

Prof Dr JAM Wierubst,

stress, ziekteverzuim e reïntegratie, Thema, 2004
Zelt bouwel

10 RELAXATIE EN ADEMOTHERAPIE IN DE BEHANDELING VAN STRESS- EN WERKGERELATEERDE KLACHTEN

J.J. VAN DIXHOORN

Inleiding: omgaan met stress- en werkgerelateerde klachten

In de richtlijn voor bedrijfsartsen 'psychische klachten' (*Richtlijn voor bedrijfsartsen, 2000*) wordt een gestructureerde begeleiding geadviseerd waarbij de bedrijfsarts in het geval van stressgerelateerde klachten die tevens werkgerelateerd zijn, niet alleen procesbegeleider is maar ook begeleider van het individu. Deze stress- én werkgerelateerde klachten worden onderscheiden in (1) spanningsklachten waarbij de patiënt nog normaal functioneert, (2) (acute) overspanning waarbij iemand tijdelijk instort en zich veelal ziek meldt, en (3) burn-out, als gevolg van een langduriger, sluipend proces van overbelasting.

In de begeleiding van overspanning worden drie fasen onderscheiden: een crisisfase, een probleemoplossingfase en een opbouwfase. Het normaal herstel van overspanning duurt volgens de richtlijn circa zes tot twaalf weken. De oorzaak ligt in een opeenstapeling van te veel verplichtingen, problemen en mogelijk levensgebeurtenissen, zodat de coping tekortschiet. De eerste stap in de crisisfase is dan ook tot rust komen en als belangrijke voorwaarde daartoe wordt het accepteren van de overspanning gezien. In geval van werkgerelateerde problematiek is het thuisblijven dus een manier om de stressoren te verminderen. Hoe is nu de begeleiding om de arbeidsreïntegratie te bevorderen?

De patiënt dient op de eerste plaats rust, ontspanning en afleiding af te wisselen met activiteiten gericht op het analyseren en in kaart brengen van de oorzaken van de overspanning. Beide facetten zijn noodzakelijk: rust, ontspanning en afleiding om de uitputting en gespannenheid te boven te komen; bezinning op de omstandigheden, gebeurtenissen en problemen die tot de overspanning geleid hebben. Dit laatste om een begin te kunnen maken met

een goede aanpak van de stressoren en daarmee een perspectief te creëren dat verder tot rust komen mogelijk maakt (*Richtlijn voor bedrijfsartsen, 2000*).

In dit hoofdstuk komen specifieke mogelijkheden aan de orde om dit 'tot rust komen' te bevorderen. Het is immers veel makkelijker gezegd dan gedaan. Daarom zijn er ook diverse methoden ontstaan om bewust te ontspannen en tot rust te komen. In de vorige eeuw is daar veel praktische en onderzoekservaring mee opgedaan. Deze ervaring komt neer op de omschrijving van ontspanning als 'stoppen met activiteit'. Niet alleen Jacobson (Lehrer, 1982), maar ook Mitchell (Mitchell, 1990) en Benson (Carrington et al., 1980) hanteren deze omschrijving.

De richtlijn van de NVAB beperkt zich echter tot het adviseren van een dagindeling met 'afwisseling van activiteiten'. In het artikel waarin de richtlijn werd aangekondigd en beschreven, krijgt het activeren van de patiënten de meeste aandacht (Klink & Weel, 2000). De richtlijn volgt daarmee de aanbevelingen van Terluin die onderzoek gedaan heeft naar de toestand van overspanning en in zijn begeleiding de nadruk legt op het probleemoplossend gedrag van de patiënt (Terluin, 2002).

Hieruit blijkt dat het inzicht in ontspanning als 'stoppen met activiteit' ontbreekt. Er is dan ook geen advies over de aard van de activiteiten om tot rust te komen. Dat zou namelijk volgens de richtlijn voor iedere patiënt verschillend zijn: 'Sommigen vinden ontspanning in wandelen, fietsen, anderen in tv kijken of luisteren naar favoriete muziek.' Zijn dit activiteiten die activiteit stoppen? Nee, zij leiden niet tot passiviteit. Toch wordt dan gezegd: 'Passiviteit wil in het begin nogal eens weinig ontspanning geven doordat de patiënt niet in staat is zijn 'malende' gedachten (piekeren) om te buigen.'

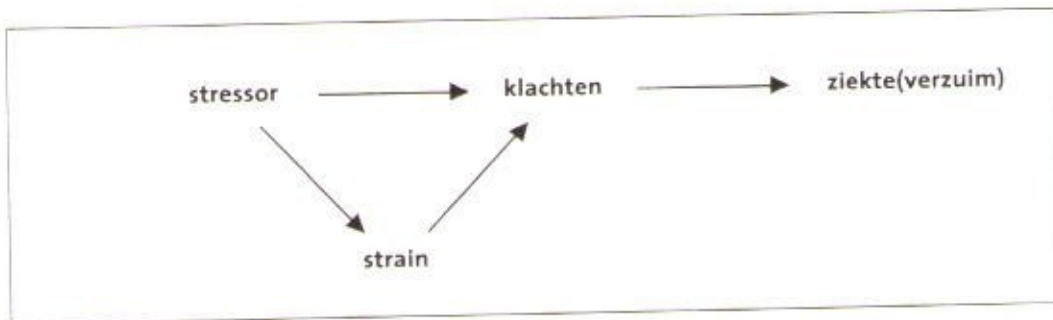
Het vinden van rust en ontspanning is inderdaad makkelijker gezegd dan gedaan, zeker voor iemand die overspannen is geraakt! Om precies die reden zijn ontspanningstechnieken ontworpen. De richtlijn raadt aan: 'Dan kan een actieve vorm van afleiding zoeken beter helpen, bijvoorbeeld tuinieren, een oude fiets opknappen of bij iemand op bezoek gaan.'

