

## De respondente strategie: het bevorderen van zelfregulatie en zelfredzaamheid volgens een procesmodel

Dr. Jan van Dixhoorn

Van de drie gedragsgeoriënteerde strategieën die de behandelwijze en attitude van de fysiotherapeut kunnen aanvullen of beïnvloeden, is de respondente benadering het minst duidelijk gedefinieerd. De operante strategie is gericht op verandering van gedrag, de cognitieve strategie richt zich op de interpretatie en het denken van de patiënt. Met andere woorden hoe gaat een patiënt met zijn klacht om in zijn dagelijks leven, en wat denkt hij ervan. De respondente benadering houdt in dat fysiologische responsystemen tegelijk met het ontstaan van een klacht geactiveerd worden, de klachten kunnen onderhouden en rechtstreeks aangepakt kunnen worden om de klachten te verminderen. Eenvoudiger gezegd: klachten als gevolg van aandoeningen en problemen gaan gepaard met spanningsverhoging en ontspanningstechnieken dragen bij tot klachtreductie. Alle drie de strategieën dragen bij tot zelfregulatie van de patiënt en zijn een aanvulling op het klachtgerichte behandelen, waar de fysiotherapeut mee opgegroeid is en waartoe veelal verwezen wordt, omdat zij geen van drieën op de klachten zelf zijn gericht.

Dat mijn onderwerp het minst duidelijk is gedefinieerd bevalt mij wel. Het is een uitgesproken hobby van mij om te theoretiseren, in associatieve en laterale zin, over minder scherp begrensde onderwerpen. Dat brengt mij vaak op mogelijkheden die niet direct voor de hand liggen. De uitdaging van hobbyistisch getheoretiseer is of ze tot praktische resultaten kunnen leiden. Dertig jaar geleden zouden weinig mensen er iets voor over hebben om hartpatiënten te helpen met ontspannen. Ik zag er wel iets in en ben ermee bezig gegaan. De afdeling fysiotherapie in het ziekenhuis waar ik werkte vond mijn activiteiten zeer hobbyistisch. Inmiddels is gebleken dat bewust ontspannen voor hartpatiënten zinvol is. Het bevordert het herstel, in fysiek, sociaal en psychisch opzicht en het beïnvloedt zelfs de prognose gunstig. Dit mag weliswaar uit onderzoek blijken, het mechanisme van de relatie tussen ontspanning en deze gunstige effecten is niet zo duidelijk.

De vraag naar het mechanisme van de relatie tussen klachtreductie en spanningsreductie bestaat uit twee aspecten: wat is de aard van de spanningsverhoging en hoe specifiek is de samenhang tussen de vorm van spanning en het probleem cq. de klacht? Voor de lineair denkende is gewenste antwoord uiteraard: een bepaalde meting van een bepaalde vorm van spanning die specifiek samenhangt met de klacht. Dit maakt ontspanning acceptabel. Voor de hand liggende voorbeelden zijn rugpijn en spanningshoofdpijn, waarbij verwacht wordt dat spierspanning verhoogd is ter plaatse van de onderrug en de nek of het (voor)hoofd. Wanneer we hier een specifieke interventie aan kunnen koppelen dan is het lineaire plaatje compleet, maar aan de relatie tussen interventie vorm en aard van de ontspanning gaan we nu even voorbij.

Er is sinds de tweede wereld oorlog veel onderzoek gedaan naar specifieke psychofysiologische samenhangen tussen bepaalde spanningsparameters en klachten. Er zijn zeker samenhangen gevonden, maar veelal niet zo sterk en niet zo specifiek. Onlangs schreven Houtveen en van Doornen (1), psychofysiologen uit Utrecht, 'psychofysiologische modellen schrijven functionele somatische klachten traditioneel toe aan stress- of angstgerelateerde ontregelingen via specifieke fysiologische mechanismen. Echter, er is geen overtuigende empirische evidentie voor dergelijke

mechanismen'. Er is geen algemeen geldende contingentie tussen modaliteit (aard) van de spanning met aard van de klachten; evenmin trouwens in de tijd (klachten tijdens spanningstoename) en ruimte (spanningstoename op de plaats van de klacht). Met andere woorden, de term 'spierspanningshoofdpijn' moet je eigenlijk niet gebruiken, omdat dit een verklaring van de pijn door verhoogde spierspanning veronderstelt. Dit wil niet zeggen dat fysiologische metingen zinloos zijn, zij geven echter aparte informatie over de spanningstoestand, toegevoegd aan de subjectieve bevindingen en niet in directe samenhang ermee. Eigenlijk geldt dit voor de hele geneeskunde: er is geringe samenhang tussen aandoening en klachten.

