

Ontspanningsoefeningen

DRS. H. M. M. TIEKEN, A. M. MELLENBERGH-PUTTO EN
DR. A. VAN DANTZIG*

In dit artikel geven wij een overzicht van onze ervaringen met ontspanningsoefeningen. Wij pretenderen niet een wetenschappelijk onderzoek te hebben uitgevoerd; niettemin achten wij publikatie van onze – enigszins gsystematiseerde – ervaringen zinvol, omdat naar onze mening ontspanningsoefeningen een zeer nuttige aanvulling kunnen zijn op het instrumentarium van de huisarts. Met name denken wij daarbij aan patiënten met functionele en andere spanningsklachten, die vaak niet of nauwelijks te helpen zijn.

Kort historisch overzicht

Oefeningen om een gewenste lichamelijke en/of geestelijke toestand te bereiken, hebben altijd een belangrijke rol gespeeld in de godsdienst en in de geneeskunde. Het scherpe onderscheid van deze twee gebieden dateert daarbij van de laatste honderd jaar: ooit was het doel van geestelijke oefeningen het teweegbrengen van een toestand van wijsheid en heiligheid, waarvan de „gezondheid” een nauwelijks als zodanig onderscheiden aspect was. Op dezelfde manier was het niet vanzelfsprekend om „ziekte”, zeker geestesziekte, te onderscheiden van andere ongewenste zaken zoals bezetenheid, delinquentie en opstandigheid (*Foucault*).

Pas in de negentiende eeuw zijn, voornamelijk in aansluiting op de ontdekking van de hypnose als medische techniek, methoden ontwikkeld, waarmee men op louter medische gronden – dus in de eerste plaats ter bestrijding van ongewenste toestanden van het organisme – geestelijke en lichamelijke veranderingen trachtte te bewerkstelligen bij de „patiënten” (dat wil zeggen mensen met klachten). De afstamming van deze methoden uit de mystiek-religieuze sfeer is vaak nog te herkennen aan de gemakkelijke overgang die ge-

maakt wordt van genezing naar persoonlijkheidsgroei als doelstelling. Zo komt in de „autogene training” van *Schultz* een „Unterstufe” en een „Oberstufe” voor, de eerste vooral gericht op het verwijderen van ongewenste toestanden, de tweede op het totstandbrengen van bewustzijnsverruiming met een mystiek-religieuze inslag. In de negentiende eeuw beperkte men zich met dit soort methoden niet tot wat wij nu functionele klachten noemen. De grens tussen serieus geneeskundig handelen en magische geneeskunde en kwakzalverij is speciaal in dit gebied altijd moeilijk te trekken geweest. Ook tegenwoordig, sinds ongeveer tien jaar, bestaat een sterke neiging bepaalde klachten te verhelpen met niet-medische methoden, dat wil zeggen methoden die niet alleen gericht zijn op het opheffen van storingen, maar ook op het bevorderen van een religieus of mystiek getinte ontplooiing van de persoonlijkheid. Wij denken hierbij aan de transcendent meditatie (T.M. voor ingewijden) en aan yoga.

T.M. bestaat uit het mediteren over – proberen te blijven denken aan – één woord dat de mediterende als geheim is toevertrouwd door zijn leermeester. Voor een boeiende beschrijving zie *Maas*. Het is een simpele versie van yoga, terwijl yoga weer een verzamelwoord is voor zeer vele soorten „oefeningen” met zeer verschillende doelen. De oorsprong van dit soort oefeningen uit het grensgebied tussen mystiek en geneeskunde heeft wellicht de verspreiding ervan ernstig in de weg ge-

staan. Om een voorbeeld te noemen: het principe van de methode van *Schultz*, de „autogene training”, is heel simpel, is in een enkele bladzijde uit te leggen en is door iedereen toepasbaar. Het boek van *Schultz* echter beslaat driehonderd bladzijden, terwijl er daarnaast nog een uitgebreide literatuur over bestaat, waarin weinig nieuws wordt verteld maar waarin voortdurend wordt gewezen op de gevaren die aan de methode verbonden zouden zijn en die een nauwgezette uitvoering – door een arts of tenminste voortdurend toezicht van een arts – nodig zouden maken. De methode bestaat hieruit, dat men zich voorstelt dat eerst een arm of been en vervolgens het gehele lichaam warm en zwaar wordt, het voorhoofd daarentegen koel. Bij de meeste mensen treedt daarbij inderdaad een verhoogde huidtemperatuur, respectievelijk een ontspanning van de spieren op. Als het gaat zoals het moet, wordt deze lichamelijke verandering begeleid door een geestelijk gevoel van rust en ontspanning.

