



Progressieve Spierrelaxatie en Schizofrenie

Kan progressieve
spierrelaxatie een bijdrage
leveren in de behandeling
van schizofrenie?

Manon van Loon

Chr. Hogeschool Windesheim
Psychomotorische Therapie &
Bewegingsagogie

Mei 2013

Thomas Scheewe
Tina Bellemans

Voorwoord

Vier jaar geleden begon ik aan de opleiding Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie aan de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle. Dolblij was ik toen ik toegelaten werd tot deze opleiding. Sporten is mijn passie en mijn droom was om mensen die 'buiten de boot vallen' te gaan helpen. Het leek mij de perfecte combinatie.

Nu, vier jaar later, schrijf ik mijn scriptie waarbij ik onderzoek heb gedaan.

Mijn onderzoeksvraag kwam voort vanuit patiënten die op de afdeling van mijn stage 'buiten de boot vallen'. Zij mogen namelijk als enige niet deelnemen aan het PMT- onderdeel ademhaling en ontspanning. Het viel me op en had direct mijn interesse.

Vol enthousiasme begon ik aan dit onderzoek en was ik ervan overtuigd dat ik het voor elkaar zou krijgen om deze patiënten ook mee te kunnen laten doen.

Dit heeft veel voeten in de aarde gehad. Ik heb referaten gehouden en gesprekken gevoerd met de psychiaters op de afdeling psychiatrie in het Zaans Medisch Centrum. Zij hebben mij ook de andere kanten van mijn onderzoeksopzet laten inzien. Het kan volgens hen namelijk soms ook gevaarlijk zijn om een ontspanningsoefening te doen met schizofrenie- patiënten. Uiteindelijk heeft het ertoe geleid dat mijn onderzoek gedaan is en dat iedereen op mijn stage het hierover eens was en hier een veilig gevoel bij had. Ik ben begonnen en heb ervan gemaakt wat ik kon.

Graag wil ik de psychiaters bedanken voor het delen van hun kennis en voor het meedenken over mijn onderzoeksopzet.

Ook zou ik graag mijn stage begeleidster Nancy Haring willen bedanken voor haar inzet om dit voor elkaar te krijgen en mee te denken over het vormgeven van mijn onderzoek. Zij heeft mij geholpen bij het behouden van mijn vastberadenheid om bewijs te zoeken.

Tot slot wil ik graag mijn scriptiebegeleider Thomas Scheewe bedanken die mij steeds hielp om het idee vast te houden dat mijn hypothese zou kunnen kloppen en niet hoefde toe te geven aan de psychiaters.

Ik ben trots op wat ik voor elkaar gekregen heb en wens u veel leesplezier!

Manon van Loon

Abstract

BACKGROUND On the psychiatric department of the Zaans Medisch Centrum, respiration and relaxation is offered as PMT- activity. However, patients who suffer from psychotic symptoms are not allowed to participate, despite the fact that multiple researches have proven these exercises can be beneficial for psychotic patients. These researches in fact did reduce for instance stress and can therefore contribute in the treatment of schizophrenia.

METHOD A longitudinal, pre- experimental intervention study. For three weeks, daily exercises with progressive muscle relaxation through Jacobsens method have to be performed during a 25 minute cd- recording. Three times a day stress will be monitored using a stressthermometer, a scale which is comparable with a VAS-score. This will show whether the exercise reduce stress on short term and whether it has long term effects as well.

RESULTS None of the participants completed the intervention. 17% decided not to participate, 33% did not do the exercises during the first week and decided to stop their participation, 50% broke all contact after the start of the research.

CONCLUSION It remains unclear what the effects of progressive muscle relaxation exercises are on stress. What can be said is that during a clinical admission these exercises can be beneficial for these patients. However, many patients will, possibly due to symptoms of schizophrenia, not continue these exercises at home.

Inhoudsopgave

	Paginanummer
Voorwoord	2
Abstract	3
Inhoudsopgave	4
1 Inleiding	
1.1 Aanleiding	5
1.2 Probleemstelling	6
1.3 Doelstelling	7
1.4 Vraagstelling	7
1.5 Opbouw van het onderzoek	8
1.6 Leeswijzer	8
2 Theoretisch kader	
2.1 Schizofrenie volgens de DSM- IV	9
2.2 Progressieve spierrelaxatie volgens Jacobsen	10
2.3 Voorgaande onderzoeken	11
3 Methode	
3.1 Onderzoeksgroep	13
3.2 Onderzoeksmethode	13
3.3 Meetinstrument	13
3.4 Onderzoeksprocedure	14
4 Resultaten	15
5 Discussie	16
6 Conclusie	18
7 Aanbevelingen	19
Literatuurlijst	20
Bijlagen	
Bijlage 1: Spanningsdagboek met spanningsthermometer	22
Bijlage 2: Brief aan patiënten	26
Bijlage 3: Cd met ontspanningsoefening	27

Inleiding

1.1 Aanleiding

Vierdejaars studenten van de opleiding tot psychomotorische therapie (PMT) kan een stageplek aangeboden worden op het Zaans Medisch Centrum (ZMC) te Zaandam. De PMT-stagiaire die hier stage mag lopen loopt dan mee op een psychiatrische afdeling voor acute zorg (PAAZ- afdeling) en op een dagkliniek waarbij ook patiënten van de polikliniek in behandeling kunnen zijn.

Op de PAAZ- afdeling wordt wekelijks een programma aangeboden waar PMT een onderdeel van is. Zo wordt er een ademhalings- en ontspanningsuur aangeboden, een uur ter observatie, een sportuur en spannings- en emotieregulatie. De stagiaire is echter alleen aanwezig bij de ademhaling en ontspanning en bij de observatie. Het is de bedoeling dat vrijwel alle patiënten, die op de open afdeling van de PAAZ opgenomen zijn, meedoen met dit programma. Indien patiënten in een psychotische episode zitten of hier lichamelijk niet toe in staat zijn, wordt dit gezien als contra-indicatie voor PMT en gaan zij naar activiteitentherapie.

Voor sommige psychomotorische therapeuten kan dit opvallend zijn. Waarom is iemand die psychotisch is niet geschikt om aan de PMT deel te nemen. In het geval van het onderdeel observatie leert de ervaring dat wanneer iemand veel last van psychotische kenmerken heeft, de groepstherapie in de gymzaal te veel prikkels tot gevolg heeft. Bij het ademhalings- en ontspanningsuur mogen de psychotische patiënten niet deelnemen. Dit wegens een contra- indicatie die beschreven wordt in ontspanningsmodules.

