

10. De Revalidatiebehandeling van ‘chronisch pijn’ en ontspanningsvermogen

Jan van Dixhoorn en Gerard van Holland

Klachten van chronisch pijn zijn vaak medisch onverklaard en hebben meer een psychosociale achtergrond. Ze zijn daarom moeilijk te behandelen in de revalidatie en er zijn speciale programma's voor deze groep revalidanten ontwikkeld. De vraag is of deze mensen minder in staat zijn zich te ontspannen dan gewone revalidanten met somatische problematiek en of het vermogen tot ontspannen samenhangt met de behandelbaarheid. Van 126 revalidanten werd het vermogen tot ontspannen beoordeeld in een proefbehandeling adem- en ontspanningstherapie (AOT) van vier individuele sessies, gedurende de observatieperiode door diverse disciplines bij aanvang van de revalidatiebehandeling. Daarna werd door het revalidatieteam besloten de revalidatie al dan niet voort te zetten. Uit de resultaten komt naar voren dat de grote meerderheid van de chronisch pijn patiënten (79%) een ingang voor ontspanning heeft. Van hen was 8% niet behandelbaar geacht en werd de revalidatie gestopt. Van de overige patiënten, die geen ingang hadden, was 65% niet behandelbaar. Het vermogen te ontspannen lijkt dus een goede voorspeller van behandelbaarheid. De keuze tussen individuele of groepsgewijze voortzetting hing niet samen met het vermogen te ontspannen. Geconcludeerd werd dat een proefbehandeling AOT als zelfstandige benaderingswijze een zinvolle rol kan spelen in een speciaal programma van de revalidatiebehandeling van chronisch pijn.

Inleiding

De deelnemers aan revalidatiebehandeling vormen een heterogene groep, met sterk uiteenlopende problematiek. Zij hebben over het algemeen een beperking van hun functionaliteit ten gevolge van een organische aandoening of trauma, maar ook kunnen zij lijden aan chronische pijnklachten zonder fysieke oorzaak. Zij volgen een multidisciplinair behandelprogramma in het revalidatiecentrum, groepsgewijs en/of individueel, onder begeleiding van ergotherapie, fysiotherapie, bewegingsagogen, maatschappelijk werk, psycholoog, logopedie en gecoördineerd door de revalidatiearts. Ontspanningsinstructie kan in principe deel uitmaken van het werk van elk van deze begeleiders. Het wordt dan ook meestal als onderdeel van en niet als behandeling op zich geëvalueerd. Hoewel verwacht mag worden dat spanningsklachten frequent voorkomen in deze setting is er weinig onderzoek naar de rol van ontspanning en stress management op zichzelf (1).

De tweede auteur is als fysiotherapeut in 1991 komen werken bij RevalidatieCentrum Kastanjehof te Apeldoorn, met als taak de ontspanningstherapie uit te bouwen. Hij heeft de opleiding Adem- en Ontspan-

ningstherapie, Methode Van Dixhoorn gevolgd en hierover bij herhaling informatie verschaft aan de andere medewerkers, hen ermee laten kennis maken en scholing geboden. Successievelijk gingen meer behandelaren de opleiding volgen. Zo ontstond de vraagstelling wat AOT kan betekenen als op zichzelf staande benaderingswijze in de revalidatiebehandeling.

De methode Van Dixhoorn (2) gaat, in tegenstelling tot de klassieke methodes (zoals progressieve relaxatie en autogene training), uit van een procesmodel: het repertoire aan instructievormen is veel groter en zij zijn niet langer gekoppeld aan een bepaalde respons. De begeleider kan daardoor de instructie aanpassen aan het individu en in principe voor iedereen een vorm van ontspanningsinstructie vinden die een zinvolle respons oproept. Het eerste doel van een proefbehandeling van circa 4 keren is daarom te onderzoeken of er een 'ingang' gevonden kan worden, dat is een instructie waarmee de deelnemer bij zichzelf een concrete verandering kan oproepen. Dit is een teken dat de normale interne zelfregulatie van spanning in voldoende mate aanwezig is. Wanneer dit lukt en deze verandering is zinvol voor de patiënt, bijvoorbeeld ten aanzien van bepaalde klachten, is er reden de therapie voort te zet-

ten. Wanneer dit niet lukt, dan zijn daar in principe redenen voor. Deze worden in de AOT beperkende voorwaarden genoemd en vragen om probleemverheldering. Zij zijn een reden om de patiënt terug te verwijzen met het voorstel de behandeling samen met een andere vorm van hulpverlening voort te zetten of te stoppen.