Ook voor de progressieve relaxatie van *Jacobson* (1938) geldt, dat de gewichtigheid waarmee de methode wordt gepresenteerd, haar verbreiding in de weg staat. De methode bestaat uit het oefenen van spierontspanning door de patiënt wisselend te laten spannen en ontspannen en hem te trainen in het „toegeven” aan de ontspanning. Overtuigend is aan te tonen, dat velen erin slagen het aantal spiercontracties per minuut beduidend te verminderen. *Jacobson* (1938) meent echter dat het voor een verantwoorde uitvoering van zijn methode nodig is, een jaar lang één of meer uren per dag te oefenen. Later geeft hij wel „korte ontspanningsmethoden” aan (*Jacobson* 1967), maar hij blijft volhouden dat langdurig oefenen een voorwaarde is voor betere resultaten; bovendien gaat het ook bij de korte methode om zittingen van een uur of meer per dag en geleid door de arts.

Literatuur over de effecten van ontspanningsoefeningen en meditatie

Een aardig overzicht van het onderzoek naar de verschillende ontspanningsoefeningen wordt gegeven door *Bernstein* en *Borkovec*, in wier boek ook een grammofoonplaatje met oefeningen wordt bijgeleverd. Men vindt bij hen beschrijvingen van onder andere experimenteel onderzoek naar verschillende vormen van relaxatietraining en hun effecten. Veel onderzoek is gedaan met behulp van fysiologische

* Als respectievelijk psycholoog, verpleegkundige en zenuwarts verbonden aan de polikliniek voor psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam „Wilhelmina Gasthuis” te Amsterdam; hoofd: Prof. Dr. P. C. Kuiper.

maten (spierspanning, ademhalingsfrequentie, bloeddruk enzovoort), zowel voor ontspanningsoefeningen (Beary en Benson) als voor meditatie (Woolfolk).

De algemene conclusie uit dit soort onderzoeken mag volgens ons zijn, dat dergelijke oefeningen zeker effect hebben op verschillende fysiologische variabelen en dat sommige klachten erdoor kunnen verminderen, maar dat daarentegen niet duidelijk is, welke vorm van ontspanningsoefeningen precies de beste zou zijn en waarvoor.

Borkovec, Grayson en Cooper vermeldden in hun artikel dat onderzoek – ook onderzoek via gecontroleerde experimenten – over het algemeen tot de conclusie leidt, dat ontspanningsoefeningen resulteren in verminderde spanningsklachten, mits men bij het aanleren van de oefeningen rekening houdt met het eigen tempo van de proefpersonen. Het ziet ernaar uit, dat het voor het medische doel (opheffen van klachten) niet nodig is om ook een bewustzijnsverandering tot stand te brengen: verlichting hoeft geen Verlichting te zijn.

Onze ervaringen

Het volgende verslag is niet een beschrijving van een gecontroleerd experiment naar het effect van een bepaalde vorm van ontspanningsoefeningen, maar een bewerking van een verzameling case-histories, gevolgd door enige follow-up. De bedoeling ervan was, na te gaan of onze klinische indrukken over de bruikbaarheid van de oefeningen bij een meer systematisch onderzoek stand zouden houden.

De oefeningen in de polikliniek

De methode van Jacobson wordt in verkorte vorm veel gebruikt in de gedragstherapie, speciaal als onderdeel van de „systematische desensitisatie” (Sikkel en anderen). De aldus bereikte ontspanning wordt dan gebruikt om de angst te verminderen, die bij voorbeeld fobische patiënten in bepaalde situaties hebben. Bij het toepassen van gedragstherapie in de polikliniek viel op, dat een aantal mensen alleen al op de ontspanningsoefeningen gunstig reageerde: zij voelden zich rustiger, meer ontspannen en hadden (soms) ook minder last van hun klachten. We besloten daarom dat onze verpleegkundige, Mevrouw Mellenbergh-Putto, de ontspanningsoefeningen zou onderwijzen, wanneer deze door de arts op

grond van spanningsklachten waren voorgeschreven. Voorheen werden in zulke gevallen bij gebrek aan alternatief veelal „ontspannende” medicijnen voorgeschreven.