Voor een psychomotorisch therapeut kan dit interessant zijn omdat in de PMT- module voor psychomotorische therapie (Everts, Fabius, & Gouwerok, 2002) beschreven wordt dat iemand die psychotisch is juist moet leren omgaan met spanning. Dit is voornamelijk het voorkomen van te hoog oplopende spanning maar ook het kunnen reduceren ervan. Volgens deze informatie lijkt een ademhalings- en ontspanningsuur geschikt voor deze doelgroep, omdat je dan lichaamssignalen kunt leren herkennen en leert om spanning te reduceren.

In de literatuur is weinig informatie te vinden over de achterliggende redenen voor deze contra-indicaties. Bij navraag bij psychiaters op de PAAZ- afdeling op het ZMC wordt er verteld dat iemand die psychotisch is meestal een verstoorde lichaamsbeleving heeft en als je dan, door middel van een lichaamsgerichte ontspanningsoefening, stil gaat staan bij het lichaam het zo kan zijn dat deze lichaamsverstoring alleen maar groter wordt. Ook kunnen verschillende wanen uitvergroot worden. Verder vertellen deze psychiaters dat de ervaring is dat veel psychotische mensen achterdochtig zijn. Als zij dan in een zaal op een matje op de grond tussen anderen mensen liggen kan dit tot toename van achterdocht leiden. Gesteld werd dat door een lichaamsgerichte oefening psychotische mensen nog meer in een psychose terecht kunnen komen.

Zoekend naar literatuur, zijn er verschillende onderzoeken te vinden waarin beschreven wordt dat deze hypothese niet zou kloppen. Lichaamsgerichte werkvormen blijken een positief effect te kunnen hebben op het welbevinden, angst- en spanningsklachten (Vancampfort et al. , 2011). De resultaten van deze onderzoeken hebben ervoor gezorgd dat er, vanuit de PMT, behoefte is op het ZMC hier onderzoek naar te doen.

Hiervoor moest eerst een referaat gehouden worden op het ZMC voor alle artsen en psychiaters. Tijdens dit referaat zijn de te vinden onderzoeken over dit onderwerp gepresenteerd en de ideeën over een onderzoek op de PAAZ- afdeling gedeeld. Hieruit is naar voren gekomen dat de psychiaters van het ZMC hier niet alle vertrouwen in hadden. De psychiaters hebben deze beslissing genomen omdat in de door mij gepresenteerde artikelen wordt gesproken van een acute fase, maar niet precies gedefinieerd wat hieronder valt. Er zijn instellingen die een acute fase rekenen tot zes maanden na de start van een psychotische episode. Andere instellingen, waaronder het ZMC, benoemen echter enkele dagen tot weken, na de start van een psychotische episode, tot een acute fase. De ervaring van de psychiaters is dus dat de acute fase zoals op de PAAZ- afdeling in het ZMC gedefinieerd wordt acuter is dan in het algemeen genomen wordt. Het voorstel is dan ook om het onderzoek uit te voeren met patiënten die poliklinisch in behandeling zijn. Deze patiënten zitten in een minder acute fase dan de patiënten op de PAAZ- afdeling en de psychiaters hebben hierbij een veiliger gevoel. Als dit onderzoek positief uit zal pakken zullen zij overwegen om dit ook op de PAAZ- afdeling te onderzoeken.

1.2 Probleemstelling

Schizofrenie is een chronische ziekte die volgens de DSM- IV (American Psychiatric Association [APA], 2000) gekenmerkt wordt door wanen, hallucinaties, on samenhangende spraak en ernstig chaotisch of katatoon gedrag. Negatieve symptomen kunnen zijn dat er vervlakking van het affect is, sprake van gedachten- of spraakarmoede is en apathie. Deze kenmerken zijn vaak vooral aanwezig tijdens acute psychotische episoden. Tussen de acute episoden hebben veel mensen met schizofrenie moeite met het vertonen van passende emoties en kunnen zij moeilijk in staat zijn tot logisch denken (APA, 2000). De meeste mensen kunnen na hun eerste psychotische episode nog goed functioneren in de maatschappij, ongeveer een derde raakt soms sociaal en emotioneel geïsoleerd. Schizofrenie kan voor de sociale omgeving erg lastig zijn om te begrijpen en soms zelfs angstig zijn. Patiënten ervaren dit vaak als een grote last (Nevid, Rathus, & Greene, 2011). Naar de etiologie van schizofrenie is al veel onderzoek uitgevoerd en is tevens nog veel onderzoek gaande. Op dit moment wordt uitgegaan van het diathese-stressmodel (Nuechterlein & Dawson, 1984).

In de diathese staat een genetische kwetsbaarheid beschreven voor schizofrenie. Hierbij gaat het om structurele hersenafwijkingen en/of verstoord functionerende hersenen door bijvoorbeeld neurotransmitter afwijkingen. Deze afwijkingen leiden tot verstoring van de samenwerking tussen prefrontale cortex en de lagere hersengebieden. Deze gebieden zorgen voor de organisatie van gedachten, percepties, emoties en aandachtsprocessen bij de mens. Dit gedeelte is erg belangrijk bij de verwerking van informatie en de omzetting van deze informatie in gedrag en zinvolle gedachten. Als hier een afwijking in voorkomt, zoals hierboven beschreven, zou dit een verklaring kunnen zijn voor de positieve kenmerken van schizofrenie. Er zijn dus geen genen die als oorzaak aan te wijzen zijn bij schizofrenie.

In het diathese-stressmodel wordt gesproken over een interactie tussen de genetische kwetsbaarheid en omgevingsfactoren die hun start al vinden tijdens de zwangerschap en zich voort zetten tijdens de geboorte en jeugd van een kind. In deze interactie kunnen omgevingsfactoren veel invloed uitoefenen op het functioneren en op de ontwikkeling van de hersenen maar het kan ook een psychologisch effect hebben. Er worden hierbij zogenoemde stressfactoren genoemd zoals: een prenataal trauma, geboortecomplicaties, een zeer kritisch gezin, stressvolle ervaringen, drugsgebruik, virale injecties en migratiestress. Deze stressfactoren zouden in combinatie met de genetische kwetsbaarheid kunnen leiden tot de ziekte schizofrenie.

In het model worden ook potentieel beschermende factoren genoemd. Voorbeelden hiervan zijn: een steunende communicatiestijl in het gezin, koesterend gezin, laag stressniveau en middelen voor coping. Eigenlijk zijn dit allemaal factoren die het stressniveau zouden kunnen verlagen.

