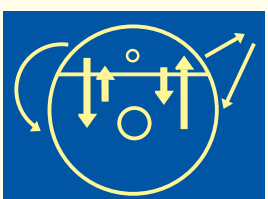


Adem - en Ontspanningstherapie Stichting (AOS)

Methode Van Dixhoorn

Jaarverslag 2011



2e LUSTRUM

Adem- en Ontspanningstherapie Stichting

METHODE VAN DIXHOORN

2e lustrum

AOS

Jaarverslag

2011

Bestuur AOS, Adem- en Ontspanningstherapie Stichting

Jan van Dixhoorn, voorzitter

Willy Stibbe, secretaris

Irmgard van Dixhoorn-Verhoeven, penningmeester

Gerard van Holland, vice-voorzitter

Raad van Advies

Drs. A.T.M. Bernards

Drs. A.G. Bouwmeester

Dr. M.M.A. de Valk

Drs. H.J. Does

Contactadres Jaarrapport: AOS, Fr. van Blankenheimstraat 10,
3817 AG Amersfoort;
KvK-Amersfoort, nr. 32091166
e-mail: info@ademtherapie-aos.org
website: www.ademtherapie-aos.org
www.methodevandixhoorn.com

Voor u ligt de tweede lustrum uitgave van het AOS jaarrapport.
Het is inmiddels al de 10e uitgave!

Een steeds terugkerend onderdeel is de rapportage van de toepassingsgebieden van de AOT. In de loop van de jaren is het tellen van de aantallen patiënten over de diverse verwijscategorieën aangevuld met het beschrijven van de werkelijk behaalde uitkomsten. Inmiddels zijn we eraan toe deze aantallen en uitkomsten over de jaren heen te bekijken en in totaal te presenteren. Vorig jaar werd dat voor het eerst gedaan, dit jaar zetten we dat voort, waardoor we de meest opvallende successen kunnen benoemen.

In het AOS symposium van 2011 werden de drie evaluatie-instrumenten onder de loep genomen, de Nijmeegse Vragenlijst (NVL), de Algemene Toestandlijst (ATL) en de Notatie adembereik of MARM. In dit rapport wordt het onderzoek naar de structuur van de ATL, de betrouwbaarheid, validiteit en vooral zijn nut als evaluatie instrument in detail beschreven. Het onderzoek werd uitgevoerd door Dr. R.J. Bosscher, universitair hoofddocent aan de VU, met wie al jaren een goede samenwerking bestaat.

Verder komt u in dit jaarrapport de diverse lezingen, presentaties en scholingen tegen waaruit wederom blijkt dat de AOT'ers actief zijn en blijven om de methode te profileren.

Wij wensen u veel leesplezier en mocht u personen en/of instellingen kennen die belangstelling voor dit rapport zouden hebben, laat ons naam en adres weten en wij sturen een exemplaar toe.

Het Bestuur van de AOS

De elektronische versie van dit rapport staat op onze website. Wanneer U daar de voorkeur aangeeft of het rapport helemaal niet meer wilt ontvangen, stuur een bericht naar info@ademtherapie-aos.org als u wilt.

INHOUD

	pagina
Centrum - VDV - AOS	04
Presentaties en scholing AOT	09
Lezingen, workshops, en andere presentaties	
Introductie cursus	
Publicaties en onderzoek	12
Publicaties	
Lopend onderzoek	
Voor welke indicaties is verwijzing naar AOT terecht?	13
Spanning, angst en hyperventilatie	
Burnout en overspanning	
Rug, nek en borst: een functionele ademhaling	
Leiden onverwacht goede uitkomsten tot meer verwijzingen?	
Casus "Een patiënt met klachten van Burn-out"	17
M. Jongmans	
De Algemene Toestand Lijst	21
Dr. R.J. Bosscher	
Certificaat AOT	26
Basis cursus en Certificaatprogramma	
Register en herregistratie	27
Intervisie groepen	
Themagerichte intervisie	
Studiedagen / symposium	
Casus, eenmaal per drie jaar	
Overige punten	
Aansluiting bij AOS	

Dit zijn de drie organisaties die samen actief en verantwoordelijk zijn om de methode Van Dixhoorn kwalitatief op goed niveau te houden en te presenteren. Onderstaand een beknopt overzicht van hun doelstellingen en van hun activiteiten in 2011

Centrum

De activiteiten zijn in 2011 opnieuw toegenomen. Wat betreft **de opleiding**, blijft de toestroom gestaag, er waren opnieuw twee groepen van elk jaar. Het aantal deelnemers per groep is wel kleiner, maar dit maakt de kwaliteit van de overdracht alleen maar groter. Van de 5 docenten is Jenny Borduin gestopt, vanwege o.a. de afstand en haar leeftijd, maar ook vanwege de complexiteit van het lesmateriaal. Ze blijft wel betrokken via supervisie van de cursisten die zij onder haar hoede had totdat deze afgestudeerd zijn. Irmgard en Jan zijn bezig een kwaliteitssysteem op te zetten, ter voorbereiding van de accreditatie bij CPIO van de gehele opleiding als een post-initiële HBO opleiding. Een van de onderdelen is het ordenen van **het lesmateriaal**. Vanaf september is al het lesmateriaal beschikbaar op onze website. Onder het kopje 'lesmateriaal' zijn de presentaties, de formulieren, de teksten en achtergrond informatie te vinden, gerangschikt per blok van elk jaar. Wanneer je dit alles op een rijtje ziet is het werkelijk heel veel informatie. Het kan ook dienen voor de intervisie bijeenkomsten. De rol van de **supervisoren** blijkt de kwaliteit zeer ten goede te komen. In principe is er supervisie om feedback te geven op de vier proefbehandelingen die in het 2e en 3e jaar gemaakt worden. Dit bevalt zo goed dat we in het docentenoverleg besloten hebben dit definitief te laten worden en de tijd zelfs uit te breiden. Bijgevolg wordt de cursusprijs wel hoger.