Desondanks werkt ontspanning, maar niet bij alle hoofdpijnpatiënten en niet op zelfde wijze. Laten we hier even op doorgaan, denkend vanuit een procesmodel, waar geen voor ieder geldende lineaire relatie wordt verondersteld. Iemand met hoofdpijn mag verhoogde spierspanning hebben in het hoofd of in de nek, of met verhoogde spierspanning reageren in die gebieden, maar dit hoeft niet. Iemand kan verhoogde specifieke arousal (2) vertonen, maar dit is niet noodzakelijk in de spieren en niet noodzakelijk in spieren rond hoofd en nek. Deze arousal kan afnemen door ontspanning, en blijken uit bijvoorbeeld toename van de huidweerstand, warmer worden van handen en/of voeten, algehele lichamelijke ontspanning, afname van hartslag en bloeddruk, enz. Ook is mogelijk dat iemand beter slaapt en beter gaat letten op voldoende slaap, uitgeruster wordt en minder hoofdpijn krijgt. Iemand kan mentaal meer ontspannen, gedachten meer op de achtergrond laten komen, minder actief gefocussed zijn op zijn taken. Iemand kan bewuster worden hoe hij zijn lichaam aanspant, zijn handen samenbalt, kaken wat op elkaar klemt, tong aanspant, benen schrap zet, adem inhoudt of juist versnelt tijdens stresserende gebeurtenissen waardoor hoofdpijn ontstaat. Ook kan iemand merken dat hij minder voelt hoe zijn lichaam gesteund is, minder besef van zijn steunvlakken hebben, in de voeten of het zitvlak, waardoor de kwaliteit van zijn houding en beweging afneemt en onnodig meer energie kost. Er kan een spanning zijn in zijn borstbeen dat te weinig beweegt met ademen, waardoor de balans in de thorax verstoord raakt en de nek meer moeite moet doen om het hoofd te dragen. Tenslotte kan iemand relativerender worden, omdat hij merkt hoezeer stressoren allerlei reacties in hem oproepen, die hij eigenlijk liever vermijdt.

Met deze voorbeelden differentiëren we de aard van de spanningstoename en -afname, waardoor de relatie met hoofdpijn complexer wordt. De samenhang tussen spanning en ontspanning en de klacht wordt minder lineair (3). Hier ontstaat een tweestrijd tussen het accepteren van de realiteit, dat de wereld complexer is dan wij graag zien, en het vasthouden aan de voordelen van een lineaire, specifieke samenhang. De voordelen zijn dat we de samenhang concreet kunnen aanwijzen, het mechanisme is te objectiveren en te meten, je beschikt daardoor over een behandeldoel en als de patiënt leert de klachten te verminderen door de specifieke spanning te regelen dan ontstaat zelfregulatie en een toename van zelfvertrouwen. De nadelen zijn dat je een onverwachte, maar relevante samenhang mist, dat je de behandelrichting niet aan kunt passen aan deze onverwachte en onopgemerkte samenhang en tenslotte dat je concludeert dat ontspanning niet werkt. Wanneer we de lineaire samenhang loslaten, kunnen we ontspanningstherapie dan nog inzetten als therapeutisch middel, niet als 'baat het niet, het schaadt ook niet', maar op rationele basis? Met deze vraag heb ik me zo'n dertig jaar beziggehouden. Aanvankelijk nog goeddeels volgens het lineaire model, maar naarmate mijn ervaring met allerlei toepassingen van ontspanningstherapie groeide, met toenemende waardering voor de complexiteit, en daarmee voor het onvoorspelbare.

Daarmee gaan we in de richting van het procesmodel. Volgens Wilson en Holt (4), in hun bespreking van Complexity and clinical care, is een van de gevolgen dat je minder precieze behandeldoelen moet formuleren.

Een eerste stap naar dat model is dat we het onmiddellijke behandeldoel loslaten en de respons op ontspanningsinstructies zo open mogelijk gaan observeren. Wat gebeurt er in feite bij een individu, in plaats van 'gebeurt er wat ik verwacht of wil?'. In plaats van te focussen op een bepaalde samenhang ben je open voor de mogelijke processen, waarmee de patiënt reageert op de therapie. De primaire doelstelling is dat er een of andere concrete verandering optreedt, in respons op de instructies. Zonder op een proces aan te sturen, tracht je de respons zo duidelijk mogelijk te maken, door navragen van de zelfwaarneming en door observatie, visueel, tactiel en al of niet instrumenteel, met biofeedback. Pas wanneer je een 'ingang' hebt gevonden, kun je nagaan of de waargenomen veranderingen zinvol samenhangen met de klachten. Indien dat zo is, kun je aannemelijk maken dat er inderdaad een samenhang is tussen de klacht en spanning. De aard van de samenhang hangt dus af van de individuele patiënt. Een extra voordeel van de procesbenadering is dat we de vraag stellen óf de klacht te maken heeft met spanning. In plaats van uit te gaan van de diagnose, bijvoorbeeld 'spanningshoofdpijn' gaan we samen met de patiënt onderzoeken of en zo ja, welke samenhang er is tussen spanning en klachten, via de reactie van klachtreductie op ontspanning. Hier gebruik je een aantal sessies voor.