Maar wat is het verschil met eerder genoemde ontspannende activiteiten? Het gaat eigenlijk alleen om het verschuiven van het focus van de activiteit. Kortom, evenals een kleine eeuw terug in de twintiger jaren van de twintigste eeuw, toen Jacobson en Schultz (Linden, 1993) hun inmiddels klassieke methoden ontwierpen, is er weinig inzicht in bewuste ontspanning als middel tot herstel van overspanning.

Functionele en dysfunctionele spanning

Het is zinvol om een onderscheid te maken tussen twee aspecten van stress: de 'stressoren' ofwel de belastende omstandigheden aan de ene kant en de 'strain', dat is de respons in het individuele systeem om de belasting te

weerstaan, aan de andere kant. Vaak wordt ervan uitgegaan dat een teveel aan belastende omstandigheden tot klachten leidt en eventueel tot ziekte en ziekteverzuim. De strain speelt daarbij een rol als een verklarend psychofysiologisch proces (zie figuur 1).



Figuur 1. Relatie tussen stressor, strain en klachten.

Vanuit deze optiek is het dan ook te verwachten dat vermindering van de belastende omstandigheden de belangrijkste stap is in het oplossen van de overspanning. Echter, de strain in het individuele organisme waartoe de stressoren leiden, speelt ook een andere rol dan ter verklaring. De strain kan in meer of mindere mate *blijven bestaan nadat de belastende omstandigheden zijn verminderd*.

Jacobson schrijft: 'Our activities survive the event that bring them on. When we rise to an occasion we become tense; and when the occasion passes, the momentum tends to continue' (Jacobson, 1962). Met andere woorden, de spanning die ontstaat in respons op een belasting reageert ten dele op afname van die belasting, maar heeft ten dele ook een eigen dynamiek. Jacobson heeft hier veel onderzoek naar gedaan en heeft zich gericht op verhoogde spierspanning in rust.

Twee Amerikaanse onderzoekers, Whatmore en Kohli, hebben dat later herhaald en het begrip 'dysponosis' geïntroduceerd, waarmee zij een verhoogde basisspanning aanduiden die als onterechte moeite wordt betiteld (Whatmore & Kohli, 1974). De term 'ponos' komt van het Griekse woord voor moeite en 'dys' duidt op 'verkeerd' of onterecht.

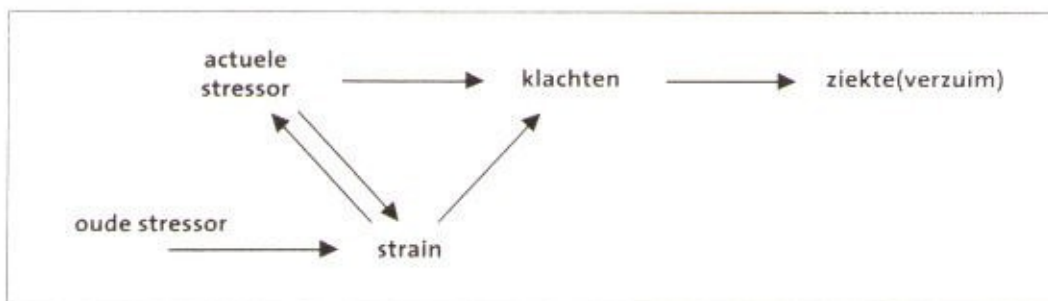
Deze blijvende restspanning, overigens niet beperkt tot spierspanning wordt enerzijds gewoon, maar kan anderzijds ook tot klachten en disfunctioneren leiden. Bovendien wordt de relatie met de klachten niet of nauwelijks meer tijdcontingent, waardoor het oorzaak-en-gevolg verband minder duidelijk wordt.

Deze vaststelling heeft twee consequenties voor het model van stressoren en klachten. Een strain die blijft bestaan na afloop van een bepaalde uitdaging en belasting kan mettertijd minder worden, maar dit hoeft niet. Er kan een restspanning zijn die blijvend is en door het individu gewoon gevonden

gaat worden. In dat geval is deze spanning ook al aanwezig wanneer een volgende belastende factor optreedt waardoor nieuwe strain wordt toegevoegd.

Er is dus ook een pijn naar de strain die niet van de actuele stressor afkomstig is, maar van eerdere periodes (zie figuur 2). Het resultaat is een *stapeling van strain in de tijd*, waardoor de afname wanneer een actuele stressor voorbij is, steeds minder wordt. Met andere woorden, hoe hoger de restspanning des te groter het aandeel wordt van de strain in de klachten en hoe kleiner de relatie tussen de actuele stressoren en de klachten. Dit maakt het extra moeilijk voor mensen die overbelast en overspannen zijn geraakt, om tot werkelijke rust te komen. Ze hebben een gevecht op twee fronten: omgaan met de actuele stressor en omgaan met oude, dysfunctionele spanning.

Een tweede consequentie is dat de aanwezigheid van strain en de daaruit volgende klachten, ook nadat de stressor afgenomen is of beter gehanteerd wordt, op zijn beurt een stressor wordt. Er is een pijn terug van de strain naar de stressor. De blijvende spanningstoestand geeft het gevoel alsof de stressor er nog is en maakt het individu extra gevoelig voor gebeurtenissen of toestanden die er, al is het maar een klein beetje, op lijken. De persoon gaat zich bovendien afvragen waar de klachten nog vandaan komen wanneer de omstandigheden verbeterd zijn; deze onzekerheid is op zichzelf al een stressor.



Figuur 2. Wederkerige relatie tussen stressor, strain en klachten.

