

Spanningsregulatie in de behandeling van burn-out, een exploratief onderzoek

Jan van Dixhoorn

SAMENVATTING

Onderwerp. Burn-out wordt veelal gezien als gevolg van stressoren en het leren hanteren hiervan met cognitieve gedragstherapie is de meest gebruikte en enige bewezen effectieve behandeling. Daarnaast lijkt een multimodale vorm van ontspanning beloftevol.

Doel. Het effect van een procesmatige en multimodale methode van spanningsregulatie op spanningsklachten en spanningsverschijnselen onderzoeken bij patiënten verwezen vanwege burn-out.

Soort onderzoek. Observatieonderzoek. Voor en na behandeling is het voorkomen van spanningsverschijnselen gemeten met de ATL (algemene toestandlijst). De ervaren verandering in spanningsklachten en de aanwezigheid van al of niet-blokkerende stressoren is klinisch beoordeeld.

Resultaten. Bij de meeste (73%) patiënten bleken geen blokkerende stressoren aanwezig. Er is een significante afname van spanningsverschijnselen gemeten met de vragenlijst ATL ($p < 0,001$), maar significant groter voor degenen zonder blokkerende stressoren (interactie-effect $p < 0,01$).

Conclusie. Spanningsregulatie is een reële behandeloptie voor spanningsverschijnselen en klachten bij patiënten met burn-out. Nader onderzoek lijkt zinvol.

De termen overspanning en burn-out worden vaak gebruikt als verwijfsreden voor behandeling in de eerste lijn, maar missen een exacte definitie. De recente richtlijn 'Overspanning en burn-out' scheidt duidelijkheid voor de eerstelijnsprofessionals.¹ Huisartsen, psychologen en bedrijfsartsen zijn het eens dat 'het ontstaan van overspanning en burn-out begint met "stress". Stressoren zijn omstandigheden of gebeurtenissen die gepercipieerd worden als bedreigend voor het psychosociale evenwicht (...) Als de stresshantering tekortschiet om het evenwicht te herstellen (falende coping) (...) dan neemt de distress flink toe en verstoort het (sociale) functioneren'.¹ Vanuit deze

visie ontstaan overspanning en burn-out als gevolg van een moeilijk hanteerbare overbelasting. De rationele behandeling is het leren hanteren van de stressoren. De enige effectief bewezen behandeling van burn-out is cognitieve gedragstherapie.²

De laatste jaren zijn er studies waarin de interventie op de spanning zelf gericht is.^{2,5} De interventie bestaat uit oefeningen voor houding en beweging, gekoppeld aan de aandacht en de ademhaling. 'Ontspannen bewegen' omvat meer dan de gebruikelijke ontspanningsoefeningen, zoals spierontspanning en zelfsuggestieve methodes. Het vergt inzet, dagelijks oefenen en is een praktijk waarbij beweging gebruikt wordt om het ademen te regelen en de aandacht uit het piekeren naar het lichaamsgevoel te verleggen. Bewegingen zijn klein en makkelijk, maar toch een activiteit en dat sluit goed aan bij de behoefte van mensen om iets te doen, juist als de spanning hoog is. Patiënten met hoge spanning zijn vaak te onrustig om stil te zitten of te liggen en zich te concentreren. Het advies 'rust' te zoeken blijft leeg, maar zou op deze wijze geconcretiseerd kunnen worden.⁶ Deze oefenvormen zijn deels afkomstig uit oosterse methodes zoals tai chi, qi gong en yoga, en worden bijvoorbeeld toegepast bij COPD,⁷ ziekte van Parkinson en fibromyalgie.^{8,9} Het gebruik van beweging om spanning te leren regelen heeft ook een westerse historie, zoals in de methodes van Alexander, Feldenkrais en Fuchs.¹⁰⁻¹² Typisch voor deze benaderingen is dat ze vrij complex in het aanleren en uitvoeren zijn, langdurige toepassing vragen en zowel het psychisch als fysiek functioneren kunnen beïnvloeden. De genoemde effectstudies onderzoeken veelal vereenvoudigde vormen, maar ze blijven multimodaal en complexer ten opzichte van gebruikelijke ontspanningsoefeningen. We gebruiken daarom liever de naam spanningsregulatie.

