

# DE ALGEMENE TOESTAND LIJST (ATL)

*Ruud Bosscher*

Op het symposium 'Weet wat je doet bij onverklaarde klachten' op 25 juni 2011 zijn door dr. R.J. Bosscher de uitkomsten gepresenteerd van de analyses door zijn studenten en hemzelf van de ATL. De getallen die verkregen zijn doordat een aantal AOT'ers de moeite hebben genomen om hun gegevens via het Resultaten Project in te voeren werden daartoe benut. Onderstaand is een vereenvoudigde versie van het artikel dat hierover in bewerking is.

Deze vragenlijst is ontworpen vanuit het concept 'gewone overspanning' dat verwijst naar een gespannenheid in het algemene functioneren, die een voorloper en een voedingsbodem zou zijn voor het ontwikkelen van spanningsklachten (1). In de beginfase van het ontstaan van klachten is er meestal een spanningsbron, maar die hoeft nog geen weerslag te hebben op het algemene functioneren. De dagelijkse bewegingen en handelingen verlopen zonder problemen, de aandacht is goed te concentreren, het slapen is ongestoord en men staat fit en uitgerust op. Er is een beperkt probleem, vaak lokaal in het bewegingsapparaat, die met gerichte oefeningen voor de aandacht, beweging of ademhaling of met manuele behandeling snel te verhelpen is. Wanneer een lokaal verhoogde spierspanning echter gaat uitbreiden en generaliseren (2), wanneer de aandacht door het probleem in beslag wordt genomen en men gaat piekeren (3), wanneer rusteloosheid ontstaat, het slapen bemoeilijkt is en men minder uitgerust opstaat, dan is er invloed op deze algemene toestand. Men herstelt minder goed, het functioneren gaat meer energie kosten en wordt vermoeiender. Dit hoeft niet de aandacht te trekken en tot klachten te leiden, deze toestand kan 'gewoon' worden en kan heel lang bestaan. Wanneer echter klachten ontstaan, die niet langer te negeren zijn en het functioneren storen, dan blijkt vaak al heel lang een dergelijke toestand van verhoogde spanning te hebben bestaan. Daarom is het te zien als 'voedingsbodem' en 'voorloper' van klachten en is de ATL geen specifieke klachtenlijst. Bij elke soort klacht of probleem dat het orga-

nisme in verhoogde spanning brengt om te kunnen functioneren zal de ATL verhoogd kunnen zijn. Omgekeerd zou beïnvloeding van de ATL door ontspanning en spanningsregulatie gunstig kunnen zijn voor de klachten, hun respons op een specifieke behandeling en/of het hanteren ervan als zij niet te verhelpen zijn. Daarmee is een heel breed indicatiegebied voor adem- en ontspanningstherapie geopend.

## **Er is een aantal verwachtingen te formuleren:**

- Naarmate de belasting door ziekte of omstandigheden groter is en de problemen ernstiger of veelvuldiger zal de ATL score toenemen.
- Mensen met een lage ATL kunnen wel degelijk klachten hebben, maar dat zijn dan beperkte en vaak lokale spanningen.
- Een behandeling van spanningsklachten is pas echt voltooid als het algemene functioneren en de overspanning weer in balans zijn en dan is de ATL laag.

## **De Vragenlijst**

Er zijn 16 vragen geformuleerd vanuit de klinische ervaring met behandeling van patiënten met spanningsklachten. In de intake voor een behandeling met adem- en ontspanningstherapie wordt aangeraden altijd naar aspecten van de algemene toestand te vragen, juist ook wanneer men hier niet over klaagt: lichaamsbeweging en het herstel van inspanning, slaapkwaliteit, voldoende rust en kunnen ontspannen, vermoeidheid en energie. De antwoordmogelijkheden op de 16 items zijn aan

te geven op een 5 puntsschaal, lopend van nooit (=0) tot heel vaak (=4). De somscore loopt dus van 0 tot 64.