In 2011 is het **certificaat programma** aangepast. De bijeenkomsten met als onderwerp de MARM en Hyperventilatie / Dysfunctioneel

ademen zijn gepland in twee aparte groepen, direct aansluitend op een ochtend van het tweede jaar. De groeps grootte is daardoor kleiner, er is meer interactie en het scheelt reistijd. Deze bijeenkomsten worden eenmaal per jaar gehouden en blijven toegankelijk voor gecertificeerde AOT'ers. In het algemeen komen we terug van lesgeven aan grote groepen. Dit geldt ook voor de **externe cursussen**. De cursussen Hyperventilatie en het eerste jaar van de opleiding die beide ook via het NPI werden gegeven zijn gestopt. In plaats daarvan wordt het eerste jaar vanaf 2012 in een kleine groep (15 ipv 24 deelnemers) gegeven en zijn de cursussen 'hyperventilatie / dysfunctioneel ademen' een paar keer extern gegeven, ook voor maximaal 15 deelnemers. De kwaliteit en waardering steeg hierdoor aanzienlijk, het eigen karakter van procesmatig handelen t.o.v. het gangbare lineaire denken wordt veel beter overgebracht. Een uitzondering is de cursus **'Ademregulatie in de praktijk'** die voor het eerst in 2010 is gegeven via het NPI en met succes in 2011 is herhaald. De opzet is vanuit het Centrum aangegeven en wordt uitgevoerd door onze docenten samen met docenten van het NPI. De bedoeling is om ons model van functioneel ademen handen en voeten te geven voor de reguliere paramedicus en te onderbouwen met praktijkoefeningen en vanuit de beschikbare evidentie.

In wetenschappelijk opzicht is de **promotie van Rosalba Courtney** in februari 2011 van grote betekenis. Zij heeft diverse artikelen gepubliceerd over dysfunctioneel ademen en

de MARM, een aantal samen met ons, waardoor deze begrippen in de internationale literatuur aandacht en legitimiteit hebben gewonnen. In Australië en Nieuw Zeeland is er aan de Universiteiten meer aandacht voor de Osteopathie, de beroepsachtergrond van Rosalba, en het gevolg is dat een aantal studenten een Master Thesis starten o.a. over de MARM. Heel goed nieuws dus vanuit de andere kant van de wereld.

Tenslotte is er een ontwikkeling vanuit de zorgverzekeraars om de voorwaarden voor vergoeding nauwkeuriger te formuleren. Met name VGZ/UVIT en Menzis doen dit, maar los van elkaar. Dit heeft het Centrum ertoe gebracht om de toelatingseisen en de eindtermen van onze opleiding kritisch te bekijken. Er is een 'visie' geformuleerd voor de AOT in termen van complementaire zorg, die in het contact met deze zorgverzekeraars gehanteerd wordt.

VDV

De Van Dixhoorn Vereniging voor Adem- en Ontspanningstherapie is op 7 juli 2006 opgericht. Leden kunnen zijn degenen die de opleiding AOT hebben afgerond met een certificaat en voldoen aan de kwaliteitseisen van de AOS en hier ook bij zijn aangesloten (AOS/VDV), leden die alleen lid zijn van de vereniging (VDV) en aspirant-leden, degenen die tenminste het eerste jaar van de opleiding hebben afgerond. De VDV telt 127 registerleden (AOS/VDV), 16 VDV leden en 38 studentleden.

Dit jaar is de **Commissie Contacten Zorgverzekeraars** in januari bij elkaar geweest om de nieuwste ontwikkelingen rondom de koepelorganisaties te bespreken. UVIT is de eerste zorgverzekeraar die gaat eisen dat wij ons bij een koepelorganisatie gaan aansluiten. Er zijn in de loop van 2011 een aantal vergaderingen geweest met o.a. haptonomen, osteopaten, chiropractoren, craniosacraal therapeuten om tot een gezamen-

lijke koepel alternatieve beweegzorg te komen. Jan van Dixhoorn is de eerste contactpersoon voor het koepeloverleg en de intentie is om voor de zomer 2012 tot een afronding te komen. De eisen die UVIT aan de koepelorganisatie stelt zijn o.a. een aanspreekpunt, een borging van het kwaliteitsniveau, klacht- en onafhankelijk tuchtrecht en het liefst ook dat wij digitaal gaan declareren.

Yvonne Esser is de vaste AOT'er die de bezoeken aan de vijf grote zorgverzekeraars onderhoudt. Zij doet dat samen met de lokale contactpersoon. De zorgverzekeraars stellen geen prijs op jaarlijks bezoek maar vinden het wel prettig om de contacten te onderhouden. Dit loopt op dit moment goed. De bijgewerkte lijst van de zorgverzekeraars die AOT vergoeden is te vinden op het open gedeelte van de verenigingswebsite: www.vandixhoornvereniging.nl. Het afgelopen jaar heeft in het teken gestaan van de aanmelding voor de AGB-codes. Inmiddels zijn alle leden van wie de behandelingen mogelijk vergoed worden ingeschreven met een AGB code.

Vier **nieuwsbrieven** van het VDV bestuur met onder andere informatie over themabijeenkomsten, het aanvragen en gebruik van AGB-codes, informatie over de nieuwe versie van het verslagleggingprogramma en de stand van zaken rondom zorgverzekeraars zijn verstuurd. Er zijn in 2011 drie themabijeenkomsten geweest (zie onder 'themagerichte intervisie'). Het bestuur heeft zich verder in 2011 o.a. bezig gehouden met het standaardiseren van documenten die gebruikt kunnen worden bij de bedrijfsvoering van de leden. Zoals de betalingsvoorwaarden en de lidmaatschapsvoorwaarden.