Een belangrijke bevinding was, dat het absoluut niet nodig bleek, dat de oefeningen door een arts of psycholoog worden onderwezen: dat kan heel goed gedaan worden door de verpleegster, de praktijkassistent of door de vrouw van de dokter. Het is niet altijd mogelijk de patiënten goed te leren ontspannen; van belang is, dat de mensen thuis oefenen en daarbij al snel prettige gevoelens krijgen, anders verloopt de zaak. Een vereiste is ook, dat ze niet te angstig zijn om zich aan de ontspanningssituatie toe te vertrouwen.

De techniek is eenvoudig: de patiënt ligt op een makkelijke bank of zit in een makkelijke stoel, spant en ontspant eerst zijn vuist, dan beide vuisten, een arm, twee armen, evenzo de benen, nek, gezichtsspieren, zodat hij tenslotte in één keer zijn hele lijf spant en daarna ontspant; dan leert de patiënt mee te geven met de ontspanning. De spanning dient voornamelijk om het verschil met ontspanning duidelijk te laten beleven. Een goed geoefende patiënt kan zich tenslotte in allerlei situaties op innerlijk commando ontspannen.

Doorgaans wordt de techniek in zes zittingen van zo'n drie kwartier aan de patiënt geleerd. Na drie zittingen neemt mevrouw Mellenbergh de oefeningen op een cassette op, zodat de patiënt thuis met dit bandje kan oefenen.

Tegenwoordig beschikken we ook over een „myotron”. Dit apparaat meet het aantal samentrekkingen in de spiergroep waarop de elektroden bevestigd zijn en geeft dit weer in cijfers, of in voor de patiënt waarneembare „tikken”. Dit apparaat zou nuttig zijn, omdat het dalen van het getal voor de patiënt „belonend” zou werken, waardoor hij zich verder ontspant. Een andere mogelijkheid is, dat het apparaat met name voor de patiënt die zich heel moeilijk kan ontspannen, extra informatie geeft zodat hij gemakkelijker onderscheid kan maken tussen een toestand van spanning en van ontspanning in een spiergroep. Deze „kennis” bevordert dan het verder ontspannen. Het is een mooi apparaat, maar nodig is het niet.

De opzet van het onderzoek

Van de ongeveer honderdvijftig personen aan wie mevrouw Mellenbergh ge-

durende de afgelopen negen jaar op onze polikliniek ontspanningsoefeningen heeft geleerd, hebben we vijftig aselect gekozen patiënten wat nader bekeken; daarna hebben we tien personen (een half tot ruim vijf jaar na het leren van de oefeningen) nog een bezoek gebracht om hun verdere ervaringen met de oefeningen te vernemen.

In een serie gesprekken met onze verpleegkundige werd per patiënt het volgende vastgesteld:

- de soort klachten bij het begin van de oefeningen;
- het aantal klachten;
- het aantal jaren dat de patiënt had geleden onder de klachten;
- of de patiënt de oefeningen wel of niet leerde;
- het effect van de oefeningen op de klachten, onmiddellijk na het beëindigen van de serie van zes zittingen.

Dit gebeurde onder meer aan de hand van de brief die na onderzoek van de patiënt aan de huisarts was gezonden en verdere aantekeningen van de behandelende arts. Per klacht werd uitvoerig besproken op grond van welke waarnemingen onze verpleegkundige bij de betreffende patiënt concludeerde dat een klacht al dan niet was verminderd. Daarnaast werd nagegaan hoe de oefeningen verliepen. Als een patiënt wel verbetering in één of meer klachten vermeldde, terwijl verder evident was, dat hij (of zij) zich niet had leren ontspannen en er thuis ook niets aan had gedaan, werd dit „effect” niet meegeteld, behalve als er reden was aan te nemen, dat het verminderen van de klachten verband hield met het feit dat de patiënt bezig was geweest met de oefeningen. Indien meer dan vijftig procent twijfel bestond of een klacht wel of niet verbeterd was, noteerden we zo'n klacht als „niet verbeterd”.

