

Relaxatie- en ademhalingstherapie

*J.J. van Dixhoorn**

Inleiding

Relaxatie-instructies en ademhalingsoefeningen worden veelvuldig gebruikt. Het zijn interventies met een breed scala aan effecten die behoorlijk onderzocht zijn. Zij worden veelal toegepast als onderdeel van interventies door diverse beroepsgroepen: counseling, begeleiding, oefentherapie, psychotherapie, stressmanagement. Het kwalitatief niveau waarop zij toegepast worden is wisselend. De scholing in ontspanningsmethodes in de diverse beroepsopleidingen is beperkt en de potentiële waarde van adem- en ontspanningstherapie als opzichzelfstaande methode wordt als gevolg daarvan onderschat.

Relaxatie wordt vaak vereenzelvigd met technieken uit de vereenvoudigde versies van de klassieke methodes: spierontspanning, aandachtconcentratie en zelfsuggestie. Er zijn in werkelijkheid echter meer technieken mogelijk, zoals bewegingsinstructies, handgrepen voor passief bewegen en manuele technieken, diverse vormen van ademhalingstherapie en van instrumentele feedback (biofeedback). Ontspanningstherapie heeft ook een cognitieve component die bestaat uit het geven van uitleg over processen tijdens spanning en ontspanning.

Het doel van relaxatie wordt veelal gezien als het verminderen van spanning (*arousal reductie*), dat een middel is om met stressvolle situaties om te gaan: *externe zelfregulatie*. Het eigenlijke doel is echter het vergroten van de innerlijke controle van de persoon over zichzelf, de *interne zelfregulatie*, en het verminderen van gewone overspanning die onafhankelijk is van de situatie. Dit kan zich langs verschillende wegen voltrekken waar spanningsvermindering er slechts één van is. Interne zelfregulatie van spanning kan ook gebeuren door lichaamsbewustwording, door verbetering van de kwaliteit van ademhaling, houding en beweging, door het toelaten van herstelprocessen, het herzien van negatieve interpretaties en door het realiseren van een meer realistisch zelfbeeld.

* Dr. J.J. van Dixhoorn is arts en opleider voor adem- en ontspanningstherapie. Daarnaast is hij voorzitter van de Internationale Stress Management Associatie (ISMA) in Nederland.

In deze bijdrage wordt getracht om adem- en ontspanningstherapie als een opzichzelfstaande methode te beschrijven die het professionele karakter van de methode recht doet. De navolgende verschillen met de vereenvoudigde vormen van de methode spelen daarbij een rol.

- 1 Uitbreiding van het repertoire aan elementen van de adem- en ontspanningstherapie. De begeleider krijgt met deze uitbreiding meer pijlen op zijn boog dan de veelal enkelvoudige klassieke methodes hem toestaan en kan de instructievorm aanpassen aan de deelnemer.
- 2 Het losmaken van de directe koppeling tussen een instructievorm en een specifiek effect. De therapie krijgt daardoor een proceskarakter en wordt afgestemd op de respons bij het individu.
- 3 Het primaire doel van de therapie is vergroting van de interne zelfregulatie en afname van gewone overspanning. De indicatiestelling tijdens een proefbehandeling spitst zich toe op de vraag of deze effecten samengaan met een verbetering in klachten, welbevinden of functioneren.

1 Gewone overspanning

Ademhalings- en ontspanningstherapie is niet rechtstreeks gericht op reductie van klachten en symptomen, maar is gericht op de overspanning die er mogelijk de voedingsbodem van is. Vanuit de ontspanningstherapie wordt overspanning gedefinieerd als een duurzaam verhoogde, onnodige en disfunctionele, maar gewoon geworden spanning (Jacobson 1970; Whatmore & Kohli 1974; Van Dixhoorn 1998). Het is veelal een restant van vroegere, onvoldoende verwerkte perioden van stress, stress die niet langer functioneel is maar waar de persoon aan gewend is geraakt. Het belemmert het functioneren en het individu voelt zich niet optimaal, maar de spanning heeft zijn signaalfunctie verloren en de relatie met externe stressoren is niet meer duidelijk. De spanning voelt gewoon aan, bijna natuurlijk.

Een andere reden voor de term *gewone overspanning* is dat het zoveel voorkomt dat het mensen nauwelijks meer opvalt. Desondanks is het een voedingsbodem voor klachten, disfunctioneren en onwelbevinden. Een belangrijk verschil met de medische definitie van overspanning (Schroer, Nijhuis & Van Zutphen 1988; Terluin 1994) is dat die een klachtenpatroon betreft. Gewone overspanning is geen klacht maar een toestand die blijkt uit de respons op instructies voor bewust ontspannen. Vaak wordt iemand zich tijdens de behandeling bewust hoe groot zijn spanning feitelijk is.

De aanwezigheid van overspanning is vast te stellen aan de hand van de respons op instructies. De processen die leiden tot gewone overspanning bestaan uit het ontbreken van de normale responsen op ontspanningsinstructie of uit het optreden van een disfunctionele respons. Hoe meer dit het geval is

hoe groter de overspanning. In tabel 1 en 2 staan de kenmerken van functionele respectievelijk disfunctionele processen als gevolg van adem- en ontspanningstherapie. Overspanning kan bestaan in elk van deze processen. Hoe meer processen disfunctioneel zijn hoe groter de overspanning.

Tabel 1 Normaal optredende, functionele processen als gevolg van adem- en ontspanningstherapie

<i>Proces</i>	<i>Kenmerken</i>
Spanningsafname 'actief'	Een beweging of houdingsverandering wordt makkelijker gedaan met onder andere een vloeiender verloop en een betere coördinatie.
Spanningsafname 'passief'	Bewegingsonrust zakt, iemand wordt stiller en stilte is makkelijker vol te houden.
Herstelprocessen	Na 10-20 minuten passief ontspannen is iemand frisser, meer uitgerust, soms bewuster van vermoeidheid en behoefte aan rust; maakt mentaal beter onderscheid tussen hoofd- en bijzaken, de agenda ordent zich.
Aandacht, actieve concentratie	Minder afgeleid, aandacht bij één zaak houden gaat beter, gedachten gaan trager en zijn meer op de achtergrond.
Aandacht, passieve concentratie	Aandacht is dwalend, minder gericht, meer intern aanwezig en opener voor allerlei indrukken en invallen.
Aandacht, passieve instelling	Accepteert prettige en onprettige signalen zonder er iets mee te willen doen of te willen beoordelen.
Lichaamsbewustwording	Voelt concreter en duidelijker hoe het met zichzelf is wat betreft: aandacht, stemming, lichaam, ademhaling. Kan positieve en negatieve bevindingen concreet onder woorden brengen.
Functioneel bewegen	Staat of zit steviger of duidelijker op de ondergrond, voelt steunvlak; houding als vanzelf meer rechtop, houdingsverandering vloeiender, meer vanuit benen en bekken, betere afstemming tussen hoofd en bekken.
Functioneel ademen	Voelt hoe het ademen de hele romp beweegt; kan de adem tijdelijk sturen zonder dat dit storend werkt; betere coördinatie tussen adembeweging en wervelkolombeweging.
Cognitieve herstructurering	Beseft de werkelijke inhoud van adem- en ontspanningstherapie; interpreteert lichaamssignalen niet negatief; herziert zelfbeeld wanneer dat niet strookt met lichaamservaring; herziert normen, waarden en attitude zodat zij ontspanning ondersteunen.

Tabel 2 Disfunctionele responsen op adem- en ontspanningstherapie

<i>Proces</i>	<i>Disfunctionele respons</i>
Passief ontspannen	Moeite met rust, stilte, passiviteit, toename van spannings-indicatoren (motorische onrust, spierspanning).
Actief ontspannen	Toename van onnodige inspanning tijdens eenvoudige handelingen en bewegingen.
Herstel van evenwicht	Sterke reacties (lichamelijk en mentaal) op rust.
Aandachtverschuiving	Moeite met concentreren en regelen van de eigen aandacht, sterk afgeleid of valt snel in slaap.
Lichaamsbewustwording	Weinig lichaamsgevoel, beperkte waarneming van concrete veranderingen, moeite met onder woorden brengen van gewaarwordingen en gevoelens.
Functioneel bewegen	Bewegingen zijn gespannen, moeizaam, niet vloeiend; aandacht verstoort de bewegingskwaliteit, herhaling geeft geen verbetering.
Functioneel ademen	Gespannen, moeizaam ademen; aandacht verstoort het ademen, geen of averechtse respons op indirecte beïnvloeding van de ademhaling.
Cognitieve herstructurering	Misplaatste voorstelling van spanning en ontspanning; negatieve interpretatie van lichaamssignalen en eigen spanningsverschijnselen, neutrale waarneming niet mogelijk.

1.1 Vaststellen van functionele en disfunctionele processen

Het gebruik van instructies om de respons erop als functionele of disfunctionele processen te benoemen, is mogelijk onder een aantal voorwaarden.

- 1 De begeleider is vertrouwd met het procesmodel (zie paragraaf 4) en kan de instructievorm afstemmen op de deelnemer. De begeleider maakt de omstandigheden zo goed mogelijk voor de deelnemer. Het is de bedoeling de toestand waarin iemand een instructie kan uitvoeren of een handgreep kan ondergaan zo dicht mogelijk te naderen. De begeleider gebruikt vooral de instructies met de laagste moeilijkheidsgraad en stelt zichzelf zo min mogelijk als een beoordelaar op.
- 2 De instructies worden herhaald in enkele (3-4) bijeenkomsten (zie paragraaf 2) om de deelnemer de kans te geven ermee vertrouwd te raken. De herhaling zorgt er ook voor dat de spanning die uitgaat van een nieuwe contactsituatie met de begeleider afneemt en te differentiëren is van de duurzaam verhoogde spanning in de deelnemer.

- 3 Ten slotte is de toets voor het bestaan van het disfunctionele karakter van de overspanning dat het minder wordt en dat het plaats maakt voor nieuwe, concrete rustervaringen die het gevolg zijn van de meer normale responsen. Overspanning als gevolg van disfunctionele processen is te veranderen door ontspanningstherapie. Naarmate specifieke oorzaken een grotere rol spelen is er minder ontspanningstherapie.

Casus A: bemoeilijkte neusademhaling en disfunctioneel ademen. Een 42-jarige vrouw, parttime werkend en met twee dochters, heeft al 20 jaar last van constante druk op het rechterneusgat en bemoeilijkte neusademhaling. Zij slaapt onrustig en kan niet op de linkerzij liggen. Ze kan slecht tegen het gevoel iets om haar nek te hebben, zoals een coltrui of een sjaal. Tevens heeft ze herhaalde verkoudheden in de winter waarvoor antibiotica nodig zijn en hooikoorts in het voorjaar. Onderzoek door de KNO-arts wees uit dat er een scheefstand is van het neustussenschot (septumdeviatie). Een operatieve correctie is voorgesteld voor over enkele maanden. Zij wil in de tussentijd ademhalingstherapie proberen.

Tijdens de proefbehandeling van vier keer worden voornamelijk handgrepen benut. Er is een hoge spanning over de bovenrug, een snuivend inademingsgeluid en een lichte thoracale scoliose die het ademen bemoeilijken. Behandeling van de borstkas geeft een ontspannend gevoel over het hele lichaam. Het rechter neusgat opent zich en het ademen wordt lichter. De vrouw staat daarna makkelijker rechtop. Ze merkt dat ze makkelijker kan doorslapen en ook dat ze op haar linkerzij kan liggen. De druk op het rechterneusgat is niet meer constant. De klachten worden zoveel minder dat ze besluit de operatie uit te stellen en de therapie voort te zetten. Dit voorjaar heeft ze geen hooikoortsklachten.