### Structuur en subscores

Patiëntgegevens werden ingevoerd via het Resultatenproject. Er zijn ATL scores beschikbaar van 851 patiënten uit de eerste lijn en van 150 patiënten uit de tweede lijn. De vraag doet zich nu voor of alle items hetzelfde begrip meten of zijn er meer aspecten? Is het een unidimensionele schaal of een multidimensionele? Zitten er misschien meerdere factoren in en wat is de betekenis van die factoren? Die vragen kunnen we ten dele beantwoorden via factoranalyse. We zoeken naar items die clusteren en proberen zo'n cluster te interpreteren. Waarom komen die items bij elkaar in een factor of subschaal? Bij het construeren van subschalen moeten we denken aan het volgende.

1. Er is pas sprake van een subschaal wanneer er minimaal 3 items aan te pas komen; anders is er gewoon sprake van 2 met elkaar samenhangende items.
2. Een item dat zich sterk verbindt aan een subschaal komt niet ook sterk voor op een

andere subschaal. Hoe zouden we anders verschillende interpretaties kunnen geven aan de verschillende subschalen?

3. In de sociale wetenschappen werken we doorgaans met aspecten van functioneren die we wel kunnen onderscheiden maar die ook invloed op elkaar kunnen uitoefenen. We kunnen angst wel van depressie onderscheiden, maar ze hebben vaak veel met elkaar te maken. In onze zoektocht naar subschalen staan we dus toe dat er een zekere samenhang tussen de subschalen kan bestaan.

Voor de analyse is gebruik gemaakt van 5 willekeurige steekproeven van steeds 320 patiënten (20x het aantal items) uit het totaal om te bezien of de uitkomst steeds hetzelfde was. De uitkomst daarvan was redelijk robuust. Meestal was de oplossing dat er 3 factoren in het materiaal zitten, een enkele keer 4. Maar wanneer we de inhoud van die factoren bekeken, dan bleek dat de oplossing met 3 factoren verreweg het best interpreteerbaar was. Daarbij konden we 13 van de 16 items eenduidig indelen en 3 items niet. Alle drie factoren zijn sterk homogeen.

<b>Moeite met bewegen / inspanning</b>	<b>Moe / onrust</b>	<b>Mentale onrust</b>
15. Moeite met lopen en bewegen	2. Moe wakker worden	8. Gauw afgeleid zijn
6. Een inspanning te kort kunnen volhouden	1. Vermoeid gevoel	7. De aandacht slecht bij een ding houden
5. Veel tijd nodig voor herstel na inspanning	3. Onrustig slapen	14. Prikkelbaar
16. Stijfheid van het lichaam	11. Tekort aan rust	10. Onnodige fouten maken
	12. Moeite met ontspannen	

Gezamenlijk verklaren zij 57% van de variatie. Gestreefd wordt naar een structuur waarin minstens 50% van de gemeenschappelijke variatie in scores vertegenwoordigd is. Wat resteert is het unieke deel van ieder item. De factoren laten een duidelijk onderling verband zien. Moeite met bewegen en inspanning vertoont positieve samenhang met moe/onrust

en ook met mentale onrust / concentratieverlies; en moe/onrust hangt positief samen met mentale onrust / concentratieverlies. Dit is niet verbazend. Juist door deze samenhang is er o.i. veel voor te zeggen dat de totaalscore op de ATL de onderlinge samenhang tussen deze 3 elementen of factoren weerspiegelt waarin mentaal en fysiek dysfunctioneren op

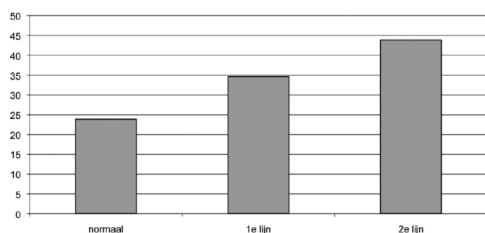
elkaar betrokken zijn. Het weerspiegelt de gevoelde en beleefde samenhang of eenheid tussen het fysieke en mentale. Je "voelt je rot" en dat vertaalt zich zowel fysiek als mentaal. In dat opzicht is het niet kunnen plaatsen van 3 items in een afzonderlijke subschaal illustratief. Dat zijn: geen energie iets te doen, geen zin om iets te doen, drukte in het hoofd. De structuur van deze drie factoren blijft hetzelfde wanneer de analyse op alleen 2e lijnpatiënten gedaan wordt. We gaan in het vervolg daarom uit van de totaal score.