In deze gesprekken (met de eerste auteur) bleek mevrouw Mellenbergh zich zoveel details over de patiënten en over het verloop van de oefeningen te herinneren (vaak achteraf bevestigd door destijds gemaakte aantekeningen), dat we het de moeite waard vonden dit materiaal meer systematisch te ordenen. Helaas bleek het niet mogelijk op deze (of op een andere) wijze na te gaan, of en hoe het gebruik van medicijnen door deze patiënten tijdens of na de oefeningen was veranderd. In een aantal gevallen vormden de ontspanningsoefeningen duidelijk een alternatief, in andere gevallen een toevoeging aan de bestaande therapie.

Om wat voor patiënten ging het en wat waren de effecten?

De onderzochte groep behoorde qua beroepsniveau bijna geheel tot de lagere en middengroepen. De helft van de mensen was ten tijde van de oefeningen arbeidsongeschikt (W.A.O. en Ziekte-wet).

Over het algemeen gaat het om mensen met vrij veel klachten (gemiddeld zes verschillende klachten, variërend van twee tot elf), terwijl ze ook al vrij lang onder deze klachten lijden: gemiddeld zeven jaar (variërend van een paar maanden tot vijftig jaar). Aan de oefeningen waren in vele gevallen jaren artsbezoek vooraf gegaan. De volgende klachten werden veelvuldig genoemd: benauwdheid, hartkloppingen, trillen, vermoeidheid, nervositeit, slaapproblemen en pijn.

De gemiddelde leeftijd was 39 jaar, vrij gelijkmatig verdeeld over alle leeftijds-categorieën van 17 tot en met 60 jaar. Het aantal mannen en vrouwen was ongeveer gelijk. Tussen het aantal en de duur van de klachten was geen verband ($r_{pm} = 0,18$).

De helft van deze mensen bleek enig baat bij de oefeningen te hebben gevonden. Specifieke spanningsklachten (bijvoorbeeld hyperventilatie, slapeloosheid, hartkloppingen) lieten over het algemeen vaker enige verbetering zien dan klachten als „depressiviteit” en dergelijke. Vooral bij de lichamelijk geuite spanningsklachten was het resultaat positief (in negeneenviertig procent van deze gevallen trad verbetering op). Overigens hadden we deze uitkomst niet verwacht. Een resultaat dat we wél hadden verwacht – een positieve reactie bij pijnklachten – bleef daarentegen uit.

Het kwam niet voor, dat mensen na de oefeningen van al hun klachten af waren: ontspanningsoefeningen geven verlichting van klachten, het zijn geen oplossingen voor problemen.

Wij vonden het verheugend te kunnen constateren dat oude mensen en mensen die reeds jarenlang onder hun klachten leden, eerder meer dan minder baat bij de oefeningen vonden. De kans, dat mensen met een groot aantal klachten (bijvoorbeeld meer dan zeven) enig baat bij de oefeningen vinden, lijkt gezien onze resultaten wat kleiner dan bij mensen met minder klachten, maar toch nog zo’n vijftig procent van deze mensen liet een vermindering van klachten zien.

Het is in dit soort onderzoek altijd zeer moeilijk om aan te geven wat de oor-

zaak van de gevonden resultaten is. Gezien het feit, dat de positieve effecten over het algemeen gevonden werden bij de mensen die zich ook daadwerkelijk leerden ontspannen, hadden wij wat meer grond te geloven, dat het leren ontspannen de oorzaak van het verminderde lijden was. Ook experimenteel onderzoek ondersteunt dit „geloof”: het artikel van *Borkovec* en *anderen*, waarin experimenteel onderzoek (met „gewone” studenten als proefpersonen) wordt weergegeven, komt tot dezelfde conclusies.