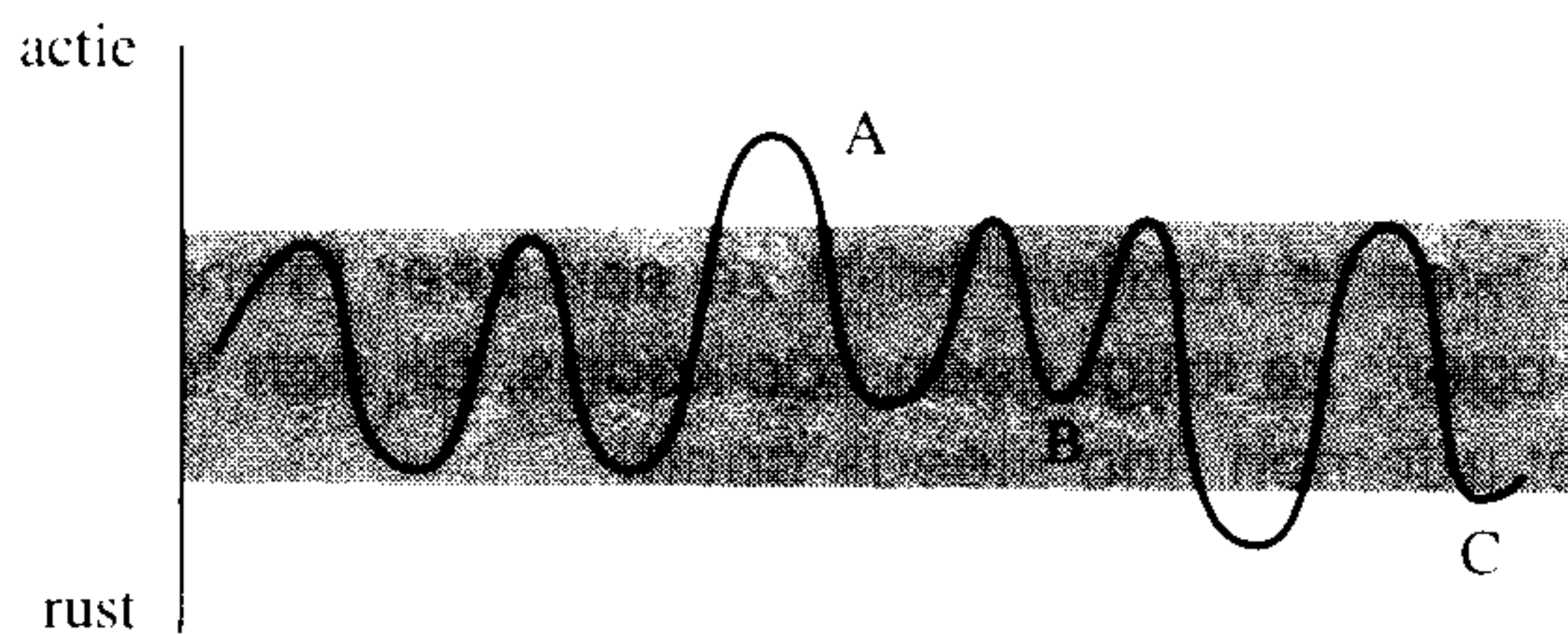
Daarna wordt ze nog vijf keer behandeld, verspreid over een jaar. De instructie 'hoorbaar uitademen' wordt toegevoegd die ze af en toe benut. De winter heeft ze één keer een verkoudheid gehad die in enkele dagen over was en de neus niet verstopte zoals voorheen. Ze kan zelfs met haar mond dicht fietsen. In het tweede voorjaar krijgt ze een keer bronchitis, maar de neus blijft vrijwel open; ze krijgt geen hooikoorts. Bij een follow-up, een jaar later, gaat het ademen nog steeds goed.

Commentaar. er is sprake van een gespannen moeizame ademhaling. Deze blijkt disfunctioneel te zijn omdat de moeizame ademhaling afneemt door verbetering van de coördinatie in de adembeweging (beweging van ribben en thoracale wervelkolom). De klachten reageren hier gunstig op. De therapie leidt tot algehele ontspanning. De scheefstand van het neustussenschot veroorzaakt de bemoeilijkte neusademhaling dus slechts ten dele. De verbeterde weerstand tegen infecties is vermoedelijk ontstaan door zowel het bevorderen van herstelprocessen door de ontspanning als de meer functionele ademhaling.

1.2 *Het ontstaan van gewone overspanning*

In een zelfsturend systeem vormt de interne referent de norm waar het gedrag van het systeem zich naar richt. Wat betreft de spanningstoestand is de interne referent de norm op grond waarvan iemand zijn toestand beoordeelt als bijvoorbeeld 'rustig', 'ontspannen', 'betrekkelijk druk' en 'druk'. De norm is het midden van het bereik van wat als een normale toestand wordt ervaren van rust versus drukte en spanning. In figuur 1 is dit weergegeven met een getrokken lijn die de wisselende spanningstoestand representeert en een gearceerde band die het normale bereik aangeeft. Komt de feitelijke spanningstoestand hier bovenuit dan ervaart iemand een opvallend hoge drukte of spanning. Komt de feitelijke spanningstoestand onder de ondergrens van ontspanning, dan ervaart iemand een opvallend diepe ontspanning. Wanneer klachten optreden rond een periode van topdrukke of verhoogde spanning, dan worden deze herkend als spanningsklachten. Er is een duidelijke relatie tussen externe stressoren, spanning en klachten. In de periode daarna neemt de spanning weer af, maar kan het even duren voor de feitelijke rusttoestand de ondergrens benadert. Spanning blijft vaak even hangen en dit wordt dan ook als zodanig ervaren. Iemand voelt daardoor de behoefte om op een of andere manier de gelegenheid te scheppen voor diepe ontspanning. Dit is het normale verloop van een periode van hoge stress. Zolang het effect van de stress gevoeld wordt, blijft er behoefte zich te herstellen.

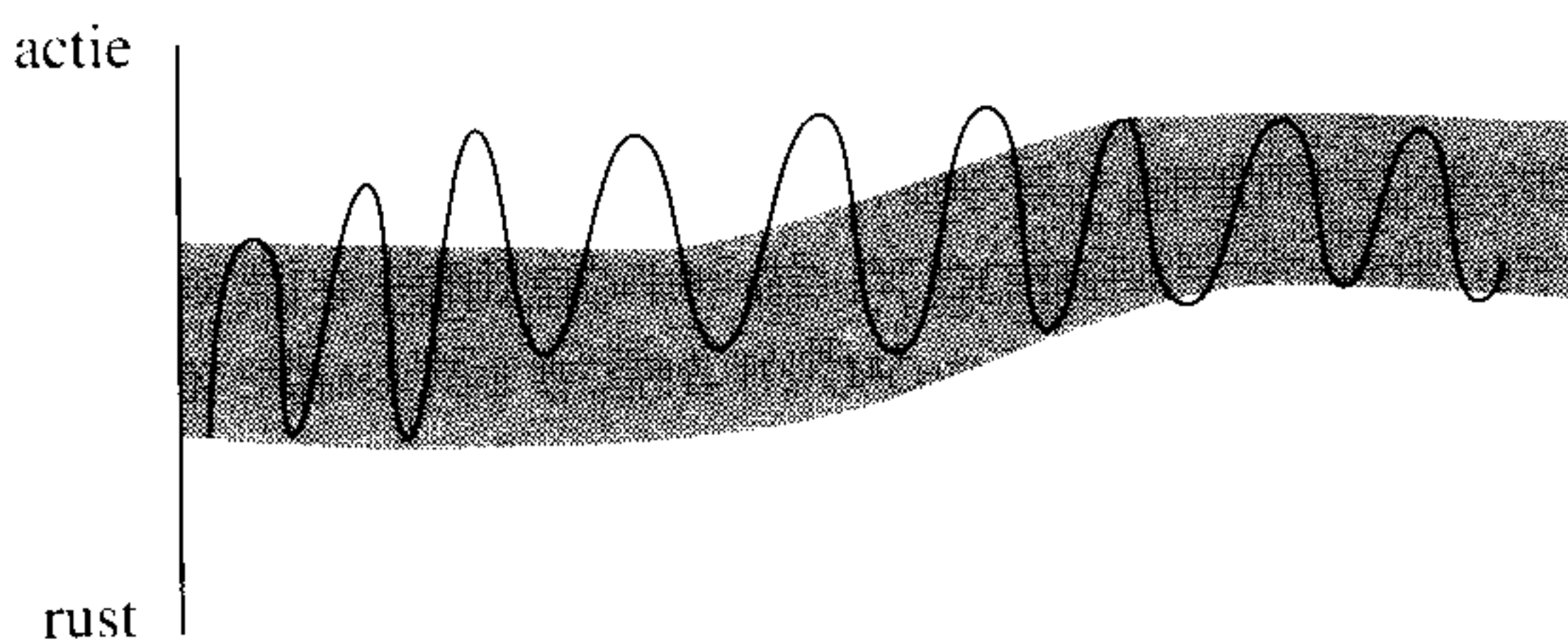
Figuur 1 Interne referent voor het normale bereik van spanning en rust



Interne referent voor het normale bereik van spanning en rust. Dikke lijn: feitelijke spanningstoestand, gearceerd gebied: interne referent. A: ervaren hoge spanning; B: ervaren onvolledige ontspanning, C: herstel volledig na diepe ontspanning.

Deze grafische weergave is duidelijk, maar het moet benadrukt worden dat de ‘feitelijke spanningstoestand’ op verschillende manieren te operationaliseren is. In elk van de genoemde ontspanningsprocessen kan een wisseling in spanning optreden. De verschillende processen zijn slechts ten dele kwantitatief meetbaar. Beoordeling vindt ook in kwalitatieve zin plaats. Er kan een verandering optreden in meetbare indicatoren (zie paragraaf 6). Maar er kan ook een verandering in de mate van lichaamsgevoel optreden, hetgeen een verandering is in de precisie waarmee het lichaam waargenomen wordt. Verandering in de aandacht en het denken zijn vooral te beoordelen door vragen aan de deelnemer. Verandering in spanning in het bewegen en in het ademen zijn deels door zelfbeoordeling, deels door kwantitatieve methoden, maar vooral via observatie door de begeleider te bepalen. Het komt er dus op aan de respons op instructies goed te observeren en de ervaringen met de instructie in het dagelijkse leven zo nauwkeurig mogelijk te bespreken.

Figuur 2 Opbouw van overspanning



Fase 1: feitelijke spanning neemt toe en wordt als zodanig ervaren, fase 2: het bereik van de interne referent schuift op, de hogere spanning wordt gewoon, de rustniveaus stijgen mee, het bereik neemt wat af.

Figuur 2 laat zien wat er gebeurt met een duurzaam verhoogde belasting. De spanningstoestand van de deelnemer neemt toe en dit wordt duidelijk ervaren. Ook voelt iemand dat het herstel slechts gedeeltelijk is. Naarmate dit voortduurt treedt echter een aanpassing op in de interne referent. In plaats van zich steeds bewust te zijn hoe hoog de spanning is, past de innerlijke norm zich aan. Het gehele bereik van normale spanningstoestanden schuift iets op en de interne referent gaat daarin mee. Het systeem staat onder hogere spanning maar dit verdwijnt voor de zelfwaarneming. Dit is een natuurlijk proces van aanpassing. Iemand raakt ‘gewend’ aan de hoge belasting, heeft zich aangepast en geleerd ermee te leven. In deze toestand kan uiteraard opnieuw een verhoging van spanning ontstaan die hetzelfde beeld geeft

als in figuur 1. Vaak vernauwt het bereik van de spanningswisseling zich naarmate het niveau opschuift. De reserve en flexibiliteit van het individu nemen af. Een belangrijk gevolg is dat de normale herstelprocessen afnemen. Iemand rust minder uit, wordt vermoeid en herstelt trager van normale belasting en van verwondingen (McEwen 1998). In deze situatie wordt bovendien de relatie tussen actuele stressoren en klachten minder duidelijk. Hoe hoger het spanningsniveau, hoe onduidelijker de invloed is van spanning op klachten.

Casus B: pijn aan de pols en herstelprocessen. Een 30-jarige vrouw, werkzaam als gezinsverzorgster, heeft sinds drie jaar in wisselende mate pijn in de rechterpols, vooral na activiteit met de armen. Rust en een brace helpen onvoldoende. Enkele maanden tevoren werd een peesschedeontsteking gediagnosticeerd waaraan ze werd geopereerd. Dit herstelde echter onvolledig en ze bleef in de Ziektewet. Lokaal losmaken van het weefsel door een fysiotherapeut gaf steeds tijdelijk verergering. De gezinsverzorgster is iemand die altijd druk bezig is en niet stilzit. Al vanaf de jeugd heeft ze in drukke periodes de neiging de schouders op te trekken en krijgt ze nekspanning en hoofdpijn.

De eerste keer valt in zithouding een ronde bovenrug op en een strakke, holle onderrug, opgetrokken schouders en een snelle, korte ademhaling. Door handgrepen lukt het de adembeweging in de lendestreek te bevorderen waardoor de vrouw zich rustiger voelt worden en de schouders zakken. In rugligging kost de instructie 'voeten optrekken met uitademen en loslaten met inademen' moeite. De instructie 'hoorbaar uitademen en door de neus inademen naar de benen toe' maakt de ademhaling rustiger. Ze staat zwaarder op de voeten, de rechterarm voelt wat branderig.

Voor de tweede bijeenkomst, twee weken later, heeft ze regelmatig geoefend. Ze is daarna meer ontspannen, maar wordt zich ook bewust dat ze steeds de schouders optrekt. In zithouding is de ademhaling rustiger en de bovenhelft van de wervelkolom (thoracale deel) minder rond en onderhelft (lumbale deel) minder hol dan de eerste keer. In rugligging lukken de instructies goed. De handgreep 'opdrukken van de bovenrug, met uitademen' is nog pijnlijk, maar na de instructie 'hoofd rollen' is dit minder geworden. De derde keer, drie weken later, is ze weer volledig aan het werk. Ze is moe 's avonds maar slaapt nu goed. Ze oefent niet meer maar gaat tussendoor wel even in de stoel zitten om ontspannen te ademen. In rugligging is de handgreep 'opdrukken van de bovenrug' niet pijnlijk meer, de instructies lukken goed. Met het advies af en toe te blijven oefenen wordt de therapie gestopt.

