

Adem- en Ontspanningstherapie Stichting

METHODE VAN DIXHOORN

AOT bij onverklaarde klachten.

*Jan van Dixhoorn*

AOS

Jaarverslag

2010

# AOT BIJ ONVERKLAARDE KLACHTEN:

## WANNEER WORDT HET GEBRUIKT EN WANNEER IS HET ZINVOL?

Elk jaar vermelden we in het jaarrapport de indicaties voor AOT en dan baseren we ons op de informatie van de behandelaren uit hun jaarverslagen. Hoeveel mensen met welke klachten worden verwezen? Sinds 5 jaar is ook informatie over de behandeluitkomst beschikbaar via het zogenaamde 'resultatenproject'. Individuele behandelingen met AOT kunnen via het internet centraal ingevoerd worden. Daarmee hebben we informatie of de verwijzing zinvol was. Hoeveel van de mensen met welke klachten hebben voldoende baat gehad van de behandeling en was de verwijzing reëel?

### Het probleem van de indicatiestelling

In het algemeen worden in richtlijnen voor de behandeling van klachten alleen behandelingen opgenomen waar evidentie voor is. De meeste evidentie en het meeste wetenschappelijk onderzoek van adem- en ontspanningstherapie betreft klachten die vooral psychisch of stress gemedieerd lijken, dat zijn spanningsklachten zoals hoofdpijn, slaapproblemen, hyperventilatie, angst. Wanneer de gemiddelde behandelaar aan verwijsoordeningen voor ontspanning denkt, zijn dit meestal de indicaties. Hier zijn twee problemen mee. Op de eerste plaats zijn klachten die met angst en spanning gepaard gaan zeker niet altijd open voor behandeling met ontspanningstherapie. Er kunnen namelijk reële spanningsbronnen zijn die de klachten en de spanning in stand houden en een belemmering vormen voor het effect van ontspanningsoefeningen. Het gevolg daarvan is dat de evidentie en de gemiddelde effectgrootte beperkt zijn. In een grote review van **zestig gecontroleerde studies van ontspanningstherapie** bleek er een **gemiddeld matig effect**, en er bleek geen enkel verschil te zijn tussen de diverse vormen en methodes van ontspanning en psychologische begeleiding. Het is dus van belang om goed te onderscheiden tussen mensen bij wie de klachten goed reageren en mensen bij wie belemmerende omstandigheden bestaan die een effect van spanningsre-

gulatie verhinderen. Daarom is een van de primaire doelen van de AOT om in een proefbehandeling van 3-4 sessies te onderzoeken of spanningsregulatie bij deze persoon een goede respons oplevert en voortzetting zinvol is. Een gemiddeld matig groot effect wil zeggen dat een aantal mensen goed effect heeft en een aantal mensen niet. De vraag van indicatiestelling is of dit van tevoren te zeggen is. Wanneer je van tevoren weet welke mensen goed effect zullen hebben, dan zal ook het gemiddeld effect bij hen groot zijn. Helaas zijn tot nu toe geen goede indicatoren gevonden. Onze oplossing is geworden om de indicatie en verwijzing te toetsen in de behandeling: AOT beginnen bij verwezen patiënten, maar snel te stoppen wanneer onvoldoende respons optreedt.

Een tweede probleem is dat de gangbare indicaties voor adem- en ontspanningstherapie te beperkt zijn. In de praktijk van de AOT blijken bijvoorbeeld ook klachten van het bewegingsapparaat, zoals nekschouder pijn en lage rugpijn, goed te kunnen reageren. Datzelfde geldt voor klachten van burnout en spanningsproblemen bij medische aandoeningen. Er is onderzoek dat adem- en spanningsregulatie werkzaam kan zijn bij mensen met longaan- doeningen, en er is zelfs vrij veel onderzoek dat de effectiviteit aantoont van ontspan-

ningstherapie bij hartpatiënten. Toch denkt de gemiddeld arts/ verwijzer niet aan AOT bij deze patiënten. Onze gedachte is dat **door meer ontspannen te functioneren bij praktisch iedereen klachten kunnen afnemen en de kwaliteit van leven kan toenemen**. De betekenis daarvan is groter naarmate mensen meer gehandicapt zijn door ziekte. AOT is niet gericht op het behandelen van een aandoening, maar op het verminderen en hanteerbaar maken van onnodig grote spanning. Het lijkt dus zinvol een breed indicatiegebied te veronderstellen. Tegelijkertijd wordt dit geen oeverloos en eindeloos behandelen, omdat we snel evalueren of voortzetting gewenst is. Eigenlijk zou elke klacht die niet voldoende verklaard wordt door een oorzaak, 'onverklaarde klachten' dus, in eerste instantie voor een proefbehandeling met AOT in aanmerking kunnen komen.