Anders dan wat *Borkovec* en *anderen* echter veronderstelden – dat ontspanningsoefeningen vooral goed zijn voor de wat „lichtere” patiënten – wijzen onze resultaten in de richting, dat ook „moeilijke” patiënten (bijvoorbeeld oudere mensen met veel ernstige en langdurige functionele klachten) beperkt baat vinden bij de oefeningen. Gezien het feit dat ook bij de „gewone” studenten de proefleider een belangrijke factor is voor het welslagen van de oefeningen (de proefleider kan immers op de juiste momenten de juiste instructies geven, in tegenstelling tot een bandrecorder, die in veel gecontroleerde experimenten wordt gebruikt – *Borkovec* en *anderen*), hebben wij er geen bezwaar tegen als ook bij onze patiënten de proefleider als een belangrijke variabele wordt beschouwd.

De conclusie dat ook „moeilijke” patiënten relatief veel baat bij de oefeningen kunnen vinden, achtten we zo belangrijk dat we het follow-up onderzoek juist op deze groep gericht hebben. Kort na de oefeningen trof onze verpleegkundige minder klachten aan. Wat vonden de mensen er zelf van, als een ander dan die „aardige en ontspannende zuster” naar hun klachten vroeg en hoe lang hadden ze baat van de oefeningen?

De follow-up gesprekken

Bij het follow-up onderzoek waren tien mensen (toevallig vijf mannen en vijf vrouwen) betrokken, met een gemiddelde leeftijd van 46 jaar. De duur van de klachten varieerde van twee à drie jaar tot bijna een leven lang. De meeste mensen hadden er op het moment van de oefeningen zo’n vijf à zes jaar flink last van. De tijd tussen het beëindigen van de serie ontspanningsoefeningen en het follow-up interview lag tussen een half en vijftien jaar. Negen van de tien interviews vonden bij de mensen thuis plaats en ze gingen

over hun behandeling in de polikliniek in het algemeen; ze waren ook als zodanig aan de mensen aangekondigd. Pas in de tweede helft van het interview nam de onderzoeker indien nodig het initiatief tot een gesprek over de oefeningen. Het interview was „semi-structureerd”, de interviewer (de eerste auteur) was een ervaren klinisch psycholoog, die bovendien een training in het „exploratiesprek” in niet therapeutische situaties achter de rug had. Alle aangeschreven patiënten waren bereid mee te doen.

Was men de oefeningen blijven doen?

De patiënten waren gemiddeld drie jaar doorgestaan met het doen van de oefeningen; de meerderheid twee à drie maal per week, een minderheid dagelijks of helemaal niet meer. Degenen die de oefeningen vrijwel niet meer deden, waren daarmee na ongeveer een half jaar opgehouden omdat ze er geen zin meer in hadden of omdat ze nu wisten wat het betekende om meer ontspannen te zijn en dus de oefeningen niet meer nodig hadden.

Of men de oefeningen zeer consciëntieus bleef doen, hing onder andere samen met de mate waarin men ze vergeleek met een dagelijks in te nemen medicijn met een min of meer magische bijbetekenis. Daarnaast is er een verband met dagelijks optredende klachten waarvoor de oefeningen telkens opnieuw enige verlichting geven, zonder dat de klachten overigens verdwijnen.

De wijze waarop men met de oefeningen was doorgestaan, verschilde nogal. Sommigen hadden per se het meegekregen bandje nodig (één persoon leek daarbij naar de indruk van de interviewer in een lichte hypnose te geraken); anderen deden de oefeningen uit het hoofd. Voor een aantal personen was het noodzakelijk de oefeningen liggend te doen. Dit kon ertoe leiden dat men er maar mee ophield, omdat het vaak niet goed uitkwam; in andere gevallen ging men juist jarenlang door: de oefeningen waren dan een door de polikliniek ge-sanctioneerde manier om iets voor zichzelf op te eisen. Sommige mensen vonden het jammer dat er geen groepen waren, waarin men dit soort oefeningen kon blijven doen.

In de literatuur (onder andere *Beary* en *Benson*) worden vier variabelen genoemd, die samenhangen met het optreden van een fysiologisch meetbare „relaxatie respons”, te weten:

- psychische concentratie;
- een passieve houding (voor veel mensen betekent dit „niet hoeven presteren” in de oefeningen);
- lage spierspanning;
- een rustige omgeving.