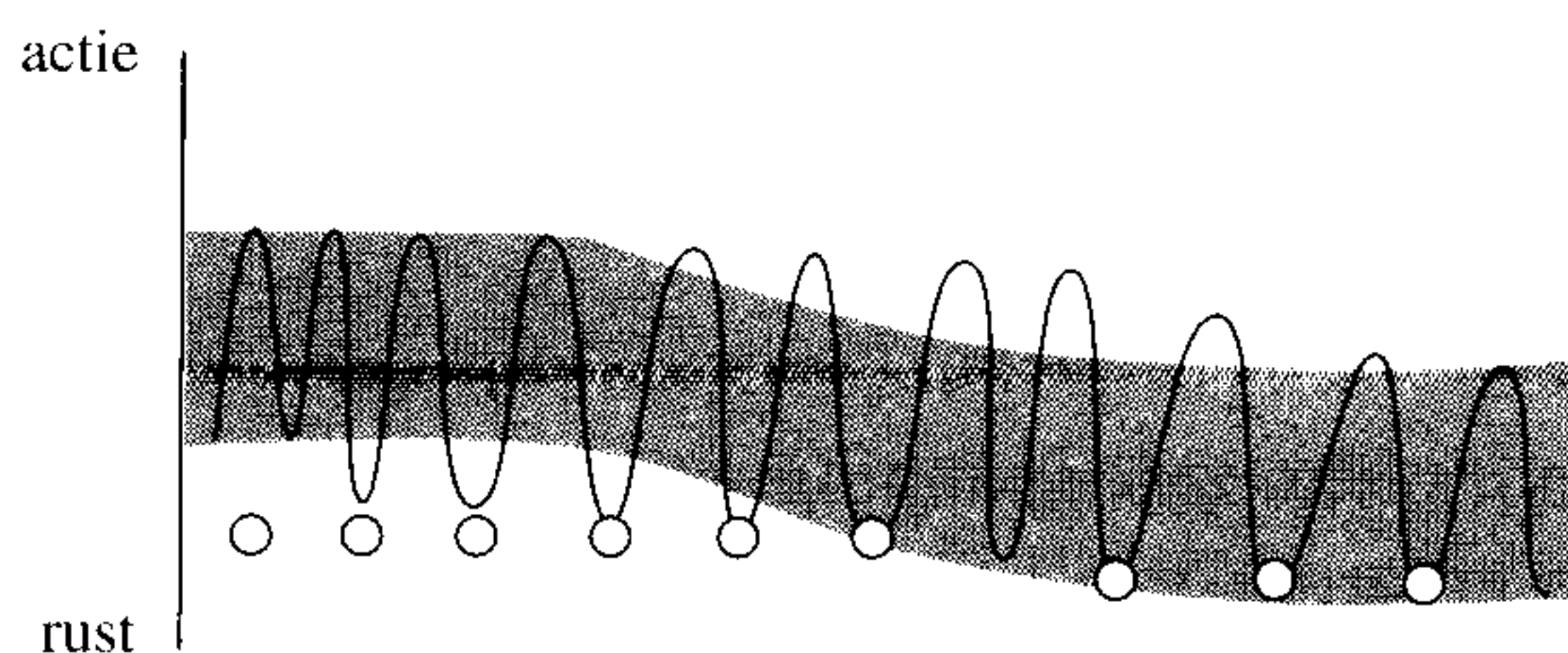
Commentaar: de gewone overspanning van deze persoon verhindert de normale herstelprocessen na haar werkzaamheden en ook na de pols-

operatie. Lokale therapie is een overstimulatie van het weefsel. Door de ademhaling en lichaamshouding te beïnvloeden en rustmomenten in te bouwen, neemt de overspanning af, verbetert de kwaliteit van de slaap en krijgen de herstelprocessen voldoende ruimte om de klachten te doen verdwijnen.

De aanwezigheid van duurzaam verhoogde spanning wordt vaak pas duidelijk door het contrast met de ervaring van rust, zoals na een succesvolle adem- en ontspanningstherapie. Hoe vreemder, onbekender of nieuwer de ervaring van een geslaagde instructie is, des te sterker is er een aanleiding om aan een hoog niveau van overspanning te denken. Voor mensen met minder verhoogde spanning is de respons op ontspanning vrij snel herkenbaar en zij kunnen zich bijvoorbeeld herinneren in welke periode van hun leven deze ontspanning normaal was. Zij voelen het als een aangename ervaring, een opluchting (zie casus H). In dat geval is er reden te denken dat het niveau van overspanning niet zo hoog was.

1.3 Drie fasen in het herstel van gewone overspanning

De eerste fase in het herstel is het vinden van een ingang voor diepere ontspanning dan gewoonlijk (figuur 3). Deze fase is afgerond wanneer de deelnemer de ervaring van ontspanning heeft geaccepteerd en erin slaagt deze zelfstandig op te roepen. De tweede fase houdt in dat de nieuwe ontspanningservaringen een uitwerking hebben op de interne referent. Zij worden toegevoegd aan het bereik van de normale wisseling in spanning waardoor de onderste lijn iets zakt. Zolang iemand de rustervaring als een aparte, bijzondere toestand ziet die niet bij het normale doen hoort, treedt de tweede fase niet op. De begeleiding en interpretatie van oefenervaringen is hierbij van groot belang. Het komt ook voor dat incidenteel ontspannen, dieper dan gewoonlijk, al voldoende effect heeft op de klachten zonder dat de deelnemer zich bewust wordt van een doorwerking op de interne referent. Hier moet concreet en specifiek naar gevraagd worden omdat de doorwerking geleidelijk en bijna onbewust kan verlopen. Het valt iemand bijvoorbeeld pas op dat hij of zij vaker even rustig zit of minder onrustig is tijdens stilstaan, wanneer er naar gevraagd wordt.

Figuur 3 Herstel van overspanning

Fase 1: ongewone ervaring van ontspanning wordt toegelaten, fase 2: de ontspanningservaringen worden herhaald en worden gewoner. De interne referent stelt zich erop in en zakt, de hoge spanning wordt bewuster, fase 3: aanpassing van feitelijke spanningsniveau aan nieuwe interne referent.

De doorwerking op de interne referent leidt ertoe dat het bereik van de normale spanningswisselingen zakt. Dit heeft ten eerste tot gevolg dat de rustervaringen gewoner worden. Zij komen vaker voor maar het valt ook minder op dat zij vaak optreden. Ten tweede wordt de feitelijk verhoogde spanning bewust. Iemand voelt nu concreter de hoge spanning en kan er zelfs meer last van krijgen. Er ontstaan soms sterke wisselingen met heel goede dagen, momenten van ongewoon vrij ademen, gemakkelijk bewegen, een zorgeloos gevoel. Ook zijn er slechte dagen die als een terugval worden beleefd en zelfs erger kunnen lijken (vanuit het nieuwe normgevoel) dan vroeger het geval was. Het is belangrijk dit goed te begeleiden en om er indicatoren van het objectieve functioneren in het werk of het dagelijks leven bij te betrekken. Meestal voelt iemand zich slechter maar blijkt toch dat men bijvoorbeeld langer achtereen kan doorwerken dan vroeger het geval was, beter slaapt, minder moe is of dat men meer activiteiten onderneemt. Mogelijk is er tegelijk behandeling of begeleiding op sociaal, psychisch of somatisch gebied nodig als aanvulling op de ontspanningstherapie. In dat geval helpt de ontspanningstherapie om veranderingen op die gebieden te integreren in de zelfwaarneming.

Adem- en ontspanningstherapie spreekt in wezen de zelfbeoordeling van de deelnemer aan en diens interne referent voor zelfbeoordeling. Treedt hierin een verschuiving op, dan ontstaat in de derde fase de neiging om de feitelijke belasting aan te passen aan het nieuwe gevoel. Mensen gaan hun tijd anders inrichten, doen hun bezigheden makkelijker, zeggen eerder 'nee', waarderen momenten van niets doen positiever, kiezen voor een andere invulling van hun functioneren, enzovoort. Met andere woorden, de ontspanningseffecten werken door in het dagelijkse leven. Deze wijzigingen worden niet zozeer opgelegd of geadviseerd door een deskundige, maar komen

uit henzelf. Vanuit dit nieuwe gevoel zoekt de deelnemer wat hij of zij moet en kan veranderen. De ervaringen hiermee worden nauwkeurig doorgesproken. De begeleiding van de integratie van de ervaringen in het normale leefpatroon is een belangrijk onderdeel van de adem- en ontspanningstherapie. Dit sluit aan bij psychosociale begeleiding door andere disciplines (zie casus C en G).

2 Een proefbehandeling met adem- en ontspanningstherapie

De toepassing van het procesmodel van adem- en ontspanningstherapie is samen te vatten met behulp van een verslagformulier (zie figuur 4) dat is ontworpen voor de verslaglegging van een (individuele) proefbehandeling van vier bijeenkomsten (Van Dixhoorn 1998). De behandelaar maakt daarnaast aantekeningen over de behandeling in de status van de patiënt. Dit formulier vat het behandelverloop samen. Er wordt benoemd welke instructies werkzaam bleken ('ingang'), welke processen optraden in respons op de instructies ('processen'), of er factoren waren die functionele processen belemmerden ('beperkende voorwaarden') en of de respons op instructies zinvol was ten aanzien van het probleem van de persoon ('effect op probleem'). Op grond hiervan wordt geconcludeerd of ontspanningstherapie zinvol is.

2.1 Personalia en tabel

Bovenaan het verslagformulier worden de personalia van de patiënt genoemd en de problemen die de reden zijn om met adem- en ontspanningstherapie te beginnen. De problemen worden omschreven in de woorden van de patiënt: waar heeft de patiënt last van en kan hij na vier behandelingen stellen dat er effect is. De eventuele diagnose kan een rol spelen als 'beperkende voorwaarde'. In de tabel worden elke keer de inhoud van de behandeling, de evaluatie en het thuis oefenen genoteerd. Van elke handgreep en instructie noteert de behandelaar of de uitvoering naar zijn mening lukte: gemakkelijk, matig, niet. De instructies zijn uitgeschreven op een manier die de inhoud ervan definieert (Van Dixhoorn 1998). De behandelaar kan de eigen technieken gebruiken mits duidelijk is wat precies is gedaan. Vervolgens noteert de behandelaar of de patiënt duidelijke, concrete veranderingen heeft ervaren: ja; onduidelijke veranderingen; geen. Bij elke techniek wordt dit nagevraagd en vergeleken met de waardering door de patiënt: prettig; gemengd of neutraal; onprettig. Een bepaalde techniek die goed lukte is herkenbaar aan drie plusjes. De volgende keer vraagt de behandelaar welke instructies de patiënt thuis heeft toegepast. Hij noteert of de patiënt deze her-

Figuur 4 Verslagformulier individuele proefbehandeling

Probleem

[illegible]

- | | | | | | | | |
|---|--------|---|--|---|--------|---|-------------------------------|
| d | doen | + | lukt goed, makkelijk | o | oefent | + | concreet, positief, duidelijk |
| | | o | onduidelijk, moeilijk | | | o | moeilijk, onregelmatig |
| | | - | lukt niet | | | - | nee, lukt niet |
| v | voelen | + | ervaring concreet, duidelijk | e | effect | + | concreet, positief, duidelijk |
| | | o | onduidelijk | | | o | gemengd, wisselend |
| | | - | geen concrete ervaring,
geen effect | | | - | onprettig |
| w | waarde | + | aangenaam, positief | | | | |
| | | o | gemengd, neutraal | | | | |
| | | - | onprettig, negatief, eng | | | | |

Ingang

Proces

Beperkende voorwaarden

Effect op probleem

Conclusie

haald heeft: ja; onregelmatig; niet. Zo ja, wat heeft de patiënt dan ervaren aan verandering: concreet positief en duidelijk; gemengd, wisselend of geen verschil; een onprettige verandering.

2.2 *Ingangen en processen*

Een ingang is een instructie met twee plusjes onder 'o' (de patiënt oefent thuis) en 'e' (er is sprake van een concreet, positief en duidelijk effect). De instructies die een ingang blijken te zijn, worden met name genoemd evenals hun concrete effecten. In geval de behandeling voornamelijk bestaat uit handgrepen en er geen huiswerkopdrachten worden gegeven, wordt onder 'ingang' de meest effectieve handgreep benoemd en de ervaren verandering die deze ingang tot gevolg heeft gehad. De behandelaar kijkt terug op zijn aantekeningen en noteert welke processen, achteraf gezien, duidelijk herkenbaar waren en welke duidelijk niet optraden of disfunctioneel waren en geeft hiervan concrete voorbeelden. Het belangrijkste proces wordt als eerste benoemd. Daarna de minder belangrijke en daarna de processen die duidelijk disfunctioneel zijn. Hoe meer herkenbare, functionele processen opgetreden zijn, hoe lager het niveau van overspanning is.

2.3 *Beperkende voorwaarden*

Beperkende voorwaarden zijn factoren die een functioneel proces blijken te verhinderen of factoren die een functioneel proces weliswaar bemoeilijken, maar die toch *niet* doorslaggevend blijken te zijn. Deze beschrijving geeft de marge voor zelfregulatie aan. Beperkende voorwaarden kunnen aanleiding zijn tot nader onderzoek of andere therapie. Ook kan de medische of psychologische diagnose hier benoemd worden en externe veranderingen in bijvoorbeeld medicijngebruik, therapie, of omstandigheden op het werk of in de gezinssituatie.

2.4 *Effect op probleem*

Van de bovenaan het verslagformulier benoemde problemen wordt genoemd welke problemen of welk deel van het probleem reageert op de behandeling en welke problemen of deel van een probleem niet of te weinig reageert. Wanneer klachtenlijsten worden gebruikt kunnen hier de scores worden genoemd. Het kan zijn dat er problemen optreden die aanvankelijk niet genoemd werden, maar die toch blijken te reageren. Iemand heeft bijvoorbeeld evenveel hoofdpijn, maar merkt dat het slapen zich rustiger voltrekt zonder dat er tevoren over slecht slapen is geklaagd. Dit is belangrijk

omdat het mogelijk is dat het hoofdprobleem pas reageert nadat de algemene toestand van de patiënt is verbeterd.