De AOS/ het Centrum en VDV zijn bezig met een verbinding tussen de website van het Centrum, de AOS en de VDV. Er komt een soort voorportaal waarbij gekozen zal kunnen worden naar welke website men wil. Daarnaast wordt gewerkt aan het ontwerpen van een nieuwe indeling bij de menustructuur

op de website van de VDV, zodat er makkelijk te zien is waar zich informatie bevindt. Tijdens de Algemene Ledenvergadering op 29 oktober 2011 heeft Lucienne Aster haar bestuursfunctie als penningmeester neergelegd. Wij zijn blij dat Birgit Hilverink zich beschikbaar heeft gesteld voor deze functie. Het VDV-bestuur bestaat nu uit Jacqueline de Klerk, voorzitter, Margo Muijselaar, secretaris en Birgit Hilverink, waarnemend penningmeester.

AOS

Op 18 maart 2002 is de Stichting via een notariële akte opgericht met als officiële naam: Adem- en Ontspanning Stichting, methode Van Dixhoorn. De belangrijkste doelstelling luidt: Het bevorderen van kwalitatief hoogwaardige toepassing van adem- en ontspanningstherapie: in het bijzonder de methode Van Dixhoorn. Het belangrijkste middel en de voornaamste taak van de AOS is het bijhouden en bekendmaken van een register van gecertificeerde beoefenaren van adem- en ontspanningstherapie en het periodiek controleren van de kwaliteit van hen. Inmiddels is het actuele register alleen te raadplegen via het internet: www.ademtherapie-aos.org.

De AOT'ers nemen het eigen vak steeds serieuzer en voldoen steeds beter aan de verplichtingen van de (her)registratie. Dit betekent dat het aantal jaarverslagen, intervisieverslagen en ingevoerde patiënten via het Resultatenproject groeit. Aan de andere kant zijn er elk jaar mensen die afhaken en niet langer aan de verplichtingen van de herregistratie willen voldoen. Dit kan zijn dat de eisen te zwaar zijn in verhouding tot hun activiteit met de methode Van Dixhoorn, of dat ze het vooral incorporeren in het eigen beroep en daarin de methode niet echt als een aparte behandelwijze profileren. Hoewel wij dat laatste betreuren maakt het de groep geregistreerde AOT behandelaren wel zuiverder.

Elk kwartaal wordt een overzicht van geregistreerde AOT'ers via de beroepsvereniging naar de zorgverzekeraars gestuurd. AOT wordt door de meeste zorgverzekeringen vergoed, mits de AOT'er een AGB-code voor zowel de praktijk als een persoonlijke code heeft aangevraagd.

De update van persoonsgegevens in het register wordt bijgehouden door ons secretariaat en doorgespeeld naar de webmaster, Jaconelle Stas-Schuffel. De telling van patiënten aantallen vanuit de jaarverslagen is in 2011 door Marcella Schreuder gedaan en als nieuw item de inventarisering of de vergoeding die gedeclareerd wordt als AOT'er of onder de noemer van een ander beroep (bv. fysiotherapie). Ook is geïnventariseerd welke mensen groepslessen geven. Zij heeft tevens het verwerken en controleren van de ingevoerde patiënten van het Resultatenproject op haar schouders genomen. De intervisieverslagen 2011 zijn systematisch nagekeken op inhoud door Carlijn Bamberger. Onze dank voor alle hulp!

Het Resultatenproject is in 2011 herzien en uitgebreid. De nieuwste versie zal per 1 maart 2012 in werking treden. Deze versie vraagt meer informatie over de inhoud van de behandeling en over de medebehandelingen. Het kost weliswaar meer tijd, maar het doel is om meer zekerheid te verkrijgen over de specifieke rol van AOT bij bepaalde klachten. Dit is vooral noodzakelijk in geval de behandelaar meer behandelingen in zijn pakket heeft en gebruikt en wanneer in teamverband wordt gewerkt. De uitkomsten van vijf jaar Resultatenproject zijn geanalyseerd en gepresenteerd op het symposium. De conclusie kan getrokken worden dat AOT met recht effectief is en een meerwaarde heeft voor medisch onverklaarde klachten. Onverwacht goede effecten zijn gevonden bij burnout, slaapproblemen en functionele problemen aan het bewegingsapparaat, zoals rug- nek- en schouderklachten.

Het symposium "Weet wat je doet, bij onverklaarde klachten" georganiseerd door de AOS is gehouden op zaterdag 25 juni 2011. Het symposium was niet alleen bedoeld voor AOT'ers, maar ook voor belangstellenden zoals verwijzers, huisartsen etc.. De opkomst was groot: ca. 110 deelnemers. Doelstelling was de mogelijkheden en indicaties voor Adem- en Ontspanningstherapie methode Van Dixhoorn te onderbouwen. Aan de orde kwamen de presentatie van de uitkomsten van vijf jaar Resultatenproject; uitleg van het gebruik van ATL en NVL in de praktijk; het nut van registratie van behandelgegevens. Voor de niet-AOT'er was met name het ochtendprogramma interessant: welke patiënten kunnen beter naar een AOT'er doorgestuurd worden. Al met al een interessante en geslaagde dag.

PRESENTATIES EN SCHOLING

Lezingen, workshops, en andere presentaties

In allerlei situaties is er vraag naar meer duidelijkheid over adem- en ontspanningstherapie. Hier wordt aan voldaan door een lezing, vaak met een praktijkoefening, of een meer ervaringsgerichte workshop, van een of meer bijeenkomsten. Onderstaand zijn alleen de presentaties voor beroepsmensen vermeld.

