

Ontspanning bij de fysiotherapeut

P. D. KERKHOF* EN A. GODKEWITSCH**

Patiënten met functionele pijnklachten zien de huisarts vrijwel dagelijks. Bij een deel van deze groep staan objectief aantoonbare lichamelijke spanningsverschijnselen op de voorgrond. In therapeutisch opzicht heeft men in deze gevallen de keuze tussen causaal en symptomatisch behandelen; aan beide alternatieven kleven echter bezwaren. Met het toepassen van de progressieve relaxatie volgens Jacobson hebben een aantal Sittardse huisartsen en fysiotherapeuten geprobeerd een middenweg te bewandelen.

Inleiding

Bij functionele pijnklachten die gepaard gaan met lichamelijke spanningsverschijnselen is de pijn vaak gelokaliseerd in de spieren die aan de schedel insereren (spanningshoofdpijn) en/of in die van schoudergordel, rug en bekkengordel. Aan de motoriek ontbreekt soepelheid, de patiënt zit gespannen op het puntje van zijn stoel in de spreekkamer; bij lichamenlijk onderzoek kan hij zich, wanneer dat verzocht wordt, niet goed ontspannen. Het bewust regelen van de ademhaling qua ritme en diepte is voor hem een moeilijke opgave. Bij palpatie voelt men de spierspanning; hierbij wordt vaak pijn aangegeven.

Psychisch gezien is er meestal sprake van een angst- en spanningstoestand (Engels: anxiety state), waarbij de patiënt zich echter van de angst-component vaak niet meer bewust is. Van de oorzakelijke reeks „dreiging – angst – spanning – lichamenlijk verschijnselen” presenteert hij dan alleen zijn lichamenlijke klachten.

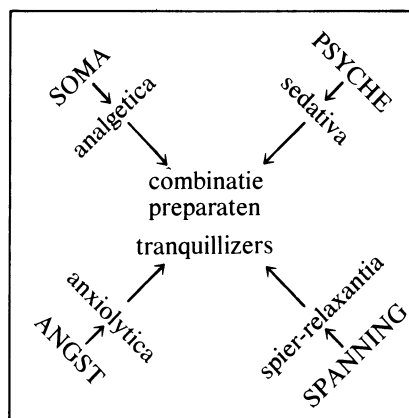
Deze klachten kunnen behalve uit pijn, samenhangend met een verhoogde spiertonus, ook bestaan uit hartkloppingen, diarree, hyperventilatie. „ner-

vositeit”, slaapstoornissen en dergelijke.

Bij de therapeutische aanpak staat men voor de keus: causaal of symptomatisch behandelen. Een causale behandeling betekent, behalve het verkrijgen van inzicht in de oorzaak van de klachten, een soms moeizame of onmogelijke verandering in de beleving, de leefwijze of het milieu van de patiënt. Kiest men voor een symptomatische behandeling, dan is er aan geneesmiddelen geen gebrek (*schema*). De mogelijkheid van gewenning, verslaving, de-emotioenering of vervreemding en andere schadelijke bijwerkingen van medicamenteuze therapie vormen echter een goede reden om naar andere behandelingsmogelijkheden te zoeken.

Tien samenwerkende huisartsen en fysiotherapeuten te Sittard***, die met Keegan de ervaring hadden dat het hier om een frequent voorkomende vraag

Schema. Medicamenteuze therapie bij spanningsklachten.



* Huisarts, medewerker van de capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg.

** Huisarts te Sittard.

*** De huisartsen K. J. H. Garé, A. Godkewitsch, H. J. G. Hoovers, J. I. M. Osse (samenwerkend in een gezondheidscentrum), M. P. Verheye en A. W. P. van Noord (associés) en de fysiotherapeuten W. Donners/F. Lebens en F. J. M. Versteegh/J. van Heijster.

om hulp gaat, hebben afspraken gemaakt over de toepassing van een niet causale, maar evenmin zuiver symptomatische behandeling, en hebben getracht deze te evalueren.

Methode

De vicieuze cirkel „angst-spanning-pijn” kan men op het punt „spanning” doorbreken bij wijze van deconditionerende therapie. De progressieve relaxatie volgens Jacobson, die elke Nederlandse fysiotherapeut tijdens zijn opleiding leert kennen, lijkt hiertoe de meest geschikte techniek. Bij deze methode geeft de fysiotherapeut aan de patiënt instructies om de verschillende spiergroepen achtereenvolgens te leren spannen en ontspannen. Eerst leert de patiënt hoe het opwekken van de spierspanning en het ontspannen aanvoelt, daarna hoe hij dit zelf naar willekeur kan beheersen. Via lokale spiergroepen (bijvoorbeeld bij het maken van een vuist) en vervolgens grotere spierpartijen (bijvoorbeeld nek- en schoudermusculatuur) leert de patiënt tenslotte een algemene ontspanning van de spieren te bereiken. Ook wordt, uitgaande van het aanvoelen en beheersen van de borst- en buikspier-tonus, veel aandacht besteed aan het trainen van een rustige, ontspannen ademhaling. De patiënt wordt voortdurend aangemoedigd om het tijdens de fysiotherapie-zittingen geleerde thuis te blijven oefenen.