2.5 *Conclusie*

De eerste conclusie is het antwoord op de vraag of de therapie voortzetting verdient. Een indicatie daarvoor is wanneer er een ingang is gevonden (ten minste één instructie die de patiënt toepast) die ten minste één zinvol proces in gang zet, gepaard gaande met enige verbetering in de klachten. De klachten moeten voldoende verbeteren, gegeven de omstandigheden en beperkende voorwaarden om de patiënt en de behandelaar te motiveren om door te gaan. Hierover kunnen de twee partijen van mening verschillen. De patiënt wordt gevraagd om de proefbehandeling af te wachten voordat hij zijn mening vormt over mogelijke effecten. Het gaat erom dat beiden vaststellen welke verwachtingen van de behandeling reëel zijn en of andere behandeling te overwegen is. Op dit moment kan ook de behandelaar beslissen dat voortzetting te weinig zal opleveren.

2.6 *Probleemverheldering*

Een proefbehandeling levert informatie op over de aard van het probleem. De mate van overspanning kan afgeleid worden uit de moeite die de behandelaar heeft met het vinden van een ingang, uit het aantal instructies dat goed lukt en uit het aantal herkenbare functionele processen. Op dit punt verschilt de individuele proefbehandeling van de groepsgewijze aanbieding van instructies. Een ervaren therapeut kan in de individuele situatie, bij iemand met een hoge mate van overspanning, toch erin slagen om de enkele instructie(s) te vinden die voor deze persoon haalbaar is (zijn). In de groepsituatie zou kunnen blijken dat de meeste instructies voor deze persoon niet haalbaar zijn.

De marge voor zelfregulatie kan afgeleid worden uit de mogelijkheid om instructies uit te voeren en zinvolle veranderingen te laten ontstaan ten opzichte van de beperkende voorwaarden. In de praktijk blijkt steeds weer dat de marge voor zelfregulatie alleen goed te bepalen is door ontspanning een aantal keren te beproeven. Het is moeilijk dit op voorhand op grond van de anamnese te schatten. Personen met ernstige problematiek en een belaste anamnese kunnen desondanks blijken voordeel te hebben van de instructies die adem- en ontspanningstherapie behelst. Mensen met een ogenschijnlijk eenvoudig spanningsprobleem daarentegen kunnen bijvoorbeeld blijken teveel moeite te hebben met het innerlijk waarnemen of bevinden zich in een leefsituatie met te weinig mogelijkheden om de instructies toe te passen.

Ten slotte levert de proefbehandeling informatie op over de aard van de klacht en een antwoord op de vraag in welke mate een klacht of probleem samenhangt met overspanning.

- 1 Wanneer de meeste instructies goed lukken en functionele processen opleveren, dan is er een relatief laag niveau van overspanning. Indien tevens de klachten verbeteren, kan geconcludeerd worden dat zij kennelijk spanningsgebonden zijn. Wanneer zij echter niet of nauwelijks reageren, dan is de samenhang met gewone overspanning onwaarschijnlijk, indirect of beperkt.
- 2 Wanneer het moeite kost een instructie te vinden en er niet of nauwelijks een zinvol proces optreedt, en/of er zijn veel disfunctionele responsen, dan is er een hoog niveau van overspanning. Dit kan op zichzelf staan of een gevolg zijn van beperkende voorwaarden. Vaak wordt duidelijk welke beperkende voorwaarden er zijn en op welke wijze deze aan te pakken zijn. Ook is het mogelijk dat het probleem chronisch is, complex en traag in veranderen, maar dat de deelnemer en/of de verwijzer toch gemotiveerd is om de behandeling voort te zetten.

Casus C: migraine en aandachtverschuiving. Een 45-jarige man heeft sinds zijn jeugd eens per 2-3 maanden migraineaanvallen. De frequentie neemt sinds twee jaar toe, de laatste maanden explosief tot diverse aanvallen per week. Hij is nu drie weken in de Ziektewet en wordt begeleid door een bedrijfsmaatschappelijk werkende, die hem naar adem- en ontspanningstherapie verwijst. Hij heeft druk werk dat hij graag doet en veel leuke hobby's daarnaast die ook veel tijd kosten. Hij is een rationele man die sceptisch staat tegenover 'ontspanningsoefeningen', maar instemt met een proefbehandeling van vier keer.

De eerste keer worden bewegingsinstructies in zit- en lighouding gedaan, zoals 'voeten optrekken', en wordt er uitgelegd dat het passief voelen van de gevolgen ervan belangrijk is. Hij ligt wat vlakker op de bank en in stand hangen de schouders wat. De volgende keer vertelt hij dat de inzet van een aanval die normaal uit anderhalf uur durende blindheid bestaat, door de aandacht op de voeten te leggen tot een kwartier is teruggebracht. De pijn erna duurde zoals altijd 3-4 uur. Hij heeft gemerkt dat het oefenen beter lukt wanneer de omstandigheden minder afleiding bevatten. De instructies in zit- en in lighouding worden herhaald en uitgediept. Hij voelt zich zwaarder, rustiger, lomer, trilleriger, lichter in het hoofd en zwaarder in de voeten.

De derde keer, vier weken na het begin, heeft hij overdag nauwelijks geoefend, maar wel in bed. Dit heeft hij als plezierig ervaren. De migraine is afgenomen. Hij wil weten wat het doel van de oefeningen nu eigenlijk is. De uitleg van de therapeut dat er naar een ingang gezocht wordt waarmee een voor hem zinvol proces ingezet kan worden, bevalt hem wel. Het gaat

om het proces bij hem. Dit is bijvoorbeeld verschuiving van zijn aandacht naar een meer passieve vorm, een aandacht die beter verdeeld is over het lichaam. De instructie 'zit, voeten drukken' illustreert dit: hij voelde zich voller op het zitvlak zitten en de handen worden warmer. Hij voelt zich zwaarder, rechter, rustiger, prettiger, zwaarder in voeten en geconcentreerder. Een dergelijke verschuiving zou hij vaker moeten oproepen. De laatste keer, zes weken na het begin, heeft hij dagelijks geoefend. Het valt hem op dat zijn hoofd en nek hierdoor 'opklaren'. Hij is zich bewust geworden dat hij eigenlijk altijd een 'wolk' in zijn hoofd had, ook zonder hoofdpijn. De opklaring is een belangrijk en nieuw teken van echte ontspanning dat hij kan benutten om te zien of hij zijn werk met minder overbelasting kan hervatten. Hij denkt dat hij zich hiermee kan redden en begint parttime en onder begeleiding met werken. Bij telefonische follow-up twee maanden later blijkt de hoofdpijn sterk gereduceerd te zijn, hij heeft moeite met het vinden van rustmomenten, maar de maatschappelijke begeleiding helpt hem daarbij en hij gaat binnenkort weer fulltime werken.

Commentaar: ondanks de ernstige klachten en sceptische instelling van deze man heeft hij vrij snel een strategie voor interne zelfregulatie geleerd. De gewone overspanning is dus matig hoog. De concrete ervaring van het proces 'aandachtverschuiving' hebben hem gemotiveerd om tijd te nemen voor oefenen. Normaal gesproken zou de behandeling voortgezet worden totdat de overgang naar het gewone leefritme is gemaakt, maar nu wordt dit aan het maatschappelijke werk overgelaten.

Casus D: migraine en beperkende voorwaarden. Een 43-jarige verpleegkundige en moeder van 2 kinderen heeft al 20 jaar periodes van een paar dagen met hoofdpijn, vaak gepaard met migraine waardoor ze op bed moet liggen. De klachtenvrije tussenpozen wisselen van een paar dagen tot een paar weken. Ze gebruikt soms cafergot. Ze heeft ooit eerder ontspanningstherapie gevolgd, zonder succes. Ze voelt zich niet ontspannen, is eigenlijk altijd bezig.

Tijdens de eerste bijeenkomst worden voornamelijk handgrepen gedaan waar de lichamelijke spanning goed op reageert. De tweede keer, twee weken later, blijkt dat ze dit wel ontspannend heeft gevonden maar niet als iets bijzonders heeft ervaren. Er worden instructies in rugligging gedaan waardoor de benen zwaarder gaan voelen. Dit ervaart zij echter als een onprettig gevoel. Na afloop voelt ze zich onder meer zachter, zwaarder, slapper, stiller, maar ook verwarder, trilleriger, vreemder, meer moe en banger.

De derde keer, na drie weken, heeft ze een enkele keer geoefend maar ze moet zichzelf ertoe dwingen en ze heeft weinig aandacht gehad voor de veranderingen erna. Er wordt uitgelegd dat ze momenten van betrekkelijke rust kan opzoeken en tot zich door kan laten dringen. Er wordt een in-

structie in zithouding gedaan waardoor ze zwaarder wordt, de schouders zakken en ze loom staat. Daarna worden de instructies in rugligging herhaald. Ze voelt zich nu vooral duffer, lomer, luier, meer gelaten, lusteloos, trager, meer moe, slaperiger en dromeriger. Het vreemde en trillerige gevoel heeft ze niet. Een maand later belt ze op om te melden dat ze geen tijd heeft genomen om te oefenen en dat er geen effect is op de hoofdpijn. De behandeling wordt in onderling overleg gestopt.

Commentaar: er is sprake van een hoge mate van overspanning, blijktens het ontbreken van aangename ervaringen met instructies. Een belangrijke beperkende voorwaarde is dat ze altijd bezig is en niet de tijd heeft of neemt om de aandacht even bij zichzelf te brengen. Lukt dit een enkele keer, dan maakte ontspanning haar bewuster van de vermoeidheid en de behoefte aan mentaal terugtrekken. Met deze behoefte aan herstelprocessen kan ze op dit moment niet veel.

3 Elementen van adem- en ontspanningstherapie

Adem- en ontspanningstherapie is opgebouwd uit elementen. Dit zijn eigenlijk keuzemogelijkheden voor de vorm van interne zelfbeïnvloeding. Hoe meer keuzemogelijkheden de begeleider heeft, des te complexer is de therapie. De voornaamste elementen staan in tabel 3. De centrale elementen zijn aandacht, beweging en ademhaling. Met name de toevoeging van manuele technieken (aanraken), indirecte adembeïnvloeding en bewegingsinstructies breiden het repertoire van de begeleider aanzienlijk uit.

Tabel 3 Elementen van instructie

<i>Elementen van instructie</i>	<i>Onderdeel</i>
Lichaamshouding	Liggend/zittend/staand
Aandacht	Actief gericht/passieve instelling/passieve, waarnemende observatie
Beweging	Groot/klein, perifeer/centraal, eenmalig/herhalend
Ademhaling	Direct, regelend, indirect, gekoppeld/ontkoppeld
Bespreken van ervaringen	Tijdens/na instructie
Aanraken	Passief/actief
Feedback	Verbaal/manueel/instrumenteel

Manuele technieken zijn van grote betekenis. Passief aanraken (contact maken met de handen en de eventuele beweging van de persoon volgen) dient als controle en om feedback te kunnen geven over de manier waarop een

instructie wordt gedaan. De begeleider blijft hierbij zo neutraal mogelijk. Het actief bewegen van het lichaam of een lichaamsdeel van de deelnemer is een manier voor de patiënt om te voelen hoe een beweging zonder moeite plaatsvindt (dit wordt ook wel ‘passief bewegen’ genoemd, om aan te duiden dat de deelnemer passief blijft en bewogen wordt). Beiden, deelnemer en behandelaar, krijgen zo veel informatie over wat iemand in feite doet, wat een instructie eigenlijk teweegbrengt en waar onnodig verhoogde, spanning aanwezig is. Het is bijzonder effectief om de ‘gewoon’ geworden spanning op het spoor te komen. Feedback kan verbaal en manueel plaatsvinden, maar ook instrumenteel met behulp van biofeedback-apparatuur. Hierop wordt niet verder ingegaan.

De *aandacht* wordt door elke instructie aangesproken waarmee getoetst wordt of iemand de aandacht enigszins kan concentreren (actief). Dit kan door de aandacht zelf te concentreren (‘let op ...’) of door te vragen een beweging te maken. Het laatste is makkelijker, zodat mensen die sterk afgeleid zijn toch verder kunnen met instructies. Lukt dat niet, dan zijn bijvoorbeeld manuele technieken te proberen. Passieve aandacht, iets waarnemen zonder iets ermee te doen, is moeilijk. Het ontstaat wanneer de actieve aandacht tijdens de instructie minder geconcentreerd plaatsvindt, de instructie een passieve instelling (niets willen, alles accepteren) bevordert en wanneer iemand voldoende uitgerust is. Raadzaam is om na adem- of bewegingsinstructies, die een verandering in lichaamsspanning teweegbrengen, te vragen wat de deelnemer opvalt. Een goede tactiek is ook de deelnemer na afloop van de instructie te vragen te gaan staan en even stil te staan bij wat iemand opvalt aan verandering. Die vraag is tevens een goede opdracht voor het huiswerk.