De methode van spanningsregulatie, onderzocht in dit artikel, is ook complex en multimodaal, maar de instructies zijn nieuw ontworpen en op een toegankelijke wijze samengesteld uit beweging, aandacht en ademhaling, in allerlei vormen

Dr JJ. van Dixhoorn, arts en directeur van het Centrum voor Adem en Ontspanningstherapie te Amersfoort, tevens verbonden aan het wetenschapsbureau Linnaeus Instituut te Haarlem.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: vdixhoorn@euronet.nl

**BURN-OUT-
BEHANDELING,
SPANNINGS-
REGULATIE,
STRESSOREN**

en combinaties.¹³ Kenmerkend is echter dat het procesgericht is, dat wil zeggen de behandelaar kiest uit een groot repertoire, zonder vaste volgorde, en zoekt samen met de patiënt technieken die voor het individu haalbaar en effectief zijn in het regelen van de spanning in het dagelijks leven. Zodra dit gevonden is en zinvol gebleken, wordt de behandeling gespreid in de tijd en tijdig gestopt. Het aantal sessies is daardoor individueel variabel en beperkt.¹⁴ Bij hartpatiënten bijvoorbeeld blijken zes individuele sessies te volstaan om fysieke, psychische en sociale effecten te sorteren, en zelfs de langetermijntoestand te beïnvloeden.¹⁵

Een ander kenmerk van procesgericht behandelen is dat de behandelaar een open oog houdt voor de context. Het gaat niet alleen om het aanleren van enkele technieken, maar ook om de omstandigheden waaronder toepassing haalbaar en zinvol is. De behandeling is daarmee een soort screening op de aanwezigheid van spanningsbronnen (stressoren) die in de loop van de therapie het ontspannen blijken tegen te werken of zelfs te blokkeren. De perceptie van stressoren verandert, wanneer het individu rustiger is en meer ontspannen¹⁶ en dus wordt herhaaldelijk geëvalueerd of een stressor werkelijk blokkerend is.

De vraagstelling van deze exploratieve studie is:

1. Bij hoeveel patiënten met burn-out blijken tijdens de behandeling stressoren aanwezig te zijn die het zich kunnen ontspannen tegenwerken?
2. In welke mate verbeteren spanningsverschijnselen en klachten voor degenen zonder en met blokkerende stressoren?

METHODE

Deelnemers

Tussen 2006 en 2011 zijn 3300 patiënten opgenomen in de registratie (zie onder dataverzameling) van wie 145 met de diagnose en verwijsoord 'burn-out'. Twee derde was vrouw, gemiddeld 43 jaar oud, 91% had een baan, maar slechts 18% werkte volledig. Allen werden behandeld in de eerste lijn. Ze waren verwezen door voornamelijk huisarts, bedrijfsarts, psycholoog of kwamen op eigen initiatief. De behandeling duurde gemiddeld zeven sessies in vier maanden.

Interventie

De behandeling werd uitgevoerd door professionals (paramedici, psychosociale hulpverleners en pedagogen) die de driejarige post-hbo-opleiding

Adem- en ontspanningstherapie (AOT), Methode Van Dixhoorn hadden afgerond en daarna hadden voldaan aan de kwaliteitseisen van het register (zie www.methodevandixhoorn.com). Zij zijn werkzaam in eerstelijnscentra, eigen praktijken of in (revalidatie)instellingen. De therapie start na een korte intake, waarin de klachten worden geïnventariseerd en spanningsverschijnselen met twee vragenlijsten worden gemeten (ATL en NVL (Nijmeegse Vragenlijst voor hyperventilatieklachten)). In een proefbehandeling van vier sessies wordt samen met de patiënt gezocht welke technieken voor de patiënt bruikbaar blijken en een concreet waarneembare verandering in de spanning teweegbrengen (primaire ontspanningsvaardigheid). In onderling overleg wordt besloten te stoppen of door te gaan. Indien er belastende omstandigheden zijn die een duurzame spanningsbron blijken te zijn, wordt overlegd of er voldoende zinvolle effecten zijn om door te gaan, waarbij de aard van de therapie ook een begeleiding wordt van het gebruik van de technieken in het omgaan met de stressoren (secundaire ontspanningsvaardigheid), of om te stoppen.

Variabelen/metingen

ATL. Dit is een vragenlijst van spanningsverschijnselen, de algemene toestandlijst¹⁷ bestaande uit 16 items van veelvoorkomende verschijnselen van hoge spanning. Items zijn bijvoorbeeld moeheid, slecht slapen, mentale onrust en moeilijk bewegen. Antwoordmogelijkheden lopen van nooit (=0), zelden (=1), soms (=2), vaak (=3) tot heel vaak (=4). Test-hertestbetrouwbaarheid is

- I Bij de meeste patiënten met burn-out zijn stressoren aanwezig, zoals verwacht volgens de richtlijn, maar deze blijken slechts bij een minderheid herstel van spanningsverschijnselen en klachten te verhinderen, en dus oorzakelijk van aard te zijn.
- I Een moderne vorm van spanningsregulatie, die ook lichaamsbeweging en ademregulatie omvat, leidt tot sterke afname van spanningsverschijnselen en klachten bij patiënten met burn-out, en is een reële behandeloptie.
- I De aanwezigheid van stressoren die herstel blokkeren bij burn-out-patiënten kan beter vastgesteld worden door de respons in het verloop van een (proef)behandeling met spanningsregulatie dan door de score op een vragenlijst voor spanningsverschijnselen bij aanvang.
- I Praktisch alle patiënten met burn-out hebben verhoogde scores op een vragenlijst voor spanningsverschijnselen.