In een eerste exploratieve studie werd onderzocht bij hoeveel en welke revalidanten adem- en ontspanningstherapie, uitgevoerd in groepslessen, volgens het procesmodel, een ingang voor ontspanning kon worden gevonden. Het bleek dat 79% van 171 revalidanten, verwezen vanwege spanningsklachten, open stonden voor ontspanningsinstructie en een normaal vermogen tot interne zelfregulatie hadden. Leeftijd, sekse, diagnosegroep (CVA, Sudeckse dystrofie en whiplash) noch verwijzreden beïnvloedde dit. De meerderheid van deze patiënten was dus terecht verwezen en voor hen zou voortzetting van AOT zinvol kunnen zijn.

Patiënten met chronisch pijn vormen een andere categorie revalidanten en werden in het eerste project uitgesloten. Bij hen hebben de klachten minder een organische en meer een psychosociale achtergrond. Chronische pijn is vaak medisch onverklaarde pijn (3) en de behandeling 'komt neer op het verleggen van het initiatief en de verantwoordelijkheid, van de buitenwereld (artsen, familieleden) naar de patiënt zelf. Geleidelijk aan dient de patiënt actiever te worden (4). In dit centrum wordt chronisch pijn patiënten een 'pijn de baas' programma aangeboden, gericht op reactivering. Hierin was autogene training als vorm van ontspanning opgenomen. De verwachting was dat de aanwezigheid van psychosociale factoren die de klachten mede in stand houden, tegelijkertijd als beperkende voorwaarden konden optreden en een ingang voor ontspanning tegenhouden. Omgekeerd zou juist de psychosociale achtergrond goed kunnen reageren op spanningsregulatie, wanneer eenmaal een ingang gevonden is. Om die reden namen in dit project alle chronisch pijn patiënten deel aan een individuele proefbehandeling adem- en ontspanningstherapie als onderdeel van de observatieperiode waarin diverse disciplines hun mening vormen. Deze individuele setting maakt het beter mogelijk het procesmodel van AOT toe te passen en de kans op het vinden van een ingang voor ontspannen te maximaliseren. Dit is daarom een goed middel om het vermogen te ontspannen bij patiënten vast te stellen. De vraag is of dit iets zegt over de behandelbaarheid van de patiënt in het geheel van het revalidatieprogramma.

Na afloop van de observatieperiode werd in overleg met alle behandelaren besloten het behandelprogramma al of niet voort te zetten. Het programma werd ge-

stopt als de patiënten niet gemotiveerd waren of niet behandelbaar bleken te zijn. Bij voortzetting was de keuze uit een individueel behandeltraject of deelname aan het groepsgewijze behandelprotocol.

De vraagstelling was:

- 1) hoeveel van alle chronisch pijn patiënten hebben het vermogen te ontspannen
- 2) hangt het vermogen tot spanningsregulatie samen met de beslissing over het vervolg: stoppen of doorgaan, in de vorm van een individueel of groepsgewijs programma.

Patiënten en methoden

Patiënten

In de periode van juli 1997 tot en met december 2000 werden 126 patiënten opgenomen in de observatie voor het chronisch pijnprogramma. Het waren 93 vrouwen en 33 mannen met een gemiddelde leeftijd van 42,4 jaar (22 - 71 jaar). De achtergrond van de chronisch pijn klachten liet zich onderverdelen in een groep met rugklachten (40%), een groep met fibromyalgie (26%) en een groep met postoperatieve klachten (10%), van wie de meeste overigens rugklachten hadden.