Omdat we het precies geformuleerde behandeldoel loslaten, kunnen we op die manier toch het globale behandeldoel handhaven: klachtreductie door zelfregulatie van spanning.

Laten we dit procesmodel eens toepassen op andere problemen, bijvoorbeeld hyperventilatie. De term hyperventilatiesyndroom is al lineair geformuleerd, zoals (spier)spanningshoofdpijn. Het stelt dat klachten gevolg zijn van hyperventileren, dat is per definitie hypocapnie, een laag koolzuurgehalte. Zo specifiek geformuleerd laat zich dat goed onderzoeken en het impliceert een exact behandeldoel, namelijk ventilatie reductie en CO<sub>2</sub> verhoging. Uit onderzoek blijkt nu dat klachten enigszins met hypocapnie samenhangen, maar in beperkte mate. Adem- en ontspanningstherapie heeft weliswaar vaak een goed effect, maar dit effect bewijst niet dat CO<sub>2</sub> stijging de klachten reduceert. Dit kan ook van andere factoren afhangen, met name verandering in specifieke arousal en verandering van interpretatie van de lichamelijke verschijnselen (5). Wanneer we het ademen niet beperken tot ventilatie, dan kunnen de klachten ook gevolg zijn van een moeizame adembeweging of een beperking in het ademgevoel, en daarmee toch ademgebonden zijn.

Wat is nu oorzaak en wat is nu behandeldoel? Een specifieke samenhang is ver te zoeken. Om die reden is het HVS in Nederland in de ban gedaan (in België, UK en USA echter niet), terwijl patiënten met het klachtenpatroon er onverminderd zijn en voor behandeling verwezen worden. Wat is nu de rationale van adem- en ontspanningstherapie? Volgens het procesmodel is deze complexiteit goed te hanteren. We zoeken primair een ingang, dat wil zeggen we passen proefondervindelijk een aantal instructies toe, die verschillend van aard zijn en observeren de respons. Wanneer het de patiënt lukt een concrete verandering bij zichzelf te bewerkstelligen, trachten we deze verandering te interpreteren naar het proces dat plaatsvindt. Bij de een kan dat spanningsvermindering zijn (afname van specifieke arousal) door bewust lichamelijke ontspanning of door afname van een hoog tempo in spreken, lopen en handelen, bij een ander is het aandachtsverschuiving, door het passiever laten worden van de aandacht of het veranderen van focus van aandacht op gezicht naar aandacht op de voeten. Het kan een bewustwording zijn van een verkrampde houding of van het ontbreken van een natuurlijke borstbeweging bij het ademen, het kan een verandering in adempatroon zijn

of het functioneler worden van het ademen (beter verdeeld over de romp, geen krampachtige buikademhaling, vloeiender overgangen van in- en uitademing, meer vanzelf) en het kan een herinterpretatie zijn van spanningsverschijnselen, met name door het contrast met ontspanningssensaties. Zo kunnen diverse processen leiden tot klachtvermindering en zo de interne zelfregulatie doen toenemen. In die gevallen waren de klachten inderdaad gevolg van spanning. Volgens het procesmodel echter, kan ook blijken dat er factoren zijn die een ingang tegenhouden, bijvoorbeeld te hoge angst of te moeilijke levensomstandigheden of dat er wel een ingang is te vinden, maar dat de klachten er niet op reageren. In die gevallen is de respondente strategie niet adequaat en kan behandeling beter langs andere wegen verlopen. Er kunnen somatische factoren zijn, bijvoorbeeld een hart- of longaandoening, of er is psychologische therapie noodzakelijk.

Met de naamgeving van het probleem kiezen we het niveau van specificiteit. In plaats van hyperventilatieklachten of hyperventilatiesyndroom, dat te specifiek is, kunnen we kiezen voor psychische factoren en het angstsyndroom of paniekstoornis noemen, of we kiezen voor de disfunctie van het ademen in ruimere zin en het dysfunctioneel ademen of functionele ademklachten noemen, of we kiezen voor de zeer algemene term spanningsklachten.