SUMMARY

Tension regulation in the treatment of burnout, an exploratory investigation

Subject. Burnout is commonly regarded to be the result of stressors and cognitive behavioural therapy is the only effective treatment to manage these more adequately. In addition, a multimodal form of relaxation seems promising; including body movement, coupled to body awareness and breathing exercises. The present method is process-oriented with an array of techniques to be used to fit the patient and his circumstances. This treatment also screens for stressors which might block relaxation.

Goal. To assess the effectiveness of a process-oriented and multimodal method of tension regulation in reducing tension-related complaints in patients with burnout.

Design. In an observational study the occurrence of tension-related complaints of 145 patients with the diagnosis burnout was measured before and after treatment using the Dutch ATL validated questionnaire for general distress state (GDS). Changes in complaints and the role of stressors were assessed clinically. Data were gathered from 2006 to 2011.

Results. During treatment most (73%) patients did not show stressors that prohibited recovery. General distress, measured by GDS, improved significantly ($p < 0.001$), but the reduction was significantly smaller when blocking stressors were present (interaction effect $p < 0.01$).

Conclusion. Tension regulation is a realistic option for treatment of distress symptoms. There is no long-term follow-up; further studies are advisable.

0,80, Cronbachs alfa = 0,87. Het gemiddelde van de normale populatie ($n=245$) is 23,9, het gemiddelde van patiënten in de eerste lijn ($n=851$) is 34,6 en patiënten in de tweede lijn ($n=150$) is 43,9. Het afkappunt van de scores tussen normalen en patiënten is 28. De somscore loopt van 0-64, waarbij 0-27 het normale, functionele gebied is en 28-64 het abnormale, disfunctionele gebied.¹⁸

Klacht. De klachten werden bij aanvang genoteerd in de woorden van de patiënt. Van al deze klachten werd na afloop genoteerd of ze volgens de patiënt ten opzichte van het begin verdwenen (=1), sterk verbeterd (=2), licht verbeterd (=3), onveranderd (=4) of verslechterd (=5) waren.

Stressoren. Aan het eind van de behandeling werd genoteerd of aan de behandelaar gebleken was dat er spanningsbronnen waren: niet aanwezig of niet relevant ten aanzien van ontspannen (=1), aanwezig maar ten gunste veranderd of niet blokkerend gebleken (=2), aanwezig en blokkerend gebleken (=3).

Design

Observationele studie, met voor- en nameting. Bij afwezigheid van een controlegroep zijn de scores op de ATL volgens de methode van Jacobson

gebruikt om een RCI (*reliable change index*) te berekenen en de deelnemers in te delen in vier categorieën: verslechterd, onveranderd, verbeterd en hersteld.¹⁹ De RCI blijkt een verandering te zijn groter of gelijk aan 10 punten.¹⁸ Een stijging van de score op de ATL duidt op een verslechtering. Bij een daling met minder dan 10 punten wordt de patiënt als onveranderd beschouwd, bij een daling met 10 punten of meer als verbeterd. Wanneer de patiënt bij de voormeting boven het afkappunt van 28 scoort en daarna minimaal 10 punten verbetert *en* onder de grens van 28 punten komt, is er sprake van herstel. Wanneer de beginscore al onder 28 ligt is indeling onmogelijk.

Dataverzameling

Voor het verkrijgen van de data werd door de Adem- en Ontspanningstherapie Stichting (AOS) een internetsite ontwikkeld waarmee behandelgegevens kunnen worden ingevoerd door geregistreerde behandelaren (www.ademtherapie-aos.org/resultaten). Centraal registreren van een minimum aan behandelgegevens was bedoeld om probleemgebieden te vinden waar de klachten goed reageerden op spanningsregulatie en nader onderzoek zinvol lijkt. Van 2006 tot 2011 werden gegevens van 3300 patiënten ingevoerd door circa 50 behandelaren van wie 20 in principe alle met AOT-behandelde patiënten invoerden. Vergelijking tussen deze 'groot' invoerders en de 'klein' invoerders (slechts een deel van hun AOT-patiënten) liet geen verschil zien in indicaties of uitkomsten. De behandelgegevens waren anoniem. Het protocol werd goedgekeurd door de medisch-ethische toetsingscommissie van Medisch Centrum Alkmaar.