Er is behoefte aan exploratief onderzoek naar 'nieuwe' indicaties voor spanningsregulatie. Dit dient gemotiveerd te worden door gunstige praktijk resultaten. Om te weten voor welke indicaties verder wetenschappelijk onderzoek zinvol zou kunnen zijn, is het nodig voor allerlei soorten probleem een indruk te krijgen van het percentage patiënten dat positief reageert op spanningsregulatie.

### **Doel van het Resultaten project**

Het Resultaten project is opgezet om AOT'ers in de praktijk te laten registreren welke behandeluitkomsten zij hebben bij diverse probleemgebieden. We hebben getracht het registreren zo makkelijk mogelijk te maken, slechts enkele minuten per patiënt volstaan, en de gecertificeerde behandelaren zo veel mogelijk te motiveren hieraan mee te doen. **Grote aantallen patiënten zijn immers nodig** om van eventuele indicaties die niet gangbaar zijn, maar toch onverwacht succesvol, een voldoende aantal patiënten op te nemen. Het officiële doel van het project,

zoals geformuleerd in de aanvraag voor medisch-ethische toetsing luidt:

'Registratie van verwijsindicaties voor AOT en van behandeluitkomsten per indicatie, om te onderzoeken bij welke indicaties de uitkomsten positief zijn en bevestigen dat verwijzing terecht was. Stemt dit overeen met de beschikbare evidentie of zijn er onverwacht positieve uitkomsten bij indicaties, die een reden kunnen zijn voor een gecontroleerd vervolgonderzoek naar het effect?'

Na vijf jaar zijn er uitkomsten van enkele duizenden patiënten. Zij werden behandeld door in totaal 54 behandelaren, van wie er 20 veel patiënten ingevoerd hebben. Het aantal behandelaren dat in principe elke patiënt invoert die met AOT behandeld wordt is in de afgelopen 5 jaren toegenomen van ongeveer 8 tot 20 op dit moment. Zij hebben allemaal vele tientallen patiënten ingevoerd, sommigen honderden. De andere 34 behandelaren hebben niet alle patiënten ingevoerd, of hebben dit gedurende een beperkte tijd gedaan. Wanneer we de grote en kleine invoerders vergelijken dan zijn er echter nauwelijks verschillen in verwijsindicaties of in uitkomsten. Er is dus geen aanwijzing dat de grote invoerders andere verwijsindicaties ontwikkelen of beter worden in de behandeling, noch dat kleine invoerders bijvoorbeeld selectief alleen hun successen invoeren.

De leeftijd van de patiënten was gemiddeld 43 jaar en liep van 8 jaar tot 90 jaar. Met uitzondering van de vroege jeugd zijn praktisch alle leeftijdscategorieën vertegenwoordigd. Er waren relatief veel vrouwen, nl. meer dan tweederde. De behandelsetting was in de meeste gevallen (84%) in de eerste lijn. Hoewel veel AOT'ers werkzaam zijn in instellingen, zoals ziekenhuizen en revalidatiecentra, komt het er kennelijk in de tweede lijn minder van patiënten in te voeren. Mogelijk worden patiënten minder vaak hoofdzakelijk

met AOT behandeld. Een andere reden kan zijn dat het lastiger is om de patiëntgegevens in te voeren, vanwege de noodzaak om al veel administratie te voeren, of omdat het moeilijk is de effecten aan AOT toe te schrijven. Desondanks zijn ruim 400 patiënten ingevoerd vanuit de tweede lijn.