Procedure

In de observatieperiode zagen de patiënten alle begeleiders (fysiotherapie/oefentherapie, ergotherapie en psycholoog) op individuele basis en kregen zij een individuele proefbehandeling ontspanningstherapie, door geschoolde fysiotherapeuten. Alle begeleiders vormden een mening over de behandelbaarheid van de patiënt. Na de observatieperiode werd in een teambespreking onder leiding van de revalidatiearts besloten tot al of niet voortzetten van de revalidatiebehandeling. De patiënt kon de behandeling stoppen, de behandeling elders voortzetten, het groepsgewijze protocol volgen of een individueel programma volgen.

Evaluatie van proefbehandeling AOT

Het procesmodel voor ontspanningsinstructie gaat ervan uit dat na een instructie concrete verschillen of veranderingen ervaren kunnen worden. Na elke instructie werd daarom gevraagd of de patiënt een verandering waarnam. De begeleider observeerde eveneens of er een verandering in een of ander opzicht opviel. Van elke instructie of handgreep werd de uitkomst op een formulier (2, blz 150) genoteerd: lukte de instructie (ja, onduidelijk, nee), werd een concrete verandering ervaren (ja, onduidelijk, nee), hoe werd de verandering gewaardeerd (prettig, gemengd/neutral, onprettig). De ervaringen van de patiënt werden besproken en hem of haar werd gevraagd of dezelfde soort ervaringen optreden wanneer de patiënt op eigen gelegenheid oefende. Dit werd genoteerd als volgt: oefent de patiënt (ja, het

komt ervan; moeilijk of onregelmatig; nee, lukt niet) en voelt hij een effect (concreet, positief, duidelijk; gemengd, wisselend, niet; onprettig). Na vier bijeenkomsten werd globaal geëvalueerd of er een 'ingang' was gevonden voor bewust ontspannen. Dit werd beoordeeld in drie antwoordmogelijkheden: 'ja, duidelijk', 'ja, enigszins duidelijk' en 'nee'. De vraag is of er tenminste één instructie is die bij herhaling een concrete, duidelijke verandering oproept, die de patiënt ook zelfstandig kan oproepen. In dat geval is de eerste antwoordmogelijkheid van toepassing, er is een duidelijke ingang. Het kan ook zijn dat de veranderingen minder concreet zijn, of wisselend optreden, of moeilijk door de patiënt thuis kunnen worden opgeroepen. Dan is de tweede antwoordmogelijkheid het geval. De laatste en derde antwoordmogelijkheid, er is geen ingang, wordt gescoord wanneer de patiënt geen concrete veranderingen waarneemt of er zelf niets mee kan.

De aanwezigheid van een ingang is te controleren doordat de begeleider in staat is de geobserveerde veranderingen te interpreteren en onder te brengen in een of meer van de zeven processen van interne zelfregulatie (2). Dit werd op het formulier genoteerd. Er werd eenmaal een intervisie bijeenkomst gepland, samen met de eerste auteur, om de formulieren te bespreken met de diverse therapeuten. Daarbij bleek dat in alle gevallen de conclusie van de behandelaar over de ingang door de anderen werd bevestigd.

Resultaten

De eerste vraagstelling was 'hoeveel van alle chronisch pijn patiënten hebben het vermogen te ontspannen'. De proefbehandeling voor ontspanningstherapie werd afgesloten met een oordeel door de therapeut of er een 'duidelijke', een 'enigszins duidelijke' of 'geen' ingang was gevonden, die voortzetting zou rechtvaardigen. Een duidelijke ingang werd gevonden bij 69 (55%) patiënten. De ingang was enigszins duidelijk bij 31 (24%) patiënten en er was geen ingang bij 26 (21%) patiënten. Dit betekent dat chronisch pijn patiënten in grote meerderheid open waren voor het leren ontspannen en het toepasten.