RESULTATEN

Baseline kenmerken

Naar het oordeel van de therapeut kwamen er bij 44 patiënten geen stressoren tevoorschijn tijdens de behandeling. Bij de meeste patiënten ($n=101$) liep de behandelaar dus tegen spanningsbronnen op die beperkende voorwaarden konden zijn ten aanzien van het leren ontspannen en spanningsreductie. Slechts bij 38 van de 145 patiënten (26%) bleken deze echter werkelijk blokkerend te zijn. De gegevens worden daarom gepresenteerd voor patiënten met en zonder blokkerende stressoren (tabel 1). De kans op afwezigheid van blokkerende stressoren is het grootst bij mensen die nog een substantieel aantal uren werken, verwezen worden door bedrijfsartsen en klagen over slecht slapen. Er is geen verschil in spanningsverschijnselen of het aantal klachten. In beide groe-

pen heeft de grote meerderheid een verhoogde score (ATL > 27) en worden bij aanvang gemiddeld drie aparte klachten genoemd als reden voor behandeling.

Behandeluitkomsten

Er zijn duidelijke verschillen in de uitkomst van de behandeling. De aanwezigheid van blokkerende stressoren beperkt een goede uitkomst inderdaad, maar verhindert die niet helemaal (tabel 2). Er zijn minder patiënten in de groep met blokkerende stressoren die op de verschillende klachten een sterke verbetering aangeven, maar toch nog bij rond 50% (bijv. bij de klachten 'gespannen', 'mentale onrust', 'nek-/schouderklachten') ten opzichte van ruim 80% sterke verbetering bij cliënten in de groep zonder blokkerende stressoren. Beperkende omstandigheden verhinderden vooral verbetering in moeheid (slechts bij 15%) en deze klacht was de enige waarbij achteruitgang optrad; bij twee patiënten. Ook wat betreft sociaal functioneren waren de omstandigheden van invloed. Het aantal patiënten dat aan het eind volledig werkte, was lager (13%) dan wanneer er geen beperkende omstandigheden waren (57%). Bij de aanvang van de behandeling (zie tabel 1) waren deze percentages respectievelijk 13% en 20%. In de groep zonder blokkerende stressoren is dus een aanzienlijke toename te zien van volledige werkhervatting, dit in tegenstelling tot de groep met blokkerende stressoren.

Wat betreft de spanningsverschijnselen waren er ATL-scores voor en na beschikbaar van 93 patiënten. Met een MANOVA voor herhaalde metingen werd al of niet aanwezigheid van blokkerende voorwaarden vergeleken. Er was een sterke afname op de ATL in de tijd ($F=110,2$, $p<0,001$) voor beide groepen, maar significant groter voor degenen zonder blokkerende stressoren (interactie-effect, $F=7,98$, $p<0,01$). De *reliable change index* (RCI) werd berekend over de 84 patiënten met een aanvangsscore op de ATL > 27. Er blijkt niemand te verslechteren. In de groep zonder blokkerende stressoren, verbeterde slechts 14% niet en de score normaliseerde in twee derde, tegenover respectievelijk 60% zonder verbetering en 20% normalisatie in de groep met blokkerende stressoren. Het verschil in uitkomst tussen beide groepen was hoog significant ($p<0,001$) in het voordeel van de groep zonder blokkerende stressoren.

De vragen van dit onderzoek kunnen dus als volgt beantwoord worden:

1. Van de 145 cliënten die in dit onderzoek zijn

Tabel 1

Baseline kenmerken van patiënten die tijdens de behandeling wel of niet blokkerende stressoren hebben