In het follow-up onderzoek bleek vooral de inperking van de aandacht (de psychische concentratie) de meeste mensen op den duur problemen te geven: allerlei gedachten (met meer of minder spanning) gingen interfereren. Eén persoon kon hiervan een positief gebruik maken, doordat zij geleerd had zich door aangename gedachten (in de zon aan het strand liggen) te laten afleiden, waardoor het prettige gevoel bleef bestaan. Bij de meeste mensen echter nam door de zich weer verspreidende aandacht de spierspanning geleidelijk toe, terwijl de effecten verminderden. De minder diepe ontspanning bleek dan uit een niet ontspannen mond of een half op de bank liggende arm, die niet op de grond viel maar ook niet prettig neergelegd was. (Dit soort observaties was mogelijk omdat de interviewer de mensen vroeg, de oefeningen nog eens voor te doen.) Veel mensen noemden ook spontaan het verminderd vermogen tot diepe ontspanning. Meestal trad dit na ongeveer een half jaar op (sommigen stopten dan ook met de oefeningen).

De effecten

Hoe minder rigide men tegenover de oefeningen stond (met of zonder bandje, liggend en alle spieren ontspannend, lopend en slechts bepaalde spieren ontspannend), des te algemener waren de effecten. En juist de algemene effecten bleken het langst stand te houden bij het gebruik van de oefeningen in andere dan ontspannen situaties, bijvoorbeeld op weg naar iets waar men tegenop ziet, achter het stuur in de auto, bij acute spanningen op het werk. Alle ondervraagden wisten situaties te noemen waarin ze de oefeningen nog steeds gebruikten, ook al deden ze de volledige oefeningen vrijwel nooit meer en was het bandje door de kinderen uitgewist en vervangen door popmuziek. Als belangrijkste effect werd door iedereen genoemd het prettige, ontspannen gevoel dat men door de oefeningen krijgt. Behalve degene die geleerd had zich door prettige gedachten te laten afleiden, vermeldden alle ondervraagden een geleidelijke afname van dit prettige gevoel tijdens of na de oefeningen. Een reden om een herhalingscursus te overwegen.

Het effect op de klachten waarvoor men destijds hulp zocht, was minder eenduidig positief. Niemand was klachtenvrij geworden na de oefeningen, noch vond ook maar één persoon de oefeningen een oplossing voor zijn problemen. De algemene indruk uit het overzicht van ervaringen van onze verpleegkundige wordt in deze follow-up bevestigd: ook mensen met langdurige, zeer ernstige, zeer frequente of veelvuldige klachten kunnen door ontspanningsoefeningen verlichting van lijden ervaren, soms tot jaren na het leren van de oefeningen.

De soorten klachten die gunstig reageerden kwamen overeen met de eerder gevonden klachten: lichamelijk geuite spanningsklachten, inslaapproblemen, paniekaanvallen en dergelijke. De meest langdurige effecten werden gevonden bij mensen die het wat rustiger aan waren gaan doen; deze effecten kunnen dus niet (geheel) aan de oefeningen worden toegeschreven. De effecten waren vaak wisselend: de ene keer gaven de oefeningen veel verlichting, de andere keer maakten ze weinig verschil. In een enkel geval voelde men zich een totaal ander mens geworden (minder verkrampd, minder overbezorgd), waardoor men de oefeningen overbodig vond. Bij iedereen deden zich echter bepaalde situaties (samenhangend met spanning) voor, waarin hij/zij delen van de oefeningen nog steeds een uitkomst vond.

In een enkel geval bleken de oefeningen ook na jaren een middel om „onnodig” doktersbezoek te voorkomen: bijvoorbeeld bij angst een hartaanval te krijgen, eerst de oefeningen doen en daarna pas beslissen of de dokter moet komen. Paniekaanvallen bleven hierdoor uit en een halfjaarlijkse controle van het hart was voldoende om verder te leven. Vóór het onderzoek bestond reeds de indruk dat ontspanningsoefeningen een goede remedie tegen hypochondere klachten konden zijn. Hypochondrie zou men kunnen opvatten als een angstig bezig zijn (in handeling en fantasie) met het eigen lichaam en wat men daarvan gewaarwordt. Door regelmatig ontspanningsoefeningen te doen vindt deconditionering plaats van de angst die verbonden zou zijn met de aandacht voor het eigen lichaam. Bij een aantal mensen leek dit effect inderdaad opgetreden. Het gebruik van medicijnen bleek (in de follow-up gesprekken) niet beïnvloed door de oefeningen; bij de meeste ondervraagden was het gelijk gebleven, bij een enkeling verminderd en bij een ander vermeerderd, omdat

„ontspannen worden” minder angst-aanajgend was geworden.