Ademinstructies bestaan vooral uit indirecte beïnvloeding van het ademen, via beweging of voorstelling die gekoppeld is aan de ademhaling, waarna gevraagd wordt wat er veranderd is in de ademhaling. Daarmee wordt getoetst of iemand het ademen kan waarnemen zonder het sterk te gaan sturen. Wanneer dat mogelijk is, heeft het zin om instructies te geven die het ademen tijdelijk, direct regelen. Blijft de deelnemer de ademhaling toch sturen, dan zijn instructies zinvol die de ademhaling ontkoppelen van de beweging. Een belangrijk middel is het gebruik van de samenhang tussen adembeweging en wervelkolombeweging (Van Dixhoorn 1994, 1998). De ontdekking van de functionele samenhang van deze twee is bevorderlijk om het ademen indirect te kunnen vergemakkelijken via beweging van de wervelkolom, en om houdingsverbetering door de ademhaling te kunnen ondersteunen. Het effect van handgrepen en instructies neemt daardoor toe en kunnen gemakkelijk toegepast worden in het dagelijkse leven.

Bewegingsinstructies zijn middelen om de interne, sensore informatie vanuit het lichaam te vergroten (lichaamsbewustwording), om lichaamsspanning in beweging te doen afnemen (actief ontspannen en functioneel bewegen), om de ademhaling indirect te beïnvloeden (functioneel ademen), om de aandacht te verzamelen en te concentreren en om na afloop makkelijker stil te zitten of te liggen (passief ontspannen en aandachtverschuiving). Naast enkelvoudige, kleine bewegingen vanuit de periferie (armen, benen, gezicht), zoals in de progressieve spierontspanning gebruikt worden (Jacobson 1928; McGuigan 1993), zijn herhalende bewegingen van grote betekenis. Zij worden veel benut in de Feldenkrais-methode (Feldenkrais 1995) en betrekken vanuit de periferie geleidelijk aan de beweging van het hele lichaam. Bewegingsgevoel vanuit het lichaamscentrum, de romp en wervelkolom, is essentieel voor interne zelfregulatie. De hier bedoelde bewegingen zijn, in tegenstelling tot bijvoorbeeld houdingen die in de yoga gebruikt worden, eenvoudig en sluiten aan bij het dagelijkse leven. Ze zijn in principe voor iedereen uitvoerbaar.

Het *bespreken van ervaringen* neemt een belangrijke plaats in. De somatische ingangen worden daardoor tevens een middel tot bewustwording. De betekenis van ervaren veranderingen wordt samen met de deelnemer onderzocht, waardoor de ervaring verdiepen kan en het beeld van zichzelf en de wereld bijgestuurd kan worden (cognitieve herstructurering). Ook het vinden van een plaats voor ontspanning in het dagelijkse leven is een onderwerp van gesprek. De therapie is zowel somatisch als psychosociaal van aard en past in beide soorten beroep.

4 Proceskarakter van adem- en ontspanningstherapie

Adem- en ontspanningstherapie is een verzamelnaam voor een groot aantal verschillende soorten interventies, zoals zelfsuggestie (autogene training), spierontspanning (progressieve relaxatie), meditatie, yoga, ademhalingstherapie, biofeedback. Het zijn op het individu gerichte methodes die een belangrijk en vaak het hoofdbestanddeel vormen van stressmanagementprogramma's (Van der Hek & Plomp 1997). Er zijn globale verbanden tussen een bepaalde vorm en bepaalde effecten (Lehrer & Woolfolk 1993), maar de praktijk laat steeds weer zien dat dezelfde instructie bij diverse deelnemers tot verschillende reacties leidt. Dit gegeven stelt de begeleider voor een keuze: laat men zich leiden door de te verwachten effecten of door de individuele respons van de deelnemer? In het eerste geval houdt de begeleider vast aan een specifieke methode en stuurt hij de deelnemer zoveel mogelijk bij om het beoogde effect te bereiken. In het tweede geval wordt de individuele respons van de deelnemer als uitgangspunt genomen om verdere in-

structie op af te stemmen. De therapie volgt dan het proces van zelfregulatie bij de deelnemer.

Volgens dit ‘proceskarakter’ van adem- en ontspanningstherapie is het niet zozeer de methode die bepaalt hoe de therapie verloopt, maar veeleer de respons bij de deelnemer. Dit veronderstelt dat de therapeut/begeleider zodanig vertrouwd is met een ruim aantal vormen van instructie, dat hij of zij deze gaandeweg kan veranderen. Ook dient de begeleider in staat te zijn de diverse responsen te herkennen die bij de patiënt/deelnemer kunnen optreden. De therapeut schept geen verwachtingen van een specifiek effect, maar vraagt de bereidheid van de persoon om samen, in een proefperiode van een klein aantal sessies, de mogelijke effecten te exploreren (zie paragraaf 2). De deelnemer dient op zijn beurt daartoe actief mee te werken en zijn primaire motivatie (klachtenreductie) op te schorten totdat duidelijker is welk effect verwacht mag worden. Het proceskarakter doet van begin af aan een beroep op de actieve deelname van de persoon.

Tabel 4 Kenmerken van het procesmodel van relaxatie- en ademhalingstherapie

<i>Kenmerken</i>
Vraag medewerking in het zoeken van een ingang
Bied een aantal vormen van instructie aan
Koppel de inhoud van de instructie los van de effecten
Houd de uitkomsten bij de deelnemer open en schep geen verwachtingen
Observeer het gedrag en vraag naar de ervaringen
Tracht de responsen van de deelnemer te interpreteren
Kies de instructie die een zinvolle respons versterkt

De begeleider is eropuit een ingang te zoeken voor de interne zelfregulatie van de patiënt. Hij geeft een aantal instructies en laat de gevolgen van de instructie bij de deelnemer maximaal open. Hij observeert nauwkeurig het gedrag van de deelnemer en vraagt zo neutraal mogelijk naar diens ervaringen. Hij tracht vervolgens de responsen te interpreteren en kiest de instructie die de meest zinvolle respons voor de interne zelfregulatie versterkt. Een instructie die de patiënt kan herhalen en die een of meer zinvolle processen in gang zet, toont aan dat er een ingang voor zelfregulatie is gevonden. Pas wanneer dit het geval is kan bekeken worden welk deel van de klachten hierop reageert. Op grond daarvan kan besloten worden of er een indicatie bestaat om de therapie voort te zetten.

Casus E: whiplash, functioneel bewegen en lichaamsbewustwording. Een 46-jarige vrouw, maatschappelijk werkende, is zes jaar geleden van achter aangereden en heeft sindsdien whiplash-klachten. Zij heeft 10 maanden niet gewerkt, een halskraag gedragen, fysiotherapie en cesartherapie gehad. Zij werkt nu weer, kan wat beter lezen en is minder vermoeid, maar heeft nog last van brandende nek en branderige schouders, druk op de nek, hoofdpijn, slecht slapen, concentratieverlies, hetgeen na een verkoudheid sterk kan toenemen. Na drie behandelingen, verdeeld over zes weken, wordt geconcludeerd dat ontspanningstherapie zinvol was.

De eerste keer worden alleen handgrepen gedaan. Er blijkt in zithouding een duidelijke ademhaling in de buik en het lendegebied aanwezig te zijn. De beweeglijkheid van de wervelkolom wordt in rugligging beproefd, door de voeten op en neer te bewegen en door de borstkas op en neer te schommelen. De wervelkolom blijkt bijzonder strak te zijn, maar dit neemt iets af, er is geen normale ademrespons op deze handgrepen. Ze staat daarna zwaar en stevig op de grond, de armen hangen wat meer, de schouders zijn branderig, er is wat verlichting in hoofd en nek. De therapeut vraagt haar dit gevoel van rustig, zwaar staan overdag af en toe eens terug te halen.

De tweede keer blijkt dat ze veel last heeft gehad van branderigheid en stijfheid in nek en schouder, ze is zich bewuster geworden van de onrust in het hele lichaam, de moeite die ze heeft met stilstaan en de hoge spierspanning die ook in rust en in bed aanwezig blijft. Een instructie in zithouding wordt gedaan, 'zit, benen wrijven', waarna het onderlichaam meer ontspannen is, maar bovenin wordt het gloeiend en pijnlijk. Ze houdt nek en schouders erg stijf, maar toch lukt het haar om enige tijd het hoofd voorover te laten hangen. Daarna is de wervelkolom in rugligging iets beweeglijker geworden en is er enige ademrespons op de handgrepen. Ze staat daarna meer ontspannen en de schouders zijn minder branderig. De derde keer heeft ze de zitinstructie een paar maal geoefend. Het valt haar op dat de branderigheid in de schouders erdoor afneemt; deze is nu eigenlijk verdwenen. De hoofdpijn is sterk verminderd, de druk in de nek en het slechte slapen zijn onveranderd. De zitinstructie gaat wat beter, de beweging wordt vloeiender gedaan, het hoofd doet iets mee met de beweging. In rugligging is de beweeglijkheid van de lumbale wervelkolom beter, maar in de thoracale wervelkolom niet. De instructie 'hoorbaar uitademen' door getuite lippen wordt toegevoegd; dit geeft weinig verandering in het ademen.

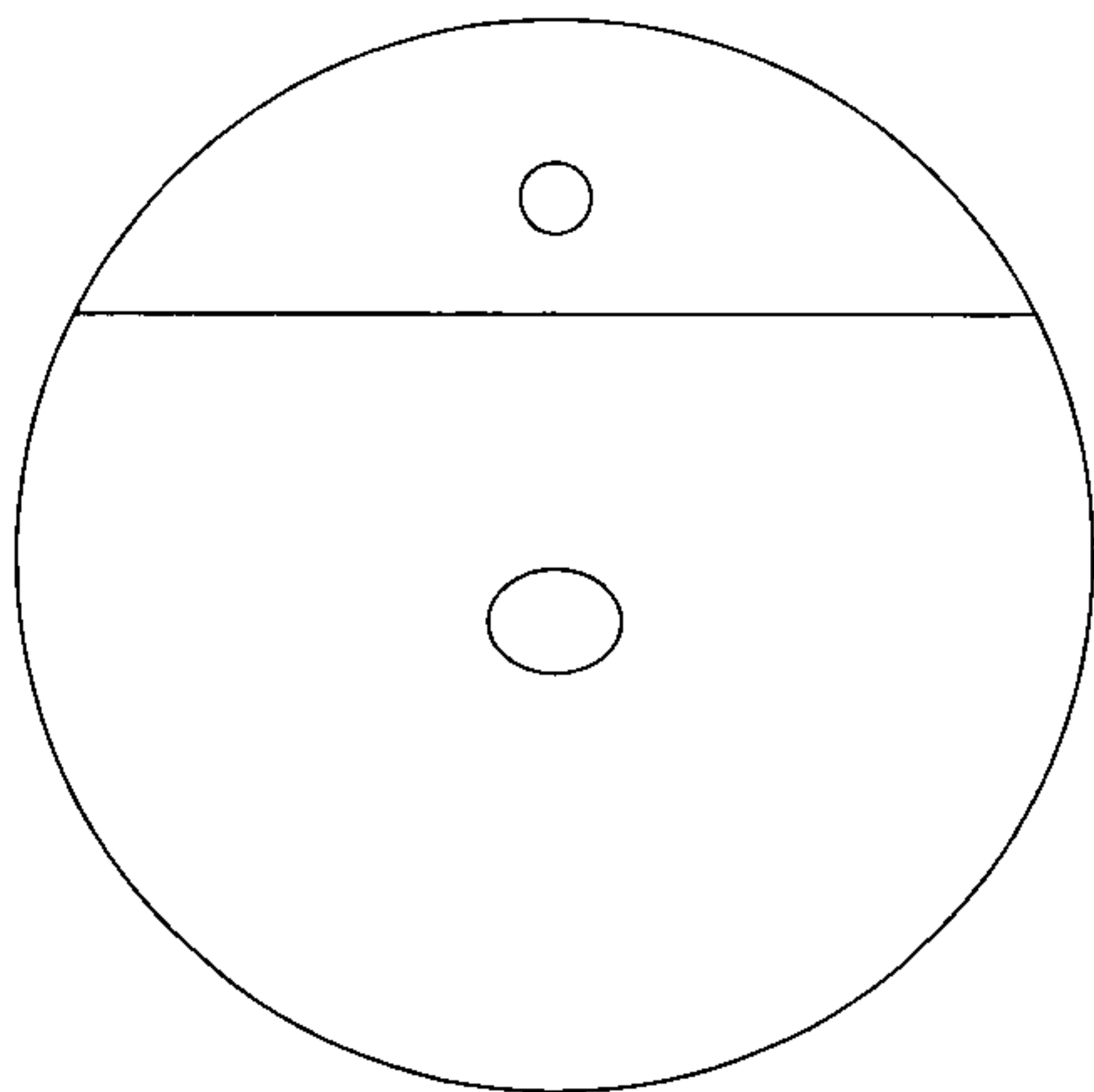
Commentaar: er is sprake van overspanning. Deze blijkt uit een sterk verhoogde spierspanning in de wervelkolom en de thorax, uit een beperkte beweeglijkheid die iets is verbeterd (disfunctioneel bewegen) en een disfunctionele ademhaling die (nog) weinig is verminderd. De patiënte er-

vaart een duidelijke ontspanning, maar wordt zich ook bewuster van de hoge spanning die er eigenlijk altijd is. Er is enige respons in de klachten. Er wordt afgesproken dat het zinvol is de behandeling voort te zetten.

