

1. Relaxerende ademtherapie

Jan van Dixhoorn

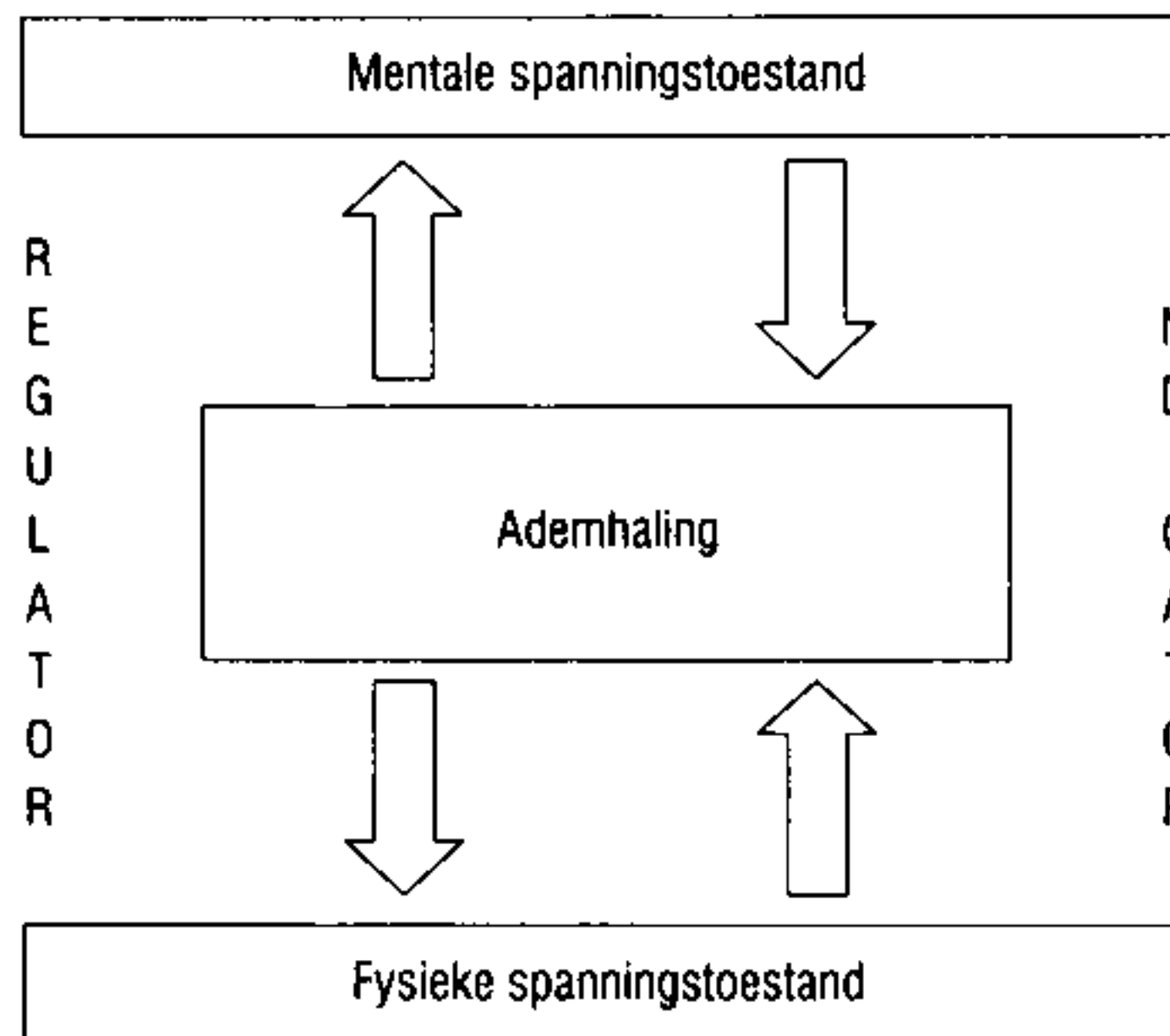
☞ *'In het gezelschap van een vriend adem je vrij.'*

De ademhaling is een vitale biologische functie, die ook toegankelijk is voor onze bewuste waarneming en tot op zekere hoogte bewust beïnvloedbaar is. Adembeeïnvloeding is een van de meest gebruikte middelen om de eigen spanning te regelen en er is een veelheid van manieren om een effect te bereiken. Uit wetenschappelijk onderzoek komt naar voren dat bijvoorbeeld meer met de buik ademen, langzamer of een paar keer juist dieper ademen inderdaad gunstige gevolgen kan hebben voor de psychische of fysieke spanningstoestand en klachten kan doen afnemen. Dergelijke vormen van ademregulatie vinden dan ook een plaats in de alledaagse cultuur én in de professionele toepassing van relaxatie door de ademhaling. Veel relaxatiemethoden benutten dergelijke instructies voor het ademen.