Bij de behandeling van patiënten met schizofrenie wordt er vaak gebruik gemaakt van antipsychotische medicatie. Deze medicatie zorgt veelal niet voor genezing van schizofrenie. Wel heeft het een dempende werking op de positieve symptomen van schizofrenie. Hiermee wordt het risico op terugkerende acute episoden verkleind.

Naast medicatie wordt de behandeling dan ook veelal gericht op het omgaan met stressfactoren en reductie hiervan. Hier zou PMT met een lichaamsgerichte interventie, zoals de methodiek van Jacobsen, een zinvolle invulling aan kunnen geven. Momenteel wordt dit op het ZMC nog niet gedaan omdat op deze instelling nog onvoldoende onderzoek geweest is naar de effecten hiervan.

Op dit moment wordt er vooral voorlichting gegeven aan de sociale omgeving van een patiënt over de stoornis waardoor het onbegrip en angst van de sociale omgeving van de patiënt minder ervaren zal worden als een stressfactor.

(Nevid et al., 2011)

1.3 Doelstelling

Doel van het onderzoek is om uit te zoeken of progressieve spierrelaxatie volgens de methodiek van Jacobsen een bijdrage kan leveren aan de behandeling van schizofrenie op de polikliniek op het ZMC.

Er zal gekeken worden of deze methodiek, bij deze doelgroep in deze fase van behandeling, een verandering teweegbrengt ten opzichte van de spanning die de patiënt ervaart. Hiermee zou duidelijk moeten worden of de methodiek van Jacobsen een aanvulling kan zijn in de behandeling van patiënten met schizofrenie op de polikliniek op het ZMC. En zo ja, dat dit ook toegepast zou kunnen worden.

Dit onderzoek heeft een maatschappelijke relevantie. Dit omdat er op deze manier een oplossing gezocht wordt voor het verminderen van de spanning en op deze manier reduceren van stress bij schizofreniepatiënten teweeg gebracht kan worden. Op deze manier zou de methodiek een positief effect hebben op de behandeling. Het is mogelijk dat het terugvalpercentage op deze manier verminderd kan worden. Volgens Kane (1996) is het percentage van terugval bij schizofreniepatiënten die onder behandeling zijn met medicatie ongeveer 15 tot 20 procent per jaar.

1.4 Vraagstelling

Vanuit de probleemstelling en doelstelling zoals hiervoor besproken is de volgende vraagstelling ontstaan:

Leidt progressieve spierrelaxatie, volgens de methodiek van Jacobsen, bij mensen met schizofrenie die in behandeling zijn op de polikliniek van het Zaans Medisch Centrum tot vermindering van spanningsklachten?

1.5 Opbouw van het onderzoek

Om antwoord te kunnen geven op deze vraag is een onderzoek opgezet. In dit onderzoek wordt de ontspanningsoefening volgens Jacobsen aangeboden aan de patiënt. Patiënt zal de oefening vervolgens drie weken lang dagelijks thuis oefenen. Gevraagd wordt om gedurende deze drie weken drie maal daags de spanning bij te houden in een spanningsdagboek. Na deze drie weken zal zichtbaar worden of er een verschil is in spanning op korte termijn maar ook op lange termijn.

De hypothese hierbij is dat duidelijk zal worden dat op korte termijn de ontspanningsoefening voor het dalen van spanning zal zorgen en dat de spanning hierdoor op langere termijn dalend is. Dat wil zeggen dat de beginscore steeds lager zal worden.

1.6 Leeswijzer

Om meer duidelijkheid over schizofrenie en progressieve spierrelaxatie te scheppen wordt in hoofdstuk 2 een beschrijving van schizofrenie gegeven. Tevens wordt er in dit hoofdstuk een beschrijving over progressieve spierrelaxatie volgens Jacobsen gegeven en tot slot een beschrijving van de voorgaande onderzoeken naar progressieve spierrelaxatie bij schizofrenie. In hoofdstuk 3 wordt een weergave gegeven van de methode van dit onderzoek. Daarna zullen in hoofdstuk 4 de resultaten worden weergegeven. Vervolgens worden in hoofdstuk 5 de methode en de resultaten ter discussie gesteld. In hoofdstuk 5 is een conclusie te vinden waarbij geprobeerd zal worden om antwoord te geven op de onderzoeksvraag. Tot slot zullen er in hoofdstuk 7 aanbevelingen gedaan worden.

Theoretisch kader

2.1 Schizofrenie volgens de DSM- IV (APA, 2000)

A. *Kenmerkende symptomen:* Twee (of meer) van de volgende, elk gedurende één maand een belangrijk deel van de tijd aanwezig (of korter bij succesvolle behandeling):
(1) wanen
(2) hallucinaties
(3) onsamenhangende spraak (bijvoorbeeld frequent de draad kwijtraken of incoherentie)
(4) ernstig chaotisch of katatoon gedrag
(5) negatieve symptomen, dat wil zeggen vervlakking van het affect, gedachten- of spraakarmoede of apathie

N.B.: Slechts één symptoom uit criterium A wordt vereist indien de wanen bizar zijn of de hallucinaties bestaan uit een stem die voortdurend commentaar levert op het gedrag of de gedachten van betrokkene, of twee of meer stemmen die met elkaar spreken.

B. *Sociaal/ Beroepsmatig disfunctioneren:* Vanaf het begin van de stoornis ligt het functioneren, voor een belangrijk deel van de tijd, op een of meer terreinen zoals werk, relaties of zelfverzorging duidelijk onder het niveau dat voor het begin van de stoornis werd bereikt (of indien het begin in de kinderleeftijd of adolescentie ligt is het niet gelukt het niveau te bereiken, dat op relationeel, school of beroepsmatig terrein verwacht kon worden).

C. *Duur:* Symptomen van de stoornis zijn gedurende ten minste zes maanden ononderbroken aanwezig. In deze periode van zes maanden moeten er ten minste één maand symptomen zijn die voldoen aan criterium A (dat wil zeggen symptomen uit de actieve fase) en kunnen er perioden voorkomen met symptomen met prodromale of restsymptomen. Gedurende deze prodromale of restperiode kunnen de symptomen van de stoornis zich beperken tot negatieve symptomen of tot twee of meer symptomen van criterium A in een lichte vorm (bijvoorbeeld vreemde overtuigingen, ongewone zintuiglijke ervaringen).