Workshop 'Kennismaking AOT voor muzikanten', voor muzikanten De Wissel Muziekschool, organisatie Praktijk voor Adem- en Ontspanningstherapie Soest, Bodegraven, 19 november 2011, door Henk Buurman

Studiedagen 'Notatie Adembereik of MARM' voor cursisten en AOT'ers, organisatie centrum voor ademtherapie Amersfoort, Amersfoort, 17en 24 november 2011, door Jan van Dixhoorn

Presentatie 'Veneuze terugstroom en ademhaling', voor de Werkgroep Fysiotherapie bij Varices, Utrecht, 16 november 2011, door Birgit Post en Ellen Roggeband

Workshop 'Adem en Ontspanning', voor studenten fysiotherapie, organisatie Hoge School Amsterdam, Amsterdam, 8 en 15 november, door Yvonne Esser

Workshop 'De systeemvisie op het ademen', voor studenten opleiding mindfulness, organisatie Hoge school Utrecht, Utrecht, 12 november 2011, door Yvonne Esser

Workshop 'De systeemvisie op het ademen', voor studenten opleiding mindfulness, organisatie Hoge school Utrecht, Utrecht, 2 november 2011, door Yvonne Esser

Workshop 'Hyperventilatieklachten', voor yogadocenten, organisatie Vereniging Yogadocenten, Nederland, Elspeek, door Yvonne Esser

Training 'Masterclass Adem', voor blazers, zangers en strijkers van de Young Musicians Academy, organisatie Fontys Conservatorium Tilburg, Tilburg 22 oktober 2011, door Manon Mommers

Workshop 'AOT in het kader van palliatieve zorg', voor zorgverleners, organisatie Netwerk Palliatieve Zorg Meppel en Steenwijkerland, Meppel, 6 oktober 2011, door Astrid Schoenmaker en Anne Marca van Bruggen

Presentation 'Nijmegen Questionnaire in the evaluation of unexplained symptoms', 18th annual Meeting of ISARP, Athens, 2-3 October, 2011, door Jan van Dixhoorn

Poster presentation 'Manual Assessment of Respiratory Movement: reliability', 18th annual Meeting of ISARP, Athens, 2-3 October, 2011, door Jan van Dixhoorn

Workshop 'De docent als begeleider', voor yogadocenten, organisatie Zweiersdal, Oosterbeek, 24 september 2011, door Yvonne Esser

Lezing 'Ademtherapie bij logopedische klachten', voor deelnemers Alumnidag Hoge school Utrecht, Utrecht, 24 september 2011, door Miriam Helsen

Studiedagen 'Notatie Adembereik of MARM', voor cursisten en AOT'ers, organisatie centrum voor ademtherapie Amersfoort, Amersfoort, 9 en 23 september 2011, door Jan van Dixhoorn

Presentatie 'Kennismaking met AOT', voor logopedisten, organisatie Kring logopedie "stippent" nr 229, Gemert, 6 september 2011, door Els Videler-Jongen

Workshop 'Kennismaking AOT', voor medewerkers Centrum Een en Al, organisatie Centrum Een en Al, Bussum, 11 juli 2011, door Henk Buurman

Lezing, 'Onderzoek in de AOT praktijk', congres AOS 'Weet wat je doet bij onverklaarde klachten', Amersfoort, 25 juni 2011, door Els Anthonissen

Lezing, 'De rol van spanning bij onverklaarde klachten', congres AOS 'Weet wat je doet bij onverklaarde klachten', Amersfoort, 25 juni 2011, door Jan van Dixhoorn

Lezing, 'Adem- en Ontspanningstherapie bij stem- en slikproblemen, stotteren, verstaanbaarheid, en functionele of onverklaarde ademklachten (Parkinson, COPD, hoesten en boeren', congres AOS 'Weet wat je doet bij onverklaarde klachten', Amersfoort, 25 juni 2011, door Miriam Helsepers.

Lezing 'Keuze van instructie/handgreep'. congres AOS 'Weet wat je doet bij onverklaarde klachten', Amersfoort, 25 juni 2011, door Herman Nederlof en Maria Slobbe

Lezing 'Ademen: een systeemvisie', congres AOS 'Weet wat je doet bij onverklaarde klachten', Amersfoort, 25 juni 2011, door Yvonne Esser

Lezing 'De lineaire en de procesmatige benadering', congres AOS 'Weet wat je doet bij onverklaarde klachten', Amersfoort, 25 juni 2011, door Gerard van Holland

Lezing 'Inspannen is zilver, ontspannen is goud', congres AOS 'Weet wat je doet bij onverklaarde klachten', Amersfoort, 25 juni 2011, door Margo Muijselaar

Workshop 'Adem, Houding, Spelen en ZENUWEN', voor klarinetten, organisatie festival Classique, Den Haag, 19 juni 2011, door Jacqueline de Klerk

Lezing 'Kennismaking met adem- en ontspanningstherapie en psychosomatische fysiotherapie', voor logopedisten, organisatie kwaliteitskring logopedie Schiedam, Schiedam, 31 mei 2011, door Margo en Ben Muijselaar

Workshop 'Introductie methode Van Dixhoorn', voor oefentherapeuten Mensendieck, Den Haag, 26 mei 2011, door Jacqueline de Klerk

Workshop 'AOT/yoga music', voor muziek studenten, organisatie Fontys Conservatorium Tilburg, Tilburg, 21 mei 2011, door Manon Mommers

Workshop 'Aandachtgerichte interventies in de verslavingszorg', voor werkers in de verslavingszorg, organisatie MAIER en GGZ Mondriaan, Heerlen, 12 mei 2011, door Monique Schepers

Workshop 'Adem- en ontspanningstherapie (AOT) Methode Van Dixhoorn', voor de vakgroep fysiotherapie van Carintreggeland, Delden, 27 april 2011, door Dineke van de Loosdrecht- Klevering

Training 'AOT/yoga voor zangers', voor klas Tamara Jongerden, organisatie Tamara Jongerden Conservatorium Maastricht, Maastricht, 15 april 2011, door Manon Mommers