Aan de andere kant is het ademen een functie van het levende organisme die de actuele toestand van het individu weerspiegelt. In wetenschappelijk onderzoek wordt registratie van het ademen vooral gebruikt om veranderingen in spanning vast te leggen. In die hoedanigheid is bewuste beïnvloeding van het ademen dus nadelig, want het verstoort de betekenis van de ademmeting. Een ander bezwaar tegen ademregulatie is dat de precieze manier waarop men tracht te ademen, niet hoeft te kloppen met wat werkelijk gunstig is voor het organisme. Er bestaan veel ideeën over 'goed ademen', maar weinig zekerheid. Zo denkt men dat buikademhaling beter is, terwijl in feite een functionele ademhaling de gehele romp beweegt, inclusief de borst en de rug. Een van de kenmerken van een natuurlijke ademhaling is dat ze wisselvallig en veranderlijk is en zich aanpast aan de situatie van het moment. Deze variabiliteit en flexibiliteit stellen het ademen in staat het organisme te ondersteunen bij elke vorm van gedrag. Daarentegen is iedereen die bewust ademt, geneigd om regelmatig en vrij diep te gaan ademen. Met andere woorden: het bewust regelen van de ademhaling mag op zijn tijd zinvol zijn, maar het is even belangrijk om de adem niet te regelen en vanzelf te laten gaan.

1.1 Wat is relaxerende ademtherapie?

Relaxerende ademtherapie is te omschrijven als het gebruik van de ademhaling om relaxatie te bewerkstelligen. Een andere omschrijving is: het gebruik van technieken om de ademhaling te ontspannen en een optimale, functionele en ontspannen adem te bereiken. In elk geval betreft het de relatie tussen ademen en spanning. Er zijn in het algemeen veel vormen van ademtherapie. Deze zijn te verdelen in toepassingen waarbij een rechtstreekse, lineaire relatie wordt gelegd tussen een bepaalde manier van (bewust en willekeurig) ademen en specifieke effecten, en benaderingen waarbij het systeemkarakter van de ademhaling het uitgangspunt is. Deze laatste vormen respecteren de complexiteit van de ademhaling in al haar relaties en streven geen vooropgezette, specifieke vorm van ademen na. In figuur 1.1 is dat weergegeven.



Figuur 1.1. De rol van indicator en regulator van ademhaling.

De fysieke en mentale spanningstoestand zijn twee determinanten van het ademen. De adem weerspiegelt de spanningstoestand, een goede ademhaling is een goede indicator en is dus even variabel als de toestand van het hele organisme. De pijlen van het ademen naar de spanningstoestand duiden op de mogelijkheid de spanning te regelen via de ademhaling: de regulatorrol. In de relaxerende ademtherapie gaat het erom beide functies van het ademen te benutten. Er is geen enkel bezwaar tegen het gebruik van een bepaalde ademtechniek om een verandering te bereiken, maar de indicatorfunctie mag men niet uit het oog verliezen. De mogelijke effecten worden daarom open en globaal gehouden en niet van tevoren specifiek geformuleerd. In plaats daarvan wordt concreet geobserveerd wat er in feite verandert na de toepassing van een bepaalde instructie bij een bepaald individu op een bepaald moment. Wanneer een nuttig effect is gevonden, zal het individu er dankbaar gebruik van maken, maar dat wil niet zeggen dat het voor iedereen geldt.

Ook is een ademtechniek een *tijdelijke* interventie en staat het niet model voor een goede ademhaling. Zo blijkt het belangrijk om regelmatig enige tijd heel langzaam te ademen (zes à zeven keer per minuut), maar dat wil niet zeggen dat een langzame ademhaling altijd goed is. Vanuit de systeembenadering zijn veel *indirecte technieken* af te leiden om het ademen te beïnvloeden via de fysieke en/of mentale spanningstoestand. Deze blijken in de praktijk even bruikbaar of zelfs bruikbaar te zijn, vooral voor mensen met adem- of spanningsklachten, dan directe ademtechnieken.

