien heb je dan inderdaad de meeste kans op een succesvolle uitkomst van de therapie. Maar wat we meestal niet weten, simpelweg omdat het nauwelijks wordt onderzocht, is waarom iemand op het ene middel niet reageert en op een ander juist wel. Het is niet uit te sluiten dat er duidelijke verschillen bestaan tussen de mensen die al dan niet baat hebben bij een bepaalde behandeling. Misschien kunnen we van tevoren al wel inschatten of iemand beter met middel B dan met middel A zou kunnen worden behandeld?

Het onderzoek naar het niet slagen van een behandeling is kostbaar, en de zogenaamde ‘non-responders’ vormen ook zake-lijk gezien geen interessante populatie. De financier van het onderzoek heeft interesse in nieuwe recepten voor nieuwe klanten, want daar zit de omzet.

Als je er inhoudelijk naar kijkt, wordt het een ander verhaal: als er meer kennis beschikbaar zou komen over het wel of juist niet werkzaam zijn van een behandeling bij specifieke mensen, kan de kwaliteit van het therapeutische werk nog flink verbeter-

ren. Hulp bieden aan iemand met een gezondheidsprobleem is immers maatwerk, ook al ontkomen we er in de praktijk niet aan om ook te moeten werken met gemiddeldes.

In het DSM-systeem staan honderden diagnoses en voor de meeste mensen die zich aanmelden voor een behandeling geldt dat ze aan de criteria van meerdere stoornissen voldoen. Ze piekeren overmatig, hebben af en toe een angstaanval en durven – hoewel ze al jaren een rijbewijs hebben en nog nooit betrokken zijn geweest bij een ongeluk – geen auto te rijden. Hun stemming is minder goed dan ze gewend waren, ze slapen slecht en ook hun concentratie is niet wat ze gewend zijn. Om te ontspannen drinken ze dagelijks minstens twee glazen wijn, en soms is er ook een pilletje nodig om in slaap te kunnen vallen.

Zo'n man of vrouw als hierboven geschetst mag niet deelnemen aan een onderzoek naar de behandeling van overmatig piekeren (in de DSM-5 heet dit een 'gegeneraliseerde angststoornis'), omdat er te veel zogenaamde 'comorbiditeit' is. Daar wordt mee bedoeld dat er meerdere stoornissen naast elkaar bestaan. En vanuit onderzoeksperspectief wil je zeker weten dat een bepaalde therapie direct effect heeft op de te onderzoeken diagnose. Als iemand angstig én depressief is en je behandelt hem of haar met een antidepressivum, dan kun je achteraf onmogelijk bepalen waarom de therapie succesvol is geweest. Zou het antidepressivum bijvoorbeeld ook een gunstig effect hebben gehad als er geen depressieve klachten waren geweest en iemand alleen maar angstig was?

In de onderzoekspraktijk zijn comorbide stoornissen in de regel niet toegestaan, en zeker niet als een behandelstudie erop is gericht om aan te tonen dat een bepaalde behandeling geregistreerd kan worden voor de therapie van een specifieke DSM-stoornis. Dit heeft tot gevolg dat de meerderheid van de mensen

die wordt onderzocht minder gecompliceerd is dan de mensen die in de alledaagse praktijk worden behandeld. Hierdoor worden de succespercentages die in behandelstudies werden gevonden in werkelijkheid meestal niet bereikt.

Dit betekent overigens niet dat er geen behandeling hoeft te worden ingezet. Het is vooral een relativisering van de vaak overenthousiaste verhalen over de mogelijkheden die medicatie zou bieden om mentale problemen op te lossen.

Behandelstudies zijn zeer kostbaar. Er zijn tientallen deelnemende patiënten vereist om een redelijke kans te maken op statistisch significante verschillen tussen uiteenlopende behandelingen. Daarnaast lopen de kosten per deelnemer in de honderden tot niet duizenden euro's. Er is dus bijna altijd een serieus zakelijk motief om een behandelstudie te sponsoren. Dat medicijnfabrikanten zo'n belang hebben is duidelijk, maar wie financiert het onderzoek naar de behandeling van pakweg ADHD met runningtherapie? De praktijkervaringen met runningtherapie zijn overwegend positief, maar een RCT waarin wetenschappelijk bewijs van de effectiviteit van runningtherapie werd geleverd heeft bij ons weten nooit plaatsgevonden.

De EBM-onderzoekstraditie is nog steeds dominant in de geneeskunde, en dit gaf in de tweede helft van de vorige eeuw de psychiatrie de kans zich als een medisch specialisme te profileren dat niet onderdeed voor bijvoorbeeld de chirurgie of de gynaecologie. Dit had begrijpelijke voordelen, maar ook duidelijke beperkingen: het gedachtegoed van Freud en zijn geestverwanten verloor gestaag aan betekenis en invloed. Met als belangrijkste argument altijd weer: niets van alles wat deze man in zijn beschouwingen over therapie uiteenzet is ooit in degelijk wetenschappelijk onderzoek bevestigd.