D. *Uitsluiting van schizoaffectieve of stemmingsstoornissen:* Een schizoaffectieve stoornis en een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken zijn uitgesloten omdat ofwel (1) er geen depressieve episodes, manische of gemengde episodes tegelijk met symptomen van de actieve fase zijn voorgekomen; of (2) indien er episodes met een stemmingsstoornis tijdens de actieve fase zijn voorgekomen met de totale duur die kort was in verhouding tot de duur van de actieve en de restperiode.

E. *Uitsluiting van het gebruik van middelen/ of een somatische aandoening:* De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening.

F. *Samenhang met een pervasieve ontwikkelingsstoornis:* Indien er een voorgeschiedenis is met een autistische stoornis of een andere pervasieve ontwikkelingsstoornis wordt de aanvullende diagnose schizofrenie alleen gesteld indien er gedurende ten minste één maand (of korter indien met succes behandeld) opvallende wanen of hallucinaties zijn.

2.2 Progressieve spierrelaxatie volgens Jacobsen

Rond 1929 heeft Jacobsen een ontspanningsmethodiek ontwikkeld die gebaseerd is op de progressieve spierrelaxatie. De methode is gericht op het leren ontspannen waarbij een vastgestelde procedure geldt.

Doel is om mensen vaardigheden aan te leren om zo zelf beter te leren omgaan met spanning die zij in hun lijf ervaren. Het kan zijn dat spanning een gevolg is van problematiek van iemand uit het dagelijks leven. Dan is een ontspanningsmethode niet de oplossing voor de oorzaak van de spanning, maar kan het wel een ondersteunende functie bij de behandeling hebben. Iemand leert op deze manier ook om spanning te herkennen en er iets mee te doen waardoor de spanning minder lang blijft oplopen. Als iemand gebruik wil maken van de ontspanningsmethodiek van Jacobsen zijn er een aantal voorwaarden geformuleerd. Zo is het belangrijk dat iemand zich kan concentreren op de spieren van zijn lichaam en op de stem van de therapeut. En het is ook belangrijk dat iemand systematisch de bedoelde spiergroepen kan aanspannen en ontspannen. Verder is het van belang dat er genoeg motivatie is om de methodiek ook zelfstandig thuis te oefenen (Van der Meijden & Verschuur, 2001).

Bij deze methodiek wordt gebruik gemaakt van 16 verschillende spiergroepen die steeds aangespannen worden en vervolgens ontspannen volgens de instructies van de therapeut. Daarna wordt dit nog eens herhaald zodat het verschil duidelijk ervaren kan worden. De spiergroepen zien er als volgt uit:

1. Dominante hand en onderarm
2. Dominante biceps
3. Niet dominante hand en onderarm
4. Niet dominante biceps
5. Het voorhoofd
6. Het centrale gedeelte van het gezicht
7. Het onderste gedeelte van het gezicht en de kaken
8. De nek
9. De borst, schouders en bovenste gedeelte van de rug
10. De maagstreek
11. Dominante bovenbeen
12. Dominante kuit
13. Dominante voet
14. Niet dominante bovenbeen
15. Niet dominante kuit
16. Niet dominante voet

Bedoeling is dat de oefening liggend wordt uitgevoerd met het liefst gesloten ogen. Het licht kan wat gedempt worden, de ruimte moet rustig zijn en het liefst met zo min mogelijk geluiden.

Het is in het belang van de deelnemer om makkelijke en niet knellende kleding aan te trekken en dat er een gemakkelijke houding op de rug wordt aangenomen.

2.3 Voorgaande onderzoeken over dit onderwerp

In dit hoofdstuk zal een samenvatting te zien zijn van een literatuuronderzoek van Vancampfort et al. (2011). Tevens zal er een zeer korte weergave te zien zijn van relevante onderzoeken over progressieve spierrelaxatie bij patiënten met schizofrenie.

Patiënten met schizofrenie ervaren zowel tijdens een acute psychotische fase als in remissie een gestoorde lichaamsbeleving (Rajender, Kanwal, Rathore, & Chaundhary, 2009). Men voelt zich niet goed in eigen lichaam en lichaamssignalen worden verkeerd geïnterpreteerd (De Haan & Fuchs, 2010; Koide & Tamaoka, 2006). In een onderzoek is aangetoond dat deze gestoorde lichaamsbeleving in relatie ligt met gevoelens van stress en angst (Röhrich & Priebe, 1996). Er is vanuit het werkveld de vraag ontstaan of er een wetenschappelijke onderbouwing zou kunnen komen over de lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de behandeling van de gestoorde lichaamsbeleving bij patiënten met schizofrenie (Arbour-Nicitopoulos, Faulkner, & Cohn, 2010; De Haan & Fuchs, 2010). Hier wordt een literatuuronderzoek over beschreven in dit artikel.

Er werd gezocht in de databases PubMed, PEDro, Cochrane Library, CINAHL, PsycINFO, SPORDiscus naar publicaties tussen 1 januari 2000 en 1 januari 2011. Ook werd er in referentielijsten van deze publicaties gezocht. Zoektermen waren: 'schizophrenia', 'psychosis', 'psychomotor therapy', 'mind-body therapy', 'physical therapy', 'yoga' of 'relaxation'. Zoektermen voor de aanknopingspunten waren: 'body awareness', 'body-image', 'body experience', 'anxiety', 'stress' of 'psychopathology'.

Elf studies voldeden aan de in- en exclusiecriteria. Er werd sterk bewijs gevonden dat yoga psychiatrische symptomen vermindert en dat progressieve spierrelaxatie angst- en stressgevoelens vermindert. Er was beperkt bewijs dat yoga effectief is in het verminderen van stressgevoelens en dat lichaamsgerichte technieken in groepsverband negatieve symptomen verminderen. Kwalitatief onderzoek rapporteerde gunstige effecten van mindfulness- en massagetechnieken voor het verminderen van stressgevoelens.

De conclusie die getrokken wordt is dat lichaamsgerichte werkvormen een betekenisvolle plaats dient te krijgen binnen de multidisciplinaire behandeling van schizofrenie.

In dit artikel zijn twee onderzoeken betrokken waarbij het onderzoek specifiek gaat om de progressieve spierrelaxatie. Hierbij gaat het om het onderzoek van Chen et al. (2009) en Vancampfort et al. (2010).

Chen et al. (2009) beschrijft een onderzoek waarbij 11 dagen lang, dagelijks 40 minuten geoefend wordt met progressieve spierrelaxatie. Als meetinstrument wordt gebruik gemaakt van de BAI en de vingertemperatuur wordt gemeten. Als belangrijkste uitkomst wordt gegeven dat er een reductie in angst te zien is. Ook is te zien dat de vingertemperatuur direct na de oefening gestegen is.

