



Methode Van Dixhoorn

Centrum voor Adem en Ontspanningstherapie

Mededelingen 129b – Een ‘Ingang’ voor ontspanning

Reflectie op ontstaan van de methode

Een ‘ingang’ voor ontspanning: eerdere ervaringen

Vanaf het begin van de methode heb ik getracht de mate van succes te kwantificeren. De reden was/is dat ontspannen zo vaag en divers wordt bekeken, dat een ‘hard’ criterium noodzakelijk lijkt om het serieus te laten zijn. Er wordt veel geschreven over ‘stress’ en hoe dit nadelige gevolgen heeft, maar zelden blijkt begrip voor het feit dat het eigenlijk het omgekeerde is van ontspanning: een ‘tekort aan ontspanning’. Ik gebruikte altijd en nog steeds bij voorkeur een kwalitatief criterium met drie categorieën die duidelijk een rangorde hebben. Dat maakt dat het van een ‘ordinaal niveau’ is en dus dat er toch goed mee gerekend kan worden. Dus ‘harde’ uitspraken mee gedaan kunnen worden.

Bijvoorbeeld tijdens mijn onderzoek bij hartinfarct patiënten. We voerden een RCT uit (een *Randomized Clinical Trial*), waarbij ontspanningstherapie toegevoegd werd aan de reguliere inspanningstherapie en beide groepen met elkaar vergeleken werden. Maar ik dacht ‘er is toch groot verschil tussen degenen die de instructies goed toepassen, en zij die er niks van bakken’! We hebben de patiënten in drie categorieën verdeeld: een duidelijke ingang, een minder duidelijke ingang en geen ingang ([klik hier](#)). In een congres in Duitsland heb ik beide vergelijkingen gepresenteerd. Deze beoordeling hebben we voortgezet toen de ontspanning door de fysiotherapie en het maatschappelijk werk werd gedaan. Ik was als supervisor aanwezig, 1 dag per week, en ik heb nog een stukje geschreven over ‘Welslagen van ontspanning’. Dit werd vooral bij individuele patiënten vastgesteld.

Toen we het ‘**herontwerp hartrevalidatie**’ invoerden in 1999, is het volgehouden in de groepscursus, van 6 bijeenkomsten, waarmee we de revalidatie begonnen, na de intake. Elke deelnemer werd beoordeeld door de groepsleider:

- Pastte hij/zij de instructies toe, duidelijk ja of nee
- Kon hij/zij concrete veranderingen melden, van het oefenen, duidelijk ja of nee.

Als beide ‘ja’ waren dan was er succes en een ingang, als beide ‘nee’ waren dan was er geen succes en geen ingang, als een van de twee ‘ja’ was, dan was de ingang of het succes ‘beperkt’.

Responsieven

Een ander voorbeeld is mijn eigen praktijk en de praktijk van een leerling van me (Jan Hoefman), die bereid was een soortgelijke registratie van zijn patiënten bij te houden, als ik zelf deed (middels een zelf geschreven programma!). In 1992 kwam een medisch student op bezoek van de Rotterdam Universiteit, Guido van Leeuwen, die zin en toestemming had van het Instituut Huisartsgeneeskunde om zijn keuze ko-schap te besteden aan onderzoek van mijn patiënten. We kwamen overeen dat hij

een driejaar follow-up studie zou doen onder de 80 patiënten van Jan Hoefman en Dineke Meijer, die hun registratie van patiënten zo'n 3 jaar eerder hadden gedaan (1989-1990).

55 Patiënten gaven toestemming voor dit follow-up onderzoek. Ik citeer nu uit het hoofdstuk 'Whole body breathing' dat ik vorig jaar herschreven heb, voor de 4^e druk van **'Principles and practice of stress management'**, die dit jaar uitkomt: *'In a second unpublished, study, 55 hyperventilation patients were followed up for 3 years after breathing therapy . The average decrease in the NQ, from 29 to 24, was highly significant. However, only 33 (61%) reported major and stable improvement of their main complaints at the time they were treated. These treatment responders showed high reductions in the NQ'. 'It seems, therefore, that patients with hyperventilation **who respond to breathing therapy, receive lasting and sufficient benefit'**.* Een Amerikaanse vriend, die ik het hele artikel stuurde dat ik erover geschreven had in het Engels, suggereerde om de 'treatment response' te houden, als een zelfstandige categorie. En de ingewikkelde constructie die ik had gemaakt om een positieve respons te kunnen interpreteren als een teken van dysfunctioneel ademen, te laten. Dit ben ik vooral de laatste jaren gaan doen.