Deze uitkomst verschilde overigens tussen diagnose-subgroepen. Patiënten met fibromyalgie hadden minder vaak een duidelijke ingang (42%) en vaker een onduidelijke ingang (40%), maar even vaak geen ingang (18%). Daarentegen hadden de 50 patiënten met chronisch rugklachten relatief vaak een duidelijke ingang (70%), minder vaak een onduidelijke ingang (12%), maar even vaak geen ingang (18%). Er was geen relatie met sekse of leeftijd.

De tweede vraag was 'hangt het vermogen tot spanningsregulatie samen met de beslissing over het vervolg: stoppen of doorgaan, in de vorm van een individueel of groepsgewijs programma?'. Wat betreft het stoppen of doorgaan bleek het volgende. Van de 126 patiënten die aan de observatie deelnamen stopten er 25 (20%), gingen er 5 (4%) in behandeling elders en vervolgden dus 96 (76%) patiënten het pijn de baas programma. De patiënten die de behandeling stopten waren niet gemotiveerd of niet goed behandelbaar volgens het revalidatieteam. Van de 33 mannen stopten 30% vergeleken met 16% van de 93 vrouwen. Mannen stopten dus iets vaker, maar statistisch niet significant. Leeftijd noch het hebben van fibromyalgie, rugpijn of post-operatieve pijn hing samen met stoppen. De koppeling van de ingang voor ontspannen aan de beslissing tot voortzetten liet een hoge mate van samenhang zien (tabel 1).

Tabel 1. Samenhang tussen uitkomst van proefbehandeling ontspanningstherapie en beslissing van het revalidatieteam

Ingang voor ontspannen	Voortzetting van revalidatiebehandeling		
	Ja	Nee	Totaal
ja, duidelijk	65	4	69 (55%)
ja, enigszins duidelijk	27	4	31 (24%)
nee	9	17	26 (21%)
Totaal	101	25	126

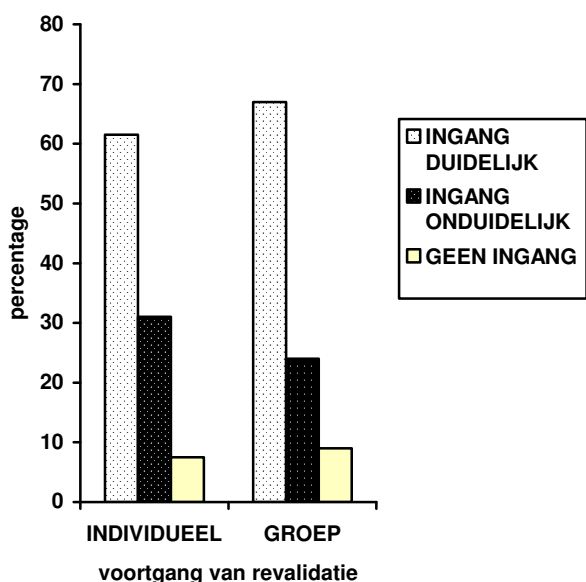
Mantel-Haenszel test voor lineaire samenhang, chisquare=36.0, df=1, p < 0.001.

Van de 100 patiënten bij wie een ingang was gevonden werden slechts 8 patiënten (8%) niet geschikt bevonden om de revalidatiebehandeling voort te zetten. Daarentegen werden van de 26 patiënten zonder ingang voor ontspanning 17 patiënten (65%) ongeschikt gevonden voor revalidatiebehandeling. Deze uitkomst bevestigt dat de verwachte behandelbaarheid met revalidatie voorspeld wordt door het vermogen te ontspannen. Met andere woorden, bij revalidanten die open zijn voor interne zelfregulatie van spanning lijkt de kans groter dat het 'pijn de baas' programma werkzaam is en 'het initiatief van de omgeving naar hen kan worden gebracht'.