### **Normaalwaarden en betrouwbaarheid**

De vragenlijst werd ingevuld door 168 personen die vanwege interesse deelnamen aan een cursus of studiedag in adem- en ontspanningstherapie. De somscore was gemiddeld 23,6. Door 77 cursisten werd de vragenlijst tweemaal ingevuld, met een tijdsperiode van circa 2 weken ertussen. De gemiddelde score was bij de eerste test 24,5 en bij de tweede test 24,1. Er bleek een heel behoorlijke samenhang te zijn, een correlatie van 0.80. De somscore van de gehele groep van 245 'gezonden' is gemiddeld 23,9.

### **Patiënten met spanningsklachten**

De patiënten uit de 1e lijn hadden een gemiddelde score van 34,6. De patiënten uit de 2e lijn vormen een kleinere groep, maar scoren wel hoger: 43,9. Er is dus een duidelijk verschil tussen patiënten met meer en ernstiger klachten in de 2e lijn en patiënten voor wie de eerste lijn behandeling volstaat. Beide verschillen duidelijk van mensen zonder klachten.



### **Wanneer is de ATL verhoogd?**

Wanneer de normaalscore wordt vergeleken met de scores van patiënten uit de 1e lijn, dan is te berekenen dat een score van 28 of hoger erop duidt dat deze verhoogd is en niet langer normaal. Er is natuurlijk een ruime overlap tussen het normale en het dysfunctionele gebied, een aantal gezonde mensen scoort in het dysfunctionele gebied van de patiënten maar is geen patiënt en een aantal patiënten scoort eigenlijk normaal. Toch kunnen we de score van 28 als afkappunt gebruiken, waarbij een verhoogde score betekent dat er iets 'abnormaals' aan de hand is.

### **Wanneer is er een echte verbetering na de behandeling?**

In de klinische evaluatie moet er duidelijkheid over zijn of de behandeling tot een echte verandering heeft geleid, d.w.z. dat zijn scoreverandering meer is dan een toevallige fluctuatie in zijn of haar score. Door Jacobson is daarvoor een methode bedacht om dat uit te rekenen. Iedere score heeft een stukje ruis in zich. Er zijn altijd toevallige omstandigheden die een score beïnvloeden. Als we een voormeting en een nameting vergelijken, hebben we 2x ruis. En als we het verschil tussen de voor- en de nameting willen beoordelen, hebben we dus te maken met ruis in die verschillscore. Jacobson heeft statistisch laten zien dat er sprake is van echte verandering wanneer het verschil 2 keer zo groot is als de meetfout die in die verschillscore zit (4).

Een tweede factor die de echte verandering bepaalt is de spreiding in de scores op de voormeting. Wanneer je een mooie homogene groep hebt qua scores die niet te ver uit elkaar lopen, dan heb je aan een beperkt aantal punten voldoende om te kunnen spreken van een echte verandering. Bij een heterogene groep dus meer. Een derde factor is de stabiliteit van herhaald meten. We hebben gezien dat de test-hertest betrouwbaarheid behoorlijk is (0.80). Al met al komt dit erop neer dat in de eerste lijn een scoreverandering van 10 punten of meer nodig is om te kunnen zeggen

dat er een echte verandering is. In de tweede lijn is de spreiding kleiner en is een verandering van tenminste 8 punten nodig voor een echte verandering.

### **De effectiviteit van AOT**

De methode die Jacobson heeft ontwikkeld om te bepalen of er een 'echte' verandering is ontstaan na behandeling, is heel bruikbaar om de effectiviteit te bepalen van een therapie. Strikt genomen is het effect van een therapie alleen vast te stellen door het te vergelijken met een andere, liefst standaardbehandeling en dan te bepalen wat de specifieke meerwaarde is van de nieuwe behandeling. In de praktijk is het uitvoeren van dergelijk experimenteel onderzoek voor de clinicus echter heel moeilijk. Bovendien is de generaliseerbaarheid of geldigheid van de uitkomsten vaak beperkt omdat alleen sterk geselecteerde patiënten (inclusiecriteria) tot het experiment worden toegelaten. Door de 'echte' of statistisch significante verandering te berekenen kan van alle patiënten die door een bepaalde clinicus of bepaalde methode zijn behandeld de uitkomsten worden weergegeven. Deze zijn dan te vergelijken met andere behandelingen of andere behandelaren.