De klachten waarvoor AOT begonnen wordt zijn in principe mogelijk spanningsgebonden klachten, maar er kunnen andere problemen meespelen. We onderscheiden de mensen in vier globale categorieën. 1) Patiënten met spanningsklachten en ook een medische aandoening (in dat geval dient de diagnose vermeld te worden), zij zijn de kleinste categorie. 2) Patiënten met spanningsklachten en een

psychische diagnose, zoals angst of depressie, of bij wie de psychische klachten domineren, deze categorie is iets groter. 3) Patiënten met spanningsklachten en een disfunctie van het adem- of bewegingsapparaat, weer iets groter in aantal. 4) Patiënten met spanningsklachten zonder verdere problematiek ('pure' onverklaarde klachten). Dit is verreweg de grootste categorie. Wanneer we deze vier globale categorieën afzetten tegen de locatie van de behandeling dan valt op dat de twee kleinste categorieën, patiënten met een medische of psychische diagnose, wat vaker vanuit de tweede lijn ingevoerd zijn. De grootste categorie, patiënten met 'pure' onverklaarde klachten, wordt vrijwel uitsluitend in de eerste lijn behandeld.

Hoofdcategorie: spanningsklachten	Totaal aantal	Eerste lijn (%)
1. Met medische diagnose	393	70%
2. Met psychische diagnose	433	52%
3. Met bewegingsapparaat disfunctie	509	82%
4. Zonder een van bovenstaande	1535	98%
totaal	2870	84%

Deze verdeling stemt overeen met de gangbare verwachting dat ontspanningstherapie vooral geschikt is voor mensen met spanningsklachten, zonder andere aandoening. We tekenen nu aan dat dit zeker niet alleen voor hen geldt. De eerste belangrijke bevinding van het Resultaten Project is daarom dat heel wat

patiënten met een andere aandoening of problematiek ook voor AOT verwezen worden. Dit zijn geen voor de hand liggende indicaties. De vraag is nu wat AOT oplevert in die gevallen. We geven een eerste globale indruk (de tabellen kunnen iets verschillen tussen de tabellen omdat niet alle variabelen compleet zijn).

## Uitkomsten en effect

Voordat we de uitkomsten behandelen is het zaak ons uitgangspunt te noemen, dat we weliswaar gebruik maken van meetinstrumenten om de uitkomsten te objectiveren, maar dat de beslissing hoe de uitkomst beoordeeld wordt primair op klinische gronden plaatsvindt, d.w.z. op grond van het oordeel van de

behandelaar en patiënt gezamenlijk over de verandering in de hoofdklacht(en). Wanneer de patiënt aangeeft dat de hoofdklachten voldoende verbeterd zijn, d.w.z. verminderd zijn en zodanig te regelen dat ze niet langer storen, dan noteren we dat de uitkomst een 'goed effect' is. Wanneer er wel een verbeter-

ring is, maar de hoofdklachten blijven bestaan, ze storen en/of motiveren tot een andere behandeling dan wordt de uitkomst als 'beperkt effect' genoteerd. En wanneer er helemaal geen verandering is dan wordt dit genoteerd als 'geen effect'.

Dit betreft effecten op de hoofdklacht(en) waarvoor zij verwezen zijn. Wanneer er een achterliggende aandoening is, zoals bij de categorieën 1-2, dan wil een globaal goed effect natuurlijk niet zeggen dat de aandoening opgelost is. Iemand met een hart- of longaandoening, of een depressie kan verwezen worden vanwege benauwdheid, vermoeidheid, slecht slapen, moeilijk ademen of bewegen. Die klachten kunnen goed reageren, en de uitkomst als 'goed effect' beoordeeld worden zonder dat de onderliggende aandoening verandert. Wel wordt door de toename van spanningsregulatie het leven makkelijker en het welbevinden groter. En dat is gunstig voor de zorgbehoefte en de prognose. Wanneer de klachten geen duidelijke achterliggende aandoening hebben, dan valt het globaal effect veel meer samen met een effect op het hoofdprobleem. We hebben weliswaar precieze informatie over de verschillende spanningsklachten en hun veranderingen, maar gebruiken die hier niet. In dit criterium worden de effecten samengevat in een enkel oordeel.