De geïnterviewden verschilden in de mate waarin zij positieve veranderingen specifiek aan de oefeningen toeschreven: sommigen differentieerden vrij nauwkeurig, anderen waren veel globaler in hun uitspraken.

Conclusies

Ontspanningsoefeningen kunnen verlichting geven aan mensen die lijden onder spanningsklachten. Deze verlichting kan zelfs tot jaren na het leren van de oefeningen optreden, met name als men blijft oefenen. Deze conclusies komen in grote lijnen overeen met die van meer gecontroleerde experimenten (*Borkovec* en *anderen*), die echter „gewone” studenten als proefpersonen gebruiken en geen perioden van jaren bestrijken.

Er is dus reden om – zonder overdreven verwachtingen te wekken – het gebruik van ontspanningsoefeningen op grotere schaal te stimuleren, niet als vervanging voor „betere” oplossingen, maar als middel om lijden te verzachten. Het is mogelijk, dat de duur van de positieve effecten nog verlengd wordt, wanneer de mogelijkheid wordt geboden om na ongeveer zes maanden nog eens op herhaling te komen. Daarnaast ziet het er naar uit dat het effect van de oefeningen het grootst is als zij in een zo vroeg mogelijk stadium zoveel mogelijk worden aangepast aan de specifieke persoonlijkheid en situatie van de patiënt.

Tenslotte

Voor belangstellenden (vooral ook niet-artsen) willen wij de mogelijkheid creëren een cursus te volgen in het geven van ontspanningsoefeningen. Wij denken daarbij aan drie of vier bijeenkomsten. Belangstellenden kunnen contact opnemen met mevrouw A. M. Mellenbergh-Putto, per adres Polikliniek voor Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam „Wilhelmina Gasthuis”, Vondelstraat 48, 1054 GE Amsterdam.

Samenvatting. Na een korte beschrijving van de geschiedenis van de ontspanningsoefeningen wordt uiteengezet, hoe deze op een polikliniek voor psychiatrie door een verpleegkundige aan patiënten worden onderwezen. Door middel van een aantal interviews met deze verpleegkundige over vijftig patiënten zijn de effecten van de oefeningen

ningen en de samenhang daarvan met variabelen als leeftijd, duur en aantal van de klachten, onderzocht.

Vervolgens is aan tien oudere patiënten een half tot ruim vijf jaar na het leren van de oefeningen onder meer gevraagd hoe zij verder met de oefeningen zijn omgegaan en wat hun mening over de effecten was.

Onze conclusie is, dat ontspanningsoefeningen niet door een arts of psycholoog gegeven hoeven te worden en dat ze een nuttige aanvulling in de huisartspraktijk kunnen zijn. Bij voldoende belangstelling zal vanuit de polikliniek een cursus worden opgezet.

Summary. Relaxation training. After a short historical review of relaxation training we describe our way of training outclinic psychiatric patients by one of our nurses. By way of systematic interviews with this nurse we gathered material on 50 patients: the effects of training and the relation of effects with several variables, as age, sex, (duration of) complaints, etc. Ten elderly patients were then visited for follow-up interviews (from six months to 5½ years after the end of training) in order to see whether they were still practicing and to learn their opinion on long term effects.

We concluded that relaxation training can effectively be done by others than physicians or psychologists and that this training can be of certain use in the practice of the general practitioner, not only for patients with minor stress-problems of short duration.

If nurses, doctors, or their wives and other potential helpers are interested, we shall organise a course in relaxation training for them.

Beary, J. F. and H. Benson (1974) Psychosom. Med. 36, 115-120.

Bernstein, D. A. and T. D. Borkovec. Progressive relaxation training: A manual for the helping professions. Research Press, Champaign, Illinois, 1976. 4th Edition.

Borkovec, T. D., J. B. Grayson and K. M. Cooper (1978) J. cons. clin. Psychol. 46, 518-528.