Dit criterium is alleen toepasbaar op patiënten die vooraf verhoogd scoorden op de ATL. Dat was niet bij iedere patiënt. Van 523 van de 851 patiënten uit de 1e lijn was de voormeting verhoogd en was een nameting beschikbaar. Van hen was na de behandeling een verhoging van 10 punten of meer, dus een verslechtering, aanwezig bij 0.8 procent. Bij 37,1 % was er wel een daling maar kleiner dan 10 punten, zij zijn dus aangemerkt als 'onveranderd'. Bij de anderen, 62,1 % was er wel een daling van 10 punten of meer. Zij waren verbeterd. De meeste patiënten (47,6%) eindigden na afloop onder het afkappunt van 28 punten, waardoor we ze als 'hersteld' beschouwen.

Bij de 97 patiënten uit de 2e lijn zijn de uit-

komsten vergelijkbaar. 1% gaat achteruit, 32% verandert niet en dus is 67% echt verbeterd. Dit is zelfs iets meer dan bij de patiënten uit 1e lijn, maar het aantal dat helemaal herstelt is kleiner: 29,9 %. Deze percentages echte verbetering (62% resp. 67%) komen zeer overeen met wat in psychotherapeutische / psychiatrische behandelingen behaald wordt bij therapieën die als effectief te boek staan. De conclusie kan dus zijn dat AOT bij deze verwezen patiënten, en gemeten met de ATL, behoorlijk effectief is.

### **De samenhang met de NVL**

In het Resultatenproject wordt standaard de Nijmeegse Vragenlijst afgenomen voor en na behandeling. Wanneer we de samenhang of correlatie tussen NVL en ATL berekenen vinden we een matig hoge correlatie,  $r=0,67$ . Er is dus een vrij grote overlap, beide lijsten meten spanningsverschijnselen. Echter, zij zijn niet tot elkaar te herleiden. De overlap in variantie, het kwadraat van de correlatie, is zelfs minder dan 50%. Dit ondersteunt het gebruik van de ATL naast de NVL.

Het valt op dat de ATL gemiddeld veel hogere scores laat zien dan de NVL, hoewel de range voor beide loopt van 0-64. Dit duidt erop dat de verschijnselen die in de ATL staan genoemd inderdaad veel algemener voorkomen en dat de NVL meer specifieke verschijnselen van spanning meet. Veel van de NVL items gaan toch meer over een 'respiratoir' klachtenpatroon van hyperventilatie of dysfunctioneel ademen. Er zijn minder mensen met een verhoogde NVL en een normale ATL, dan omgekeerd. Dit zou er voor pleiten om eerst de ATL af te nemen en pas op de tweede plaats de NVL. Echter, aangezien veel patiënten juist vanwege de respiratoire component in de klachten naar adem- en ontspanningstherapie worden verwezen, is de aanbeveling voornamelijk om standaard beide lijsten af te nemen. De ATL is te downloaden van de site [www.methodevandixhoorn.com](http://www.methodevandixhoorn.com) / downloads.

## **literatuur**

- (1) Dixhoorn JJ van. Ontspanningsinstructie. Principes en oefeningen. Maarssen: Elsevier/Bunge; 1998.
- (2) McGuigan FJ. Progressive relaxation: origins, principles and clinical applications. In: Lehrer PM, Woolfolk R L, editors. Principles and practice of stress management. New York: Guilford Press; 1993. p. 17-52.
- (3) Brosschot JF, Verkuil B, Thayer JF. Conscious and unconscious perseverative cognition: is a large part of prolonged physiological activity due to unconscious stress? J Psychosom Res 2010 Oct;69(4):407-16.
- (4) Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. J Consult Clin Psychol 1991 Feb;59(1):12-9.