PRAKTIJKVOORBEELD 1

Een klein voorbeeld uit het leven van de auteur illustreert dit. Ik kocht een paar nieuwe schoenen van het type mocassins en nam een maat die iets aan de kleine kant was, zodat de schoenen nog stevig zouden zitten wanneer ze ingelopen waren. Het lopen was aanvankelijk een beetje pijnlijk, vooral aan één voet. Dit verdween niet, maar bleef bestaan. Er was een bepaald plekje op de wreef dat pijn bleef doen ook nadat de schoen op die plaats was behandeld. De pijn was afwezig wanneer ik mijn oude schoenen aanhad. Toen de pijn na enkele weken bleef bestaan, trok ik de nieuwe schoenen nauwelijks meer aan.

Op een dag echter deed ik een ontspanningsoefening met de voeten. Tot mijn verbazing merkte ik toen dat ik de voet gespannen hield. Ik stopte hiermee en de verkramping ontspande. Direct erna kon ik pijnvrij lopen op de nieuwe schoenen.

Kennelijk was er ongemerkt een verhoogde spanning in de voet ontstaan in reactie op de pijn, die bleef bestaan wanneer ik de te nauwe schoenen uittrok. Deze verkramping ging op zijn beurt pijn geven. Bewustwording van deze specifieke overspanning en bewuste ontspanning hiervan loste het probleem op. Daaruit bleek het dysfunctionele karakter, dat wil zeggen dat de spanning los was komen te staan van de aanleiding: de te nauwe schoenen.

De strain is dus te differentiëren in twee soorten: een functionele component die bestaat uit de natuurlijke en onmiddellijke respons op de aanwezigheid en de afwezigheid van een stressor, en een dysfunctionele component, die bestaat uit blijvende spanning die betrekkelijk los komt te staan van de actuele stressoren.

Hoe is de dysfunctionele component te onderscheiden? Het is een vaak langer bestaande, voor het individu gewoon geworden, spanning die daarom niet zo opvalt. Fysiologische metingen zijn hierbij niet behulpzaam omdat afwijkende waarden zowel van de functionele als van de dysfunctionele strain gevolg kunnen zijn.

Eén optie is te beoordelen of de klachten enigszins evenredig zijn aan de grootte van de stressoren. Wanneer er onevenredig veel klachten ontstaan is er verdenking op preëxistente hoge spanning als mede oorzaak. Een tweede optie is de respons te beoordelen op afname in de stressoren. Wanneer de normale afname in klachten onder relatief gunstige omstandigheden te weinig is, kan gedacht worden aan een hoge basisspanning als een mede in standhoudende factor. Dit gebeurt dan wel achteraf, wanneer er al vele weken zijn verstreken.

Een derde optie wordt in dit hoofdstuk behandeld: in een proefbehandeling adem- en ontspanningstherapie (AOT) van 3 à 4 keer trachten een afname van spanning te bewerkstelligen door middel van specifieke instructies (Dixhoorn, 1999). Wanneer dit lukt en iemand rapporteert daar een betrekkelijk nieuw of ongewoon gevoel bij dan was er kennelijk een hoge en gewoon geworden spanning. Wanneer bepaalde klachten hier gunstig op reageren, dan waren die klachten vermoedelijk mede gevolg van dysfunctionele spanning. Met andere woorden: een behandeling met AOT draagt bij tot probleemverheldering, doordat de dysfunctionele component van de hoge spanning onderscheiden kan worden van de functionele component. De patiënt krijgt daardoor tevens een meer concrete en reële kijk op de actuele stressoren. Hier komen we op terug.

Verminderen van dysfunctionele spanning

Zoals gezegd is het ontspannen voor iemand die overspannen is geraakt extra moeilijk, aangezien de aandacht vrijwel geheel in beslag wordt genomen door de stressvolle omstandigheden. Men piekert er over en heeft moeite met aandachtsconcentratie. In die toestand zijn gangbare ontspanningstechnieken moeilijk omdat zij vaak uitgaan van bewuste aandachtsconcentratie.

Een alternatief is lichaamsbeweging, zoals ook de richtlijn aanraadt, liefst van een neutrale, niet te inspannende aard. Daarmee stopt de dysfunctionele spanning echter niet, het leidt de aandacht alleen af. In mijn methode voor ontspanning heb ik daarom andere modaliteiten of vormen van ontspanningstechniek toegevoegd (Dixhoorn, 1998). De begeleider krijgt daardoor meer pijlen op zijn boog en heeft meer mogelijkheden om een ingang te vinden waarmee de patiënt tot rust kan komen. De belangrijkste toegevoegde modaliteiten zijn beweging, ademhaling en handgrepen. Een tweede kenmerk van mijn methode is dat de basisprocedure voor elke ontspanningsinstructie consequent is uitgewerkt, zodat de instructie niet op een bepaald doel is gericht, zoals verlagen van spierspanning, maar op het bewerkstelligen van een concrete verandering in het algemeen.

Een alternatieve manier om een overspannen persoon te helpen met aandachtsconcentratie is door middel van *eenvoudige, neutrale en niet doelgerichte bewegingsopdrachten*. Zij moeten makkelijk genoeg zijn om zonder moeite uit te voeren, maar net voldoende ongewoon zijn om de aandacht erbij te moeten houden. Zij moeten aansluiten bij bewegingen van het dagelijks leven, weinig inspanning kosten, geen ingewikkelde houdingen vragen (zoals bij yoga) en in de huiskamer uitvoerbaar zijn, maar toch bijdragen tot het verleggen van de aandacht.

Het belangrijkste is dat zij aansluiten bij de functionaliteit van een bewegingsverloop. Hierdoor kennen ze een 'organische' of natuurlijke volgorde, zijn ze betrekkelijk makkelijk te onthouden, leiden ze tot duidelijke veranderingen in de kwaliteit van houding en beweging die na afloop van de opdracht neigt te blijven bestaan.