In de relaxerende ademtherapie gaat het erom dat de natuurlijke functies van het ademen optimaal vervuld worden. Dat betreft niet alleen de ventilatie en de longfunctie, maar ook de kwaliteit van de adembeweging en van de ademervaring. Voor beide laatste is de rol van de wervelkolom en het skelet van grote betekenis. Via de wervelkolom kan een ontspannen ademhaling opgeroepen worden (Van Dixhoorn, 1998). De adembeweging in het centrum van het lichaam, de romp, wordt vergemakkelijkt door bewegingen vanuit de periferie, namelijk het hoofd, de armen en de benen, die preciezer te sturen zijn. Daarbij gaat het vooral om de eerste-persoonervaring, de ervaring van een individu van het eigen levende lichaam. De behandelaar is de begeleider van deze ervaring. Wanneer de behandelaar in staat is een natuurlijke en ontspannen ademhaling te laten ontstaan, die vanzelf gaat, dan is het bewust regelen eigenlijk niet meer nodig. Het regelen kan dan stoppen en de ademhaling keert terug tot haar onbewuste, automatische functie. Dit voelt goed aan en de aandacht kan besteed worden aan het dagelijkse leven, tot er weer een moment komt dat bewuste regulatie zinvol is.

1.2 Achtergronden

Na de vooroorlogse voorlopers als Toxopeus en Cornelis Veening is in Nederland de ademtherapie vooral gestart met het werk van Balffoort, die ruim 25 jaar als ademtherapeut heeft gewerkt in het Academisch Ziekenhuis Utrecht op de afdeling Longziekten, tot halverwege de jaren 1970. Hij was geschoold als zangpedagoog en hanteerde de methode van de zuigademhaling, die door Gerard Meijer geïntroduceerd werd, waarbij de lucht door getuite lippen werd ingezogen om de ademruimte ten volle te benutten. Zijn functie was om 'relaxerende ademtherapie' toe te passen bij patiënten met allerlei longziekten, astma, longemfyseem en ook hyperventilatieklachten. Samen met Van Dixhoorn heeft Balffoort zijn methode op schrift gezet (Balffoort & Van Dixhoorn, 1979) en ze zijn ook samen gestart met het opleiden van beroepsmensen. Van Dixhoorn is opgeleid als arts en heeft de toepassing uitgebreid naar mensen met hartklachten, de systeembenadering en de rol van de wervelkolom uitgewerkt en de ademtherapie ook wetenschappelijk onderzocht. Hij heeft zijn werk beschreven in een handboek (Van Dixhoorn, 1998), dat de basis van een driejarige opleiding is geworden.

Het werk van Noske-Fabius, longarts en ademtherapeute, heeft veel invloed gehad, maar heeft helaas niet geleid tot een school van volgelingen. Ook zijn er mensen werkzaam die volgens de Duitse opleidingen voor ademtherapie werken.

1.3 Indicaties

Een verhoogde gespannenheid kan veel klachten veroorzaken en daarnaast de effecten van specifieke ziekteoorzaken versterken en/of het herstel bemoeilijken, zodat die bij bijna elk gezondheidsprobleem een rol kan spelen. De grote vraag voor de indicatiestelling is of er inderdaad een verhoogde gespannenheid is, die bovendien onnodig is en door instructies verminderd kan worden. Deze vraag kan eigenlijk pas achteraf beantwoord worden. Om die reden gaat relaxerende ademtherapie uit van een proefbehandeling van drie à vier sessies. Wanneer er een ingang voor ontspanning te vinden is en de klachten hier goed op reageren, dan is de indicatie terecht en is er reden tot voortzetting. Ook kunnen spanningsklachten gemeten worden met vragenlijsten, zoals de Nijmeegse Vragenlijst (zie bijlage), waarbij een verhoogde score een reden is om relaxerende ademtherapie te proberen en een goed resultaat leidt tot een normale score.

Het volgende lijstje is met opzet geen opsomming van medische diagnoses maar van toestanden die bij verschillende diagnoses kunnen voorkomen en mogelijk samenhangen met overmatige en onnodige gespannenheid; zo kan bijvoorbeeld benauwdheid voorkomen bij longziekten, maar ook bij angst en hyperventilatie of bij mensen met hartfalen:

- spanningsklachten;
- gespannen ademhaling, benauwdheid;
- nervositeit en angst;
- pijnklachten zonder duidelijke oorzaak;
- vermoeidheid;
- overspanning en burn-out;
- functionele stemklachten;
- slaapproblemen;
- aandachts- en concentratieproblemen;
- moeite met lichaamsbeweging, stijfheid;
- negatieve lichaamsbeleving.

1.4 Therapie

Behandeling vindt plaats in kleine groepen (vier à zes deelnemers) of individueel en is multimodaal, dat wil zeggen: er zijn zowel aandachts-, bewegings- als adem-instructies. Ze kunnen in liggende, zittende en staande houding uitgevoerd worden. Er is dus zoveel variëteit in het aanbod dat iedereen er wel iets in kan vinden. Elke

instructie wordt geëvalueerd en er wordt gezocht naar een instructie die succesvol verloopt: lukt de uitvoering? Ontstaan er duidelijke veranderingen in spanning, die aangenaam aanvoelen? Daardoor is het mogelijk het vermogen te onderzoeken om te ontspannen. Wanneer ten minste de helft van de instructies goed lukt, noemen we het vermogen tot ontspannen intact. Groepslessen beslaan in totaal acht à twaalf uur, een individuele behandeling duurt gemiddeld zes sessies. Wanneer er actuele spanningsbronnen zijn, duurt de behandeling langer en komt het omgaan hiermee aan de orde. Tijdens de individuele behandeling kunnen ook zachte, manuele technieken toegepast worden, die vooral zinvol zijn bij mensen met een sterk verhoogde gespannenheid, omdat zij minder in staat zijn instructies met succes uit te voeren.