5 Interne zelfregulatie

De verschillende instructievormen en responscategorieën (processen) zijn middelen tot versterking van de interne zelfregulatie van het individu. De figuren 5 en 6 geven weer wat hiermee wordt bedoeld. De cirkel representeert het individuele organisme en de talloze processen die het als eenheid in stand houden. Slechts een heel klein deel van deze processen is toegankelijk voor de bewuste waarneming: het gebied boven de horizontale streep. De onderste interne cirkel geeft de zelfregulatie van het organisme weer, de homeostase. De homeostase verloopt onbewust, maar geeft signalen wanneer het disfunctioneert. Iemand wordt bijvoorbeeld bewust dat hij of zij moet gaan bewegen of verzitten, iets moet drinken of eten, iets moet aan- of uittrekken, een activiteit moet beëindigen en even pauze moet nemen, enzovoort. Veel van deze zelfsturende processen gebeuren overigens halfbewust, men reageert half-automatisch op de innerlijke prikkels. Iemand besluit bijvoorbeeld iets anders te gaan doen zonder te beseffen dat deze gedachte vanuit een innerlijke sturing ontstond. De bovenste interne cirkel geeft het besef van zelfcontrole weer van het bewuste individu. De bewuste

Figuur 5 Een model van zelfregulatie

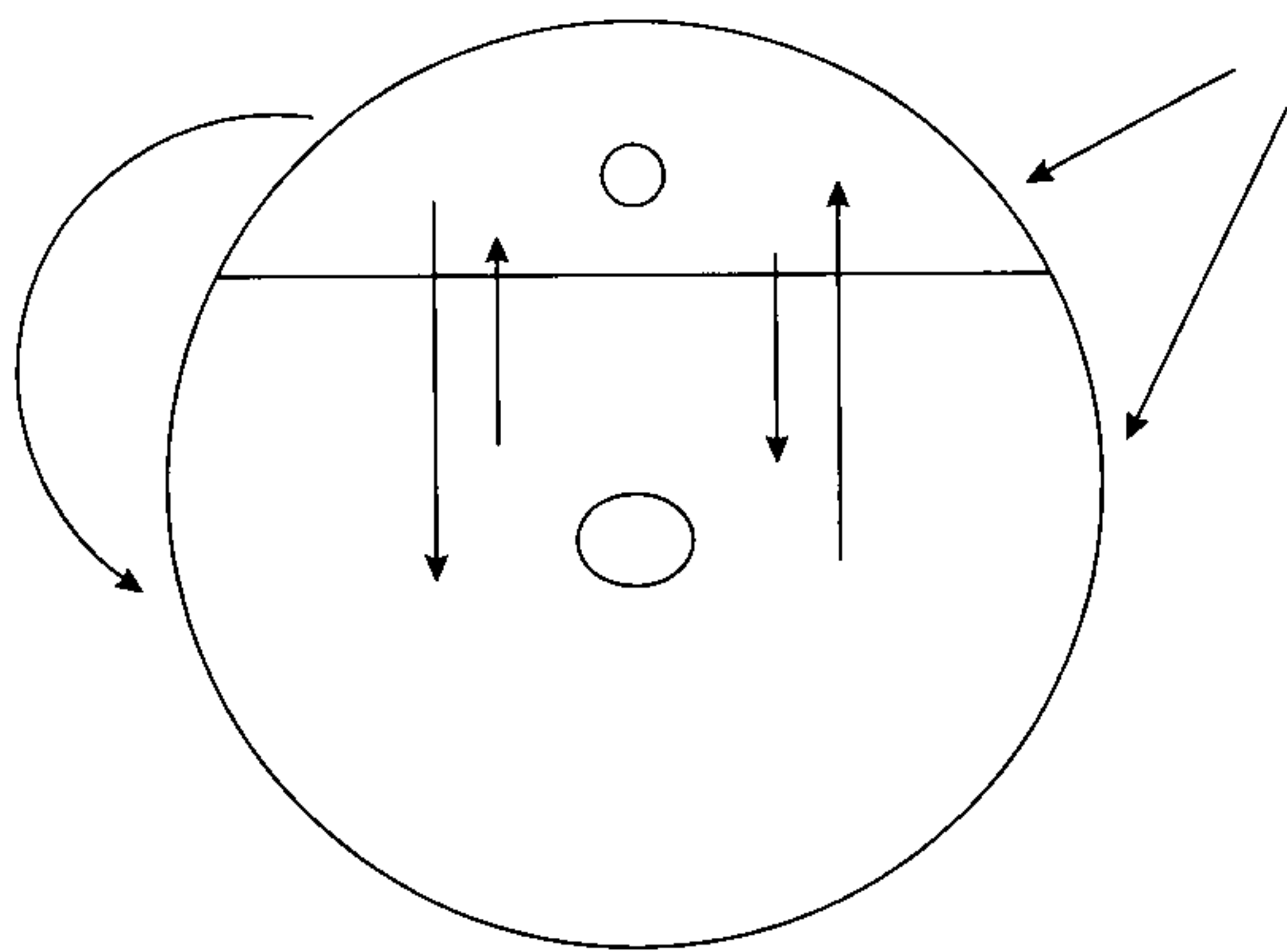


De cirkel in het midden geeft de zelfregulatie van het organisme als geheel weer (homeostase), de bovenste cirkel geeft de zelfregulatie vanuit de bewuste waarneming weer.

zelfregulatie is vooral extern gericht, op de relatie van zichzelf ten opzichte van de omgeving. De reacties op interne prikkels worden daarbij vanzelfsprekend aangenomen. Iedereen heeft geleerd om met zijn levende lichaam om te gaan.

De meeste vormen van interventies zijn gericht op de externe bewuste zelfregulatie. In figuur 6 wordt dit aangeduid met de pijl van het bewuste deel, via de omgeving naar zichzelf: iemand leert beter omgaan met stressoren en zichzelf goed verzorgen. Een andere vorm van externe zelfregulatie is het vragen om advies of hulp. Dit is aangeduid met de pijlen van buitenaf gericht op het individu. Met interne zelfregulatie wordt daarentegen gedoeld op de mogelijkheid de aandacht naar binnen te richten, op wat zich voordoet in zichzelf. Deze mogelijkheid wordt voorgesteld door de inwendige pijlen in de figuur. Zij zijn complementair aan de externe vormen van zelfregulatie en zij completeren de zelfregulatie als geheel (Van Dixhoorn 1998).

Figuur 6 Vier vormen van bewuste zelfregulatie



Adem- en ontspanningstherapie bestaat uit specifieke middelen om de innerlijke toestand van zichzelf te leren kennen en te beïnvloeden. Het doel is de aanwezigheid van duurzame maar onnodig verhoogde spanning te onderzoeken door te trachten een ongewoon laag niveau van spanning te bereiken. Een argument voor het bestaan van verhoogde spanning is wanneer iemand door de therapie een duidelijke ervaring heeft van concrete verandering in zichzelf, naar een voor hem of haar ongewone toestand van rust, moeiteloosheid, stilte, ruimte of vrijheid.

De innerlijke zelfbeïnvloeding noemen we ‘actieve’ interne zelfregulatie: het individu geeft (op voorstel van de begeleider) zichzelf opdrachten, bijvoorbeeld over de lichaamshouding, de ademhaling, gedachten, voorstellin-

gen of gebieden om de aandacht op te richten (naar beneden gerichte pijlen). Daarnaast neemt het individu (en de begeleider) de respons waar op deze opdrachten met een passieve, neutrale aandacht. Deze zelfwaarneming noemen we 'passieve' interne zelfregulatie: het individu stopt de actieve beïnvloeding en neemt de tijd om te voelen welke verandering daarna optreedt (naar boven gerichte pijlen). De passieve fase is het moeilijkst, maar stelt de deelnemer in staat om zijn innerlijke toestand beter te leren kennen.

De beste manier is om een actieve zelfbeïnvloeding uit te voeren, deze bewust te stoppen en de aandacht enige tijd bij de gevolgen te houden, zonder iets te verwachten. De therapie bestaat daarom uit een voortdurende afwisseling van een actieve en een passieve fase. Voor alle vormen van adem- en ontspanningstherapie is een passieve instelling nodig ten aanzien van het effect. Hoe groter de passieve instelling en passieve zelfwaarneming, des te meer kan de zelfregulatie van het organisme de richting van de respons naar een bepaald proces aangeven. De nadruk op de passieve, waarnemende fase tegenover de actieve, sturende fase is een belangrijk middel om de instructie optimaal af te stemmen op het individu.

Iemand die leert om door middel van een of meer instructies een concrete, aangename ervaring op te roepen in zijn lichamelijke of geestelijke toestand, heeft daarmee zijn repertoire van zelfregulatiemiddelen uitgebreid. Dit heeft een dubbele betekenis:

- 1 het besef van bewuste zelfcontrole neemt daardoor toe, hetgeen op zichzelf de gezondheid en het functioneren bevordert (cognitief gevolg);
- 2 het vermindert een duurzaam, gewoon geworden en verhoogde spanning die de voedingsbodem is voor klachten en disfunctioneren (psychofysiologisch gevolg).

Een reactie in de klachten vormt vervolgens de indicatie voor voortzetting van de behandeling. Door de processen nauwkeurig te observeren, kan beoordeeld worden langs welke weg een effect te verwachten zou zijn.

Casus F: paniekaanvallen, aandachtverschuiving en disfunctioneel ademen. Een 47-jarige vrouw met twee kinderen en werkzaam op een kantoor heeft sinds haar scheiding, 14 jaar geleden, last van paniekaanvallen. Dit begint met hartoverslagen, ze wordt angstig en benauwd en heeft het gevoel te zullen stikken. Soms wordt ze angstig in het hoofd en duizelig. Dergelijke sensaties treden vaak op, maar een echte aanval gebeurt eens per maand. Sinds vier jaar heeft ze maandelijks psychotherapie.

De eerste keer werd in rugligging begonnen met instructies voor het verzamelen van de aandacht en het terugtrekken van de aandacht uit de omgeving naar zichzelf. Daarna volgde de instructie het hoofd langzaam naar links en rechts te rollen en het ademen daarbij te volgen. Ze voelde dat ze meer in de bank lag.

De tweede keer blijkt dat ze elke ochtend de instructie voor de aandacht heeft geoefend. Dit geeft haar een ander gevoel dat overdag doorwerkt. Op het werk doet ze de dingen rustiger, minder 'gauw, gauw'. Ze is minder kortademig en angstig. Dezelfde instructie wordt herhaald en geeft een sterker effect alsof ze zou willen slapen. Een handgreep om de ademrespons te beproeven wordt gedaan: aan de voeten trekken met inademen geeft geen extra ruimte, maar voelt gek en onprettig; de hoogthoracale wervelkolom opdrukken met uitademen geeft een naar, kortademig gevoel; de lumbale wervelkolom opdrukken met inademen lukt goed.

De derde keer, na drie maanden, blijkt dat ze de onrust beter in de hand kan houden door goed op de omgeving te letten, niet in zichzelf weg te kruipen en zichzelf minder negatief toe te spreken. Ze wordt wel onrustig van het letten op de ademhaling. Een instructie in zithouding wordt toegevoegd, 'zit, benen wrijven', om indirect de ademhaling te beïnvloeden en te leren waarnemen. Dit lukt matig, maar daarna kan ze in rugligging het ademen beter observeren. De instructie om de voeten op te trekken, los te laten en ondertussen gewoon door te ademen lukt goed. De respons op het opdrukken van de hoogthoracale wervelkolom is minder negatief. De vierde keer is na vijf maanden. De zit-instructie geeft thuis een sloom, mentaal ontspannen, leeg gevoel, dat prettig is. De gevoelens van benauwdheid en angst zijn niet meer opgetreden. Wel merkt ze soms, na druk praten, een spanning in de nek en een raar, duizelig gevoel in het hoofd. Ze vermijdt het nog steeds om op het ademen te letten. De instructie in rugligging, voeten optrekken en doorademen, en voeten optrekken en tegelijk uitademen, lukt goed. Daarna staat ze stevig en zwaar op de grond.

Commentaar. de overspanning is matig hoog. De instructies die de patiënte benut zijn effectief geweest, maar de processen blijven op een cognitief, mentaal vlak. De ademhaling is nog niet functioneel. Toch wil ze met de therapie stoppen, omdat de aanvallen zijn gestopt. Twee jaar later zijn de klachten teruggekomen. Na twee bijeenkomsten zijn ze weer verbeterd.