Vancampfort et al. (2010) beschrijft een onderzoek waarbij 1 maal de oefening uitgevoerd wordt van 25 minuten. Als meetinstrument wordt gebruik gemaakt van de SAI en de SEES. Als belangrijkste uitkomst wordt gegeven dat er na het uitvoeren van de oefening een reductie te zien was in angst en stress. Ook werd een verbetering gevonden in het welzijn van de patiënt.

Georgiev et al. (2012) beschrijven ook een onderzoek waarbij 2 maal de oefening van 25 minuten uitgevoerd wordt. Ook zij maken gebruik van de SAI en de SEES als meetinstrument. Als belangrijkste uitkomst wordt gegeven dat progressieve spierrelaxatie een reductie in angst teweeg brengt en dat het een positief effect heeft op het welbevinden van de patiënt. Als grootste voordeel van de oefening wordt beschreven dat het niet zo verslavingsgevoelig is als medicijnen en ook geen bijwerkingen heeft.

Er zijn geen onderzoeken gevonden waarbij progressieve spierrelaxatie een negatief effect zou hebben bij patiënten gediagnosticeerd met schizofrenie.

Methode

3.1 Onderzoekspopulatie

Voor dit onderzoek zijn 6 patiënten benaderd voor deelname ($n=6$). Zij zijn door hun behandelend psychiater, in april 2013, gevraagd deel te nemen aan dit onderzoek en hebben hierop toegezegd. Hierbij hebben zij een brief met informatie meegekregen zoals weergegeven in bijlage 2.

De benaderde patiënten zijn in behandeling op de polikliniek van het ZMC en zijn gediagnosticeerd met schizofrenie conform de DSM- IV (APA, 2000). Ook hebben zij in een gesprek met de psychiater aangegeven spanningsklachten te ervaren en zijn zij tussen de 25 en 48 jaar oud. Onder de deelnemers was 1 man en 5 vrouwen.

Tijdens de periode dat het onderzoek plaats vindt gaat de behandeling bij de psychiater gewoon door zoals voorheen.

3.2 Onderzoeksmethode

In dit onderzoek is gekozen voor een toetsend ontwerp gecombineerd met kwalitatieve gegevens. Hierbij gaat het om de effecten van progressieve spierrelaxatie gebaseerd op de ervaringen/ belevingen van de deelnemers van het onderzoek. Om deze belevingen te kunnen meten zijn er meerdere meetmomenten geweest en dit maakt het onderzoek longitudinaal. Er is geen controlegroep aanwezig geweest bij dit onderzoek wat het prospectief experimenteel maakt (Bakker & Van Buuren, 2009).

3.3 Meetinstrument

Om de resultaten in beeld te krijgen wordt er gebruik gemaakt van een spanningsdagboek dat weergegeven staat in bijlage 1. De patiënt houdt gedurende de onderzoeksperiode drie maal daags bij wat de spanning op dat moment is door hier een getal aan te koppelen. In het spanningsdagboek staat schematisch weergegeven dat dit per dagdeel 1 keer ingevuld wordt. Het geven van een cijfer aan de spanning wordt gedaan aan de hand van een spanningsthermometer. Voorafgaand aan het onderzoek wordt aan de deelnemende patiënt uitgelegd hoe deze spanningsthermometer toe te passen is.

Op de spanningsthermometer is een schaal weergegeven van 0 tot 100. Hierbij staat de 0 voor helemaal geen spanning, en 100 voor de maximale spanning. Op deze manier is de vragenlijst vergelijkbaar met een Visual Analogue Scale (VAS) (Wewers & Lowe, 1990). Verder wordt er in het dagboek één maal daags een kruisje gezet wanneer de oefening wordt uitgevoerd. Hierdoor wordt zichtbaar of het doen van de oefening invloed heeft op de spanning van de patiënt.

3.4 Onderzoeksprocedure

Het onderzoek neemt voor de patiënten een periode in beslag van 3 weken. Hieronder is schematisch weergegeven hoe deze drie weken eruit zullen zien voor de patiënt.

Bij de start wordt het gehele proces doorgesproken en wordt de oefening uitgevoerd in het bijzijn van de therapeut. Vervolgens wordt er een afspraak gemaakt voor één week later en zal de patiënt thuis de oefening dagelijks doen en daarbij het spanningsdagboek bijhouden. Tijdens de afspraak wordt geëvalueerd op de afgelopen week en de oefening wederom uitgevoerd in het bijzijn van de therapeut. Zo zullen alle weken eruit zien. Na afloop wordt een laatste afspraak gemaakt waarbij er geëvalueerd zal worden over de voorgaande drie weken en zal de patiënt het spanningsdagboek aan de therapeut afgeven.

Week	Afspraak op polikliniek (60 minuten) Op dag 1 van de week	Dag 2-7 van de week
1	Korte uitleg van de oefening Uitleg van spanningsthermometer en van spanningsdagboek Uitvoeren van de oefening Meegeven van cd waar de oefening op staat en spanningsdagboek met spanningsthermometer.	1 maal daags de oefening op de cd uitvoeren en 3 maal daags het spanningsdagboek invullen
2	Evalueren van spanningsdagboek Uitvoeren van de oefening	1 maal daags de oefening op de cd uitvoeren en 3 maal daags het spanningsdagboek invullen
3	Evalueren van spanningsdagboek Uitvoeren van de oefening	1 maal daags de oefening op de cd uitvoeren en 3 maal daags het spanningsdagboek invullen

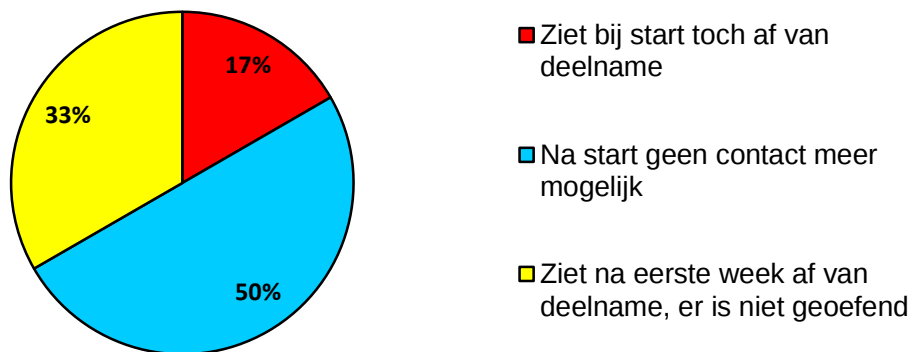
Tabel 1: Onderzoeksprocedure

Zoals in tabel 1 te zien is wordt er gewerkt met een spanningsdagboek dat drie keer daags ingevuld wordt met behulp van een spanningsthermometer. Er wordt drie keer per dag een cijfer gegeven aan de spanning die op dat moment gevoeld wordt. Ook wordt er in dit dagboek een kruisje gezet wanneer de patiënt die dag de oefening heeft uitgevoerd. Ook is te zien dat patiënten een cd meekrijgen. Op deze cd staat de oefening die dan te beluisteren is. Dit is een oefening volgens de progressieve spierrelaxatie van Jacobsen. Deze cd is te vinden in bijlage 3.