Er kunnen heel verschillende veranderingen ervaren worden, die niet van tevoren vaststaan. Het lichaam kan zachter en meer ontspannen worden, of de aandacht kan stiller en het hoofd 'leger' worden. Ook kan er vanuit de grotere rust nieuwe energie ontstaan. Belangrijk is dat men bewuster wordt van zijn lichaam en onder woorden brengt wat men voelt. Het kan zijn dat het ademen vrijer wordt of dat het lichaam makkelijker rechtop staat, de borst makkelijker geheven wordt en het hoofd meer in balans is. De ervaring van een meer ontspannen lichaam kan anders zijn dan men dacht en zo kan men op andere gedachten en voorstellingen gebracht worden van wat rust, ontspanning en goed ademen werkelijk inhouden.

1.4.1 Doelstellingen

De primaire doelstelling van ademtherapie is de positieve bewustwording van een gemakkelijkere ademhaling dan gebruikelijk. Het accent kan liggen op de bewustwording, dat wil zeggen dat de aandacht gestimuleerd en gericht wordt op de luchtstroom of de adembeweging. Maar ook kan de adembeweging gemakkelijker gemaakt worden waardoor een verandering ontstaat die op haar beurt tot bewustwording leidt. Beide leiden ertoe dat het individu zijn levende lichaam van binnenuit gaat voelen en er als het ware in 'dialoog' mee komt. De bedoeling is de ervaringen te verwoorden en concreet te beschrijven. Daardoor gaat men de eigen ervaring serieus nemen. Dit is van grote betekenis voor de manier waarop men zich opstelt in het leven.

1.4.2 Methode

Zo'n vijftig instructies zijn in detail uitgeschreven (Van Dixhoorn, 1998). Zij zijn opgebouwd uit diverse elementen of 'modaliteiten', zoals aandacht, beweging en ademhaling, die ten dele ook in andere methoden te herkennen zijn.

De *aandacht* kan actief gericht worden op een lichaamsdeel, een beweging of een voorstelling, of ze kan passief, ongericht en open zijn. Passieve aandacht is moeilijk, die ontstaat bijvoorbeeld door na een instructie te vragen wat er opvalt bij de

persoon en de mogelijke veranderingen geheel open te laten. Na een bewegingsinstructie die met actieve aandacht gedaan is, kan gevraagd worden of er effecten elders in het lichaam waarneembaar zijn. Ook is er een instructie die vraagt om de aandacht te laten gaan naar een sensatie die de aandacht trekt, en die te accepteren en waar te nemen, zonder ze te willen veranderen. Nadat men enige tijd passief deze sensatie heeft waargenomen, trekt dan een andere sensatie de aandacht of verandert er iets in.

Een goede manier om de aandacht bij het lichaam te brengen is door *beweging*. Deze beweging kan groot of klein, perifeer of centraal en eenmalig of herhalend zijn. Voorbeelden van kleine, eenmalige bewegingen zijn het optrekken en loslaten van de voeten en tenen, in rugligging of in zit, de voeten afwisselend drukken en stoppen met drukken, of in stand de buikwand licht aantrekken met uitademen en loslaten, waardoor de inademing vanzelf ontstaat. Daarnaast zijn herhalende instructies mogelijk, waaronder ritmische bewegingen verstaan worden, zoals in rugligging het hoofd links en rechts rollen, in zit over de benen wrijven met de handen, of in stand de armen of een been zwaaien. Door de herhaling verdwijnt langzamerhand de spanning van 'iets doen' en ontstaat vanzelf een ontspanning. De meeste bewegingen zijn daarom heel makkelijk.