Een laatste opmerking betreft de vraag of de veranderingen toegeschreven kunnen worden aan de AOT. Dat is in een ongecontroleerde voor-na meting zoals dit project nooit zeker te concluderen. Wel wordt in het globaal oordeel van goed effect meegenomen dat de klachten toegankelijk bleken voor spanningsregulatie en er goed op reageerden. We missen hier informatie over de tussenliggende processen die het verband aannemelijk maken. Die informatie wordt wel in de volgende versie van het project gevraagd. Ook wordt met nadruk gevraagd de klachten te evalueren waarvoor AOT gestart is, en daarbij aan te geven of er in dezelfde periode een andere behandeling start voor dezelfde klachten. We kunnen dus rekening houden met de aanwezigheid van 'medebehandelaars'. Dit is in geval van multidisciplinaire behandelingen van groot belang. Bijvoorbeeld, iemand heeft whiplash klachten en volgt een bewegingsprogramma plus gesprekken bij een psycholoog. Na enige tijd dit programma gevolgd te hebben, blijkt er benauwdheid en slecht slapen te zijn, die niet reageren. Dat is de reden om de AOT in te schakelen. Na 5-6 sessies AOT is de benauwdheid weg en het slapen verbeterd. De behandelaar overlegt met de patiënt hoe dit effect te beoordelen ('goed' of 'beperkt') en noteert als medebehandelaar 'geen'. Deze informatie zullen we hier en daar benutten.

### Spanningsklachten plus een andere aandoening

Hoofdcategorie	1e lijn		2e lijn	
	Aantal	Goed effect	Aantal	Goed effect
Met medische diagnose	275	144 (52%)	111	62 (56%)
Met psychische diagnose	224	118 (53%)	197	68 (35%)
Met bewegingsapparaat disfunctie	414	260 (63%)	93	48 (52%)

De resultaten in de tabel laten onmiskenbaar zien dat patiënten met spanningsklachten en met een of andere vorm van co-morbiditeit, of ze nu in een instelling of in de eerste lijn behandeld worden, in ten minste de helft van de gevallen goed geholpen zijn met AOT. De

**medische diagnose** bestaat vooral uit een hart- of longziekte, een neurologische ziekte of een aandoening van het bewegingsapparaat. Het percentage dat geen enkel effect vertoont is heel laag: 9% in de 2e lijn, 8% in de 1e lijn. Een goed effect wil uiteraard niet

zeggen dat de ziekte overgaat of behandeld wordt. De aandoening is en blijft er, maar ten aanzien van de last die de patiënt ervaart is er een duidelijk toegevoegde waarde. Het bestaan van een ziekte is dus zeker geen contra-indicatie! **De AOT is hier een complementaire behandeling.** Dit bevestigt de praktijk in sommige ziekenhuizen dat ontspanningstherapie wordt toegepast in de vorm van complementaire zorg. Onderzoek is hier zeker op zijn plaats.

De behandeling van patiënten met een **psychisch probleem**, veelal angst maar ook depressie en in mindere mate posttraumatische problematiek ligt iets anders. In de 1e lijn is opnieuw de helft goed geholpen, maar in een afdeling psychiatrie heeft slechts een derde echt baat van AOT. Een derde van hen heeft een beperkt effect en een derde heeft zelfs geen enkel effect. Het aandeel van AOT in de behandeling in een psychiatrische kliniek lijkt dus bescheiden te zijn. Dit ligt vooral aan het aandeel van depressie: van de 100 patiënten met deze aandoening verbeterden de spanningsklachten in de kliniek maar bij 23%. In de 1e lijn is dat twee keer zoveel (44%), maar nog steeds bescheiden. Wel valt op dat in de 1e lijn het effect van AOT in de helft van de gevallen geëvalueerd wordt zonder medebehandeling. Bij de andere helft kan het effect dus niet zonder meer aan de AOT toegeschreven worden. In de kliniek wordt AOT merendeels geëvalueerd als op zichzelf staande behandeling van de spanningsklachten! Het toegevoegde effect is dan specifiek maar klein. Kennelijk is de problematiek ernstiger en is de invloed van de depressie op de klachten groter dan de spanningsgebondenheid. Het effect van behandeling van depressie in het algemeen is beperkt en bescheiden resultaten zijn mogelijk toch betekenisvol. AOT kan in elk geval een ondersteunende rol spelen.