Item	Geen blokkerende stressoren, n=107 (74%)	Blokkerende stressoren, n=38 (26%)
Leeftijd (jaren±sd)	42,7 (±10,7)	43,9 (±9,1)
Vrouwen (n) (%)	69 (64)	24 (63)
Werkt (n) (%)	98 (92)	34 (90)
volledig (n) (%)	21 (20)	5 (13)
aantal uren (percentage van volledige arbeidstijd) (gem.±sd)	36 (41)	20 (36)*
Verwijzers (n) (%)		
huisarts	27 (25)	14 (37)
bedrijfsarts	21 (20)	3 (8)
psycholoog	16 (15)	6 (16)
eigen initiatief	23 (22)	10 (26)
anders	20 (19)	5 (13)
Aantal klachten (gem.±sd)	3,4 (±1,4)	3,1 (±1,4)
Klachten (n) (%)		
vermoeidheid	62 (58)	26 (68)
gespannen	66 (62)	18 (47)
ademproblemen	35 (33)	17 (45)
slaapklachten	40 (37)	5 (13)**
mentale onrust	29 (27)	6 (16)
hoofdpijn	26 (24)	5 (13)
nek-/schouderklachten	22 (21)	7 (18)
angst/paniek	16 (15)	4 (10)
ATL# beschikbaar (n) (%)	78 (73)	30 (79)
ATL (gem.±sd)	39,5 (±10,0)	38,9 (±8,9)
ATL>27 (n) (%)	71 (91)	27 (90)

* $p<0,05$ ** $p<0,01$.

Algemene toestandlijst, beschikbaar van 108 patiënten. Score loopt van 0-64; score >27: verhoogd.

opgenomen, blijken er naar klinisch oordeel bij 38 (26%) stressoren aanwezig te zijn die het zich kunnen ontspannen tegenwerken.

Tabel 2

Behandeluitkomst van patiënten die tijdens de behandeling wel of niet blokkerende stressoren hebben

Item	Geen blokkerende stressoren, n=107	Blokkerende stressoren, n=38
Aantal sessies (mediaan) (min,max)	7 (2-27)	5 (1-15)
Behandelduur (weken) (min,max)	15 (1-134)	9,5 (0-88)
Werkzaam		
volledig (n) (%)	61 (57)	5 (13)**
aantal uren (percentage van volledige arbeidstijd) (gem.±sd)	80 (33)	32 (37)**
Klachten sterk verbeterd (n) (%)		
vermoeidheid	55/62 (89)	4/26 (15)**
gespannen	59/66 (89)	9/18 (50)**
ademproblemen	31/35 (89)	7/17 (41)**
slaapklachten	32/40 (80)	2/5 (40)
mentale onrust	22/29 (76)	3/6 (50)
hoofdpijn	22/26 (85)	2/5 (40)
nek-/schouderklachten	17/22 (77)	4/7 (57)
angst/paniek	14/16 (88)	2/4 (50)
Verandering in ATL# (gem.±sd)	17,3 (10,9)	10,0 (9,5)*
ATL hersteld (n) (%)	43/64 (67)	4/20 (20)**
ATL alleen verbeterd (n) (%)	11/64 (18)	4/20 (20)
ATL onveranderd (n) (%)	10/64 (15)	12/20 (60)
ATL verslechterd (n)	0	0

* $p<0,01$ ** $p<0,001$.

Algemene toestandlijst, berekening van 84 patiënten van wie beginscore verhoogd was en eindscore beschikbaar.

- Spanningsverschijnselen verbeteren volgens de scores op de vragenlijst ATL bij 67% van de cliënten zonder blokkerende stressoren (43 van 64 cliënten) van een afwijkende naar normale score. Bij cliënten met blokkerende stressoren is dit 20% (vier van 20 cliënten). Verder is er bij 18 respectievelijk 20% sprake van een verbetering van klachten zonder dat de score na behandeling 'terug' is in het normale gebied.

Volgens het klinisch oordeel is er sprake van een sterke verbetering van klachten bij 76 tot 89% van de klachten (afhankelijk van de aard van de klacht) in de groep zonder blokkerende stressoren. Voor de groep cliënten met blokkerende stressoren varieert dit van 15 tot 57%.

DISCUSSIE

In deze observationele studie zijn de veranderingen beschreven bij 145 patiënten, verwezen vanwege burn-out, tijdens een multimodale, procesgerichte methode van spanningsregulatie. Daarbij is gebruikgemaakt van zowel kwantificerende vragenlijstmetingen van spanningsverschijnselen (ATL) als klinisch bepaalde uitkomsten (aanwezigheid blokkerende stressoren, gepercipieerde verbetering van klachten door de patiënt). Twee belangrijke punten voor de discussie zijn de betrouwbaarheid en validiteit van de uitkomsten.

Wat betreft de betrouwbaarheid gaat het om de vraag of de meting van de spanningsklachten ook nauwkeurig de onderliggende waarde van het concept 'spanningsklachten' weergeven. Voor de ATL kan dit bevestigend beantwoord worden gezien de hoge test-hertestbetrouwbaarheid en Cronbachs alfa. Voor de uitkomsten van het klinisch oordeel is dit niet onderzocht.

