

LESA Overspanning

Huis- en bedrijfsartsen horen volgens de in januari verschenen LESA Overspanning een actieve rol te spelen bij de behandeling van overspanning.¹ De arts heeft tot taak de belastende situatie, de klachten en het probleemoplossend vermogen van de patiënt in te schatten. Dat is prima. De richtlijn gaat echter niet in op de mate waarin de patiënt werkelijk lichamelijk of mentaal gespannen is. Dat is jammer, omdat een arts zich een indruk kan vormen van de somatische dimensie van overspanning. Hij kan dat doen door te letten op onrust in bijvoorbeeld het bewegingsapparaat, de ademhaling of de aandacht en door te vragen naar het slapen.² Grofweg zijn er dan drie mogelijkheden.

Als de gespannenheid voornamelijk het gevolg is van een belastende situatie, dan zal de probleemoplossende strategie de gespannenheid verminderen en ziet de patiënt er rustiger uit.

Als iemands gespannenheid zo groot is dat het probleemoplossing tegenwerkt, dan zijn ontspanningsstrategieën zinvol. Indien de ontspanning slaagt, komt de probleemoplossing beter op gang.³

Als de gespannenheid in de loop der tijd is opgebouwd door onvoldoende herstel van eerdere moeilijkheden, dan zal het misschien wel lukken om actuele problemen beter te hanteren, maar verminderen de klachten noch de gespannenheid in voldoende mate.³ Naast het uitsluiten van een somatische oorzaak is het afbouwen van de chronisch gespannen toestand en herstel van de zelfregulatie van spanning dan essentieel.

Ontspanningstherapie biedt volgens mij een extra ingang voor de begeleiding die in de huidige LESA niet aan bod komt. Ik begrijp overigens dat de richtlijn al een hele verbetering is en misschien dat mijn aanvulling te veel gevraagd is.

J. van Dixhoorn

1 Romeijnders ACM, Vriezen JA, Van der Klink JJJ, Hulshof CTJ, Terluin B, Flikweert S, et al. *Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning*. Huisarts Wet 2005;48:20-3.

2 Houtveen J, Van Doornen LJP. Een nieuwe rol voor stressfysiologie bij functionele lichamelijke klachten. *GEDRAG & GEZONDHEID* 2002;30:339-48.

3 Van Dixhoorn JJ. *Relaxatie en ademtherapie in de behandeling van stress- en werkgerelateerde klachten*. In: Winnubst IAM, redactie. *Stress, ziekteverzuim en reïntegratie*. Zaltbommel: Thema, 2004.

Antwoord

De ingezonden brief van Van Dixhoorn vormt een interessante aanvulling op de LESA Overspanning. De LESA noemt ontspanning weliswaar als aandachtspunt voor de begeleiding in de crisisfase, maar geeft ontspanningstherapie geen expliciete rol in de behandelmethode. Een en ander is toegelicht in het artikel 'Achtergronden bij de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning'.¹ De werkgroep gaat bij de behandeling uit van de huidige 'best practice' met aspecten van cognitieve behandeltherapie, copingtechnieken en een stapsgewijze activerende benadering. Deze (geteste) methode is samengesteld op basis van de beschikbare wetenschappelijke onderbouwing, praktijkervaring en inzichten uit de gedragswetenschappelijke hoek. Zo bleek bijvoorbeeld in een kwantitatieve meta-analyse over 48 onderzoeken dat cognitief-gedragsmatige interventies ongeveer tweemaal zo effectief waren als relaxatietherapie.² Het gaat hier weliswaar om onderzoek in een preventieve context maar het effect bleek sterker naarmate de klachten ernstiger waren. Op basis van de onderbouwing van de behandelmethode in de LESA mag echter niet worden gesteld dat relaxatietherapie in bepaalde situaties onvoldoende werkzaam is zoals bij een patiënt met persisterende ernstige gespannenheid.

In de regionale bespreking van de LESA en bij het maken van werkafspraken over overspanning kan eventueel een plaats voor relaxatietherapie naar regionale voorkeur en mogelijkheden worden uitgewerkt.

A.C.M. Romeijnders, B.J. Terluin, C.T.J. Hulshof, J.J.L. van der Klink, S. Flikweert, J.A. Vriezen

1 Romeijnders ACM, Terluin B. *Achtergronden bij*

de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning. Zie <http://nhg.artsennet.nl>.

2 Van der Klink JJJ, Blonk RWB, Schene AH, Van Dijk FJH. *The benefits of interventions for work-related stress*. *Am J Public Health* 2001;9: 270-6.

De dokter als medicijn (1)

Titus van Os et al. beschrijven een exploratief project naar het verband tussen 'communicatieve vaardigheden van de huisarts bij depressie' en de prognose.¹ De auteurs vinden dat hun bevindingen laten zien dat de herziene NHG-Standard Depressie onvoldoende rept over het belang van communicatieve vaardigheden bij de begeleiding van depressieve mensen.

Waarop baseren ze hun aanbeveling? Hun onderzoekscohort bestond uit mensen die in een interview depressief bleken. De mate waarin patiënt en huisarts samen tot het oordeel 'depressie' waren gekomen, wordt niet vermeld. Waarschijnlijk bestond er meestal geen behandelcontract. Toch achten de auteurs, onder wie een hoogleraar huisartsgeneeskunde, de huisarts blijkbaar (mede)verantwoordelijk.

Om 'communicatieve vaardigheden van de huisarts bij het behandelen van meestal-dus-niet-aangekaarte depressie' te meten, vulde de 'patiënt' bij het indexconsult wat vragen in over ervaren empathie (4) en steun van de huisarts (5) bij het omgaan met problemen. Deze negen vragen werden later voor deze analyse samengevoegd. Over de validiteit en betrouwbaarheid melden de auteurs niets. De laatste twee vragen waren: 'liet uw dokter zijn waardering blijken over hoe u probeerde met uw problemen om te gaan' en 'liet uw dokter zijn waardering blijken over uw inzet om met uw problemen om te gaan?' Het verschil tussen beide vragen zie ik niet en het is ook niet duidelijk of de huisarts wist dat er problemen waren. Communicatieve vaardigheden zijn bij uitstek procesvaardigheden. Waarom maar een enkele keer meten? Ik begrijp dat de vragenlijstscores worden geïnterpreteerd als huisartskenmerken.