Bewegingen en voorstellingen zijn te koppelen aan de *ademhaling*, waardoor indirecte ademinstructies ontstaan. Het optrekken van de voeten of het drukken van de voeten in zit koppelt men vaak vanzelf aan de ademhaling wanneer de beweging ongeveer in het ademtempo plaatsvindt. Meestal koppelt men het aanspannen aan het inademen, maar de instructie is meestal om aan te spannen met het uitademen. Vanuit de mechaniek van het skelet kan dat effectiever en meer ontspannen zijn, zoals bij beide voorbeelden het geval is, maar altijd vraagt de ongewone koppeling enige concentratie, waardoor de aandacht getrokken wordt. Het ademtempo kan hierna tot heel lage waarden (vijf à acht keer per minuut) zakken. Wanneer door een voorstelling of een beweging de deelnemer bewuster is geworden van de voeten of het zitvlak, dan kan voorgesteld worden om in te ademen naar dat steunvlak toe. 'Inademen naar beneden' heeft de neiging de snelle, hoge inademing tegen te gaan en indirect de inademing te verdiepen en te vertragen. Tot de directe technieken behoort de hoorbare ademhaling door de licht getuite lippen. Hoorbaar uitademen is het makkelijkst en leidt, als het ontspannen gedaan wordt, tot een verdieping en vertraging van de ademhaling. Dat kan benauwdheid verminderen. Hoorbaar uitademen kan met bijna elke andere instructie gecombineerd worden.

Manuele technieken kunnen verdeeld worden in passieve (bijvoorbeeld: de handen op het lichaam voelen en volgen de beweging van het lichaam) en actieve technieken (bijvoorbeeld: de handen bewegen het lichaam van de deelnemer). Voor beide geldt dat zij heel sterk de aandacht trekken van de deelnemer en duidelijke feedback geven, zowel naar de behandelaar als de deelnemer. Voor de passieve handgrepen geldt in het bijzonder dat ze met een neutrale aandacht door de behandelaar uitgevoerd worden: zonder intentie, bedoeling, beoordeling of emotie. Dat stelt de

deelnemer in staat het eigen lichaam, de veranderingen in spanning en de adembeweging beter waar te nemen, zonder dat de aandacht naar de behandelaar gaat.

De behandelaar kan het lichaam actief gaan bewegen, waardoor de deelnemer kan gaan voelen hoe makkelijk de (adem)beweging eigenlijk kan zijn. Een voorbeeld is het vasthouden van de voeten. Dat kan passief gebeuren door enige tijd stil de hielen in de handpalmen te laten rusten. Ook kunnen de voeten actief getrokken of geduwd worden. Wanneer de voeten en benen dat toelaten, zal een bekkenkanteling ontstaan, die weer gekoppeld kan worden aan het ademen. Op die manier kan de ademhaling via de voeten beïnvloed worden! Wanneer de deelnemer dat toelaat, ontstaat vaak een langzamere en grotere adembeweging, verdeeld over de hele romp, die vloeiend en makkelijk verloopt. Daarna staat de deelnemer veelal heel stevig en duidelijk op de voeten. Een klein aantal van deze handgrepen werd beschreven (Van Dixhoorn, 1998).

Andere modaliteiten bestaan onder meer uit het tempo en de feedback. Een *bewegingstempo* kan gevolgd ('matching') en dan iets vertraagd ('pacing') worden, maar ook kan het versneld worden, waardoor bewuste controle kan afnemen (bijvoorbeeld: schudden, schommelen, zwaaien). *Feedback* kan verbaal gegeven worden vanuit de observatie door de behandelaar, maar ook manueel bij handgrepen. Ten slotte is ook een reeks van instrumentele feedback of biofeedback mogelijk.

Het begeleiden van het waarnemen van veranderingen en ze onder woorden brengen is daarbij de helft van het werk. Dit *gesprek* is belangrijk en dient neutraal gevoerd te worden.

Tijdens een instructie of handgreep en ook direct erna gaat het erom de deelnemer te helpen waarnemen en ook te helpen verwoorden wat opvalt, zo concreet en neutraal mogelijk, zonder mogelijke ervaringen in te vullen of te suggereren. Na afloop is het belangrijk de ervaring reëel te interpreteren. Veel mensen hebben irreële gedachten en voorstellingen van een goede houding of ademhaling. De interpretatie dient daarom besproken te worden om de kans te bieden de interpretatie te herzien (cognitieve herstructurering). Zo kan de ervaring 'heel stevig en vol op de voeten staan' tegelijkertijd leiden tot een meer beweeglijke lichaamshouding, die men 'wiebelig' noemt en interpreteert als minder stevig, of tot een heel licht gevoel in het hoofd, dat men 'duizelig' noemt. In feite staat men dynamisch en is er een goede balans waardoor men juist minder snel zal omvallen, en is de normale zwaarte in het hoofd opgeklaard. Ook kan besproken worden hoe men zichzelf in deze meer ontspannen toestand voelt, wat voor indruk het maakt, hoe men dat beleeft en ook hoe men zichzelf ziet, hoe men denkt over te komen bij anderen.