Een korte beschrijving van deze methode is te vinden bij *Leffelaar*, een uitgebreidere bij *Bernstein and Borkovec*. De behandeling bleek goed aan te sluiten op de verwachtingen die fysiotherapeuten en patiënten over en weer hadden van elkaars rol. Inzichtgevend gesprekken of suggestieve beïnvloeding maken er geen deel van uit. Op basis van hun kennis van spieren en bewegingen konden de fysiotherapeuten een terzake doende uitleg en instructie voor de ontspanningsoefeningen geven en het effect daarvan goed controleren. Hun ervaring was dat het meestal lukte de patiënt te leren zich te ontspannen en dat het effect daarvan op de klachten minstens even goed was als bij andere fysiotherapeutische technieken.

Het ziekenfonds honoreerde de behandeling op de indicatie „musculaire hypertonie”.

Om de gunstige indrukken, die door de artsen werden gedeeld, te confronteren met de ervaring van de patiënten, werd

een oriënterend retrospectief onderzoek gedaan in de vorm van een schriftelijke enquête. Aan alle patiënten die in 1976 en 1977 op verwijzing van de huisartsen door de fysiotherapeuten met progressieve relaxatie waren behandeld werd in het begin van 1978 een vragenlijst gezonden. Het betrof een groep van 49 vrouwen en 56 mannen die zich van een „gemiddelde” patiënt alleen onderscheidden door het feit dat ze, merendeels reeds langere tijd, voor hun – in de inleiding beschreven – klachten zonder succes waren behandeld.

Van de 105 verzonden lijsten kwamen er 76 voldoende beantwoord terug, dat is 72 procent (38 vrouwen, 38 mannen). De gemiddelde leeftijd was 37,5 jaar, uitersten 69 en 17 jaar, mediaan 34 jaar. De enquête was anoniem om te voorkomen dat er „sociaal-wenselijke”, dat wil zeggen te gunstige resultaten aan de huisarts werden gerapporteerd.

Resultaten

In de eerste plaats werd gevraagd voor welke klacht of klachten men was behandeld en of sinds de behandeling verergering, geen verandering, of verbetering was opgetreden. Per patiënt werden gemiddeld ruim 4 behandelde klachten opgegeven, met een spreiding van 1 tot 13. *Tabel 1* toont in volgorde van afnemende frequentie de aantallen op het vragenformulier aangekruiste

Tabel 1. De klachten bij 76 patiënten die leidden tot het instellen van relaxatietherapie en het aantal malen dat verbetering optrad, absoluut en procentueel.

Klacht	Totaal aantal	Verbetering	
		Aantal	Percentage
„Zenuwen”, nervositeit	51	26	51
Spierspanningen	43	28	65
Hoofdpijn	30	17	58
Slecht inslapen	28	17	61
Ademhalingsmoeilijkheden	28	17	61
Nekpijn	25	14	56
Angst	24	13	54
Gebruik geneesmiddelen tegen zenuwen	22	11	50
Pijn op de borst	21	15	71
Maagpijn	17	6	35
Slecht doorslapen	16	6	38
Andere pijn	13	7	54
Andere klachten	10	4	40

Tabel 2. Het effect van de behandeling ten aanzien van de lichamelijke en geestelijke gespannenheid, absoluut en procentueel (n = 76).

Effect	Lichamelijk		Geestelijk	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Verergerd	1	1	–	–
Gelijk gebleven	11	15	22	29
Verbeterd	41	54	38	50
Sterk verbeterd	19	25	11	15
Onbekend	4	5	5	7

klachten en de aantallen waarvoor verbetering werd aangegeven.

Hieruit valt dus globaal af te leiden welke klachten meer of minder vaak een indicatie voor verwijzing naar een fysiotherapeut voor relaxatietherapie vormden en welke klachten het best op deze behandeling reageerden.

Het subjectieve resultaat van de behandeling kan ook afgelezen worden uit de antwoorden op de vraag naar veranderingen in de lichamelijke en geestelijke gespannenheid. *Tabel 2* laat zien dat door meer dan driekwart van de respondenten een lichamelijke verbetering werd opgegeven; bij de geestelijke gespannenheid was dat aantal wat kleiner.