Blokkerende stressoren?

Mensen die goed reageren op AOT kunnen we onderscheiden van degenen bij wie de reactie beperkt wordt door 'beperkende voorwaarden' of 'blokkerende stressoren'. Wij gaan ervan uit dat elk mens in principe in staat is, te weten, hoe het met hem of haar gesteld is. Maar voor sommigen is de aandacht teveel afgeleid, er zijn problemen, of zij zijn te moe en lusteloos, of het moment is niet geschikt ervoor, of zij hebben het nooit geleerd in hun opvoeding, of zij worden door wat zij gaan voelen vooral angstig, of zij hebben zich een andere strategie dan bewust ontspannen eigen gemaakt. Hoe het ook zij, het is moeilijker voor deze mensen. Zijn dit nu beperkende voorwaarden of blokkerende stressoren? Het is aan de begeleider om dit te beoordelen. Als we de omstandigheden van degenen die volgens de begeleider hierdoor beperkt werden, vergelijken met de omstandigheden van degenen, bij wie ze ten gunste veranderen of beter worden gehanteerd, dan is er nauwelijks verschil! Het is dus niet zo, dat de omstandigheden die echt als beperkend worden gezien, zwaarder zijn, dan de omstandigheden die beter gehanteerd worden. Onder invloed van AOT verandert kennelijk de interpretatie sterk.

Wat levert het uiteindelijk op? Dat kunnen we onderzoeken bij de mensen van wie een casus is ingeleverd! We hebben inmiddels 100en casus geregistreerd in onze database. Van hen is de uitkomst van de proefbehandeling genoteerd en de uiteindelijke evaluatie op het einde. Dus het is een kwestie van de getallen in het juiste Excel format te zetten.

Ontspanningseffecten: VTO

We kunnen 'ontspanningseffecten' gebruiken als term, wanneer bedoeld wordt dat er effecten zijn die typisch voor ontspanning zijn, zoals 'warmer', en 'zwaarder' voelen. Als dit optreedt dan weet je dat het een gevolg van ontspanning, het zijn de ervaringen die Schultz noemt in de Autogene Training en er de basis voor zijn. Ik heb de drie door mij meest gehoorde bevindingen in een vragenlijst gezet, drie prettige ervaringen in de psychische zin: het vergroot mijn helderheid van geest, het geeft me innerlijke rust, het verbetert mijn stemming. En drie prettige ervaringen in

somatische zin: het verbetert lichamelijke klachten, het bevordert mijn lichamelijk vermogen, het vermindert mijn vermoeidheid. Stel je dit voor: wat is dit voor een ervaring? 'Vaak, soms of nooit' kun je dit ervaren. Wat betekent het als je deze ervaringen vaak hebt? En wat als je dit nooit ervaart? Hoe voelt dit voor iemand met spanningsklachten of burn-out?

Het tegendeel van deze bevindingen hoort er echter ook bij, drie onprettige ervaringen in psychische zin: het maakt me onrustig, het verstoort mijn stemming, het verwart me. En drie onprettige ervaringen in lichamelijke zin: het verergert sommige klachten, het hindert me in mijn bezigheden, het maakt me moe. Dit zijn heel herkenbare ervaringen. Wat is de samenhang hiervan? We hebben dit onderzocht bij cursisten in de jaren 1982-1984, dit waren 128 personen, en in de jaren 1987-1991 bij 61 personen, in totaal 189 personen, 43 mannen en 136 vrouwen. Ook werden vragenlijsten verkregen van 249 hartpatiënten, 211 mannen en 38 vrouwen, van 152 patiënten met spanningsklachten, 46 mannen en 106 vrouwen, en van 127 RDB patiënten, 44 mannen en 83 vrouwen.