Wat betreft de validiteit heeft een observationele studie als de onderhavige als expliciet voordeel dat het gegevens uit de dagelijkse praktijk benut, die in principe in de praktijken van andere hulpverleners herkenbaar zijn. Toch ligt er een beperking in de selectie van de patiënten. Spanningsregulatie vraagt een actieve betrokkenheid van de patiënt bij de behandeling en de bereidheid om gedurende de proefbehandeling de acute problemen even te parkeren. De kern van de behandeling is te onderzoeken of ontspanning mogelijk is voor het individu en vervolgens of het zinvol is voor verbetering van klachten en functioneren. In dit onderzoek onder 145 cliënten kunnen de bevindingen niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar alle cliënten met burn-out.

Een ander voordeel van de observationele opzet is dat gegevens van alle patiënten gebruikt zijn en niet alleen van hen met complete metingen. Er is gebruikgemaakt van klinische beoordelingen, die van ieder beschikbaar zijn, naast vragenlijstmetingen voor en na, die er niet van iedereen zijn. De vragenlijstcores op de ATL zijn een objectieve bepaling die gebruikt is om de mate van reductie van spanningsverschijnselen te meten. Ze zijn geanalyseerd volgens Jacobson en Truax,¹⁹ bedoeld om het aantal patiënten met een werkelijke reductie van klachten en herstel van normaal functioneren te kunnen bepalen in patiëntenseries zonder controlegroep. De uitkomsten in deze registratie tonen betrekkelijk hoge percentages verbetering, vergelijkbaar met wat in psychotherapieonderzoek gevonden is.²⁰ Daarnaast zijn beoordelingen door patiënt en behandelaar gebruikt van klachten en verbetering. Dit is van iedereen beschikbaar en geeft een indruk om welke redenen patiënten verwezen worden en welke klachten goed reageren. Moehaid is de meest genoemde reden, maar zeker niet van iedereen. Gespannenheid, ademklachten en slaapklachten zijn ook veel genoemd. Opvallend is dat de verbetering in moehaid sterk afhangt van de aanwezigheid van belastende omstandigheden en dus minder goed toegankelijk is voor ontspanning wanneer de spanningsbronnen aanwezig blijven. Voor de andere klachten is die afhankelijkheid veel kleiner en dat betekent dat ontspanning voordeel kan opleveren voor deze klachten, ook al zijn er stressoren die op een andere manier aangepakt moeten worden. Desondanks vertoonden twee patiënten die een verslechtering in moehaid rapporteerden, zelfs een verbetering op de ATL van 15 punten! Kennelijk kan er een oorzaak van moehaid zijn die de klacht verergert, terwijl spanningsregulatie mogelijk en zinvol blijft. In combinatie met de uitkomst dat de werkhervatting zeer beperkt is in de groep met blokkerende stressoren, zou dit kunnen betekenen dat de oorzaak van de moehaid gebonden is aan de werksituatie.

Bij slaapklachten daarentegen doet zich de omgekeerde situatie voor. Zij komen vooral voor onder degenen zonder een belastende omstandigheid. Mogelijk is dit te interpreteren via de klachtnetwerkhypothese.^{21,22} Slaapklachten blijken een 'brugfunctie' te vervullen in een netwerk van klachten die elkaar veroorzaken en/of versterken, ook zonder externe oorzaak.

Wat betreft de interne validiteit is de vraag vooral of de klinische beoordeling van stressoren niet

vertekend is ten gevolge van de wijze waarop het onderzoek is opgezet. De onderzoeksvraag is hoe vaak stressoren voorkomen die de behandeling met ontspanning tegenwerken en of zij reductie van spanning en spanningsklachten verhinderen. De betrouwbaarheid van hun inschatting hangt sterk af van de procesgerichte benadering. Deze houdt in dat bij de start wordt uitgelegd dat circa vier sessies (proefbehandeling) nodig zijn om samen te onderzoeken of een zinvolle verandering mogelijk is. De behandelaar weet niet op voorhand welke instructies haalbaar en zinvol zijn voor het individu. Er is een groot repertoire, de therapie is multimodaal, er is 'voor elk wat wils'.¹³ De ervaring van de patiënt met de oefeningen thuis is nodig om te achterhalen wat werkt. Elke sessie wordt daarom in detail besproken: welke ervaringen onder welke omstandigheden ontstonden, welke factoren een gunstige ervaring bevorderden of tegenwerkten, en hoe hiermee om te gaan. Dit lukt alleen wanneer de behandelaar een neutrale houding kan aannemen bij het evalueren, naast een actieve betrokkenheid bij het instrueren. Het idee van procesmatig handelen is dat de therapie (het proces van) de patiënt volgt en de interventie op het individu toespijdt, en niet dat de patiënt zich aanpast aan de interventie. Het uitblijven van een effect is geen mislukken, want het geeft informatie over de aanwezigheid van blokkerende factoren. Dit wordt expliciet vermeld in de tussenrapportage na vier sessies. In de opleiding tot behandelaar wordt hier sterk de nadruk op gelegd om het therapeutisch enthousiasme en de suggestieve houding van therapeuten te verminderen. Daarom vertrouwen we er in deze registratie op dat de inschatting niet overdreven positief of negatief gekleurd is maar de realiteit van de patiënt weerspiegelt. De uitkomsten laten zien dat klinische inschatting van stressoren die een spanningsbron blijven, inderdaad overeenstemt met minder goede uitkomsten, dat deze stressoren veel minder vaak voorkomen bij burn-out dan gedacht,¹ maar dat ondanks hun aanwezigheid spanningsregulatie toch zinvol kan zijn. Tot slot is een belangrijke beperking van deze registratie-uitkomsten dat een langetermijnfollow-up ontbreekt.