6 State of the art

De meest gebruikte verklaring van relaxatie-effecten is gelegen in het proces van de 'relaxatie-respons', een term die door de cardioloog Benson (Benson, Beary & Carol 1974) in de zeventiger jaren werd ingevoerd. Benson grijpt terug op het werk van Hess (Hess 1957) en beschrijft een geïntegreerde verschuiving in de hypothalamus die leidt tot een daling van de sympathische activatie. Hess noemt dit een trofotrope instelling omdat het een beschermend mechanisme is tegen te hoge stress en herstelprocessen

bevordert. Het is het tegenovergestelde van de ergotrope instelling die de verbranding en het gebruik van lichaamsenergie verhoogt en het individu prepareert voor actie. De verschuiving van een ergotrope naar een trofotrope instelling, de relaxatie-respons, is een aangeboren mechanisme. Men hoeft het niet te leren, alleen moeten de voorwaarden voor het optreden ervan vervuld zijn. Benson noemt vier voorwaarden: een makkelijke lichaamshouding, een rustige omgeving, een neutraal focus voor de aandacht en een passieve instelling. Houdt men deze voorwaarden 10 – 20 minuten aan, dan dalen onder andere de spieractiviteit, het zuurstofverbruik en de koolzuurproductie, nemen de hartslag, de bloeddruk en de ademfrequentie af, en nemen onder andere de alfa golven in het EEG, de huidweerstand, de huidtemperatuur, de hartslagvariabiliteit en de activiteit van het maagdarmlkanaal toe. Aan deze fysiologische definitie van ontspanning kunnen psychologische kenmerken toegevoegd worden. De aandacht wordt geleidelijk passiever, gedachten gaan langzamer en komen meer op de achtergrond, het denken wordt stiller en er komt een grotere openheid voor innerlijke prikkels. Mentale onrust en angst nemen veelal af, aangename gevoelens van behagen en welbevinden ontstaan.

Er is veel empirische evidentie voor dit eendimensionale beeld van ontspannen. Ook spreekt de verklaring ‘ontspanning is spanningsvermindering’ aan. Toch dekt het de werkelijke responsen op adem- en ontspanningsinstructie slechts in beperkte mate. Hier zijn drie redenen voor.

- 1 De trofotrope respons treedt zelden in zijn geheel op, dat wil zeggen lang niet alle indicatoren veranderen in dezelfde mate en in dezelfde richting. In sommige opzichten kan zelfs een spanningstoename ontstaan na ontspanningsinstructie, zowel subjectief (onrustiger, angstiger) als objectief (hogere hartslag, bloeddruk, ademfrequentie). Deze gedifferentieerde effecten blijken vooral wanneer de uitkomsten van een instructie op individueel niveau worden geanalyseerd. Zij worden daarentegen verhuld in onderzoek dat groepsgemiddelden presenteert en slechts de te verwachten effecten meet.

Lehrer en Woolfolk hebben het onderzoek naar relaxatie grotendeels samengevat en concluderen dat bepaalde effecten relatief vaker optreden bij bepaalde methodes dan bij andere methodes (Lehrer & Woolfolk 1993). Globaal genomen treden cognitieve effecten (minder piekeren en minder angstig) wat vaker op bij methodes die de cognitie (bewuste voorstelling) als aangrijpingspunt hebben en treden effecten in het bewegingsapparaat wat sterker op bij methodes die de bewuste spierontspanning als aangrijpingspunt hebben. Zij waarschuwen echter dat de uitkomsten van instructie vooral afhangen van het ‘geïntegreerd functioneren’ van het individu. Op individueel niveau kan elke soort respons

- optreden bij elke soort instructievorm. Om diezelfde reden overigens zijn volgens hen instructies op cassetteband aanmerkelijk minder effectief dan persoonlijk gegeven instructie waarin het tempo en de inhoud van de instructie immers aangepast kunnen worden aan de deelnemer.
- 2 Patiënten kunnen voordeel hebben van adem- en ontspanningstherapie zonder dat de relaxatierespons (spanningsvermindering) optreedt. Er zijn namelijk ook andere processen mogelijk. Deze zijn onder paragraaf 1 behandeld. In principe kan elke instructie elk van deze processen in gang zetten. De vraag is of er een proces optreedt dat een zinvol verband heeft met de klacht of het probleem (zie paragraaf 2). Ook is het van belang wanneer een normaal proces niet optreedt of een disfunctioneel karakter heeft.
 - 3 Ten slotte is het mogelijk dat iemand na adem- en ontspanningstherapie beter de invloed leert onderscheiden van interne of externe stresserende factoren die ontspanning en zelfregulatie van spanning tegenwerken. Doordat men de oorzaak exacter kan aangeven, is deze gericht aan te pakken. Men geeft zichzelf minder de schuld van spanningsklachten. Probleemverheldering is een belangrijk onderdeel van adem- en ontspanningstherapie en motiveert de persoon of de begeleider nogal eens tot een ander vervolg.

Bewustwording van beperkende voorwaarden die een zinvol proces tegenwerken is van grote waarde. Vaak zijn de effecten van ontspanning *indirect* van aard. De deelnemer leert de spanningsbronnen in zijn leefwijze beter te onderkennen, hun invloed te beperken of reëler te accepteren, en de mogelijkheid voor rustmomenten zo mogelijk te verdiepen. Als gevolg daarvan verschuift de balans tussen spanningsbronnen en rustmomenten iets. De voorwaarden voor ontspannen verbeteren en dat brengt meer concrete en aangename veranderingen teweeg. Vanwege de toename in interne zelfregulatie verbetert ook de externe zelfregulatie. Door deze interactie tussen interne en externe zelfregulatie neemt de marge voor zelfregulatie als geheel toe. Het effect op het probleem is dan niet meer aan een enkel proces toe te schrijven, maar aan het gelijktijdig optreden van veranderingen op diverse vlakken. De toename in de totale zelfregulatie is vermoedelijk een belangrijke reden voor een blijvend effect op lange termijn (Sorbi, Tellegen & Du Long 1989), zoals bijvoorbeeld het voorkomen van recidivering bij patiënten met hartziekte of epilepsie (Puskarich e.a. 1992; Van Dixhoorn 1997; Patel e.a. 1985; Blumenthal e.a. 1997).

Casus E vervolg: bewustwording van beperkende voorwaarden. Op de vierde bijeenkomst, een maand later, blijkt de moeder van de patiënte overleden te zijn waardoor ze het drie weken lang heel druk heeft gehad.

Ze heeft niet geïmagineerd, is moe en verkouden en heeft behoefte aan ontspanning. De whiplash-klachten zijn desondanks niet verergerd. Het valt haar op dat de dagelijkse zithouding wat meer ontspannen is. De instructies en handgrepen geven haar een duidelijk ontspannen gevoel, met minder druk in de nek.

De vijfde bijeenkomst, een maand later, blijkt dat de moeheid is gebleven en de klachten in hoofd, nek en schouders toch wat zijn toegenomen. Ze is zich bewust geworden dat de voorwaarden voor herstel en ontspanning in de huidige werksituatie onvoldoende zijn. De oefeningen werken wel, maar te kort. Het is nieuw voor haar dit toe te geven. Ze heeft dit op het werk besproken en er is afgesproken dat ze een tijd lang wat minder belast zal worden. Twee maanden later, de zevende bijeenkomst, is het in het geheel weer aan de beterende hand.

Commentaar: een voorbeeld van een indirect effect van ontspanning. De patiënte is de invloed van beperkende voorwaarden, de verwerking van de dood van haar moeder bovenop een zware baan bewust geworden en zij onderneemt actie om deze omstandigheden te verbeteren. Daardoor gaat zij zich na enige tijd weer wat beter voelen. Voorheen zou zij gedacht hebben, 'dit moet kunnen' en doorgedaan zijn waardoor de klachten langduriger zouden zijn verergerd.

Casus G: vermoeidheid en confrontatie met onvrede over het soort werk. Een 38-jarige man, voormalig kok en nu werkzaam als vertegenwoordiger van etenswaren, is door een Arbopsycholoog verwezen vanwege klachten over moeheid, duizeligheid in het hoofd en druk op de ogen. Hier heeft hij sinds vier jaar elke ochtend last van behalve de laatste werkdag van de week. Op zaterdag is hij erg moe en op zondag voelt hij zich weer beter. Hij is vier keer naar behandeling geweest in een maand tijd waarna hij met vakantie is gegaan. De behandelingen geven hem een ontspannen gevoel, maar tegelijkertijd wordt hij meer gelaten, ongemotiveerd en niet productief op zijn werk. De laatste bijeenkomst blijkt hij zich ziek gemeld te hebben omdat de werkdruk van bovenaf te sterk gevoeld wordt. De therapeut bespreekt op welke wijze hij in zijn dagelijks leven momenten van rust en een positieve stemming kan vinden.

Twee maanden later blijkt bij telefonische follow-up dat hij elke ochtend fris opstaat. Hij zal binnenkort aan een andere werkkring beginnen waar hij zich beter thuis zal voelen. Door de therapie is hij zich extra bewust geworden dat het huidige werk niet is wat hij werkelijk kan of wil; hij heeft zich vier jaar geforceerd en dat daar nu een eind aan komt, lucht hem enorm op.

Commentaar: door de lichaamsbewustwording en de concrete ervaring van rust wordt de persoon sterker geconfronteerd met werkomstandighe-

den die niet bij hem passen. Dit motiveert hem om er effectief iets aan te doen.

Het komt ook nogal eens voor dat verheldering van de invloed van beperkende factoren leidt tot verwijzing naar een andere aanpak of tot gelijktijdige behandeling en begeleiding. Factoren op sociaal vlak (werksituatie, omgang met chef en collega's, tijdsindeling en rustpauzes) zijn vaak een probleem en begeleiding leidt dan vaak tot inzicht hierin. Factoren op somatisch vlak kunnen ontspanningseffecten eveneens tegenwerken. Te denken valt aan gebruik van (teveel) alcohol, koffie, suiker, sigaretten of drugs, een niet-ergonomische werkhouding, te weinig lichaamsbeweging of gezonde voeding of de aanwezigheid van lichamelijke beperkingen als gevolg van een ziekte of aandoening. Juist bij deze laatste factor is verheldering van het aandeel van de ziekte en van een onnodig gespannen manier van ermee omgaan van belang. Mensen met een aandoening kunnen veel voordeel hebben wanneer zij efficiënter of reëler met hun mogelijkheden leren omgaan (Deccker, Cline-Elsen & Gallagher 1992; Mandel & Keller 1986).

Een te geringe respons op ontspanning van klachten waar geen duidelijke oorzaak voor is, kan een reden zijn voor verwijzing naar verder onderzoek. Er zijn mogelijk somatische, maar ook psychische factoren die ontspanning tegenwerken. Mensen met traumatische ervaringen bijvoorbeeld kunnen een herbeleving meemaken tijdens ontspanning. Ook kan er vanuit de persoonlijkheid weerstand zijn tegen de passiviteit die ontspanning van hen vraagt. Er kunnen conflicten zijn die de eigenlijke achtergrond vormen van klachten. Psychische beperkende voorwaarden worden de deelnemer vaak duidelijker in de loop van ontspanningstherapie en versterken dan de motivatie om hier wat aan te doen. Adem- en ontspanningstherapie is nogal eens een opstapje naar psychotherapie. Aan de andere kant gaan de meeste patiënten met psychologische diagnoses gebukt onder hoge spanning. Wanneer het lukt deze te verminderen, kan de psychische problematiek soms sterk afnemen. Dit wijst er dan op dat overspanning de psychische problematiek mede in stand hield.

Casus H: angst en gewone overspanning. Een 26-jarige man, hovenier van beroep, heeft aanvallen van angst, kortademigheid, transpireren en hartkloppingen. Hij heeft dit vooral in ruimtes als een restaurant, bioscoop en trein, waardoor hij vermijdt om uit te gaan. Dit is begonnen nadat het bedrijf waar hij werkte twee jaar geleden failliet ging. Hij heeft op advies van de huisarts ademhalingsstherapie voor hyperventilatieklachten gehad dat hem een beetje hielp. In gesprekken met maatschappelijk werk heeft hij zich beter leren uiten. De huidige werksituatie is in orde. Toch blijven de

klachten en hij heeft niet het gevoel dat hij zich kan ontspannen. Sinds een paar maanden heeft hij af en toe rugpijn als gevolg van te strakke spieren. De eerste bijeenkomst wordt een instructie in rugligging gedaan, 'ruglig, voeten optrekken'. Dit gaat goed, hij staat daarna duidelijker meer ontspannen. De volgende keer, twee weken later, heeft hij dit geoefend voor het inslapen. Het kostte hem moeite om de aandacht erbij te houden, maar het lukte wel. Hij viel erna in slaap en merkte verder geen effect. Na uitleg dat oefenen direct na thuiskomst meer mogelijkheid zal geven om een effect te voelen, wordt daartoe een instructie in zit gedaan, 'zit, benen wrijven'. Dit lukt goed, hij voelt dat hij zwaar en rustig zit. Daarna, in rugligging, ligt hij direct rustiger op de rug. De instructie 'voeten optrekken' beperkt eerst het ademen, maar later gaat het doorademen beter. Na 'hoorbaar uitademen' wordt de inademing voller, dieper en trager en de adembeweging vloeiender, hoewel hij even duizelig ervan wordt.

De derde keer, na twee weken, blijkt dat het oefenen na thuiskomen hem daadwerkelijk ontspande. Hij is rustiger 's avonds, hij kan rustig zitten eten, zijn lichaam blijft warm in de voeten en handen, hij voelt zijn hart rustig kloppen. De instructie in zit wordt herhaald en bijgestuurd omdat hij het eigenlijk te kort deed. Daarna wordt een instructie in stand gedaan, die de rug helpt ontspannen ('stand, doorzakken') en worden handgrepen in rugligging gedaan om de hele wervelkolom los te schudden. Hij voelt zich zwaarder, maar ook kleiner staan, alsof hij dichterbij de grond staat. Hij glimlacht en zegt dat dit gevoel hem goed bevalt. Een maand later vertelt hij dat hij sinds de vorige keer de spanning die hij deze twee jaar altijd bij zich heeft gedragen van hem af is gevallen. Als de spanning weer een beetje terugkomt, gaat het ook weer over en schrikt hij er minder van. Door de oefeningen wordt hij rustig en hij weet dat hij daar tijd voor moet nemen. Hij is weer uit eten gegaan en kan rustig ergens zitten koffie drinken. Ook de rugklachten zijn verdwenen. Op de 'Nijmeegse vragenlijst voor hyperventilatieklachten' is zijn score gezakt van 27 (verhoogd) naar 9 (laag). De therapie wordt beëindigd. Bij een follow-up anderhalf jaar later blijkt het nog steeds goed te gaan. Hij oefent een enkele keer wanneer hij voelt dat het nodig is.