Wat betreft de aard van de voortzetting bleek dat van de 96 patiënten die het programma in Kastanjehof voortzetten 57 patiënten het groepsgewijze programma volgden en kregen 39 patiënten een individuele behan-

deling. Van de revalidanten die het groepsprogramma volgden hadden de meeste ($n=38$, 67%) een duidelijke ingang, maar voor praktisch evenveel ($n=24$, 61,5%) revalidanten die een individueel programma volgden was dit ook het geval (zie figuur 1). Een deel van de revalidanten deed dus mogelijk ten onrechte niet mee aan het groepsprogramma. Het aantal revalidanten bij wie een ingang enigszins duidelijk was bedroeg 14 (24%) in het groepsprogramma en 12 (31%) in het individuele programma. Hoewel het percentage zonder duidelijke ingang iets hoger is onder de revalidanten die individuele therapie volgen is de samenhang statistisch niet significant. Een deel van de revalidanten deden dus met mogelijk minder kans op voordeel mee aan het groepsprogramma. Dit betekent dat de duidelijkheid van de ingang voor ontspanning niets zei over de keuze voor groepsgewijze of individuele therapie.

Figuur 1. Samenhang tussen de ingang voor ontspanning en de keus tussen individuele of groepsgewijze voortzetting



Discussie

Een belangrijke bevinding van dit project is dat het vinden van een ingang voor ontspanning in een proefperiode goed mogelijk is bij de meerderheid van chronisch pijn patiënten. Ondanks het feit dat de klachten een psychosociale achtergrond hebben en als 'moeilijk' bekend zijn, verschilt deze groep revalidanten daarin niet van andere revalidanten, met somatische problemen. De normale mogelijkheid tot interne zelfregulatie is zelfs bij circa 80% aanwezig. Hier dient de kanttekening bij te worden gemaakt dat de chronisch pijn patiënten gescreend werden in een individuele obser-

vatieperiode waardoor de keuze van instructies veel meer afgestemd kon worden op het individu. De overige revalidanten uit het eerdere project volgden daarentegen een groepsprogramma. Wel bleek dat bij fibromyalgie patiënten de ingang relatief vaker onduidelijk was dan duidelijk, terwijl dit bij patiënten met rugklachten omgekeerd was. Uit onderzoek blijkt dat patiënten met fibromyalgie vaker een geschiedenis hebben van verwaarlozing en slechte behandeling in de jeugd (5). Dit zou dus een psychologische beperkende voorwaarde voor ontspanning kunnen zijn. Die is echter niet doorslaggevend, aangezien het ontbreken van een ingang in deze groep niet vaker het geval was. De uitkomst dat patiënten met chronisch rugklachten relatief vaak open stonden voor ontspanning komt overeen met onderzoek waaruit blijkt dat rugklachten een goede indicatie zijn voor ademtherapie (6;7).

Een tweede bevinding is dat een tekort in interne zelfregulatie en het ontbreken van een ingang voor ontspanning in hoge mate samenhangt met behandelbaarheid. Patiënten die niet toegankelijk blijken voor spanningsregulatie bij zichzelf, worden door het revalidatieteam minder geschikt geacht voor het pijn de baas programma, dat erop gericht is het initiatief meer bij de patiënt te leggen. Deze samenhang zou ook gevolg kunnen zijn van een dominante rol van ontspanningstherapie in teamoverleg waar de beslissing wordt genomen al of niet te behandelen. Dit is echter niet het geval geweest. De beslissing tot voortzetting van de revalidatie werd door het gehele team genomen en betrof de beslissing tot deelname aan het gehele programma en niet alleen de ontspanningstherapie. Daarom lijkt de conclusie gewettigd dat het vermogen tot interne zelfregulatie van spanning een voorspeller of indicator is voor de behandelbaarheid in het algemeen.