De meeste patiënten (ruim 300) met een psy-

chische diagnose hebben angst, paniek of fobische klachten. Ook voor hen is in de 1e lijn het resultaat bij meer dan de helft een goed effect, terwijl de uitkomsten in de kliniek minder vaak (bij ruim een derde) positief zijn. Aan de andere kant is in de 1e lijn medebehandeling voor dezelfde klachten het geval bij de helft, terwijl in de kliniek AOT meestal als behandeling op zich geëvalueerd wordt. In totaal wordt AOT bij ongeveer de helft van de angstpatiënten uitgevoerd en geëvalueerd zonder medebehandeling en van hen had precies de helft een goed effect. Dit stemt overeen met wat uit de literatuur bekend is over het effect van (goed uitgevoerde!) relaxatie versus cognitieve gedragstherapie bij angststoornis. Onze uitkomsten bevestigen dat AOT een rol kan spelen in en mogelijk zelfs de hoofdbehandeling kan zijn in geval van angst. Bij een kleine minderheid van de patiënten met een psychische diagnose is het probleem posttraumatisch. De uitkomsten komen overeen met de uitkomsten bij angstpatiënten, maar het aantal is te klein om er iets over te kunnen zeggen.

### **Functionele problemen van houding, adem en beweging**

Een aparte categorie zijn problemen van het bewegingsapparaat, waarvoor geen duidelijke medische diagnose is. Bij deze patiënten vallen de hoofdklacht voor AOT behandeling en de aard van het probleem veel meer samen. Wanneer iemand met rug- of nekpijn aangeeft een goed effect te hebben van AOT dan wordt bedoeld dat de pijn verminderd is. Dit ligt wat anders bij chronische pijn, fibromyalgie en whiplash. In die gevallen is de revalidatie behandeling gericht op het functioneren met en ondanks de pijn en beperkingen. Een goed effect houdt dan in dat de patiënt minder spanningsklachten heeft en beter omgaat met de pijn. Over het algemeen vindt de 2e lijns behandeling van deze categorie plaats in een revalidatiecentrum. Daar zijn niet veel getallen van, ondanks, zoals eerder gezegd, dat

heel wat behandelaren in de revalidatie werken, maar de resultaten zijn iets minder positief dan de uitkomsten van een eerstelijns behandeling. In beide settings is er bij 13% geen enkel effect. Het feit dat het probleem van revalidatiepatiënten waarschijnlijk ernstiger is dan van patiënten die in de eerste lijn behandeld worden doet aan de resultaten toch niet veel af.

Eerst kijken we naar **pijnklachten aan nek, arm en schouder** (vroeger: o.a. 'RSI'), pijn in de onderrug en aan de borstkas. Dit zijn aspecifieke (=zonder duidelijke oorzaak) klachten, maar geen gangbare indicaties voor adem- en ontspanningstherapie. Ze worden veelal door paramedici behandeld en die behandeling is vooral lokaal gericht. De indicaties komen voort uit de ervaring van paramedici dat een lokale behandeling van aspeci-

fieke klachten vaak niet werkt en wanneer zij dan eens AOT proberen, ontstaan verrassende effecten. Dit leidt tot verder experimenteren, rapporteren van successen naar de verwijzer, van wie er enkelen zelfs om die reden gaan verwijzen voor AOT. Zo horen we regelmatig berichten van AOT'ers / paramedici dat een algemene aanpak om de spanningsregulatie te verbeteren eigenlijk te verkiezen is boven de lokale behandeling van deze klachten. Er zijn 211 patiënten ingevoerd en de resultaten zijn zeer beloftevol. Ruim tweederde heeft een goed effect en slechts 10% heeft geen enkel effect! Dit is de tweede belangrijke bevinding van dit project: **AOT is een zinvol alternatief voor de gangbare paramedische behandeling van aspecifieke rug-, nek- en schouderklachten**. Hier ligt een aanleiding voor nader onderzoek, met een controlegroep en een langere follow-up.

Subcategorie	Aantal	Goed effect	Geen effect
Pijn aan rug, nek, schouder en borst	211	146 (69%)	21 (10%)
Chronisch pijn, whiplash, fibromyalgie	128	58 (45%)	25 (19,5%)
Ademdisfunctie	111	78 (63%)	11 (10%)
Stemproblemen	29	10 (34%)	8 (27,5%)

Een tweede groep zijn **chronische klachten**, met een diagnose, die weliswaar onduidelijk is maar die toch aanduidt dat er lichamelijk iets mis is. Deze klachten zijn notoir moeilijk te behandelen. Er is ook bij AOT een hoog percentage dat geen enkel effect ervaart, en het percentage goed effect is minder dan de helft: 45%. Bij deze categorie kan AOT van toegevoegde waarde zijn, en kunnen zinvolle processen optreden, maar zal AOT vaak niet de enige behandeling zijn. In de 1e lijn is dat in driekwart van de gevallen toch het geval, in de 2e lijn slechts bij een derde.