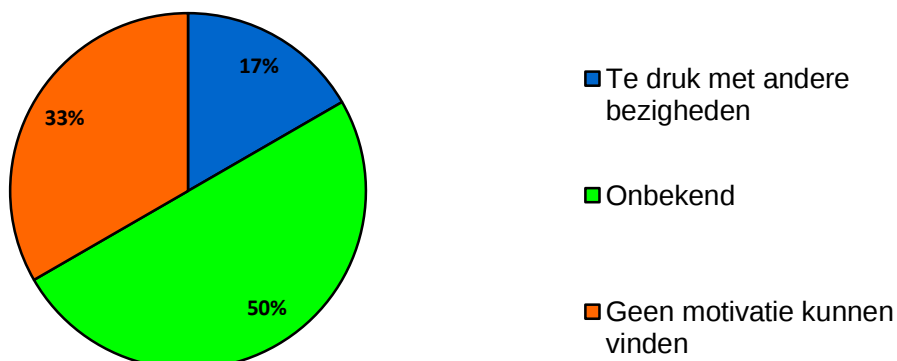
Resultaten

Er zijn gedurende de onderzoeksperiode 6 deelnemers geweest die toegezegd hebben mee te willen doen aan het onderzoek (n=6). Hiervan zijn 5 deelnemers van het vrouwelijk geslacht en 1 deelnemer van het mannelijk geslacht. Zij zijn van een leeftijd tussen 25 en 48 jaar en gediagnosticeerd met schizofrenie conform de DSM- IV (APA, 2000).

Van deze 6 deelnemers heeft niemand deelgenomen aan het (volledige) onderzoek. In tabel 2 is weergegeven waarom er geen data te beschrijven zijn zoals eerder in hoofdstuk 3 beschreven. Vervolgens staan in tabel 3 de redenen schematisch weergegeven waarom er werd afgezien van (verdere) deelname aan het onderzoek.



Tabel 2: Resultaten



Tabel 3: Redenen van drop- out

Discussie

De onderzoeksvraag die is gesteld ziet er als volgt uit:

Leidt progressieve spierrelaxatie, volgens de methodiek van Jacobsen, bij mensen met schizofrenie die in behandeling zijn op de polikliniek van het Zaans Medisch Centrum tot vermindering van spanningsklachten?

Deze vraag is mede ontstaan uit de vraag of het aangeboden PMT- onderdeel in het programma van de patiënten opgenomen op de PAAZ- afdeling op het ZMC een bijdrage kan leveren in de behandeling van schizofrenie.

De hypothese die gesteld is, gebaseerd op het literatuuronderzoek van Vancampfort et al. (2011), was dat progressieve spierrelaxatie voor reductie van spanning zou zorgen bij schizofrenie- patiënten. En dat de progressieve spierrelaxatie daardoor ook een bijdrage zou kunnen leveren in de behandeling van schizofrenie.

De uitvoering van de methode die hiervoor is opgezet, zoals eerder beschreven in hoofdstuk 3, is niet naar tevredenheid verlopen. Dit omdat het voor geen enkele deelnemende patiënt haalbaar geweest is om dit onderzoek (volledig) uit te voeren.

Er zijn 6 patiënten benaderd voor deelname aan dit onderzoek en allen hebben toegezegd mee te willen doen. Er zijn echter 5 patiënten daadwerkelijk gestart en na de start is contact geweest met enkel 2 patiënten. Na de eerste week bleek echter dat het bij deze 2 patiënten niet gelukt was om de oefening daadwerkelijk te doen. En het was maar bij 1 patiënt gelukt om het spanningsdagboek bij te houden.

Bij de start was een psychomotorisch therapeut aanwezig die uit observaties kan vertellen dat er zichtbaar sprake was van reductie van de lichamelijke spanning. Dit is echter subjectieve informatie die in de onderzoeksopzet niet meegenomen is in de data-verwerking. Volgens de opzet zou dit duidelijk moeten worden in het spanningsdagboek. Deze is echter nooit ingevuld door de deelnemers.

Dit verloop is te koppelen aan de stoornis waarmee de patiënten gediagnosticeerd zijn, namelijk schizofrenie. In de kenmerken, zoals beschreven in hoofdstuk 2.2, wordt gesproken over positieve en negatieve symptomen. Bij de positieve symptomen wordt ernstig chaotisch gedrag beschreven. Dit kan ertoe leiden dat patiënten niet in staat zijn om de structuur te vinden om de oefening dagelijks te doen. Nevid et al. (2011) beschrijven als één van de kenmerken van schizofrenie over motorische stoornissen en stoornissen in de aandrift. Deze kenmerken zouden gekenmerkt worden door verlies van initiatief om zich bezig te kunnen houden met doelgerichte activiteiten en moeilijk in staat te kunnen zijn tot uitvoering van plannen. Dit zou vooral komen door het verlies van interesse of gedrevenheid.

Dit gekoppeld aan het verloop van dit onderzoek zou er als volgt uit kunnen zien: patiënten zien dit als een plan in hun behandeling en willen graag deelnemen, maar krijgen dit niet voor elkaar door het verlies van interesse of gedrevenheid. En dit wellicht in combinatie met het niet kunnen vinden van voldoende structuur om de oefening te kunnen doen door het chaotische gedrag wat aanwezig kan zijn.

De patiënten waarmee na de start het contact verbroken is kan ook gekoppeld worden aan wat beschreven wordt door Nevid et al. (2011). Er wordt beschreven dat patiënten met schizofrenie vaak sterk geremd zijn ten aanzien van inter-persoonlijke relaties en dat zij zich hierdoor vaak terug trekken uit de buitenwereld en in eigen gedachten en fantasieën geabsorbeerd raken.