VOOR DE PRAKTIJK

Er lijken voldoende en substantiële veranderingen te zijn in ervaren gespannenheid die tot nader onderzoek motiveren. Dit kan in de praktijksituatie en in wetenschappelijk onderzoek. Wanneer een hulpverlener erover denkt te verwijzen naar deze behandelmethod, dan is het

verstandig contact te leggen met een behandelaar, enkele patiënten voor proef te verwijzen en om een rapportage van de proefbehandeling van vier sessies te vragen waarin de eerste uitkomsten inclusief de inschatting van blokkerende factoren vermeld worden. Het lijkt erop dat het uitblijven van verbetering te maken heeft met blokkerende factoren in de werksituatie. Dit is zinvolle informatie en een verwijzing voor een proefbehandeling kan met dit oogmerk plaatsvinden.

Wat betreft wetenschappelijk onderzoek is de vraag wat de toegevoegde waarde is van spanningsregulatie ten opzichte van een actieve, probleemoplossende benadering, zoals cognitieve gedragstherapie. Vooral interessant zal de vraag naar *timing* en volgorde zijn, door een gecombineerde behandeling, waarin de proefbehandeling met spanningsregulatie in de eerste fase valt, om de onnodige spanning te verminderen en de stressoren te verhelleren,⁶ te vergelijken met een combinatie waarin spanningsregulatie later valt, om eventuele restproblemen aan te pakken en een ontspannen leefwijze te bevorderen.

DANKWOORD

Voor de databewerking is dank verschuldigd aan Marcella Schreuder en voor constructief commentaar dank aan Ruud Bosscher.

Belangenverstrengeling. De auteur is grondlegger en opleider in de beschreven methode van spanningsregulatie.

LITERATUUR

1. Bastiaanssen M, Loo M, Terluin B, et al. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burn-out voor eerstelijns professionals. Huisarts Wet 2011; 54(12): 10-S11-6.
2. Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. GMS Health Technol Assess 2012; 8: Doc05.
3. Saganha JP, Doenitz C, Greten T, et al. Qigong therapy for physiotherapists suffering from burnout: a preliminary study. Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao J Chinese Integrative Med 2012; 10(11): 1233-1239.
4. Blasche G, Leibetseder V, Marktl W. Association of spa therapy with improvement of psychological symptoms of occupational burnout: a pilot study. Forsch Komplementmed 2010; 17(3): 132-136.
5. Stenlund T, Nordin M, Jarvholm LS. Effects of rehabilitation programmes for patients on long-term sick leave for burnout: a 3-year follow-up of the REST study. J Rehabil Med 2012; 44(8): 684-690.
6. Dixhoorn JJ van. Relaxatie en ademtherapie in de behandeling van stress- en werkgerelateerde klachten. In: Winnubst JAM, red. Stress, ziekteverzuim en reintegratie. Zaltbommel: Thema; 2004, pp. 207-223.
7. Chan AW, Lee A, Suen LK, Tam WW. Tai chi Qigong improves lung functions and activity tolerance in COPD clients: a single blind, randomized controlled trial. Complement Ther Med 2011; 19(1): 3-11.