Workshop 'De adem in Mindfulness - mogelijkheden en onmogelijkheden', voor cursisten opleiding Mindfulness, organisatie Hoge School van Utrecht, Utrecht, 8 april en 21 mei 2011, door Yvonne Esser

Lezing en workshop 'Ontspanningsinstructie in de hartrevalidatie', Nederlands Paramedisch Instituut, Arnhem, 7 april 2011, door Jan van Dixhoorn en Gerard van Holland

Lezing 'De (on)mogelijkheden van ademtherapie bij hyperventilatie', voor huisartsen, organisatie bijscholing huisartsen, Warnsveld, 29 maart 2011, door Titia Veenstra

Workshop 'Hoe je door een optimale lichaamshouding en ademhaling je saxofoon mooier kunt laten klinken', voor Saxofoonleerlingen van Scholen in de Kunst, organisatie Scholen in de Kunst, Amersfoort, 21 maart 2011, door Lucie Neven

Lezing 'stress interventies voor hartpatiënten', advies commissie Nederlandse Hartstichting Stress en Hart en Vaatziekten, Utrecht, 18 maart 2011, door Jan van Dixhoorn

Studiedagen 'Notatie Adembereik of MARM', voor cursisten en AOT'ers, centrum voor ademtherapie Amersfoort, Amersfoort, 5 en 19 maart 2011, door Jan van Dixhoorn

College 'Ademtherapie methode Van Dixhoorn', voor masterstudenten psychosomatische fysiotherapie, organisatie Hoge School van Utrecht, Utrecht, 4 en 25 maart 2011, door Wendy van der Most

Workshop 'Manual assessment of respiratory movement', 15th Annual Conference, Biofeedback Foundation Europe, Munchen, 23 februari 2011, door Jan van Dixhoorn en Yvonne Esser

Presentatie 'Adem en Ontspanningstherapie methode Van Dixhoorn', voor neurologiewerkgroep logopedisten Twente, 3 februari 2011, Delden, door Dineke van de Loosdrecht- Klevering

Workshop (4x) 'AOT/Yoga musici', voor musici, Heerlen, 26 januari 2011, 9 februari 2011, 9 maart 2011, 23 maart 2011, door Manon Mommers

Cursus 'Behandelingsmogelijkheden bij hyperventilatie en dysfunctioneel ademen', voor cursisten Leergang en AOT'ers, organisatie centrum voor Ademtherapie Amersfoort, Amersfoort, 22 en 29 januari 2011, door Jan van Dixhoorn

Introductiecursus

De opzet van deze cursus is om de methodiek van de AOT bekend te maken. Het houdt een aantal bijeenkomsten in van in totaal circa 10-12 uur, waarin zowel theoretische begrippen, zoals 'gewone overspanning' en 'interne zelfregulatie' worden uitgelegd, als praktische instructies worden gedaan om de betekenis van de begrippen te verduidelijken en de toepassing in het eigen leven of werk te bevorderen. Het is bedoeld voor beroepsmensen en ook belangstellenden. Onderstaand zijn alleen de cursussen voor beroepsmensen vermeld.

Cursus 'Adem en Ontspanning', voor yogadocenten in opleiding, organisatie Amithaba yogaopleiding, Deventer, periode december 2010 t/m februari 2011, door Yvonne Esser

Cursus 'Behandelingsmogelijkheden van patiënten met hyperventilatieklachten en dysfunctioneel ademen', REOS Leiden, Leiden, 12, 19 januari en 2 februari 2011, door Jan van Dixhoorn en Yvonne Esser

Cursus 'Behandelingsmogelijkheden van patiënten met hyperventilatieklachten en dysfunctioneel ademen', DOKh, Hoorn, 10, 17 maart en 14 april 2011, door Jan van Dixhoorn en Gerard van Holland

Cursus 'Ademregulatie in de praktijk', voor paramedici, organisatie Nederlands Paramedisch Instituut, Nijmegen, 2, 16 en 30 november 2011, door Nol Bernards, Yvonne Esser en Gerard van Holland

Introductiecursus 'Adem- en Ontspanningstherapie', voor paramedici, organisatie BanZaj, Praktijk voor PMT, Sevenum, najaar 2011, door Els Anthonissen

Training 'Yoga/AOT voor musici', voor orkestmusici symfonie orkest theater Aken, organisatie gemeente Aken, Aken, najaar 2011, door Manon Mommers

Cursus 'Adem en ontspanning: inzichten uit de methode Van Dixhoorn', voor yogadocenten, Maarssen, periode maart t/m juni 2011, door Yvonne Esser

Cursus 'Behandelingsmogelijkheden van patiënten met hyperventilatieklachten en dysfunctioneel ademen', Hogeschool Utrecht, Paramedische studies, Utrecht, 8, 15 en 22 september 2011, door Jan van Dixhoorn en Ellen Roggeband

Publicaties

Ingrid Beckers. **Eindelijk echt ontspannen**, interview met Jeanette Tholhuijsen. Brabants Dagblad en Limburgse Krant, 12 december 2011

R Courtney, J van Dixhoorn, K Greenwood. **Relationship between dysfunctional breathing patterns and ability to achieve target heart rate variability** with features of "coherence" during biofeedback. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 2011, vol. 17-3; 38-44

R Courtney, J van Dixhoorn, K Greenwood, E Anthonissen. **Medically unexplained dyspnea: partly moderated by dysfunctional (thoracic dominant) breathing**. *Journal of Asthma*, 2011, Vol. 48, No. 3: 259–265

Lopend onderzoek

Wat is het nut van de Nijmeegse Vragenlijst bij de evaluatie van onbegrepen klachten? Door J. van Dixhoorn, data analyse op ruim 2000 patiënten ingevoerd via het Resultatenproject. Presentatie ISARP, Ann Arbor, USA, oktober 2008 en ISARP Athene, oktober 2011, symposium AOS juni 2011. Artikel in voorbereiding

Wat is de structuur en betrouwbaarheid van de Algemene Toestands Lijst (ATL)? Door L. Raman en D. Noorlander, afstudeerproject (VU) begeleid door R. Bosscher en J. van Dixhoorn, op 800 vragenlijsten verzameld via het Resultatenproject. Uitkomsten op symposium AOS 2011.

