

Ademhalingsregulatie als therapeutisch middel

J. van Dixhoorn, arts
Afd. Biofeedback
St. Joannes de Deo,
Haarlem

SUMMARY

Instructions for breathing are increasingly used in the treatment of the hyperventilation syndrome. An effective instruction should be 1. contrary to the normal breathing pattern of the client, 2. able to become automatic, 3. change the body sensation.

Ademhalingsregulatie als therapeutisch middel bij diverse psychosomatische aandoeningen komt de laatste jaren in de belangstelling.

Wetenschappelijk tracht men de waarde te toetsen door een groep patienten met bijv. hyperventilatieklachten, ademinstructie te geven en te vergelijken met één of meer andere groepen van patienten die op een wachtlijst staan, geen therapie krijgen of die therapie krijgen als: algemene ontspanning, biofeedback, gedragstherapie, medicatie etc (Hoevenaars, 1980; Vlaanderen-v. d. Giessen en Lindeboom, 1980).

In deze bijdrage wil ik iets zeggen over de inhoud van de ademinstructie en de manier van overdracht.

Een goede ademhalingsinstructie is gericht, leidt tot algemene ontspanning en vraagt begeleiding bij de toepassing in het dagelijks leven, wat betreft het emotionele reactiepatroon en het bewegingspatroon. De ademinstructie moet voldoen aan drie voorwaarden:

1. zij is tegengesteld aan het gewone adempatroon van de client/patient.
2. zij kan automatiseren.
3. zij geeft aanleiding tot gevoelsmatige veranderingen van het lichaam.

Wat betreft hyperventilatie werken wij deze punten als volgt uit:

ad 1. Elke persoon heeft een eigen manier van ademen.

Overdracht van ademinstructie om een verandering te bereiken vereist dat de begeleider het individuele adempatroon kan onderkennen en volgen.

Daarna zoekt men de momenten dat men tegenstuur kan geven met instructies.

Een hyperventilant ademt veelal te snel, te oppervlakkig en met te veel kracht bij het uitademen. Vertragen van het ademtempo ligt voor de hand omdat de patient dan minder koolzuur kwijtraakt. Wil men dit later automatiseren, dan moet de adembeweging van karakter veranderen en de sensatie van langzaam ademen en „meer koolzuur” prettig worden.

Het karakteristieke van de adembeweging is de uitademingsstand, d.w.z. de spieren die voor uitademen zorgen overheersen de spieren die voor inademen zorgen. De belangrijkste inademingsspier is het middenrif. In de uitademingsstand staat het middenrif hoog, is niet goed afgeplat en kontraheert bij inademen en ontspant direct wanneer de uitademing begint. Men heeft gevoelsmatig moeite met inademen en een voorkeur voor uitademen. Veel mensen zijn gewend zuchtend uit te ademen, veel te praten op één uitademing en de gehele borstkas te laten samenvallen (in elkaar zakken). De inademing komt niet diep in het onderlichaam, zodat men de druk van de middenrifafplatting nauwelijks voelt (flanken, onderbuik, onderrug).

Voorzover men wel enige druk voelt, verdwijnt deze onmiddellijk wanneer de uitademing begint. De normale „carry over” activiteit van het middenrif tijdens de eerste helft van de uitademing is veel te klein.

Belangrijker dan de duur van de uitademing is de activiteit van het middenrif, die ervoor zorgt dat de ademlucht geleidelijk ontsnapt (matiging van de uitademing). Om dit ademtype om te buigen naar de normale beweging toe, moet men het omgekeerde dat is de inaderningsstand van onderbuik en onderrug, oefenen. Dus: het onderlichaam wordt bol bij inademen, men houdt deze uitbolling enkele tellen vast, voordat men gaat uitademen en de uitademing begint met weinig lucht te laten ontsnappen. (van Dixhoorn, 1980).

Ad 2. Ademhaling is zowel willekeurig (spreken) als onwillekeurig (slapen).

Ademoefening moet omvatten zowel het opzettelijk een bepaald patroon uitvoeren wat betreft ritme en plaats van beweging, als het passief en zonder ingrijpen voelen wat het lichaam zelf doet.

Wanneer men enkele malen (2-3 minuten hooguit) de tegengestelde beweging oefent en vervolgens voelt wat het lichaam doet, bemerkt men dat de ademhaling rustiger en gemakkelijker is geworden.

Na enkele malen afwisselen van oefenen en voelen is er minder druk op de borst en voelt men meer ruimte.