Opvallend is het ontbreken van een sterke samenhang tussen de duidelijkheid van de ingang en de keuze voor individuele therapie. Dit is waarschijnlijk gevolg van het feit dat in de beslissing tussen individuele dan wel groepsgewijze voortzetting geen rekening werd gehouden met het vermogen tot ontspannen. Dit ondersteunt de vorige conclusie, omdat de uitkomst van ontspanningstherapie kennelijk geen dominante rol heeft gespeeld in het team. Het betekent ook dat de theorie van overspanning niet bekend of gebruikt wordt in het revalidatie teamoverleg. Volgens de theorie van het procesmodel zouden patiënten bij wie het moeilijker is een ingang te vinden meer behoefte hebben aan individuele begeleiding. De revalidanten met een duidelijke ingang zouden beter in staat zijn tot het volgen van groepsgewijze instructie, omdat zij de veranderingen als gevolg van instructies goed onderkennen. In de praktijk wordt de keuze voor individuele behandeling door het revalidatieteam niet zozeer op de mate van behande-

baarheid gebaseerd, maar op pragmatische redenen. Het betreft een te geringe belastbaarheid, afspraken die niet te combineren met werk- of leefsituatie, persoonlijkheid of persoonlijke voorkeur van de revalidant. Dit kan het ontbreken van samenhang verklaren. Wanneer in de toekomst de keuze voor individuele therapie op meer inhoudelijke gronden wordt genomen, dan zou er vermoedelijk meer samenhang zijn met het vinden van een ingang. Mogelijk zou dat het effect voor fibromyalgie patiënten vergroten, aangezien zij vaker moeite hebben met ontspannen, maar desondanks niet vaker individueel begeleid worden. Omgekeerd zouden rugpatiënten vaker kunnen volstaan met groepsgewijze behandeling dan nu het geval is.

Een beperking van dit onderzoek is het ontbreken van de uitkomst van de revalidatiebehandeling. De reden daarvoor is dat er geen globale uitkomstmaat gehanteerd wordt, waarmee voor alle patiënten de mate van baat of de verandering in het feitelijk functioneren is vast te stellen. Wanneer dat in de toekomst wel het geval zal zijn, kan onderzocht worden of ook deze uitkomst samenhangt met het vermogen te ontspannen. Zo is de vraag bijvoorbeeld wat de uitkomst zou zijn van revalidanten die ondanks het ontbreken van een ingang voor ontspannen toch het programma voortzetten.

Deze uitkomsten vragen om meer informatie over het 'vermogen te ontspannen' en de 'ingang' voor AOT. Hangt dit werkelijk samen met bijvoorbeeld het aantal instructies dat goed lukt, of is het een meer globaal (psychisch) kenmerk van mensen die zowel de behandelbaarheid als de ingang bepaalt? Hier is nader onderzoek naar nodig en deze uitkomsten wettigen dat. In elk geval kan geconcludeerd worden dat AOT als zelfstandige behandel- en benaderingswijze een expliciete rol kan spelen in de revalidatiebehandeling van chronisch pijn. Tegenwoordig is ontspanningsinstructie in het algemeen een onderdeel van dit programma geworden.

Literatuur

- (1) Mandel AR, Keller SM. Stress management in rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 1986;6:375-9.
- (2) Dixhoorn JJ van. Ontspanningsinstructie. Principes en oefeningen. Maarssen: Elsevier/Bunge; 1998.
- (3) Gijn J van, Bierman WFW, Zuketto C, Rooijmans HGM. Chronische, onverklaarde pijn: van klacht naar doel. *Ned T Geneesk* 2001;144:641-4.

- (4) Mes CAJ, Winter FAM, Wijck Rv. Programma-evaluatie in de pijnrevalidatie. *Gedrag & Gezondheid* 1999;27(3):136-47.
- (5) Van Houdenhove B, Neerinx E, Lysens R, Vertommen H, Van Houdenhove L, Onghena P, et al. Victimization in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in tertiary care. *Psychosomatics* 2001;42:21-8.
- (6) Mehling W-E. The experience of breath as a therapeutic intervention - psychosomatic forms of breath therapy. *Forschende KomplementarMedizin und Klassische Naturheilkunde* 2001;8:359-67.
- (7) Mehling W-E. Randomized, controlled trial of breath therapy for patients with chronic low-back pain. *Alternative Therapies* 2005;11:44-52.