Er kan dan ook gesteld worden dat het niet relevant is om te weten of de ontspanningsoefening tot vermindering van spanning leidt bij deze doelgroep. Dit omdat het voor deze patiënten duidelijk niet haalbaar is om de oefening zelf thuis uit te voeren. Dus bij opname zou het effectief kunnen zijn, maar er zou vervolgens thuis niets mee gedaan worden.

Er zijn in de methode weinig variabelen te vinden. Zo heeft iedereen dezelfde cd met de oefening die ook steeds weer hetzelfde is. Op deze cd is echter wel een soort ruis te horen op de achtergrond waar een patiënt zich aan zou kunnen storen. Hier is echter geen melding van vernomen.

Bij de start werd bij elke patiënt eenzelfde kamer gebruikt en dezelfde therapeut. In deze ruimte werd rekening gehouden met het licht en de temperatuur. Er was echter wel wat zachte geluidsoverlast te horen vanuit de gang naast de ruimte. De patiënt zou zelf zorgen voor een rustige oefenplek in de thuissituatie. Dit is echter, zoals hierboven beschreven, bij geen enkele patiënt daadwerkelijk gedaan waardoor hier niets over gezegd kan worden.

De resultaten zijn niet naar verwachting aangezien er geen data beschreven kunnen worden zoals omschreven in hoofdstuk 3. Dit maakt dat er geen direct antwoord gegeven kan worden op de onderzoeksvraag.

Mocht het zo geweest zijn dat de 6 deelnemers allen wel meegedaan hadden aan het volledige onderzoek had dan het ook een minimum aan data-gegevens opgeleverd. In dat geval had er ook geen zekere conclusie getrokken kunnen worden.

Conclusie

Doel van dit onderzoek was om te bepalen of progressieve spierrelaxatie bij patiënten met schizofrenie de spanning kan reduceren. Dit met de bedoeling dat duidelijk zou worden of deze ontspanningsoefening, die aangeboden wordt in een PMT- onderdeel op het ZMC, een bijdrage zou kunnen leveren in de behandeling van schizofrenie.

Volgens het literatuuronderzoek van Vancampfort et al. (2011) kan gesteld worden dat progressieve spierrelaxatie volgens de methodiek van Jacobsen een positief effect heeft en voor een reductie van de spanning zal zorgen.

In de uitvoering van dit onderzoek is gebleken dat het dagelijks oefenen van de oefening en het bijhouden van spanning niet haalbaar was voor de deelnemende patiënten. Dit kan verklaard worden door kenmerken die beschreven staan in de DSM- IV (APA, 2000) ondersteund door de beschrijving van bepaalde kenmerken van schizofrenie door Nevid et al. (2011).

De gestelde onderzoeksvraag is als volgt:

Leidt progressieve spierrelaxatie, volgens de methodiek van Jacobsen, bij mensen met schizofrenie die in behandeling zijn op de polikliniek van het Zaans Medisch Centrum tot vermindering van spanningsklachten?

Op deze vraag is echter geen antwoord te formuleren vanuit data.

Wel kan er gesteld worden dat dit ook geen directe relevantie heeft. Dit omdat er kenmerken van schizofrenie zijn die ervoor zouden kunnen zorgen dat de oefening niet zelfstandig in een thuissituatie ingezet zal worden. Een patiënt zou er dus eventueel iets aan kunnen hebben tijdens een opname op de PAAZ- afdeling omdat dit reducerend is op de spanning, maar er vervolgens niets meer mee doen.

Het doel van dit onderzoek was als volgt:

Kan het PMT- onderdeel ademhaling en ontspanning, op de PAAZ- afdeling van het ZMC, een bijdrage leveren in de behandeling van schizofrenie?

Als antwoord op deze vraag kan gesteld worden dat het op korte termijn een bijdrage zou kunnen leveren. Op grond van resultaten uit dit onderzoek is echter de verwachting dat de ontspanningsoefening op lange termijn geen effect zal hebben op de behandeling.

Aanbevelingen

Doel van het onderzoek was om te bekijken of progressieve spierrelaxatie volgens de methodiek van Jacobsen een bijdrage zou kunnen leveren in de behandeling van schizofrenie. Dit met een hypothese dat de oefening een reducerend effect zou hebben op de spanning. Er is echter gebleken dat het voor de doelgroep erg moeilijk is om de oefening buiten de therapietijden zelf te oefenen. Er is dan ook geen duidelijkheid gekomen of de oefening op zichzelf een daling van de spanning teweeg kan brengen.

Dit maakt dat ik tot een aanbeveling kom om hier nog wel onderzoek naar te doen. Dit omdat het onderzoek dat nu uitgevoerd is met enkel 6 patiënten. Mogelijk zou met meer patiënten een geheel andere uitslag kunnen geven.

Het zou een positief effect kunnen hebben in de behandeling van schizofrenie of veel therapietijd kunnen schelen voor psychomotorisch therapeuten.

Literatuur

- About-Nicitiopoulos, K.P., Faulkner, G.E., & Cohn, T.A. (2010) . Body image in individuals with schizophrenia: examination of the B-WISE questionnaire. *Schizophr Res*, 118, 307-308.
- American Psychiatric Association (2000) . *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM- IV- TR*. Amersfoort: Drukkerij Wilco bv.
- Bakker, E., & Van Buuren, H. (2009) . *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/ Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Ben- Zeev, D., Larson, J., & Sarratt, M. (2010) . A possible role for progressive muscle relaxation in the treatment of persecutory ideation. *Medical Hypotheses*, 75, 568- 571.
- Chen, W., Chu, H., Lu, R., Chou, Y., Chen, C., ... Chang, Y. (2009) Efficacy of progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patients with acute schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2187- 2196.
- De Haan, S., & Fuchs, T. (2010) The ghost in the machine: disembodiment in schizophrenia – two casestudies. *Psychopathology*, 43, 327-333.
- Everts, E.G., Fabius, M., Gouwerok, A., & Mijnter, C. (2002) . *Module psychotische stoornissen*. Nederland: NVPMT.
- Georgiev, A., Probst, M., De Hert, M., Genova, V., Tonkova, A., & Vancampfort, D. (2012) . Acute effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in chronic bugarian patients with schizophrenia. *Psychiatria Danubina*, 24, 367- 372.
- Kane. J.M. (1996). Drug therapy: Schizophrenia. *The new England Journal of Medicine*, 334, 34- 41.
- Koide, R., & Tamaoka, A.(2006) . Body image deviation in chronic schizophrenia, new research. In: Kindes, M. (2006). *Body image: new research*. New York: Nova Science Publishers, 145-197.
- Nevid. J.S., Rathus. A., & Greene B. (2011) . *Psychiatrie een inleiding*. Benelux: Pearson Education.