Foucault, M. Histoire de la folie. Gallimard, Paris, 1972.

Jacobson, E. Progressive relaxation. University Press, Chicago, 1938.

Jacobson, E. (ed.) Tension in medicine. Charles Thomas, Springfield, Illinois, 1967.

Maas, R. (1976) Maandbl. geest. Volksgezondh. 31, 641-652.

Schultz, J. H. Das autogene Training (Konzentratieve Selbstentspannung). Georg Thieme Verlag, Leipzig, 1940.

Sikkel, R. J., M. A. E. 't Hooft en R. W. Ramsay (1971) T. Psychol. 26, 40-51.

Woolfolk R. L. (1975) Arch. gen. Psychiat. 32, 1326-1333.

Een gezinsgeneeskundige status

A. VERMEER, ARTS

Al geruime tijd is in Nijmegen het schrijven van een gezinsgeneeskundige status een van de opdrachten van de co-assistent in de huisartspraktijk. De auteur, destijds semi-arts, schreef zo'n status; Van der Velden voegt daaraan enkele redactionele kanttekeningen toe.

In de tweede week van mijn co-schap kwam een patiënt op het spreekuur, die nagenoeg dezelfde klachten presenteerde als zijn echtgenote tien dagen tevoren. De klachten waren duidelijk psychosomatisch van aard. Een relatie tussen de klachten van beide echtgenoten leek waarschijnlijk. De vraag om hulp van deze man leek daarom een geschikte casus voor een gezinsgeneeskundige status.

Aan de patiënt werd het hoe en wat van deze status uitgelegd. Hij ging akkoord met de te volgen werkwijze. De casus werd aangepakt volgens de richtlijnen van het rapport „Methodisch werken” van het N.H.G. - (1978) huisarts en wetenschap 21, 322-335.

De intake

De benadering op het spreekuur van de patiënt werd mede bepaald door de verwachting van de arts. Deze wist ten eerste dat de man een maagpatiënt was, die een aantal jaren geleden een maagperforatie had gehad, en ten tweede dat tien dagen tevoren zijn echtgenote in overspannen toestand op het spreekuur was geweest. De verwachting was daarom in de trant van „er zal wel wat aan de hand zijn in de psychosociale sfeer”. De patiënt presenteerde de volgende klachten: hij heeft na het eten last van een zwaar, vol gevoel in zijn maag; verder is hij de laatste tijd erg zenuwachtig, gespannen en prikkelbaar en hij slaapt slecht. Hij stelt een duidelijke vraag om hulp: kan de huisarts iets aan deze klachten doen?

Verheldering van de vraag om hulp maakt duidelijk dat deze uit twee delen bestaat. Ten eerste een somatisch aspect: hulp voor de buikklasten; ten tweede een meer psychosociaal aspect:

hulp voor de overige klachten, aandacht voor de problemen.

Dat de patiënt juist nu met zijn problemen kwam, leek samen te hangen met de toestand van zijn echtgenote, doch dit werd niet geheel duidelijk. Dat hij naar de huisarts kwam, had vermoedelijk enerzijds te maken met zijn lichamelijke klachten, anderzijds met het feit dat hij de huisarts een geschikte persoon vond om hulp voor zijn overige klachten te vragen. Bovendien was zijn echtgenote ook naar deze huisarts geweest.

Het handelingsplan dat op grond van deze verheldering werd voorgesteld, zag er als volgt uit:

- een korte, gerichte anamnese en lichamelijk onderzoek in verband met de maagklachten;
- vervolgens uitdiepen van de overige klachten.

De patiënt was het met dit handelingsplan eens.

De uitvoering van het handelingsplan

Bij de gerichte anamnese leken de klachten van de patiënt geduid te moeten worden als „dumpingklachten”. Bij het lichamelijk onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Dit werd aan de patiënt meegedeeld. Bij de beoordeling van de klacht speelden de gegevens op de kaart van de huisarts een rol. Deze gegevens waren:

- reeds vanaf het zestiende levensjaar maagklachten;
- 1969-'70 gekuurd in verband met maagklachten;
- 1974 maagperforatie, gevolgd door een Billroth I-operatie;
- 1975 klachten linker knie;