De ervaringen met instructies in het dagelijkse leven bieden een mooi aanknopingspunt om te bespreken hoe de dagindeling is, wanneer men even tijd heeft om te oefenen, wat een geschikt moment is en wat niet, welke factoren bepalen of de oefenervaring concreet en positief is of niet. Dat brengt het thema van belastende of stresserende omstandigheden naar voren, waarbij men kan zien of er ruimte is om hier beter mee om te gaan en de leefstijl desgewenst te veranderen.

1.4.3 Praktische tips

Oefen op momenten van relatieve rust, wanneer de aandacht niet nodig is voor taken of bezigheden. Wanneer je tijdens activiteiten tegelijk op het ademen gaat letten, is de kans groot dat het verstorend werkt.

Vorm je een beeld van de golf van het inademen en uitademen. Hoe groot is de golf? Hoe snel gaat het? Zijn er korte pauzes of overgangen merkbaar tussen in- en uitademen? Is de inademing ongehaast? Duurt de uitademing iets langer dan het inademen? Waar in het lichaam is de beweging te voelen: in de buik? De onderste ribben en flanken? Het borstbeen? De onderrug? De bekkenbodem en de liezen? De zijkant van het lichaam? Realiseer je dat de beweging overal voelbaar kan zijn en dat er geen verkeerde plaats is. Belangrijk is dat het inademen ongehaast verloopt, dan verdeelt de adembeweging zichzelf zoals past bij je lichaamshouding en je spanningstoestand. Ga niet de beweging extra sturen.

Herhaal nu enkele malen de volgende zinnen in jezelf. Zeg tegen jezelf: 'Er is tijd genoeg voor inademen', een paar keren, en neem waar hoe het ademen reageert. Zeg dan: 'Er is ruimte genoeg om in te ademen', een paar keren, en neem waar hoe het ademen reageert. Zeg dan: 'Er is lucht genoeg om in te ademen', een paar keren, en neem waar hoe het ademen reageert. Zeg ten slotte: 'Ademen gaat vanzelf.'

Stop hiermee en voel hoe het lichaam voelt, hoe de aandacht is, hoe de stemming is en wat je opvalt aan het ademen. Zijn er veranderingen?

Dit kun je op elke plaats doen, zonder dat het opvalt.

1.4.4 Benodigdheden

De ruimte voor de individuele behandeling dient groot genoeg te zijn om met twee personen een been te zwaaien en op een kruk te zitten, en voor één persoon om met de armen gespreid op de grond te liggen. Er dient een kaal stuk muur te zijn om met de handen tegen te leunen.

Inrichting:

- een behandelbank, vrij breed en vrij zacht;
- daarbij enkele krukjes, met een vlakke zitting en van diverse hoogten, zodat mensen van een verschillende grootte er goed op kunnen zitten;
- een dun matje of zachte vloerbedekking;
- kussentjes of handdoeken om op te vouwen om het hoofd zo te ondersteunen dat het aangezicht horizontaal ligt in rugligging;
- een laag bankje of een schuimrubberen blok om de onderbenen op te leggen;
- ten minste twee stoelen om een gesprek te kunnen voeren en een schrijftafel.

Een standaardbehandelruimte is meestal te klein. De ruimte voor groepsinstructie is uiteraard afhankelijk van de groepsgrootte.

1.5 Wetenschappelijk onderzoek

Er is een discrepantie tussen het wetenschappelijk onderzoek en de meest bruikbare indicaties en toepassingen in de praktijk. Voor patiënten met een longaandoening zou ademtherapie in principe benauwdheid kunnen verminderen, de behoefte aan medicatie doen afnemen en helpen met het omgaan met luchttekort (Bredin et al., 1999). Uit een overzichtsartikel van 2003 blijkt echter dat er weinig overtuigend effect aantoonbaar is en dat geen enkele techniek superieur is (Ritz & Roth, 2003). Wat astmapatiënten betreft, bleek uit later onderzoek dat de behoefte aan medicatie afnam door bewust de ventilatie te verminderen, zoals de Buteykomethode aanraadt (McHugh, Aitcheson, Duncan & Houghton, 2003), maar evengoed door een indirecte benadering, namelijk door de armen te heffen en te zakken op het ademritme tijdens de benauwdheid (Slader et al., 2006). Een meer systeemgerichte benadering van adem- en ontspanningstraining verbeterde klachten en normaliseerde de Nijmeegse Vragenlijst (Holloway & West, 2007). Maar geen van deze benaderingen verbeterde de longfunctie. Bewust heel langzaam ademen, op een tempo van zes à zeven keer per minuut, bleek wel de longfunctie te verbeteren (Lehrer et al., 2004).