De sensaties zijn essentieel om te weten of men goed oefent, zowel in de therapie-bijeenkomst als daarbuiten. Door het tegenovergestelde te oefenen, wordt men bewust van het (verkeerde) patroon en kan de normale adembeweging zichzelf herstellen.

Het „inslijpen“ en automatiseren van de normale beweging hangt af van de regelmaat en aandacht waarmee men oefent, en de juistheid van de oefening.

Wanneer aan beide voorwaarden is voldaan zal men zich erop gaan „betrappen“ ongewild en zonder nadenken met de buik te ademen.

Vervolgens bemerkt men dat spanningen van welke aard ook de buikademhaling bemoeilijken. Het automatiseren van de nieuwe en normale ademhaling is dan de achtergrond waartegen de moeizame en oude ademhaling zich aftekent als signaal dat men gespannen wordt, nog voordat de spanning zo groot is, dan men „in-eens“ hyperventileert.

De normale beweging in deze zin is niet de statistische normaal, maar de adembeweging die men kan afleiden uit de werking van het middenrif, keel en wervelkolom. Het is de meest makkelijke en efficiënte beweging.

Daarom automatiseert zij snel. Behalve vermindering van klachten en de mogelijkheid een aanval op te vangen bemerkt men algemene gevolgen van de automatisering, wat betreft slaap, moeheid, fysiek uithoudingsvermogen en opgewektheid. Treden deze niet op, dan kan men twijfelen aan de motivatie van de persoon, de eigen overtuigingskracht, de kwaliteit van de ademinstructie en/of de diagnose hyperventilatie.

Ad 3. Verandering van adempatroon gaat onvermijdelijk samen met een periode van verwarrende lichamelijke sensaties. De oude toestand ging weliswaar met hyperventilatieklachten gepaard, maar voelt toch normaal en vertrouwd aan. Men wil het liefste van de klachten afkomen zonder iets aan zichzelf te veranderen.

Meer nog dan de ademoefening zelf is de uitwerking ervan op de lichaamsbeweging, mentale instelling en het gedrag t.o.v. andere mensen, individueel verschillend.

Aangezien het hanteren van deze reacties niet los is te maken van de ademinstructie zelf, kan men beter spreken van ademtherapie.

We beperken ons hier tot het hanteren van de fysieke sensaties. Deze zijn van drie soorten:

- a. Aanvankelijk voelt men eigenlijk niets van het lichaam en denkt men: niks voelen is goed. Iets voelen is naar. „Het gaat goed met me, want ik voel niks en heb geen last“.

Hierop reageert men door stelselmatig en geduldig te vragen wat men nú voelt, wáár precies en hóe men dat vindt.

Daardoor leert men onderscheiden tussen b. en c.

- b. Overgangssensaties: Deze kunnen vervelend zijn en komen voort uit onwennigheid en stijfheid. Evenals een arm, die men na 3 weken stil houden weer gaat bewegen, pijn kan doen, zo geeft oefening van een tegenovergestelde adembeweging soms nare sensaties als: pijn op de maag, in de rug, in de schouders, trekkend gevoel over de borst en/of een licht gevoel in het hoofd (anders dan hyperventilatie-lichtheid) enz.

Deze zijn tijdelijk. Zij zijn een teken, dat men inderdaad iets doet en goed oefent. Men reageert dus door ze te bevestigen als een goed teken en zegt

ook: „Naarmate de buikademhaling meer vanzelf gaat, verdwijnen ze“.

- c. Ontspanningssensaties: Gelukkig ervaren de meeste mensen al snel een gevoel van rust, zwaarte, warmte en tintelen in de benen alsof het „stroomt“, loomheid of iets dergelijks. Vindt men dit prettig, dan zal het toepassen van de oefeningen thuis weinig aanmoediging behoeven. Toch is de neiging naar het oude patroon terug te keren sterk, daarom bespreekt de therapeut opzettelijk hoe men deze sensaties vindt en benadrukt dat zij in feite normaal en gewoon zijn. Voor de mensen die zichzelf schuldig voelen als ze stil zijn, die zwaarte interpreteren als een verlamming of die loomheid héél gek en raar vinden, is dit zeker noodzakelijk.

In de verdere begeleiding bespreekt men steeds weer de lichamelijke berichten die de mensen geven en maakt men onderscheid tussen b. en c.