Het gaat dus niet om de algemene opdracht te bewegen, maar om heel concrete en specifieke instructies. Daarvan zijn er enkele tientallen ontworpen en beschreven. In het algemeen is het effect van een meer functionele beweging een verhoging van het gevoel van gemak, losheid en ruimte in het lichaam. Tegelijkertijd ontstaat een meer concrete en aangename gewaarwording van het lichaam en kunnen klachten van pijn, stijfheid of vermoeidheid afnemen. Daarbij neemt ook de aandacht voor het lichaam op een prettige manier toe waardoor de aandacht voor de gedachten afneemt.

Een tweede, belangrijke toevoeging is het integreren van de adembeweging in de bewegingsopdrachten. De ademhaling wordt nu niet alleen rechtstreeks benut, zoals in instructies voor dieper of langzamer ademen, meer met de buik te ademen of het ademen te tellen. Indirect wordt een meer functionele adembeweging gefaciliteerd door de koppeling of ontkoppeling aan de houding en beweging van het lichaam.

Hierdoor ontstaat vanzelf de gewaarwording van een meer ontspannen, ruimere, vrije en meer moeiteloze in- en uitademing. De risico's van bewuste ademregulatie worden zo vermeden, zoals het overbewust of gecontroleerd ademen, of de toename van angst, paniek of benauwdheid door de vergrote aandacht voor het ademen. Over het algemeen gaat de ervaring van een meer ontspannen ademhaling samen met een betere stemming, men voelt zich lekkerder in het lijf.

Een derde toevoeging ten opzichte van de klassieke ontspanningsmethoden is het gebruik van 'handgrepen'. Dit houdt in dat de begeleider de handen op het lichaam van de patiënt legt en daarmee ofwel een bewegingsopdracht volgt ofwel een beweging met het lichaam uitvoert. In het eerste geval nemen zowel patiënt als begeleider door dit handcontact de beweging concreter en duidelijker waar en wordt overbodige moeite en spanning bij het uitvoeren toegankelijk voor de waarneming. Dit is belangrijke feedback.

In het tweede geval voert de begeleider de beweging uit, waardoor hij informatie ontvangt over de beweeglijkheid dan wel stijfheid van het lichaam, en waardoor de patiënt kan ervaren hoe een bepaalde beweging verloopt zonder dat hij er zelf moeite voor doet.

Over het algemeen zijn handgrepen een sterk middel tot aandachtsconcentratie, omdat de aanraking door een ander vanzelf de aandacht trekt naar het aangeraakte gebied. Het is daarom van het grootste belang dat de begeleider daarbij een neutrale opstelling kiest en kan handhaven, zodat de handgreep tot groter contact van de patiënt met zichzelf leidt. In adem- en ontspanningstherapie is deze neutrale opstelling cruciaal, de aandacht moet namelijk niet gaan naar de eventuele emotionele betrokkenheid tussen begeleider en patiënt. Daarom kunnen handgrepen ook uitgevoerd worden door begeleiders met een psychosociale of educatieve beroepsachtergrond en wordt het risico van ongewenste intimiteit vermeden.

Anderzijds dienen begeleiders met een medische of paramedische beroepsachtergrond hun 'doenerige' instelling te verlaten: zij behandelen de patiënt niet, maar geven daarmee feedback en informatie. Van deze handgrepen zijn enkele in detail beschreven (Dixhoorn, 1998), maar de meeste zijn slechts via de opleiding in adem- en ontspanningstherapie te leren en eigen te maken.

Een vierde aspect aan het doen afnemen van overspanning is het *bewust stoppen van iets dat bewust gedaan wordt*. Dit is een basisprincipe van

Jacobson dat onverkort gehandhaafd blijft. Bewust tot rust komen is moeilijk, zo niet onmogelijk omdat onduidelijk is wat rust precies is. Er is geen toestand van absolute rust mogelijk, zolang er leven is, dus er zijn alleen veranderingen in meer en minder relatieve rust. Het heeft geen zin te zoeken naar de toestand van rust of omstandigheden waaronder iemand rust vindt. Dit creëert alleen maar afhankelijkheid van specifieke en tijdelijke voorwaarden.

Bewuste controle van het uitvoeren van een actie is daarentegen wel mogelijk. Wanneer je een bepaalde actie bewust uitvoert en leert waar te nemen hoe je dat precies doet, waar je precies de inspanning ervoor levert en wat het verandert in je lichaam, dan is het mogelijk deze actie te stoppen. Dit houdt in dat je ophoudt de actie uit te voeren. Voor bewust ontspannen hoef je dus *niet* iets te doen, je hoeft alleen maar op te houden iets bepaalds te doen. In dat geval ontstaat een relatieve en tijdelijke ontspanning. Op de bank hangen en luisteren of kijken is niet noodzakelijk ontspannend, je moet iets gedaan hebben dat bewuste aandacht en moeite vroeg en daarmee stoppen.

Het gaat erom dat de patiënt voor deze verandering aandacht heeft en het gevoel ervan tot zich door laat dringen. Dit betekent dat elke opdracht een bepaalde basisprocedure kent, waarbij het 'doe'-gedeelte van de opdracht wordt afgewisseld met 'stoppen met doen' en daarna het 'waarnemen van het verschil'. Het gaat om de waargenomen verandering.

Voelen	Neem de toestand van het lichaam waar.	Niet proberen te ontspannen.
Doen	Doe iets bepaalds. Stop daarmee.	Neem de tijd.
Voelen	Neem de toestand van het lichaam waar.	Vergelijk met begin, wat valt op?

Figuur 3. Basisprocedure.