Als laatste zijn er twee subcategorieën in verband met het ademen: **stemproblemen en ademdisfunctie**. Stemklachten hangen vaak af van een gespannen of disfunctionele adem-

haling en in dat geval is ademtherapie eerst te verkiezen. Uit het kleine aantal patiënten blijkt dit niet vaak ingevoerd te zijn en is het effect beperkt. We moeten wachten tot meer logopedisten / AOT'ers gegevens gaan invoeren en meer AOT'ers mensen met stemproblemen gaan behandelen. Ademdisfunctie daarentegen slaat op problemen met het ademen, zoals onregelmatig ademen, moeilijk ademen bij inspanning, geen neusademing, hoesten, geknepen stem, moeilijk doorademen, onvoldoende inademen. Dit is vaak een verwijzreden en het lijkt terecht: 70% van de patiënten heeft een goed effect op de hoofdklacht. Jammer genoeg is het niet een soort klacht die goed te rubriceren is en in onderzoek als zodanig geëvalueerd is. We weten dus niet wat de uitkomsten van een andere behandeling zou zijn.

## Spanningsklachten, zonder andere aandoeningen

Subcategorie	Aantal	Totaal		Alleen AOT	
		Goed effect	Geen effect	%	Goed effect
niet onder te brengen	61	41 (67%)	7 (10%)	75%	74%
Spanningsproblemen	449	309 (69%)	24 (5%)	76%	71%
Hyperventilatieklachten	550	413 (75%)	26 (5%)	78%	79%
Burnout, overspanning	132	97 (74%)	7 (5%)	44%	69%
Chronische Vermoeidheid	43	19 (44%)	7 (16%)	60%	42%
Hoofdpijn	153	101 (66%)	16 (10%)	78%	66%
Slaapstoornissen	109	76 (70%)	8 (7,5%)	69%	72%
Aandachtsproblemen	26	14 (54%)	5 (20%)	73%	52%

Dit is de grootste categorie, onderverdeeld in subcategorieën. Het valt op dat de uitkomsten bij alle subcategorieën behalve chronische vermoeidheid zeer positief zijn: ten minste tweederde heeft voldoende baat bij de AOT en kan zonder vervolgbehandeling zelf de spanning en de klachten regelen. Dit bevestigt de gangbare verwachting dat ontspanning werkt bij spanningsklachten, zonder andere aandoeningen. Het zou betekenen dat niet meer dan een derde tot een kwart van deze spanningsklachten gevolg zijn van duurzame of serieuze spanningsbronnen, en de grote meerderheid gevolg is van een tekortschieten-de spanningsregulatie bij het individu. We weten niet of en zo ja welke vervolgbehandelingen plaatsgevonden hebben. Die informatie zou wel heel zinvol zijn om de positieve uitkomsten te kunnen bevestigen en wordt in de nieuwe versie van dit project gevraagd. In elk geval lijkt in de meerderheid van de gevallen de verwijzing van AOT terecht.

Het beeld wordt gedifferentieerder wanneer we naar de rol van medebehandelaren kijken. De meeste patiënten (circa driekwart) worden **alleen met AOT** behandeld en het percentage goed effect is dan iets hoger, maar praktisch hetzelfde. Uitzonderingen zijn mensen met burnout en vermoeidheid, die vaker tegelijkertijd andere behandelingen ontvingen en

bij wie het percentage goed effect bij alleen AOT dan wat lager is dan bij een gecombineerde behandeling. Dit wijst er op dat er vaker complicerende omstandigheden zijn bij deze twee subgroepen.