Van al deze mensen gezamenlijk werden de antwoorden onderzocht met een principale component-analyse voor ordinale data, PRINCALS, opgenomen in het computerprogramma SPSS, met hulp van de methodoloog HJ Duivenvoorden. Ik heb dit beschreven in 1999, ingestuurd naar een tijdschrift, maar daar is het afgewezen. Het was niet duidelijk voor de beoordelaar wat de betekenis van ontspanning was. Nu komt het in de Bibliotheek te staan, want het is nuttig te weten voor alle AOT'ers. De uitkomsten waren verbazend, de prettige ervaringen hingen hoog samen, evenals de onprettige, er was geen samenhang tussen de psychische en somatische bevindingen onderling. We kunnen dus de prettige ervaringen optellen in een aparte factor die we VOORDELEN noemden en onprettige in een andere factor, die we NADELEN noemden.

Ontspanningseffecten: VTO in de RDB (Revalidatie behandeling)

Het is tot daaraan toe om al deze vragenlijsten te verzamelen, het is nog een extra klus om ze allemaal, vraag voor vraag, in te voeren. Ik heb toen een programma geschreven om het zo in te voeren. Gerard van Holland werkte in de revalidatie en had de opdracht de ontspanning te helpen in de revalidatie te ontwikkelen. Hij wist van mijn programma en vroeg of hij het kon gebruiken. Het Voordeel en Nadeel werd gezien als het criterium van succes! Hij heeft tweemaal een registratie opgezet, en hij had therapeuten in een korte cursus geschoold in AOT. In de eerste registratie werd de vragen lijst afgenomen bij **alle RDB patiënten**, die werden verwezen voor ontspanning, in een groep of individueel. Het bleek dat slechts een minderheid (10%) geen ingang had, de meesten konden er wel wat mee!

De tweede groep betrof mensen van wie we dachten dat zij moeilijk een ingang zouden hebben, omdat zij teveel blokkerende stressoren hadden, **patiënten met chronisch pijn**. Het resultaat viel ontzettend mee! Opnieuw bleek het slechts een minderheid te zijn, die geen ingang had (12%). De meeste patiënten hadden dus een ingang, meer of minder duidelijk. En dat ging gepaard met groter voordeel en minder nadeel. In het algemeen blijkt dat er een duidelijke correlatie is tussen het hebben van een ingang en de voordelen van ontspanning. Dit ondersteunt de mening van de therapeut, zijn of haar oordeel wordt onderbouwd door een vragenlijst, omgekeerd is het een teken van de waarde van de vragenlijst. Bovendien bleek dat Gerard de therapeuten goed geschoold had: we hebben een keer een intervisie bijeenkomst gehouden, met mij, en daar bleek dat hun oordeel

| Ingang | n | Revalidanten, algemeen | | n | Chronisch pijn | |
|---------------------|-----------|------------------------|--------|-----------|----------------|--------|
| | | Voordeel | Nadeel | | Voordeel | Nadeel |
| Duidelijk | 82 68% | 7.5 | 1.6 | 42 51% | 7.8 | 2.3 |
| Enigszins duidelijk | 26 22% | 5.0 | 2.0 | 31 37% | 6.5 | 3.0 |
| Geen ingang | 12 10% | 3.8 | 1.9 | 10 12% | 4.8 | 5.2 |

over de ingang heel goed overeen te komen met de conclusie van het formulier proefbehandeling. Dit formulier was goed voor hen te gebruiken.

Formulier 'proefbehandeling' en een 'ingang'

We staan nu voor de uitdaging het formulier proefbehandeling te vergelijken met het vinden van een ingang. Daartoe is het formulier iets gewijzigd, direct achter het kopje 'Ingang', staat nu:

0 duidelijk wel 0 enigszins duidelijk 0 duidelijk niet: aankruisen is verplicht.

Daarmee is een vergelijking mogelijk tussen a) deze globale indruk en b) de antwoorden op de specifieke vragen over elke instructie (de tabel in het formulier). Dat zijn over het gehele verloop van 4 sessies, het **percentage DVW= 3plus en het percentage OE= 2 plus**. We gebruiken die percentages ook bij het evalueren van de groepslessen, zoals we uitleggen in het eerste blok van het 3^e deel, en zoals Gerard van Holland en Els Anthonissen gedaan hebben in hun presentatie op het congres van 2014, over procesmatig handelen. Tenslotte is de kern van procesmatig handelen het evalueren, het achteraf navragen. Je kunt immers niet van tevoren beslissen wat je gaat doen, wat bij lineair handelen gebruikelijk is, maar je dient dus achteraf goed na te vragen wat je gedaan hebt, en hoe dat beviel!