Deze basisprocedure heeft enkele consequenties voor het uitvoeren van ontspanningsinstructies. Het 'doe'-gedeelte van een instructie kan bestaan uit opdrachten voor beweging, ademhaling of voorstelling, maar is daar niet toe beperkt. In feite kan elke bewuste handeling gevolgd worden door het bewust stoppen en het waarnemen van de verandering. Elke handeling in het dagelijks leven kan op die wijze onder de loupe worden genomen.

Hier ligt een belangrijk middel om belastende omstandigheden te verkennen. Wanneer de patiënt een bepaalde omstandigheid als stresserend ervaart, dan kan het vermogen tot bewust ontspannen aangewend worden om precies waar te nemen waar in het lichaam en op welke wijze er spanning ontstaat. Vervolgens kan blijken dat de respons in het individu voor een gedeelte overdreven was, onnodig groot of onnodig lang voortdurend. Kortom, de patiënt leert onderscheid te maken tussen de omstandigheden (stressor) en de respons in zichzelf (strain).

Aan de andere kant zullen bepaalde handelingen van het dagelijks leven meer tot relatieve ontspanning leiden dan andere. De patiënt kan zodoende ontdekken welke handelingen werkelijk ontspannend zijn en hij neemt ook de tijd dit ontspannend effect te laten ontstaan en te laten duren zolang het duurt.

Een metafoor hierbij is het oppervlak van een emmer water. Wat moet je doen om het oppervlak glad te laten worden? Elk golfje of rimpeltje gladstrijken, wat te vergelijken is met het doen van iets om tot rust te komen, werkt niet. De handeling zelf creëert nieuwe rimpels en golfjes. Het enige dat werkt is niets doen, stoppen met bewegen en de emmer met rust laten, om het water vanzelf tot stilte te laten komen. Neem de tijd ...

Een andere consequentie is dat de inhoud van het 'doe'-gedeelte van een opdracht niet normgevend is. In geval van ademinstructies of instructies voor een goede houding zijn zowel patiënt als begeleider geneigd te denken dat het 'doe'-gedeelte omschrijft hoe de patiënt moet ademen, moet zitten of staan. Met andere woorden, de instructie duidt de optimale houding en ademhaling aan. In veel oefentherapieën wordt hier inderdaad vanuit gegaan.

In AOT daarentegen wordt de basisprocedure aangehouden waardoor de waargenomen verandering centraal staat. Het 'doe'-gedeelte van de instructie dient om een waarneembare verandering te laten ontstaan, maar geeft geen aanwijzing over de inhoud van die verandering. Aanvankelijk is de respons van de patiënt te vragen: 'Wat moet ik voelen?'. Of: 'Hoe moet ik ademen of staan?'.
De bedoeling is echter te observeren wat er in feite veranderd is; dit geldt voor zowel patiënt als begeleider. De patiënt neemt daarbij ook waar hoe dit aanvoelt. Het gaat erom dat de patiënt meer informatie krijgt over de wijzigingen in de eigen spanningstoestand. De begeleider is hierbij niet meer dan een begeleider en helpt de patiënt waar te nemen en onder woorden te brengen welke veranderingen zijn opgetreden. Daarmee is de zelfwerkzaamheid van de patiënt vanaf de eerste instructie gestimuleerd.

PRAKTIJKVOORBEELD 2

Een voorbeeld van een bewegingsopdracht is in rugligging de patiënt te vragen de tenen en voeten op te trekken, dit even vast te houden en waar te nemen waar in de benen spanning optreedt. De patiënt vertelt waar hij voelt dat hij dit doet; vervolgens laat hij deze spanning los en neemt waar dat de spanning in de benen afneemt. Dit wordt een paar keer herhaald. De begeleider vraagt daarna hoe de patiënt nu ligt, hoe de benen liggen en wat hem opvalt.

Dezelfde instructie wordt in een volgende ronde nog eens gedaan. Dit keer kan de begeleider kiezen voor toegevoegde aandachtspunten. Hoe is het ademen met de voeten opgetrokken en met de benen los? Wat verandert in de onderrug wanneer de voeten opgetrokken zijn? Verandert er iets in de stand van het hoofd? Deze vragen stimuleren de patiënt om bewust te voelen hoe het in zijn lichaam is en wat zijn actie teweeg brengt.

Ten slotte kan, in een derde of vierde ronde, de patiënt gevraagd worden de voeten op te trekken tijdens uitademen en te ontspannen tijdens inademen. Deze koppeling kost enige moeite en aandacht maar heeft diverse effecten. Hij gaat in tegen de gewoonte en de fysiologische programmering om aan te spannen tijdens inademen. De patiënt moet het bewust doen; wanneer de aandacht verslapt of afgeleid wordt, verdwijnt de koppeling vaak.

Door de koppeling treedt indirect een regulatie op van het ademen, dat vaak trager en iets groter wordt. Ook faciliteert deze koppeling een functionele beweging van de wervelkolom, waardoor het lichaam als geheel voller, platter of makkelijker komt te liggen. Als laatste kan het invloed hebben op de stand van het hoofd, dat iets meer achterover komt en daardoor iets meer komt te rusten op het kussen.

In elk geval, de patiënt wordt na afloop gevraagd even te voelen hoe het liggen nu is, en gaat dan zitten, even bijkomen en dan staan. Van groot belang is het navoelen in stand en tijd te nemen voor het opmerken van eventuele veranderingen in de manier van staan en het gevoel. Deze veranderingen namelijk kunnen bijdragen tot een verandering van spanning tijdens activiteit. Wanneer iemand duidelijk anders en meer ontspannen staat, dan kan gevraagd worden dit gevoel en deze stand vaker op de dag terug te roepen.