Van de respondenten vonden 58 de behandeling zinvol, 15 niet en 3 gaven geen antwoord. Op een controlevraag, of men de behandeling aan een familielid zou aanraden, antwoordden 63 respondenten ja, 9 neen en gaven 4 geen antwoord. De verschillen tussen de antwoorden op deze twee vragen zijn statistisch niet significant (X^2 -toets $\rightarrow = 1,70$). Verder zijn de uitkomsten in overeenstemming met het aantal bevestigende antwoorden op de vraag naar de lichamelijke gespannenheid in *tabel 2*.

Desgevraagd gaven 63 patiënten op dat ze na de behandeling doorgedaan waren met de oefeningen. Deze vraag is nog een keer gesteld, nu in verband met het recidiveren van de klachten (*tabel 3*).

Tabel 3. Recidiveren van klachten na relaxatietherapie en regelmatig oefenen (n = 76).

	Vaak	Soms	Nooit	Geen antwoord
Recidiveren	16	40	8	12
Oefenen	8	35	7	26

Tabel 4. Aantal behandelingen bij de fysiotherapeut (n = 76).

Behandelingen	Patiënten
4-12	17
13-18	18
19-32	14
35-40	16
50-100	7
Onbekend	4

Aantekening. Het gemiddelde aantal behandelingen bedroeg 25,5, de mediaan was 19. Het begin van de behandeling was gemiddeld 16 maanden geleden, het eind 12. De spreiding hierbij was respectievelijk 2-24 en 0-23 maanden.

Het lijkt erop dat de groep met „vaak” recidiverende klachten minder vaak doorging met oefenen dan die met „soms” recidiverende klachten, maar het is onduidelijk wat hier als oorzaak en als gevolg moet worden beschouwd. Tenslotte worden in *tabel 4* de antwoorden vermeld op vragen naar het aantal behandelingen en de duur ervan.

Om antwoord te krijgen op de vraag „Wat bereiken we nu met deze behandeling?” werd nog een aanvullende methode gevolgd. Deze bestond uit het vergelijken van de consultfrequenties bij de huisarts voor en na de behandeling, een methode die ook door *Huygen* werd toegepast bij de evaluatie van gezinstherapie. Bij 71 patiënten van vier huisartsen, van wie de gegevens te achterhalen en volledig waren, werden de consulten gedurende het jaar voor en het jaar na de behandeling geteld. Het aantal consulten in het eerste jaar was over het algemeen hoog, zoals was te verwachten: 462, dat wil zeggen gemiddeld 6,5 per patiënt per jaar. De teruggang was echter weinig indrukwekkend: 388 consulten, gemiddeld 5,5 per patiënt per jaar.

Bespreking

Wanneer men op theoretische gronden een behandeling gaat toepassen, waarmee men nog weinig ervaring heeft opgedaan, kan men zich in het algemeen het volgende afvragen:

- is de aandoening waar het om gaat, goed te omschrijven en is het natuurlijk verloop bekend?
- hoe zijn de resultaten en de voor- en

nadelen van algemeen toegepaste behandelingen voor deze aandoening?

– biedt de nieuwe behandeling in vergelijking daarmee voordelen die tot uiting komen in betere resultaten, geringe risico's of bijwerkingen, afname van de afhankelijkheid van de patiënt van het medisch zorgsysteem en gunstiger cost – benefit-verhouding?

Het zal duidelijk zijn dat met betrekking tot de meeste punten nog niet, of slechts bij benadering een antwoord is te geven.

Wanneer men voldoende zekerheid heeft dat geen organische pathologie voor de klachten verantwoordelijk is, kan men op grond van onderzoek en rekening houdend met de houding en het gedrag van de patiënt de diagnose musculaire hypertonie gemakkelijk stellen. Over het verloop is echter in algemene zin geen verantwoorde voorspelling te doen. De huisarts neemt in het individuele geval een beslissing over afwachten of ingrijpen op grond van tijdens verschillende consulten opgedane – vaak moeilijk te verantwoorden – indrukken over het verloop en de ernst van de klachten.

In ons geval werd een „zuinig” gebruik gemaakt van de relaxatietherapie: 3 per duizend patiënten, gerekend over de totale patiëntenpopulatie per jaar. Het is echter moeilijk dit getal enig reliëf te geven, want het beeld waarvan wij uitgingen, is als zodanig niet in de morbiditeitsstatistieken te vinden. Wel kan in dit verband gewezen worden op *Hodgkin*, die voor de diagnose „tension state” – die hij moeilijk te omschrijven noemt – een „diagnostic range” geeft van 28-60 per duizend patiënten per jaar.

Als algemeen toegepaste behandeling voor het beschreven spanningssyndroom kan in de eerste plaats medicamenteuze therapie genoemd worden. In combinatie daarmee, of als enige behandeling, worden verder diverse vormen van psychotherapeutische hulp toegepast, ontspanningsoefeningen zijn hiervan soms een onderdeel, zoals bij de gedragstherapie.