Mensen, die niet tot oefenen gemotiveerd of capabel zijn, kunnen ook dergelijke berichten niet geven. Dan is ademtherapie niet geïndiceerd.

Voorzover hyperventilatie een stoornis is van de ademregulatie kan dit afdoende verholpen worden door het inwendige „norm-gevoel“ voor de goede ademhaling te veranderen. Een hyperventilant heeft een gevoel van luchttekort, benauwdheid, behoefte aan frisse lucht, een drang om „vieze lucht“ in de borst goed uit te blazen, een gevoel van teveel lucht die er uit moet, enz.

Lang niet alle mensen met hyperventilatie noemen dit uit zichzelf, maar zodra men de inademiingsstand van het onderlichaam gaat oefenen, berichten de meesten een dergelijke indruk. Typisch is ook dat de inademiingsstand vreemd en tegennatuurlijk aanvoelt.

Het lichaam lijkt dan raar bol, heel dik, opgeblazen etc. Men heeft de neiging eens goed weer alles uit te blazen of eens goed in te ademen en de schouders op te trekken. Aangezien buikademhaling efficiënter is, lijkt het voor de mensen, dat men nauwelijks ademt en nauwelijks lucht naar binnen krijgt. In feite is dit onwensigheid van de ademspieren van het bovenlichaam, die gewend waren aldoor aan het werk te zijn. Hun signaal van „wij doen niks“ wordt geïnterpreteerd als „er is luchttekort“.

Evenzo is er gewenning aan het lage koolzuurgehalte. Een tijdelijke verhoging voelt vreemd aan. De therapeut dient er goed op te letten of men na een oefenperiode geneigd is snel te gaan ademen om de ademvertraging en koolzuurverhoging weer ongedaan te maken. Daarom is het goed de handen op de onderbuik te houden.

Wanneer ademhalingsregulatie gecombineerd wordt met de verandering van gewoontes die samenhangen met het adempatroon spreken we van ademtherapie. Door deze combinatie worden de grenzen van ademtherapie snel duidelijk:

- Wat betreft de motivatie: Als mensen de lichamelijke gewaarwordingen die het gevolg zijn van gerichte ademoefening niet accepteren („wat ik lekker en prettig vind is goed“) en de oefeningen niet toepassen of doorzetten heeft ademtherapie geen zin. Psychosociale factoren geven dan de doorslag en verwijzing is op

zijn plaats voor begeleiding, relatie- of psychotherapie.

- Wat betreft de diagnose: Als er geen duidelijke uitademingsstand is, en de inademiingsstand gemakkelijk is vol te houden, zonder dat er gevoelsmatig grote veranderingen optreden, hebben ademoefeningen geen nut en is de diagnose hyperventilatie vermoedelijk niet juist. (Lang niet alle angstige en gespannen mensen hyperventileren, ook al ademen ze snel!). Terugverwijzing naar b.v. huisarts is nodig. Eventueel is capnografie dan geïndiceerd.
- Wat betreft vermogen tot zelfcontrole: Als mensen wel hun best doen met oefenen en duidelijk uitspreken dat de opdrachten hun te moeilijk zijn, en de therapeut is daarvan zelf overtuigd, dan is er een te grote verkramping van de ademspieren. Dit kan opgelost worden met veel geduld, overtuigingskracht, aanmoediging en omzichtigheid van degene, die ademtherapie doet. Konfrontatie werkt slechts demotiverend en aversief ten opzichte van de therapeut. In zo'n geval kan de therapeut beter supervisie vragen van een meer ervaren ademtherapeut.

Samenvatting:

Het effect van ademhalingsregulatie is wisselvallig. Sukses hangt mede af van resp. de (individuele) juistheid van de ademinstructie, de verandering in het karakter van de adembeweging en het optreden en integreren van specifieke lichamelijke sensaties. Het verdient aanbeveling, dat degene die ademhalingsregulatie laat uitvoeren, uit eigen ervaring weet waarover hij/zij spreekt.

LITERATUUR

- HOEVENAARS, J., Ademhalingsregulatie en gedragstherapie, *Bulletin van de Vereniging voor Gedragstherapie* 13e jrg. nr. 4, december 1980.
- VLAANDEREN-V, D. GIESSEN, C. en LINDEBOOM, I., Hyperventilatie en therapie, *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* 1980-1.
- DIXHOORN, J. van, Ademtherapie bij hyperventilatie, *Tijdschrift voor Paramedici* 1. nr. 6-7 (1980).