PRAKTIJKVOORBEELD 3

Een ander voorbeeld is om, opnieuw in rugligging, het hoofd te laten rusten op een vlak kussen of een opgevouwen handdoek zodat het gezicht betrekkelijk horizontaal is en het hoofd langzaam heen en weer te rollen. Voor sommigen is dit een nare of lastige beweging waar zij klachten van krijgen. Dan is een andere instructie beter. Voor de meeste mensen is dit een makkelijke beweging, zelfs zo makkelijk dat zij het te vlug of te groot doen. Daarom dient de nadruk te liggen op het langzaam en klein houden van de beweging, met als opdracht: 'doe het zo makkelijk mogelijk'. Vervolgens wordt een aandachtscomponent toegevoegd aan de bewegingsopdracht: 'let op de plaats waar het achterhoofd op de onderlaag ligt en volg het verschuiven van de plaats van deze druk tijdens het hoofd rollen'.

Na enige tijd wordt de beweging gestopt en wordt gevraagd hoe het lichaam als geheel nu ligt en wat opvalt. Daarna wordt dezelfde opdracht herhaald. In deze ronde heeft de begeleider weer enkele opties. De aandacht kan gevraagd worden afwisselend op het achterhoofd en het aangezicht te richten en waar te nemen wat dat uitmaakt voor de manier waarop het hoofd rolt. Het hoofd kan naar een kant blijven liggen, een paar keer doorademen in die stand, en naar de andere kant gerold worden om daar even stil te liggen en door te ademen, waarna waargenomen wordt of het hoofd rollen daarna anders gaat. Of de begeleider kan het hoofd laten rollen en laten stilliggen en het effect hiervan op het ademen laten waarnemen. Dit kan eindigen met de vraag of de patiënt het hoofd kan rollen en tegelijkertijd doorademen in het eigen ademtempo, dus onafhankelijk van de rolbeweging.

In deze instructie gaat het, in tegenstelling tot de vorige, juist om het ontkoppelen van ademen en bewegen. Het vergt aandacht en een ontspannen beweging om de neiging tegen te gaan twee bewegingen in een gelijksoortig ritme uit te voeren. Ook wanneer dit niet lukt, kan het hoofd rollen een effect hebben op de spierspanning van de rugstrekkingen, waardoor het lichaam langzamerhand platter, voller, zwaarder of lossier komt te liggen. De patiënt wordt gevraagd te komen zitten, even bij te komen en te komen staan, om net als bij de vorige instructie waar te nemen wat er veranderd is in stand.

Dit zijn twee voorbeelden van opdrachten in rugligging. Het blijkt dat een eenvoudige opdracht toch al snel complex wordt vanwege de opties die zich aandienen in het combineren met andere modaliteiten. Het doel is een

opdracht te vinden die voor de patiënt gemakkelijk haalbaar is, goed te onthouden is en net voldoende aandacht kost om een invloed te hebben. Dit betekent dat uit de complexiteit van mogelijkheden de begeleider een instructie zoekt die aan die eisen voldoet. Het betekent niet dat de patiënt alle opties moet beseffen of trachten te onthouden.

Circa 50 van deze instructies zijn uitgewerkt en beschreven (Dixhoorn, 1998). Ze zijn ook beschikbaar als tekstbestanden om aan patiënten mee te geven.* In dat geval houdt de begeleider zich dus aan een bepaalde vaste opbouw.

Wat is de aard van de dysfunctionele spanning?

Om de rol van dysfunctionele spanning in de klachten vast te stellen en te differentiëren van de invloed van belastende omstandigheden is het nodig de precieze aard ervan te concretiseren. In een rapportage van een (proef)behandeling AOT worden daarom de concrete ingang benoemd (welke modaliteiten van instructie bewerkstelligen een verandering) en ook de inhoud van de respons van de patiënt op de instructies.

Deze responsen zijn onder te verdelen in zeven categorieën van *onmiddellijke effecten*. Deze zeven ontspanningsprocessen (Dixhoorn, 1998) geven elk een ander aspect weer van de spanning die veranderde en dus kennelijk dysfunctioneel was. Het is niet alleen dat iemand kalm en rustig wordt, of dat de hartslag of spierspanning zakt, er zijn veel meer responsen mogelijk. Wanneer de aard van deze respons zinvol samenhangt met de aard van de klachten, dan bevestigt dit dat ontspanning de klachten verminderde. Met andere woorden: door in de rapportage de dominante processen concreet te benoemen, wordt het effect van ontspanning aannemelijk gemaakt en ontstaat inzicht in de aard van de dysfunctionele spanning.

Naast de onmiddellijke effecten zijn er *contexteffecten* van ontspanning. Deze komen erop neer dat iemand beter met stresserende omstandigheden heeft leren omgaan omdat de zelfregulatie als direct gevolg van ontspanning is toegenomen. Tenslotte zijn er *generalisatieeffecten* die optreden als de ontspanning eigen gemaakt is en de omstandigheden in balans en onder controle zijn gekomen.

*De elektronische tekstbestanden zijn vrij te verkrijgen via de website van de uitgever: www.elsevier-gezondheidszorg.nl, klikken op 'downloads' en selecteren van het boek Ontspanningsinstructie. Of via de website van de auteur: www.euronet.nl/users/dixhoorn, klikken op 'boeken'.

Spanningsvermindering (in rust en in beweging)
Herstel van evenwicht (fysiek en psychisch)
Aandachtverschuiving
Lichaamsbewustwording
Functioneel bewegen
Functioneel ademen
Cognitieve herstructurering (herzien van gedachten over spanning en ontspanning)

Tabel 1. Overzicht van primaire ontspanningsprocessen.