Opvallend is het verschil tussen burnout/overspanning en chronische vermoeidheid. 'Burnout' is niet meer dan een label, dat door mensen zelf, de huisarts, bedrijfsarts of psycholoog gebruikt wordt, voor een te hoge spanning die het functioneren ernstig verstoort. Het is een reden voor ziekteverzuim en zou volgens de richtlijn 'Psychische klachten' van de bedrijfsartsen een ernstiger en langduriger vervolg zijn op gewone spanningsklachten. Toch is de respons heel goed, zelfs even goed als de meest prominente indicatie voor AOT, 'hyperventilatieklachten'. Slechts 5% heeft geen enkel effect. Daarentegen is het resultaat bij chronische vermoeidheid veel kleiner, nog niet de helft heeft een goed effect en 16% heeft geen enkel effect. Deze uitkomsten lijken meer op de uitkomsten bij whiplash, fibromyalgie en chronisch pijn. Dit duidt er mogelijk op dat er bij deze problemen toch meer ontregelingen zijn in het systeem. Inderdaad blijkt bijvoorbeeld het stresshormoon cortisol verstoord te zijn bij chronische vermoeidheid, maar niet bij burnout. Het is een derde interessante bevinding van dit pro-



ject en een reden om **de potentiële rol van AOT in de behandeling van burnout nader te onderzoeken**. De ervaring is dat het gangbare behandeltraject aanmerkelijk verkort wordt door de toevoeging van AOT, en dat het herstel versnelt.

## Nabeschoouwing

De resultaten van deze praktijkregistratie bij enkele duizenden patiënten bevestigen dat AOT een voldoende werkzame behandelwijze kan zijn van spanningsklachten, hyperventilatieklachten, hoofdpijn, slapeloosheid en angst. Veel hangt uiteraard af van de selectie van patiënten, maar in de praktijk blijkt dat de (zelf)verwijzing van mensen voor AOT veelal terecht is. Vervolgonderzoek is voor deze indicaties aan de orde, 1e) om indicatoren te vinden voor terechte verwijzing, 2e) duurzaamheid van de uitkomsten te onderzoeken in een follow-up, 3e) in gerandomiseerd onderzoek AOT te vergelijken met medicamenteuze behandeling.

Een verrassende uitkomst zijn de goede resultaten bij nek-, rug- en schouderpijnklachten, 'ademdisfuncties', zoals kortademigheid bij inspanning, en burnout. Voor deze indicaties zou vergelijkend onderzoek op zijn plaats zijn tussen AOT en de gangbare behandeling, en tussen de gangbare behandeling met en zonder toevoeging van AOT.

AOT lijkt daarnaast een belangrijke ondersteunende rol te kunnen spelen bij een veelvoud van indicaties, lopend van medische aandoeningen, tot depressie en klachten als fibromyalgie, whiplash, chronisch pijn, chronische vermoeidheid, evenals stemklachten. Voor deze indicaties hebben we nog relatief weinig patiënt gegevens.

Het is van groot belang dat meer en meer AOT'ers mee gaan doen aan dit project en hun uitkomsten van behandeling gaan invoeren. De tweede versie gaat van start en daarin

wordt nadrukkelijker gevraagd naar de inhoud van de behandeling, zodat we meer zekerheid krijgen over de specifieke invloed van spanningsregulatie. Is ontspanning alleen maar 'arousal reductie' of is 'bewustwording' eigenlijk belangrijker? Voor welke klachten is herstel van een functionele ademhaling essentieel, voor welke een reële uitleg van een verkeerde interpretatie van spanningsverschijnselen? Het onderscheiden van processen van zelfregulatie is noodzakelijk in geval de behandelaar meer behandelingen in zijn pakket heeft en gebruikt, en wanneer in een teamverband wordt gewerkt. Echte AOT houdt in dat vastgesteld wordt of er een ingang voor zelfregulatie van spanning is, en zo ja, welke concrete veranderingen (processen van interne zelfregulatie) optreden als gevolg daarvan. In de tweede versie wordt informatie hierover gevraagd. Daarmee kunnen we met meer zekerheid vaststellen welke klachten gevolg zijn van onvoldoende zelfregulatie van spanning en in welke mate herstel daarvan de klachten doet verminderen en meer hanteerbaar te maken. In al die gevallen verdient AOT een plaats in de eerste fase van behandeling. Dit is kosteneffectief, omdat gemiddeld zes tot zeven sessies van 50 minuten volstaan. Spanningsklachten zijn geen ziekte, ze verdwijnen niet en horen bij het leven, maar onvoldoende vertrouwdheid met het vermogen ze te regelen maakt het leven moeilijker, de zorgbehoefte en afhankelijkheid groter, en de belastbaarheid kleiner. In een tijd van bezuiniging en bevorderen van zelfmanagement wordt het vergroten van interne zelfregulatie alleen maar verstandiger.