Betrouwbaarheid en validiteit van de manuele beoordeling van de adembeweging MARM (of notatie adembereik). J van Dixhoorn, Rosalba Courtney en anderen, Amersfoort en Melbourne. Presentatie RMIT University Melbourne februari 2011 en ISARP, Athene, oktober 2011

Indicaties en klinische effectiviteit van Adem en Ontspanningstherapie: 'Resultaten Project', AOS Amersfoort, Jan van Dixhoorn, Bas vd Steeg, Marcella Schreuder. Getoetst door de METc Alkmaar zomer 2010. Presentatie symposium AOS juni 2011, ISARP, Athene, oktober 2011

VOOR WELKE INDICATIES IS VERWIJZING NAAR AOT TERECHT?

Tot nu toe is in elk jaarrapport sinds 2002 beschreven voor welke indicaties mensen worden behandeld met Adem en Ontspanningstherapie. Deze informatie werd gehaald uit de jaarverslagen die de behandelaren elk jaar insturen. Sinds 2006 is daarnaast informatie over de uitkomsten bekend, vanuit het Resultatenproject, waar de behandelgegevens via internet worden ingevoerd. Vorig jaar is voor het eerst een analyse gemaakt van de uitkomsten van de cumulatieve aantallen patiënten, ingevoerd via het Resultatenproject. Het onderstaande is daar een vervolg op en de indicaties vanuit de jaarverslagen worden gecombineerd met de uitkomsten vanuit het Resultatenproject.

In bijgaande tabel zijn de aantallen vermeld uit de jaarverslagen van de afgelopen vier jaren. In de eerste kolom is te zien hoeveel patiënten met de verschillende indicaties behandeld zijn in het totaal. In de middelste kolom is hetzelfde vermeld, maar nu gaat het om alle patiënten die ingevoerd werden in het Resultatenproject. Dat zijn veel minder patiënten, omdat niet elke behandelaar de behandelgegevens invoert via het Resultatenproject. Er is enige overlap, omdat behandelaren die hun gegevens invoeren via het Resultatenproject, dat niet ook hoeven te doen in het jaarverslag. De meesten doen dat niet, maar sommigen wel. In de laatste kolom tenslotte staan de uitkomsten van de behandeling vermeld. Van elke patiënt wordt aan het eind vastgesteld of spanningsregulatie voldoende was om de spanning te kunnen hanteren en de klachten te verminderen of doen verdwijnen. Het percentage van de patiënten bij wie dat het geval was staat vermeld. Dit is het gezamenlijke klinisch oordeel van behandelaar en patiënt. De uitkomst wordt geobjectiveerd door twee vragenlijsten, de Nijmeegse Vragenlijst en de Algemene Toestandlijst. De scores op deze lijsten staan niet vermeld per indicatie. Over het algemeen is de bevinding, in vorige jaarrapporten vermeld, dat patiënten bij wie het klinisch oordeel 'goed effect' luidt een normalisering vertonen van hun scores. Het oordeel wordt daardoor bevestigd. We bespreken een paar indicaties.

Spanning, angst en hyperventilatie

Het lijkt voor de hand te liggen om patiënten met spanningsklachten voor ontspanningstherapie te verwijzen en inderdaad is dit de op een na grootste categorie. De verwijzing lijkt terecht te zijn, ruim tweederde heeft voldoende baat en leert de spanning zelf te regelen. De grootste categorie bestaat echter uit patiënten met klachten die officieel niet meer bestaan, omdat het 'hyperventilatiesyndroom' een obsoleet begrip is geworden. Daarmee zijn de mensen met deze klachten echter niet verdwenen. Het zijn nu 'spanningsklachten' maar er zit toch een bepaald patroon in, waardoor ze als hyperventilatieklachten worden benoemd. De respiratoire component in de klachten is kennelijk een extra reden om ze naar adem- en ontspanningstherapie te verwijzen. Ook die gedachte blijkt terecht, aangezien zelfs driekwart van deze patiënten voldoende baat heeft! Opmerkelijk is wel dat een kwart dat niet heeft. Dit duidt erop dat de achtergrond van de klachten nogal eens complex is en niet makkelijk te beïnvloeden. Dit zouden bijvoorbeeld de patiënten kunnen zijn bij wie de angst overheersend is en een angststoornis hebben ontwikkeld. Patiënten bij wie dat al bij aanvang duidelijk is zijn in deze tabel onder psychische problemen gerangschikt en dan blijkt dat het percentage goed effect veel lager is, ongeveer de helft. Ook dit is een aanzienlijke groep. In elk geval is duidelijk dat niet alle patiënten met hyperventilatieklachten een angststoornis hebben,