Op het gebied van angst, benauwdheid en hyperventilatieklachten is veel onderzoek gedaan. Steeds weer komt naar voren dat ademregulatie weliswaar effectief is (Van Burken, 1996; De Swart, Grossman & Defares, 1983), maar dat dit niet (uitsluitend) het gevolg is van ventilatiereductie, zoals de hyperventilatiehypothese stelt (Han et al., 1997) en in veel patiëntenfolders en de lekenpers te lezen staat. Ook hebben niet alle patiënten hier baat bij (Han, Stegen, DeValck, Clement & Van de Woestijne, 1996).

Hier wreekt zich de lineaire benadering van zowel klachten als therapie. Volgens de systeembenadering kunnen klachten positief reageren, maar langs verschillende processen. Naast fysieke en/of mentale ontspanning is een mogelijk proces de verandering van de cognities over de klachten, die ook in ademtherapie optreedt en dan ondersteund wordt door de concrete ervaring van ontspanning via een van de andere processen (Van Burken, 1996). Een ander proces is de verbetering van de verdeling van de adembeweging, waardoor de adembeweging functioneler wordt zonder dat de ventilatie verandert (Van Dixhoorn, 2004). Hyperventilatieklachten en zelfs paniek- en angststoornis zijn daarom een goede indicatie voor een proefbehandeling (Han et al., 1996; Meuret, Wilhelm, Ritz & Roth, 2003). Ademtherapie kan dit probleem voor veel patiënten oplossen, waarbij de Nijmeegse Vragenlijst normaliseert (Bestuur AOS, 2007).

Vanuit de gedachte dat de ontspanning van het bewegingsapparaat, de toename van het lichaamsgevoel en het herstel van de balans in de wervelkolom van groot belang zijn voor de pijnklachten van het bewegingsapparaat, zou (chronische, goedaardige) pijn een dankbare indicatie zijn voor ademtherapie. De praktijkervaringen zijn inderdaad gunstig, maar er is slechts een enkel gecontroleerd onderzoek. Ademtherapie bleek even effectief als fysiotherapie bij chronische rugpijn (Mehling, 2005). In de praktijk blijken aandoeningen van het bewegingsapparaat, zoals reuma, goed te reageren, maar hierover ontbreekt onderzoek.

Ten slotte is er vrij veel onderzoek verricht naar ademregulatie, relaxatie en relaxerende ademtherapie bij patiënten met hart- en vaatproblemen. Hoewel dit geen gangbare indicatie is, toont een overzicht van 27 studies aan dat adem- en ontspanningstherapie het herstel van hartpatiënten na een infarct of operatie in alle opzichten bevordert, zowel fysiek en mentaal als wat het optreden van een recidief betreft (Van Dixhoorn & White, 2005). Uit diverse studies komt ook naar voren dat het vertragen van het ademen tot een afname van de hoge bloeddruk kan leiden (Schein et al., 2005; Joseph et al., 2005) en dat er een groot potentieel ligt voor ademregulatie bij patiënten met hartfalen (Bernardi et al., 2002; Laoutaris et al., 2004).

1.6 Besluit

Als gevolg van de systeemvisie op ademen omvat ademtherapie het hele scala van mentale en fysieke ontspanningstechnieken en sluit ze goed aan bij bestaande methoden. Omdat het repertoire van technieken vrij compleet is en de respons op elke instructie systematisch geëvalueerd wordt, kan de methode ingezet worden om het vermogen tot ontspanning en interne zelfregulatie van spanning bij een individu te onderzoeken. Wanneer geen of slechts een enkele instructie succes heeft, zal de reden daartoe vermoedelijk bij de deelnemer liggen. Dan zijn er waarschijnlijk beperkende omstandigheden die aandacht behoeven voordat bewuste ontspanning zinvol kan zijn. Aan de andere kant, wanneer ontspanning goed slaagt en de klachten niet of veel te weinig reageren, is er goede reden om te twijfelen aan hun vermeende spanningsgebonden aard. Op die wijze kan ademtherapie gebruikt worden als methode om klachten te differentiëren. Ze is daarom bijzonder op haar plaats als eerste behandelwijze bij klachten waarvan de herkomst aanvankelijk niet duidelijk is.

1.7 Opleiding

Er is een driejarige parttimeopleiding in Nederland, aan het Centrum voor Adem- en Ontspanningstherapie (AOT) te Amersfoort. Na afronding daarvan kan men zich aansluiten bij de Adem- en Ontspanningstherapie Stichting (AOS) en in het register opgenomen worden. Ook kan men lid worden van de Van Dixhoorn Vereniging voor AOT (VDV).

Meer informatie over de opleiding en de achtergronden is opgenomen op de website www.methodevandixhoorn.com, de website www.ademtherapie-aos.org bevat informatie over activiteiten, nieuws en register. Via deze laatste website kan men zich ook opgeven als belangstellende om de periodieke mededelingen over AOT te ontvangen.