Hoe staat het nu met het effect van ontspanningstherapie bij hartpatiënten? Langs welke weg is dit effect te verklaren en kiezen we voor een specifiek proces als behandeldoel of het globale behandeldoel, zelfregulatie van spanning? Hoe evalueren we het effect, wanneer er weinig actuele klachten zijn of wanneer we een lange termijn effect beogen? Moeten we alleen angstige, of kortademige of patiënten met een hoge rustpols selecteren? Uit onderzoek blijkt geen effect op roken, een gering effect op hoge bloeddruk of cholesterol, een duidelijk effect van hartslagreductie, een matig effect op hartslagvariabiliteit, een duidelijk effect op angst, een matig effect op depressie, een duidelijk effect op ademhaling, een betere slaap of rustmomenten, een meer actieve leefstijl. Vanuit lineair perspectief moeten we een keuze maken: welke indicaties en welke effecten, langs welke weg. Zo bestudeerden Cowan, Pike & Budzynski (6) het effect op tweejaars- mortaliteit bij overlevenden van hartstilstand van een behandeling bestaande uit drie onderdelen die elk op een specifiek doel waren gericht: ontspanning via hartslagvariabiliteit biofeedback, cognitieve antidepressie therapie en gezondheidsvoorlichting. Dit klinkt zeer rationeel: je neemt hoogrisico patiënten en tracht bekende risicofactoren te beïnvloeden via specifieke therapie. In mijn eigen onderzoek (7) daarentegen ging het om alle hartinfarctpatiënten, laag en hoogrisico, en bestond de behandeling uit een brede adem- en ontspanningstherapie waarin alle genoemde processen aan bod konden komen. We hadden een vergelijkbaar effect op cardiale mortaliteit. Jammer genoeg had ik indertijd de processen nog niet geformuleerd en is niet vastgesteld welke optraden.

Behandelen volgens een procesmodel impliceert dat je specifieke doelen opgeeft, die vaak pseudo-rationeel zijn of te eng geformuleerd zijn. Dit vervang je door de evaluatie of je een ingang hebt gevonden voor grotere zelfregulatie. Het effect op de klachten of het lange termijn resultaat dien je te analyseren naar de mate dat iemand concreet heeft geleerd zich te ontspannen. Dit gebeurt te weinig. In experimenteel onderzoek wordt exposure (blootstelling) aan een behandeling gelijk gesteld aan een doelmatige behandeling, zonder de mate van 'mastery' te onderzoeken (8). Nog minder vindt evaluatie plaats welke processen hebben geleid tot zelfregulatie. Wanneer dit wel zou gebeuren, kunnen we uitkomsten verwachten als:

1. Van de 100 patiënten met ... klachten heeft ... procent geleerd zich te ontspannen. Bij ... procent ging dit samen met substantiële klachtreductie. Uit deze aantallen kunnen

we opmaken bij hoeveel van een bepaalde patiëntencategorie de klachten werkelijk spanningsgebonden zijn.

2. De meeste van deze patiënten vertoonden proces A en een minderheid vertoonde processen B en C. Hieruit kunnen we opmaken welke processen kenmerkend zijn voor deze patiëntencategorie en wat de aard is van de spanning: spannings- of arousalreductie bijvoorbeeld, of beter herstel, functioneler ademen, toegenomen bewustwording of herziening van hun denkbeelden over spanning en klachten?

3. Van degenen die dit niet leerden bestonden de beperkende voorwaarden uit somatische factoren bij zoveel %, uit psychische factoren bij zoveel % en uit sociale factoren bij zoveel %. Hieruit maken we welke andersoortige behandeling zinvol kan zijn.

### Referenties:

- (1) Houtveen J., Doornen L.J.P. van. Een nieuwe rol voor stressfysiologie bij functionele lichamelijke klachten. *Gedrag & Gezondheid* 2002; 30:339-348.
- (2) Bernards A.T.M. Relaties tussen belasting en belastbaarheid. *Issue* 1988; 4-5:1-5.
- (3) Dixhoorn J.J. van. Ontspanningsinstructie. Principes en oefeningen. Maarsse: Elsevier/Bunge, 1998.
- (4) Wilson T., Holt T. Complexity and clinical care. *Br. Med. J.* 2001; 323:685-688.
- (5) Woestijne K.P. Van de, Bergh O. Van de. Hyperventilatiesyndroom. In: Dijkman J.H., Hilvering C., Postma D.S., editors. *Longziekten band II*. Assen: Van Gorcum, 1999: 1380-1384.
- (6) Cowan M.J., Pike K.C., Budzynski H.K. Psychosocial nursing therapy following sudden cardiac arrest: impact on two-year survival. *Nurs. Res.* 2001; 50(2):68-76.
- (7) Dixhoorn J.J. van, Duivenvoorden H.J.. Effect of relaxation therapy on cardiac events after myocardial infarction: a 5-year follow-up study. *J. Cardiopulm. Rehabil.* 1999; 19:178-185.
- (8) Libo L.M., Arnold G.E. Does training to criterion influence improvement? A follow-up study of EMG and thermal feedback. *J. Behav. Med.* 1983; 6:397-404.