8. Chan CL, Wang CW, Ho RT, et al. Qigong exercise for the treatment of fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med* 2012; 18(7): 641-646.
9. Li F, Harmer P, Fitzgerald K, et al. Tai chi and postural stability in patients with Parkinson's disease. *N Engl J Med* 2012; 366(6): 511-519.
10. Connors KA, Galea MP, Said CM. Feldenkrais method balance classes improve balance in older adults: a controlled trial. *Evid Based Complement Alternat Med* 2011; 2011: 873672.
11. Loew TH, Leye M. [In memory of Marianne Fuchs]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2010; 60(12): 498-499.
12. Little P, Lewith G, Webley F, et al. Randomised controlled trial of Alexander technique lessons, exercise, and massage (ATEAM) for chronic and recurrent back pain. *Br J Sports Med* 2008; 42(12): 965-968.
13. Dixhoorn JJ van. Ontspanningsinstructie. Principes en oefeningen. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1998.
14. Vries-Spithoven S de. Hartrevalidatie: kan het korter? Haarlem: Linnaeus Instituut, 2013.
15. Dixhoorn J van. Gunstige effecten van adem- en ontspanningsinstructie in de hartrevalidatie: een gerandomiseerd follow-uponderzoek gedurende 5 jaar. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1997; 141: 530-534.
16. Kaspereen D. Relaxation intervention for stress reduction among teachers and staff. *Int J Stress Manage* 2012; 19(3): 238-250.
17. Dixhoorn JJ van. 2006. ATL, zie: www.methodevandixhoorn.com/centrum/form.htm.
18. Bosscher R. De Algemene Toestand Lijst (ATL). Amersfoort: AOS, 2011.
19. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59(1): 12-19.
20. Fisher PL, Durham RC. Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychol Med* 1999; 29: 1425-1434.
21. Cramer AO, Borsboom D, Aggen SH, Kendler KS. The pathoplasticity of dysphoric episodes: differential impact of stressful life events on the pattern of depressive symptom inter-correlations. *Psychol Med* 2012; 42(5): 957-965.
22. Borsboom D, Cramer AO, Schmittmann VD, et al. The small world of psychopathology. *PLoS One* 2011; 6(11): e27407.

VOOR U GELEZEN

Tussen dip en droom

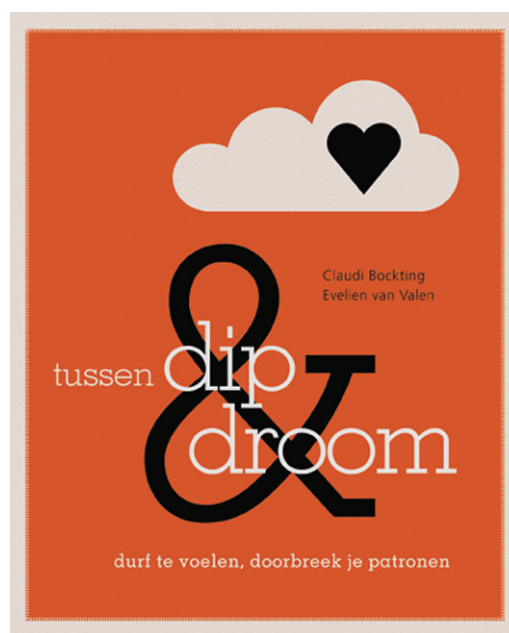
Vrouwen met depressieve klachten, wie kent ze niet? Het boekje (175 pagina's) *Tussen dip en droom* is geschreven vanuit de gedachte dat vrouwen met depressie anders zijn dan mannen met depressie. Het boekje is een handvat voor depressieve vrouwen, populair geschreven, wetenschappelijk onderbouwd. De aangeleverde technieken zijn gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. De voorbeelden zijn herkenbaar, als het je zelf niet betreft, zie je het wel om je heen. Daarom is het voor mannelijke partners ook wel aardig.

Het boekje is geschreven voor depressieve vrouwen, maar is voor bedrijfs- en verzekeringsartsen handig voor de communicatie met deze doelgroep. De auteurs starten met een belangrijk leerpunt: het advies 'volg je gevoel' gaat volledig de mist in bij vrouwen met depressieve gevoelens. Doelstelling van *Tussen dip en droom* is vrouwen meer grip op het leven te laten krijgen. De auteurs (psychologen) bespreken veelvoorkomende symptomen van een depressie in korte hoofdstukjes met veel illustraties en lijstjes. Het is geen naslagwerk, het is ook geen leesboek, het is meer een gereedschapskist. Vrouwen die vastzitten, zien herkenbare praktische voorbeelden met oplossingen die helpen om weer los te komen. Leuk is de slotstelling die ik nog niet

kende van Albert Einstein: 'Het leven is als fietsen. Om in balans te blijven moet je in beweging blijven.'

Tussen dip en droom.

Claudi Bockting, Evelien van Valen. Houten-Antwerpen: Uitgeverij Unieboek, Het Spectrum bv, 2013. ISBN 978 90 00 32885 7.



Auteur:
Bas Sorgdrager