In tabel 1 staan de zeven primaire ontspanningsprocessen genoemd. De eerste drie zijn ontleend aan de bekende methodes. 'Spanningsvermindering' duidt op het proces van arousal reductie en is het meest gangbaar. Benson (Benson, Beary, & Carol, 1974) vat dit samen als afname van ergotrope instelling (de instelling op actie en arbeid) en Jacobson objectiverde het als afname van neuromusculaire activiteit (Jacobson, 1929).

Er zijn talrijke fysiologische indicatoren hiervan en een matig effect van ontspanning hierop bij werkgerelateerde stress is onlangs in een review vastgesteld (Klink, Blonk, Schene & Dijk, 2001). Van belang is dat spanningsvermindering vooral in rust onderzocht is, terwijl voor de praktijk de afname van overbodige inspanning tijdens activiteiten zeker zo belangrijk is.

Twee andere processen hangen hiermee samen. Als eerste zijn dat herstelprocessen. Benson (Benson et al., 1974) noemt dit een toename van de trofotrope instelling, maar onderscheidt het niet echt van afname in ergotrope instelling. Herstelprocessen leiden ertoe dat iemand frisser en fitter is geworden, en meer energie heeft gekregen. Smith (Smith, Amutio, Anderson, & Aria, 1996) noemt dit de 'cycle of renewal' en acht dit veel belangrijker dan rustiger en kalmer worden, waar hij slechts 5 procent van de ontspanningservaringen toe rekent.

In de autogene training worden, evenals in meditatie, ook emotionele herstelprocessen genoemd: huilbuien, herbeleving en cathartische ontladingen. Een te diepe of sterke ontspanning kan daardoor ook onprettige ervaringen opleveren of zelfs tot angst leiden. Een ander afgeleide proces zijn de cognitieve veranderingen: de aandacht wordt stiller en passiever, gedachten gaan trager en raken meer op de achtergrond. Dit kan gelijk op gaan met somatische spanningsvermindering maar het kan ook op zich zelf staan. Ontspanning wordt het meest met dit proces geassocieerd.

Een tweede aspect aan dit proces is een verschuiving van de aandacht vanuit het hoofd naar lager in het lichaam: borst, buik, benen, voeten, en ook naar achter, naar de rug en wervelkolom. Dit is minder bekend maar het is een sterke en meestal nieuwe ervaring voor de patiënt, waardoor zijn perspectief op de wereld kan veranderen.

Een volgende groep processen zijn drie categorieën die niet op een verschuiving van actie naar rust duiden maar op een verdieping van de ervaring. Bewust ontspannen impliceert bewustwording van spanning en dit is een gemengd gevoel. Ontspanning hoeft niet tot een 'heerlijk, helder, Heineken'-gevoel te leiden en dat is een belangrijke reden om instructies neutraal en niet-suggestief te geven, zonder aanduiding van de gewenste toestand.

Lichaamsbewustwording, de vierde categorie, houdt een toename in van de sensore, proprioceptieve informatie vanuit het organisme. De patiënt wordt bewuster van spanning en ontspanning en realiseert zich beter wat hij zelf doet. Dit vraagt een goede begeleiding en maakt ontspanning tot meer dan een eenvoudige techniek (Fischer, 1984). Iemand leert beter zijn grenzen kennen en de belastbaarheid kan daardoor toenemen. Met andere woorden, iemand voelt meer én kan meer. Lichaamsbewustwording is een zinvol proces wanneer de toename van informatie uit en over zichzelf de belastbaarheid niet doet afnemen.

De vijfde en zesde categorie hebben betrekking op de eerder genoemde functionaliteit van bewegen en hangen samen met lichaamsgevoel. Functioneel bewegen is gedefinieerd als toename van het bewegingsgemak en een betere afstemming van de organisatie van de beweging op de bouw van het lichaam: skelet, banden en pezen. Dit blijkt uit een groter besef van het steunvlak: de voeten, het zitvlak, de rug, afhankelijk van de houding. De patiënt kan zich 'laten rusten' op de bodem of het grondvlak en beweegt zich meer vanuit deze steunpunten en minder vanuit de wil of intentie, in hoofd of armen en handen. Dit impliceert een groter gevoel van 'geaard' zijn dat een sterke mentale ontspanning kan bewerkstelligen en leidt ertoe dat men bepaalde houdingen of bewegingen langer kan volhouden met minder klachten.

Functioneel ademen is een grotere vrijheid in het ademen, dat zich beter kan aanpassen aan de actuele toestand van het organisme, de lichamelijke en mentale spanning, zonder tot benauwdheid te leiden. Dit houdt in dat de flexibiliteit van de adembeweging toeneemt evenals de ervaring van ademruimte. Een goed criterium is een evenredige verdeling van het ademen over de gehele romp, waarbij borst en buik zijn betrokken, evenals bekkenbodemp en rug. Een dergelijke ademervaring is voor de meeste mensen nieuw, hetgeen erop duidt dat dysfunctionele spanning vrij wijd verspreid is.

Tenslotte is er een herziening van de denkbeelden van de patiënt over spanning en ontspanning. Er zijn veel misverstanden en weinig reëel begrip, zodat tijd nodig is om goede uitleg te geven. Wanneer een patiënt een bepaald denkbeeld herzielt is er sprake van cognitieve herstructurering. Eigenlijk is dit impliciet aanwezig in alle ontspanningsmethodes, zodat een adequaat uitgevoerde AOT een vorm is van cognitieve gedragstherapie.

De *contextuele effecten* zijn de secundaire gevolgen van het toepassen van ontspanning in het dagelijks leven. In de rapportage van AOT komt onder meer naar voren of spanningsklachten reageren op AOT. Een verbetering houdt in dat iemand de gevolgen van stresserende omstandigheden beter kan opvangen en er minder last van hoeft te hebben. Het hoeft niet te zijn dat de omstandigheden minder stresserend zijn, maar dat hun effect op de strain afneemt waardoor minder klachten ontstaan. Dit toont aan dat de klachten op zijn minst ten dele gevolg waren van de (onnodige en dus dysfunctionele) strain.