Commentaar: de angst lijkt een psychisch probleem, maar blijkt onderhouden te worden door een matig hoge gewone overspanning. Nadat deze spanning voelbaar is afgenomen door bewegingsinstructies en handgrepen voelt hij zich echt rustiger. Dit gevoel herkent hij en verwelkomt hij als het oude gevoel van zichzelf. Het besef om tijd te nemen voor herstel van de rust na het werk is belangrijk evenals het besef dat spanningsverschijnselen te beïnvloeden zijn. Dit geeft een reëel gevoel van zelfcontrole.

7 Indicatiestelling

7.1 *Loslaten van het lineaire model*

Gegeven de variëteit aan effecten en aan vormen van instructie, is een lineaire model (een vaste relatie tussen effect en therapie) niet langer rationeel vol te houden. Relaxatie-instructie kan niet langer simpelweg gezien worden als een middel om rustiger te worden en adem oefeningen kunnen niet langer beschouwd worden als een techniek om de ademhaling te regelen. Uit een onderzoek van Smith (Smith e.a. 1996) blijkt bijvoorbeeld dat slechts 5.5% van ontspanningservaringen uit een gevoel van kalmte of slapte bestaat. Andere benoemingen van ervaringstoestanden zijn: vreugdevol, afstandelijk, bewust, religieus, aanvaard, onbewogen, stil, mysterievol. Volgens het procesmodel worden daarom de ontspanningsmethodes aan de ene kant herleid tot basiselementen waaruit de begeleider een keuze maakt en worden aan de andere kant de effecten in enkele hoofdprocessen bij de deelnemer ingedeeld. Om dit model toe te passen is tevens een groot aantal instructies ontworpen waarin deze basiselementen voorkomen (Van Dixhoorn 1998). Op grond van de respons van de deelnemer kan van instructie veranderd worden of kan de instructie aangepast worden om het meest werkzame element te benutten. De instructies hebben verschillende niveaus van moeilijkheid, zodanig dat de makkelijkste instructies in principe voor iedereen toegankelijk zijn.

Wanneer het lineaire model wordt losgelaten, wijzigen ook de indicaties. Welke patiënten dienen nu voor adem- en ontspanningstherapie geselecteerd te worden? Hier zijn twee strategieën mogelijk.

7.2 *De eerste strategie*

Deze strategie houdt in dat er klachten zijn die samenhangen met spanningen of stressoren of waarvoor geen of onvoldoende medische of psychische oorzaak is te vinden. In dat geval zijn voor de indicatiestelling zorgvuldige anamnese en onderzoek nodig, eventueel aangevuld met specialistisch onderzoek om afwijkingen uit te sluiten. De begeleider gaat er vanuit dat spanningen een oorzaak zijn en dat ontspanning zal moeten helpen. De begeleider zal vervolgens de patiënt zoveel mogelijk aanmoedigen goed te oefenen om het gewenste effect te bereiken. Deze strategie is gangbaar, maar heeft enkele nadelen.

Ten eerste is het bestaan van een lichamelijke stoornis nooit volledig uit te sluiten. Spanningsklachten kunnen achteraf toch een medische achtergrond

blijken te hebben. Zij zijn niet per definitie op het conto van de psyche of de stress te stellen.

Ten tweede kunnen klachten ook in het geval dat er een duidelijke medische diagnose is, het functioneren en/of het welbevinden door adem- en ontspanningstherapie verbeteren.

Ten derde wil het feit dat klachten samenhangen met spanningsbronnen niet zeggen dat ontspanning de beste manier is om de spanningen te verminderen. Er kunnen externe oorzaken voor de spanning zijn, niet toegankelijk voor interne zelfregulatie, die in de omgeving aangepakt moeten worden. En er kunnen interne oorzaken zijn van psychische aard die ontspanning verhinderen.

7.3 *De tweede strategie*

Bij de tweede strategie wordt er niet vanuit gegaan *dàt* een klacht spanningsgebonden is, maar is het doel van de therapie te achterhalen *in hoeverre* spanning een oorzaak is van klachten. Het volstaat in dat geval de persoon te motiveren voor een proefbehandeling van een klein aantal bijeenkomsten (individueel circa vier keer, groepsgewijs circa 6-8 keren) om uit te zoeken of ontspanning mogelijk is en enig effect heeft. Daarna volgt de beslissing of er voldoende respons is om de behandeling voort te zetten, danwel te stoppen of een andere therapie te starten of nader onderzoek te adviseren. Eigenlijk kan alleen achteraf vastgesteld worden of een klacht spanningsgebonden is, namelijk door te bekijken wanneer een klacht is verdwenen of is verbeterd door het optreden van een of meer ontspanningsprocessen. De belangrijkste contra-indicatie is dat een behandeling bestaat die vrijwel zeker afdoende effectief is.

7.4 *Screeningsmiddel*

De indicatiestelling voor adem- en ontspanningstherapie kan dus heel breed zijn omdat gewone overspanning bij praktisch elke soort problematiek een rol kan spelen. Wanneer een behandelprotocol hiervoor ruimte heeft, dan kan het inderdaad aan iedereen die voor die behandeling in aanmerking komt aangeboden worden, op voorwaarde dat snel vastgesteld wordt in welke mate er sprake is van gewone overspanning. Adem- en ontspanningsinstructies kunnen dienen als screeningsmiddel. Aangezien de indicatiestelling veelal volgens de eerste strategie verloopt, is het op dit moment niet bekend bij hoeveel patiënten met een bepaalde problematiek de normale vaardigheid in ontspanning aanwezig is en bij hoeveel er gewone overspanning is. Alleen bij deze laatsten is voortzetting gerechtvaardigd. Het blijkt

bijvoorbeeld zinvol deze therapie aan praktisch alle patiënten in de hartrevalidatie aan te bieden (Nederlandse Hartstichting 1996), of aan alle patiënten op een revalidatieafdeling (Van Dixhoorn & Van Holland 1996). In een meta-analyse van behandeling van hoge bloeddruk concludeert Linden dat de gangbare preselectie voor ontspanningstherapie van matig hypertensieven een lager effect oplevert dan wanneer ook degenen met sterk verhoogde bloeddruk in deze behandeling opgenomen worden (Linden & Chambers 1994). Het effect van ontspanningstherapie is in dat geval zelfs gelijk aan het effect van medicamenteuze behandeling.

7.5 Proefbehandeling

De indicatiestelling is bij de tweede strategie selectiever dan bij de eerste strategie het geval is. Klachten en problemen die te boek staan als stressgebonden, bijvoorbeeld spanningshoofdpijn, zijn dan geïndiceerd voor een proefbehandeling met ontspanningstherapie. Voorzover gewone overspanning inderdaad een rol speelt, zullen de klachten hierop reageren. Uit onderzoek blijkt dat circa de helft van de mensen met deze klachten een gunstig langetermijneffect heeft van ontspanningstherapie (Sorbi, Tellegen & Du Long 1989). Wanneer deze therapie op het individu afgestemd is geweest, kan geconcludeerd worden dat klachten bij de andere helft kennelijk *niet* het gevolg zijn van gewone overspanning, maar van andere factoren (zie casus C en D). Hoe eerder deze laatste conclusie getrokken wordt, hoe beter het is. Het verlaagt de kosten omdat therapie eerder gestopt wordt en verhoogt de effectiviteit van terecht voortgezette adem- en ontspanningstherapie.

In geval van medische of psychische storingen (diagnoses) of externe oorzaken (stressoren in de omgeving) van spanning, is het relatieve aandeel van de gewone overspanning niet op voorhand te schatten. Vaak is het effect van adem- en ontspanningstherapie reëel maar wisselt het aandeel in het probleem. De specifieke oorzaken kunnen beperkende voorwaarden zijn ten aanzien van het optreden van zinvolle ontspanningsresponsen of van het effect van deze op de klachten. In de loop van de proefbehandeling ontstaat hierover meer duidelijkheid. Wanneer daarentegen de disfunctionele responsen in de loop van de proefbehandeling verbeteren en er tegelijkertijd verbetering optreedt in klachten, functioneren of welbevinden, dan kan geconcludeerd worden dat ten minste een deel van het probleem door gewone overspanning was veroorzaakt. Een proefbehandeling met adem- en ontspanningstherapie kan derhalve een rol spelen als differentiaal-diagnostisch instrument.

Literatuur

- Benson, H., J. Beary & M. Carol (1974), 'The relaxation response'. In: *Psychiatry* 37, pp. 37-45.
- Blumenthal, J.A., W. Jiang, M.A. Babyak e.a. (1997), 'Stress management and exercise training in cardiac patients with myocardial ischemia: effect on prognosis and evaluation of mechanisms'. In: *Arch Int Med* 157, pp. 2213-2223.
- Decker, T.W., J. Cline-Elsen & M. Gallagher (1992), 'Relaxation therapy as an adjunct in radiation oncology'. In: *J Clin Psychol* 48, pp. 388-393.
- Dixhoorn, J. van (1994), 'Principes van ontspannen ademen'. In: *Bewegen & Hulpverlening* 11-2, pp. 74-97.
- Dixhoorn, J. van & G. van Holland (1996), *Evaluatie van adem- en ontspanningsinstructie in een revalidatiecentrum*. Intern rapport. Apeldoorn.
- Dixhoorn, J. van (1997), 'Gunstige effecten van adem- en ontspanningsinstructie in de hartrevalidatie: een gerandomiseerd follow-uponderzoek gedurende 5 jaar'. In: *Ned T Geneeskunde* 141, pp. 530-534.
- Dixhoorn, J. van (1998), *Ontspanningsinstructie. Principes en oefeningen*. Elsevier/Bunge, Maarssen.
- Feldenkrais, M. (1995), *Bewustworden door bewegen*. De Vrieseborch, Haarlem.
- Hek, H. van der & H.N. Plomp (1997), 'Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies'. In: *Occup Med* 47, pp. 133-141.
- Hess, W.R. (1957), *Functional organization of the diencephalon*. Grune & Stratton, New York.
- Jacobson, E. (1928), *Progressive relaxation*. University of Chicago Press, Chicago.
- Jacobson, E. (1970), *Modern treatment of tense patients*. Ch. C. Thomas, Springfield, Illinois.
- Lehrer, P.M. & R.L. Woolfolk (1993), *Principles and practice of stress management*. Guilford Press, New York.
- Linden, W. & L. Chambers (1994), 'Clinical effectiveness of non-drug treatment for hypertension: a meta-analysis'. In: *Ann Behav Med* 16, pp. 35-45.
- Mandel, A. & S.M. Keller (1986), 'Stress management in rehabilitation'. *Arch Phys Med Rehabil* 6, pp. 375-379.
- McEwen, B.S. (1998), 'Protective and damaging effects of stress mediation'. In: *New Engl J Med* 33, pp. 171-179.
- McGuigan, F.J. (1993), 'Progressive relaxation: origins, principles and clinical applications'. In: P.M. Lehrer & R.L. Woolfolk (eds.), *Principles and practice of stress management*. Guilford Press, New York, pp. 17-52.
- Ned Ver Cardiologie/Ned Hartstichting (1996), *Richtlijnen Hartrevalidatie 1995/1996*. Nederlandse Hartstichting, Den Haag.
- Patel, C., M. Marmot, D. Terry e.a. (1985), 'Trial of relaxation in reducing coronary risk: four year follow up'. In: *Br. Med. J.* 290, pp. 1103-1106.
- Puskarich, C.A., S. Whitman, J. Dell e.a. (1992), 'Controlled examination of effects of progressive relaxation training on seizure reduction'. In: *Epilepsia* 33, pp. 675-680.
- Schroer, C.A.P., F.J.N. Nijhuis & W. van Zutphen (1988), 'Gebruik en betekenis van de term overspanning in geneeskundige literatuur'. In: *T Soc Gezondheidszorg* 66-5, pp. 163-166.
- Smith, J.C. (1988), 'Steps toward a cognitive-behavioral model of relaxation'. In: *Biofeedback & Self-Regulation* 13-4, pp. 307-329.
- Smith, J.C., A. Amutio, J.P. Anderson e.a. (1996), 'Relaxation: mapping an uncharted world'. In: *Biofeedback & Self-Regulation* 21, pp. 63-90.
- Sorbi, M., B. Tellegen & A. du Long (1989), 'Long-term effects of training in relaxation and stress-coping in patients with migraine: a 3-year follow-up'. *Headache* 2, pp. 111-121.
- Terluin, B. (1994), *Overspanning onderbouwd*. Kerckebosch, Zeist, 385.
- Whatmore, G. B. & D.R. Kohli (1974), *The physiopathology and treatment of functional disorders*. Grune & Stratton, New York.