De globale indruk en het oordeel van de therapeut, van de duidelijkheid van de ingang, heeft veel te maken met de stemming van de patiënt. Hoe enthousiast is hij/zij? Het kan dus heel goed verschillen van de specifieke vragen. Daar zullen we snel achter komen. Hoe groot is het percentage drieplus en hoe groot is het percentage tweeplus bij een duidelijke ingang? En hoe groot zijn ze als er geen ingang is?

Observationele studies en de 'responsiviteit' 'het geheim van de AOT'

De kracht van een RCT (randomised controlled clinical trial) is zijn interne validiteit. De hele opzet is erop gericht, te weten waar komt het effect vandaan. Als je twee groepen vergelijkt, is de toevoeging van een interventie aan een groep (de experimentele conditie) de oorzaak van de verschillen in uitkomst. Je verkleint de kans dat verschillen gevolg zijn van een voorkeur van de onderzoeker: de randomisatie (toevalsgewijze toewijzing), 'blind assessment', 'intention to treat analysis', etc. Zijn zwakte is echter de externe validiteit: op welke mensen slaat dit, voor wie geldt de uitkomst, de generaliseerbaarheid. De beperking zit in de strenge inclusie criteria. Voor veel professionals is dit een model voor onderzoek, in het algemeen.

Een beschrijvende (observationale) studie, met vroege opsporing van individuele deelnemers, die goed reageren op de interventie, is echter een alternatief voor onderzoek. Er is geen vergelijking tussen 2 (of 3) groepen waar een statistisch significant verschil tussen gezocht wordt, maar de gehele groep geïncludeerde patiënten wordt afgespeurd op 'responsieven'. Als een detective zoekt de onderzoeker (de therapeut) naar degenen die er iets mee kunnen en zich open stellen. Dit is vloeken in de kerk van de RCT, waar je moet wachten tot het van te voren vastgestelde einde van de onderzoeksperiode, en selecteren van degenen, die goed reageren, een vorm van *selectie bias* is waartegen je je juist moet wapenen. Dat haalt de interne validiteit juist naar beneden!

Maar bij deze observationale vorm is het juist van levensbelang om de goede responders er snel uit halen. Wij halen degenen die een ingang hebben eruit, en vergelijken die met degenen zonder ingang. Dat is de vergelijking waar het ons om gaat. Het gaat bij ons om het vermogen te ontspannen. (En niet om het effect op de hoofdklacht!)

Dit wordt steeds vaker gedaan. Bij het moderne kanker onderzoek richt men zich op de genetische kenmerken van de tumor: is die gevoelig voor behandeling of niet. Het selecteren van gevoelige patiënten, maakt een RCT onnodig en onmogelijk. Maar voor het krijgen van toestemming en vergoeding voor de behandeling is dit toch een vereiste. Dat geeft een probleem. Een recent nieuwsbericht was dat de cardiologie de patiëntenzorg effectiever had gemaakt door gegevens van meerdere ziekenhuizen samen te bekijken en de patiënten die goed herstelden te vergelijken met degenen die niet goed herstelden. Ook dat is een observationale studie, maar nu ligt de nadruk op niet goed herstellen. Wij hebben hetzelfde gedaan in ons **herontwerp hartrevalidatie**: het viel ons op dat veel patiënten al snel genoeg hadden van het programma en vonden dat ze genoeg hersteld waren, of in elk geval wisten wat ze zelf konden doen. Wij hebben na het eerste deel van de revalidatie een keuze moment ingebouwd: stoppen of doorgaan? Het bleek dat circa 70% wilde stoppen en maar een klein deel het vervolg wilde! Dat waren de mensen die ook objectief niet goed herstelden en die vaker individuele begeleiding / adem en ontspanningstherapie wilden. Het artikel hierover is geschreven, maar werd niet geaccepteerd door het Ned Tijdschrift v Geneeskunde. Jammer!

De kracht van een observationale studie is de generaliseerbaarheid, als je tenminste alle patiënten invoert, includeert (de externe validiteit). Zijn zwakte is dat het volgen van één groep is, en er niets te vergelijken valt. Wij gebruiken echter het verschil tussen goede responders en minder goede responders. En dat is nu precies de betekenis van onze ingang. Het geheim van de AOT is dus het verschil dat we kunnen maken tussen mensen die goed kunnen ontspannen versus mensen die teveel last hebben van beperkende voorwaarden.

Met vriendelijke groet,

Jan van Dixhoorn