Een ander secundair gevolg is van het grootste belang voor de oplossing van de spanningsvolle situatie: de patiënt wordt bewuster van specifieke spanningsbronnen. Wat precies aan een bepaalde situatie verhoogt de spanning, welk aspect kan iemand slecht hebben en welke aspecten dienen echt veranderd te worden voordat iemand weer naar zijn werk durft of wil gaan? Dit proces draagt bij aan probleemverheldering en verhoogt de kans op reële en stabiele werkhervatting.

In de rapportage worden beperkende voorwaarden genoemd, die het toepassen van ontspannen in de weg staan en die mogelijk een andere aanpak of begeleiding behoeven.

De laatste groep ontspanningseffecten hebben te maken met *generalisatie van ontspanning naar het dagelijks leven*. Wanneer iemand voldoende en met succes heeft geoefend en de primaire effecten zijn opgetreden, dan zullen de nachtrust en de concentratie (aandachtverschuiving) verbeterd zijn. Iemand is minder vermoeid (herstelprocessen) en herkent de signalen van overbelasting beter en eerder (lichaamsbewustwording).

Dit resulteert in een bewuste ervaring van grotere vitaliteit. Men heeft weer echt zin om dingen te doen en er is voldoende energie voor extra activiteiten, naast de werkzaamheden. Dit duidt op een werkelijk en volledig herstel van de energie. Het is van groot belang voor mensen met een burn-out, maar het proces speelt eigenlijk bij iedereen die overspannen is geraakt. Men wordt bewust van de langdurig aanwezige verhoogde grondspanning en voelt zich beter dan ooit.

Een tweede gevolg is een effect op de leefstijl en de uitvoering van werkzaamheden. Men doet dingen met meer gemak, en neemt ze ook makkelijker op. De neiging jezelf onder druk te zetten neemt af, evenals de gewoonte om dingen met maximale inzet te doen. 'Economy of effort' noemt Jacobson het resultaat van bewust ontspannen, dat wil zeggen dat men de moeite neemt die nodig is, niet minder maar ook niet meer.

Dit resultaat wordt niet vaak behaald. De meeste patiënten zijn voldoende gebaat bij de onmiddellijke en de contextuele effecten en zijn onvoldoende gemotiveerd om de hele weg te gaan. Zij kunnen weer aan het werk, op een meer verstandige manier en met minder klachten, zij kunnen de

spanningen beter herkennen en hanteren en dat is voldoende. Aan de andere kant is generalisatie in feite eindeloos, het is een doorgaand proces aangezien het leven steeds nieuwe uitdagingen biedt. Smith (Smith et al., 1996) verklaart het feit dat mensen hun hele leven ontspanning blijven toepassen uit deze doorgaande ontwikkeling en groei van het individu.

Literatuur

- Benson, H., J.F. Beary & M. Carol. 'The relaxation response'. In: *Psychiatry*, 37, 37-45, 1974.
- Carrington, P., G.H. Collings, H. Benson, H. Robinson, L. Woods, P.M. Lehrer, R.L. Woolfolk & J.W. Cole. 'The use of meditation-relaxation techniques for the management of stress in a working population'. In: *J Occupational Medicine*, 22, 21-231, 1980.
- Dixhoorn, J.J. van. *Ontspanningsinstructie. Principes en oefeningen*. Elsevier/Bunge, Maarssen, 1998.
- Dixhoorn, J.J. van. 'Relaxatie- en ademhalingstherapie'. In: J.A.M. Winnubst, F. Schuur, & J. Dam (eds.), *Handboek Gezond Werken* (pp. II-5). Elsevier, Maarssen, 1999.
- Fischer, W.D. 'Entspannung und Körperwahrnehmung aus der Sicht der Bewegungstherapie'. In: *Z Krankengymnastik*, 36-8, 485-490, 1984.
- Jacobson, E. *Progressive Relaxation*. The University of Chicago Press, Chicago, 1929.
- Jacobson, E. *You must relax*. McGraw Hill, New York, 1962.
- Klink, J.J.L. van de, R.W.B. Blonk, A.H. Schene & F.J.H. van Dijk. 'The benefits of interventions for work-related stress'. In: *Am J Public Health*, 91, 270-286, 2001.
- Klink, J.J.L. van de & A.N.H. Weel. 'Overspannen patienten activeren'. In: *Medisch Contact*, 55, 822-825, 2000.
- Lehrer, P.M. 'How to relax and how not to relax: A re-evaluation of the work of Edmund Jacobson'. In: *Behav Res Ther*, 20, 417-428, 1982.
- Linden, W. 'The autogenic training method of JH Schultz'. In: P.M. Lehrer & R.L. Woolfolk (eds.). In: *Principles and practice of stress management* (pp. 205-229). The Guilford Press, New York, 1993.
- Mitchell, L. *Ontspannen – simpel en snel*. Bigot & van Rossum, Baarn, 1990.
- Richtlijn voor bedrijfsartsen. *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten*. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde, 2000.
- Smith, J.C., A. Amutio, J.P. Anderson, & L.A. Aria. 'Relaxation: Mapping an uncharted world'. In: *Biofeedback and Self-regulation*, 21, 63-90, 1996.
- Terluin, B. 'Overspanning: rusten of juist aan de slag?' In: *Huisarts & Wetenschap*, 53, 112-113, 2002.
- Whatmore, G. B. & D.R. Kohli. *The physiopathology and treatment of functional disorders*. Grune & Stratton, New York, 1974.