Groepsgewijze behandeling van mensen met spanningen en leefproblemen werd door *Van Weel* beschreven. Hoewel hij op een aantal onzekerheden bij de meting van het effect wijst, bestaat toch de indruk dat het groepsproces iets wezenlijks toevoegt aan de ontspanningsoefeningen die in deze groepen worden toegepast. De teruggang van het aantal verrichtingen door de huisarts na deelneming aan een ont-

spanningsgroep valt groter uit dan in ons geval.

Andere relaxatietechnieken, die veelal buiten de medische sfeer worden toegepast, zijn Yoga, meditatie en myo-feedback.

In het concrete geval, tegenover de patiënt in diens situatie, heeft de huisarts geen andere mogelijkheid dan schattenderwijs de verschillende therapieën, hun kans op succes (waarover harde gegevens vaak ontbreken), hun beschikbaarheid of uitvoerbaarheid en de gemotiveerdheid van de patiënt de revue te laten passeren en dan zijn keus te bepalen.

Waar het hier om de voordelen van de beschreven behandeling gaat, menen we dat het zinvol is enkele punten nog eens duidelijk te noemen. In vergelijking met verwijzing naar het tweede echelon, langdurige medicamenteuze behandeling en sommige psychotherapeutische methoden is progressieve relaxatie, door de fysiotherapeut toegepast, respectievelijk weinig kostbaar, vrijwel zonder risico's en makkelijk te realiseren. Uit opmerkingen die een aantal patiënten op hun enquêteformulier plaatsten, blijkt ook dat langdurig bestaande klachten die op allerlei manieren tevergeefs zijn behandeld, duurzaam kunnen verbeteren na relaxatie-therapie. De methode is, in tegenstelling tot veel andere oplossingen voor vragen om hulp die in de gezondheidszorg worden aangeboden, een middel dat niet tot afhankelijkheid leidt; integendeel, het is een middel dat de patiënt emancipeert omdat hij het – na zijn training – in eigen beheer en verantwoordelijkheid zelf kan toepassen.

Het doorgaan met de oefeningen, preventief of als er weer klachten zijn, werd door de overgrote meerderheid van de patiënten toegepast.

Naschrift

Tijdens het voorbereiden van dit artikel verscheen van de hand van *Tieken e.a.* een bijdrage over hetzelfde onderwerp in dit tijdschrift. Daarin wordt, naast een onderzoekverslag over ontspanningsoefeningen vanuit een psychiatrische polikliniek, een uitgebreid overzicht van de historische ontwikkelingen van de verschillende vormen van relaxatietherapie gegeven. Wij hebben ons daarom beperkt tot een zo beknopt mogelijk verslag van onze ervaringen met ontspanningsoefeningen vanuit de samenwerking huisartsen/fysiothera-

peuten zonder deze in een ruimere context te plaatsen.

Hoewel wij, evenmin als *Tieken e.a.* willen pretenderen een wetenschappelijk onderzoek te hebben verricht, versterken onze – zo goed mogelijk gesystematiseerde – ervaringen hun conclusie dat „ontspanningsoefeningen een zeer nuttige aanvulling kunnen zijn op het instrumentarium van de huisarts”. Wij zijn het met hen eens dat niet de huisarts zelf, of een andere hoog gekwalificeerde werker uit de medische of psychologische professie, dit nuttige maar tijdrovende instrument moet gaan hanteren. Bij hun aanbod om een cursus in het geven van ontspanningsoefeningen voor niet-artsen, te gaan verzorgen zouden wij de kanttekening willen plaatsen dat er voor de huisarts reeds een vertrouwde categorie paramedische werkers klaarstaat om relaxatietherapie volgens Jacobson te geven: de modern opgeleide fysiotherapeuten.

Samenvatting. Bij patiënten met pijn en andere gevolgen van een langdurige „anxiety state” werd door fysiotherapeuten progressieve relaxatie volgens Jacobson toegepast. Bij een schriftelijk na-onderzoek bleek deze behandeling een redelijk goed subjectief resultaat op te leveren. Wanneer causale factoren bij deze veel in de huisartspraktijk voorkomende klachten niet voor behandeling toegankelijk zijn, biedt deze methode een aantal voordelen boven medicamenteuze therapie; bovendien is er ook kans op succes bij voorheen therapie-resistente gevallen.

Summary. Relaxation with the physiotherapist. Physiotherapists apply progressive relaxation according to Jacobson to patients with pain and other consequences of a long-term anxiety state. A written inquiry showed in retrospect that this therapy produced a fair subjective result. When causal factors underlying these complaints (which are common in general practice) are not accessible to treatment, this method has several advantages over medication; moreover, it also has a chance of success in previously therapy-resistant cases.

Bernstein, D. A. and Th. D. Borkovec. Progressive relaxation training. A manual for the helping professions. *Research Press, Illinois, 1974.* →