- Nuechterlein, K.H., & Dawson, M. E. (1984) . A heuristic vulnerability/ stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull.*, 10, 300-312.
- Rajender, G., Kanwal, K., Rathore, D.M., & Chaundhary, D. (2001) . Study of cenesthesias and body image aberration in schizophrenia. *Indian J Psychiatry*, 51, 195-198.
- Röhrich, F., & Priebe, S.(1996) . Body image in patients with acute paranoid schizophrenia. A longitudinal study. *Nervenzarzt*, 67, 602-607.
- Vancampfort, D., Corell, C.U., Scheewe, T.W., Probst, M., De Herdt, A., Knapen, J., & De Hert, M. (2012). *Progressive muscle relaxation in persons with schizophrenia: a systematic review of randomized controlled trials*. Verkregen op 17, december, 2012 van <http://cre.sagepub.com/>.
- Vancampfort, D., Probst, M., Knapen, J., Demunter, H., Peuskens, J., & De Hert, H. (2011) . Lichaamsgerichte werkvormen binnen de psychomotorische therapie voor mensen met schizofrenie: een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 531-541.
- Van der Meijden, H., & Verschuur, P. (2001). Ontspanningsoefening gebaseerd op progressieve relaxatie (Jacobson). *Syllabus lichaamsgeoriënteerde methodieken, opleiding bewegingsagogie en psychomotorische therapie*. Zwolle: Windesheim.
- Wewers, M.E., & Lowe, N.K. (1990). A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Res Nurs Health.*, 13, 227-236.

Bijlagen

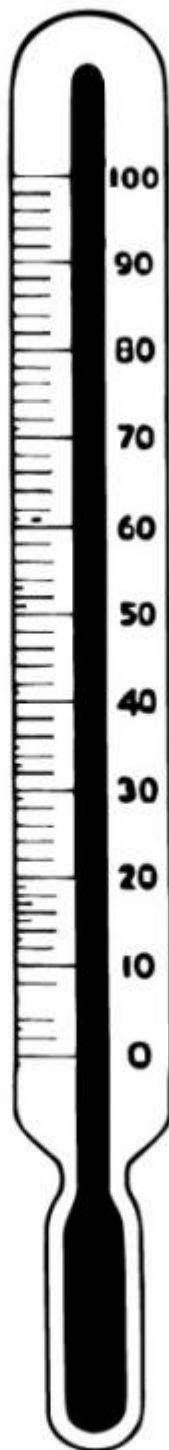
1 Spanningsdagboek met spanningsthermometer.

Bedoeling is om dagelijks na te gaan wat uw spanning is. Dit doen we aan de hand van een spanningsthermometer. Hieronder is een afbeelding hiervan te zien.

De 0 wil zeggen dat er helemaal geen spanning te voelen is.

De 100 wil zeggen dat de spanning niet hoger kan.

Ga drie keer per dag na wat op dat moment de spanning in jouw lichaam is en schrijf deze op in het spanningsdagboek.



Week 1	Ochtend	Middag	Avond
Maandag			
Dinsdag			
Woensdag			
Donderdag			
Vrijdag			
Zaterdag			
Zondag			

Week 2	Ochtend	Middag	Avond
Maandag			
Dinsdag			
Woensdag			
Donderdag			
Vrijdag			
Zaterdag			
Zondag			

Week 3	Ochtend	Middag	Avond
Maandag			
Dinsdag			
Woensdag			
Donderdag			
Vrijdag			
Zaterdag			
Zondag			



Afdeling Psychiatrie

Kliniek
Polikliniek
H.N. Dijkstra, psychiater
Dr. H.N. Sno, psychiater

Tel. (075) 650 26 27
Fax (075) 650 21 52

Dagkliniek
D.J. Gimbel, psychiater
M. Hakvoort, psychiater
U.M. Ziegler, psychiater

Tel. (075) 650 24 40
Fax (075) 650 28 83

Onderzoek naar ontspanningsoefening

Geachte mevrouw / meneer,

Wij vragen u om mee te doen aan dit onderzoek. U beslist zelf of u wilt meedoen. Voor het nemen van deze beslissing vinden wij het belangrijk om meer te weten over het onderzoek. Lees deze informatie daarom rustig door. Heeft u na het lezen van de informatie nog vragen? Dan kunt u terecht bij mw. M. van Loon. Helemaal onderaan kunt u haar contactgegevens vinden.

Waar gaat dit onderzoek over?

Dit onderzoek gaat over een ontspanningsoefening. Bij deze oefening gaat het om het aanspannen van spieren en vervolgens ontspannen zodat u het verschil zult ervaren tussen spanning en ontspanning. En op deze manier ook kunt leren ontspannen.

Wat is het doel van het onderzoek?

Doel van dit onderzoek is om te onderzoeken of deze ontspanningsoefening een bijdrage kan leveren in de behandeling die u nu al krijgt. Deze bijdrage is dan in de zin van het verminderen van de spanning in uw lijf.

Hoe zit dit onderzoek in elkaar?

Het onderzoek duurt 3 weken waarbij u 3 keer, 1 keer per week, een afspraak heeft. Tijdens deze afspraak wordt u de ontspanningsoefening aangeboden en wordt een vragenlijst uitgelegd. De oefening krijgt u mee op cd en gevraagd wordt om deze dagelijks thuis te doen en ook dagelijks de vragenlijst in te vullen. Dit is vergelijkbaar met een soort dagboekje. Het onderzoek zal per dag ongeveer 30 minuten in beslag nemen voor u. Aan het eind van de 3 weken levert u de vragenlijst weer in.

Wat gebeurt er met de gegevens?

De gegevens worden anoniem gebruikt in de uitwerking van dit onderzoek.

Bij wie kan ik terecht voor vragen?

Als u nog vragen heeft betreft dit onderzoek kunt u altijd terecht bij uw eigen behandelaar. Over het onderzoek kunt u terecht bij

mw. M. van Loon.

Zaans Medisch Centrum

Afdeling Psychiatrie

075- 6502476

werkdagen: maandag, dinsdag, woensdag, vrijdag(onregelmatig)

3 De cd met de ontspanningsoefening