1.8 Literatuur

Boeken

- BALFOORT, B., & VAN DIXHOORN, J. (1979). *Ademen wij vanzelf?* Baarn: Bosch en Keuning.
- BESTUUR AOS (2007). *Lustrum jaarverslag 2006*. Amersfoort: Adem- en Ontspanningstherapie Stichting.
- VAN DIXHOORN, J.J. (1998). *Ontspanningsinstructie. Principes en oefeningen*. Maarssen: Elsevier/Bunge.

Artikels

- BERNARDI, L., PORTA, C., SPICUZZA, L., BELLWON, J., SPADACINI, G., FREY, A.W. et al. (2002). Slow breathing increases arterial baroreflex sensitivity in patients with chronic heart failure. *Circulation*, 105, 143-145.
- BREDIN, M., CORNER, J., KRISHNASAMY, M., PLANT, H., BAILEY, C., & A'HERN, R. (1999). Multicentre randomised controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. *British Medical Journal*, 318, 901-904.
- DE SWART, J.C.G., GROSSMAN, P., & DEFARES, P.B. (1983). Auditieve ademregulatie ter behandeling van het hyperventilatiesyndroom. *Tijdschrift voor Geneesmiddelenonderzoek*, 8, 1894-1900.
- HAN, J.N., STEGEN, K., DEVALCK, C., CLEMENT, J., & VAN DE WOESTIJNE, K.P. (1996). Influence of breathing therapy on complaints, anxiety and breathing pattern in patients with hyperventilation syndrome and anxiety disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 481-493.
- HAN, J.N., STEGEN, K., SIMKENS, K., CAUBERGHIS, M., SCHEPERS, R., VAN DEN BERGH, O. et al. (1997). Unsteadiness of breathing in patients with hyperventilation syndrome and anxiety disorders. *European Respiratory Journal*, 10, 167-176.
- HOLLOWAY, E.A., & WEST, R.J. (2007). Integrated breathing and relaxation training (the Papworth method) for adults with asthma in primary care: A randomised controlled trial. *Thorax*, 62(12), 1039-42.
- JOSEPH, C.N., PORTA, C., CASUCCI, G., CASIRAGHI, N., MAFFEIS, M., ROSSI, M. et al. (2005). Slow breathing improves arterial baroreflex sensitivity and decreases blood pressure in essential hypertension. *Hypertension*, 46, 714-718.
- LAOUTARIS, I., DRITSAS, A., BROWN, M.D., MANGINAS, A., ALIVIZATOS, P.A., & COKKINOS, D.V. (2004). Inspiratory muscle training using an incremental endurance test alleviates dyspnea and improves functional status in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Prevention Rehabilitation*, 11, 489-496.
- LEHRER, P.M., VASCHILLO, E., VASCHILLO, B., SHOU-EN, L., SCARDELLA, A., SIDDIQUE, M. et al. (2004). Biofeedback treatment for asthma. *Chest*, 126, 352-361.
- MCHUGH, P., AITCHESON, F., DUNCAN, B., & HOUGHTON, F. (2003). Buteyko Breathing Technique for asthma: An effective intervention. *New Zealand Medical Journal*, 116, U710.
- MEHLING, W.E. (2005). Randomized, controlled trial of breath therapy for patients with chronic low-back pain. *Alternative Therapies*, 11, 44-52.
- MEURET, A.E., WILHELM, F.H., RITZ, T., & ROTH, W.T. (2003). Breathing training for treating panic disorder: Useful intervention or impediment? *Behavior Modification*, 27, 731-754.
- RITZ, T., & ROTH, W.T. (2003). Behavioural interventions in asthma. *Behavior Modification*, 27, 710-730.
- SCHEIN, M.H., GAVISH, B., HERZ, M., ROSNER-KAHANA, D., NAVEH, P., KNISHKOWSKY, B. et al. (2005). Treating hypertension with a device that slows and regularises breathing: A randomised, double-blind controlled study. *Journal of Human Hypertension*, 15, 271-278.

- SLADER, C.A., REDDEL, H.K., SPENCER, L.M., BELOUSOVA, E.G., ARMOUR, C.L., BOSNIC-ANTICEVICH, S.Z. et al. (2006). Double blind randomised controlled trial of two different breathing techniques in the management of asthma. *Thorax*, 61, 651-656.
- VAN BURKEN, P. (1996). Het hyperventilatiesyndroom: een vergelijkend onderzoek van twee behandelstrategieën. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 94-104.
- VAN DIXHOORN, J.J. (2004). A method for assessment of one dimension of dysfunctional breathing: Distribution of breathing movement (abstract). *Biological Psychology*, 67, 415-416.
- VAN DIXHOORN, J.J., & WHITE, A.R. (2005). Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 12, 193-202.