Rubriek

**Jaarverslagen
2008 - 2011**

**Resultaten Project
2006-2011**

Spanningsgerelateerde problemen zonder specifieke oorzaak	Aantal patiënten	Aantal patiënten	Goed effect
0. niet onder te brengen	170	68	68%
1. Spanningsproblemen	1509	516	69%
2. Hyperventilatie	1744	654	75%
3. Burn-out / Overspanning	728	150	74%
4. Vermoeidheid, ME	178	52	48%
5. Hoofdpijn	523	166	65%
6. Slaapstoornissen	193	119	71%
7. Aandachtsproblemen (concentratie/ piekeren)	99	29	59%
Totaal	5144	1754	70%
Psychische problemen			
0. niet onder te brengen	90	79	39%
1. Angsten, Paniek, Fobie	546	267	49%
2. Depressie	203	127	31%
3. Traumaverwerking	115	40	53%
Totaal	954	513	44%
Functionele problemen van houding, adem en beweging			
0. niet onder te brengen	96	39	56%
1. Onderrug	334	57	71%
2. Arm, nek en schouders (CANS / RSI)	540	153	66%
3. Borstkas	82	27	78%
4. Fibromyalgie	166	30	40%
5. Whiplash	132	36	56%
6. Chronische pijn	312	82	45%
7. Ademproblemen	395	132	69%
8. Stemklachten	87	37	43%
Totaal	2144	593	61%
Spanningsproblemen met specifieke somatische oorzaken			
0. niet onder te brengen	77	50	42%
1. Longaandoening (astma, COPD)	383	113	56%
2. Hart- en vaataandoeningen	413	93	71%
3. Neurologische aandoeningen	235	94	51%
4. Bewegingsapparaat	152	62	39%
5. Postoperatieve behandelingen	27	14	43%
6. Kanker	132	20	60%
7. Buik- en continentieproblematiek	137	24	58%
Totaal	1556	470	53%
Totaal	9798	3330	

dat de meesten van hen voldoende geholpen zijn zonder psychotherapie en dat zelfs als de angst op de voorgrond staat de helft van de patiënten een goed effect heeft.

Burn-out en overspanning

In de gangbare gedachten over burnout en overspanning bestaat het idee dat er grote stressoren moeten zijn en dat het herstel langdurig is. De richtlijnen raden dan ook aan om de patiënten vooral te leren verstandig met de stressoren om te gaan. Het is daarom zeer verbazend dat regulatie van de spanningsklachten zo goed lukt met adem en ontspanningstherapie. Ook van de patiënten met burnout reageert driekwart goed en kan zich ermee redden. Hoe zou dat kunnen wanneer de klachten beladen zijn door stressoren? Dit lijkt erop te wijzen dat de interne spanningsregulatie doorwerkt naar de manier waarop men met spanningsbronnen omgaat (externe spanningsregulatie) en dat valt inderdaad vaak op. Wanneer men zichzelf beter in balans kan brengen en houden dan staat men ook anders in de wereld, men kan meer hebben, wordt reëler over de eigen belastbaarheid en maakt betere keuzes. Dit blijkt steeds opnieuw uit de eindverslagen van degenen die de driejarige opleiding hebben gedaan en dat blijkt ook uit de casuïstiek van mensen met burnout. Het is een relatief kleine groep maar de uitkomsten zijn positief. Deze uitkomsten liggen wat anders bij patiënten met chronische vermoeidheid. Van hen heeft de helft een goed effect. In elk geval verdienen patiënten met burnout veel vaker dat de optie van spanningsregulatie benut wordt!

Rug, nek en borst: een functionele ademhaling

Bij klachten aan het bewegingsapparaat zijn de uitkomsten ook onverwacht heel goed: rug, nek, schouder, borstkas. Patiënten met nek-schouder klachten vormen de grootste groep, mogelijk omdat deze het meest met spanning geassocieerd worden, maar de uit-

komsten zijn niet beter dan bij klachten van de onderrug en de thorax. Desondanks blijven de aantallen relatief bescheiden. De optie van AOT zou in deze gevallen toch veel vaker benut kunnen worden. Mogelijk kan de waarde van AOT voor deze klachten beter toegelicht en begrijpelijk gemaakt worden voor eventuele verwijzers. Het lijkt er op dat inzicht in de rol van de borstkas en daarmee de adembeweging in de lichaamshouding en de statiek van de houding hiermee te maken heeft.

Wat wij functioneel ademen en functioneel bewegen noemen is meer dan spanningsvermindering. Wanneer de adembeweging vrijer wordt, beter verdeeld over de gehele romp en de ribben even goed meedoen als diafragma en buik, dan is de balans tussen bekken en hoofd beter. De borstkas medieert deze balans. De adembeweging hangt daarom samen met de balans tussen cervicale en lumbale lordose. Vrijwel na elke instructie of handgreep kan blijken dat men iets makkelijker rechtop staat. Dat betekent dat het hoofd makkelijker links en rechts draait, wat meer recht vooruit kijkt en er minder spanning in nek en schouders nodig is voor de houding. De borstkas heft makkelijker, waardoor de onderrug vanzelf opgestrekt wordt en de spanning om rechtop te blijven kan afnemen. De schouders worden daardoor meer gedragen door de ribben en kunnen ook wat ontspannen.

Er is nog een heel andere weg waarlangs een vrijere adem bijdraagt tot ontspanning. Een vrijere en beter gedifferentieerde beweging van borst en ribben leidt er tegelijk toe dat men de borst beter voelt. Dit is vaak een emotioneel beladen gebied. Bram Balfort zei al dat een 'luchtige borst' noodzakelijk is voor een goede stem en expressie van emotie. Ook blijkt steeds weer uit de casuïstiek en uit de eindverslagen van de opleiding dat mensen zich opener, vrijer en rustiger gaan voelen

wanneer de adembeweging voelbaar aanwezig is in de borst. Men staat niet alleen anders, men staat ook anders in het leven. Men wordt zich bewuster wat men echt wil en echt niet wil, men houdt meer rekening met zichzelf en wordt assertiever. Daarmee neemt de 'last' af, men wordt meer belastbaar en zo kunnen deze klachten goed reageren.

Leiden onverwacht goede uitkomsten tot meer verwijzingen?

In de loop van de afgelopen jaren is het relatieve aandeel van spanning- en hyperventilatieklachten onveranderd het grootst. Er treedt nauwelijks een verschuiving op in het aandeel van de indicaties. Er worden in de afgelopen

vier jaar niet meer patiënten vanwege burnout naar behandeling met onze methode verwezen en ze komen evenmin vaker uit zichzelf. Hetzelfde geldt voor de klachten van het bewegingsapparaat. Hier ligt een uitdaging voor de behandelaar en voor de Vereniging! Zij kunnen dit meer in de markt zetten.

Ontspanningstherapie volgens onze methode is veel meer dan het toepassen van de klassieke ontspanningsmethodes. Als die boodschap en dat inzicht bekender wordt kan ook het indicatiegebied uitbreiden.

CASUS EEN PATIËNT MET KLACHTEN VAN BURN-OUT

M. Jongmans

Deze casus beschrijft een patiënt met forse klachten t.g.v. een burn-out. Er is een extreem verhoogde score op de ATL. Jarenlang presteren op (te) hoog niveau leiden uiteindelijk tot ziekte verzuim. De klachten blijken een gevolg van overspanning en reageren goed op AOT. Gedurende de periode van behandeling met AOT, hervat hij onder begeleiding de fysieke inspanning en starten ook gesprekken bij een psycholoog. Hij ervaart veel baat bij deze interventies die naar zijn mening goed aansluiten bij elkaar.

Introductie: dhr. F is 55 jaar, gehuwd, 2 kinderen en is reeds 33 jaar werkzaam als vertegenwoordiger. Hij voelt al 1,5 jaar dat het niet goed met hem gaat. De doelstellingen, die hij op zijn werk moet halen komen steeds hoger te liggen. Hij kan nog net aan deze eisen voldoen, maar begint steeds meer klachten te ontwikkelen. Hij herkent de symptomen wel, omdat hij al eerder deze klachten heeft gehad, maar stopt dit weg. Op het moment, dat hij in conflict raakt met zijn dochter over de relatie, die zij is aangegaan met een veel oudere man, kan hij niet meer functioneren en gaat in de ziektewet.

Klacht: F. geeft aan zich sinds 1,5 jaar niet goed te voelen en heeft sinds 3 maanden toenemende klachten van kortademigheid, druk op de borst, gejaagd gevoel, duizeligheid, misselijkheid, extreem moe, slecht slapen, geen energie meer, pijn in het gehele lichaam, waarbij de pijn in de rug overheerst. Hij kan momenteel niet langer werken en sporten, zelfs wandelen en fietsen is nauwelijks mogelijk.

Diagnose: de huisarts stelt de diagnose burn-out. De bloeddruk is sterk verhoogd, er zijn geen afwijkingen in het bloedbeeld of op de X-thorax. Zij adviseert hem thuis te blijven en schrijft oxazepam voor. F. wordt naar mij verwezen voor AOT en conditieopbouw.

Behandelverloop: de eerste 4 sessies van de proefbehandeling vonden plaats in 2

weken tijd. De eerste sessie ben ik begonnen met zit, lendenadem en in ruglig, aandacht verzamelen en aandacht achterzijde. F. merkt, dat hij uitermate gespannen is en zich met moeite over kan geven aan de behandelbank. Hij vindt het enerzijds prettig en anderzijds angstig om "los te laten". Dit emotioneert hem. De tweede sessie geeft hij aan, dat hij door te oefenen gemerkt heeft hoe slecht het werkelijk met hem is gesteld. Hij begrijpt niet van zichzelf, dat hij de signalen zo genegeerd heeft. We herhalen dezelfde handgreep en instructies en voegen ruglig, voeten optrekken toe. Hij kan zich iets makkelijker overgeven aan de oefeningen, zijn lichaam is extreem zwaar en hij ervaart meer contact te krijgen met zijn lichaam. Ik vraag hem te blijven oefenen, uit te rusten en verder alleen kleine wandelingetjes te maken. De derde sessie is hij nog steeds heel vermoeid, maar positiever gestemd. De klachten van duizeligheid, misselijkheid, gejaagdheid en pijn in het gehele lichaam beginnen te verminderen. De oefeningen gaan beter en hij merkt steeds meer effect van het oefenen. Deze sessie begint F. plotseling over werkhervatting te praten. Ik geef aan, dat me dit nog veel te vroeg lijkt, maar dat de ARBO arts dit met hem zal bespreken. De handgreep, voeten trekken/duwen en de instructie, voeten drukken worden toegevoegd. Hij voelt zich hierna warmer, energiever, de ademhaling wordt meer vloeiend en de hartslag rustiger. Ik vraag hem de oefeningen te herhalen en te gaan observeren, wanneer hij op een stoel zit en achter de

computer zit en of hij onnodige spanning kan loslaten. De vierde sessie: de instructies gaan beter en hij heeft in het weekend genoten van een kleine wandeling met zijn vrouw. De maandag daarna werd hij echter gebeld door zijn werkgever en direct kwam alle spanning terug. Deze reactie hebben we samen doorgeproken en geplaatst binnen het proces van overspanning. In deze sessie hebben we alleen zit, voeten drukken herhaald. Hij ervaart hoe groot de invloed van zijn werk is op zijn klachten. Hij gaat bekijken of hij rustig in gesprek kan gaan met zijn werkgever en spanningsverschijnselen tijdens dit gesprek kan loslaten.

Resultaat proefbehandeling: de proefbehandeling laat duidelijk resultaat zien. Er is een start gemaakt met inzicht krijgen in de mate van overspanning en de oorzaak hiervan. Een deel van de klachten was aan het afnemen, maar de confrontatie met zijn werkgever zorgde voor een terugval. F. heeft deze terugval echter in het juiste perspectief geplaatst en beseft, dat terugkeer naar zijn werk nog geen reële doelstelling is. Ook conditioneel staat hij nog helemaal aan het begin. Volgens de gestructureerde evaluatie en rapportage van de proefbehandeling is er een ingang voor AOT, die leidt tot een concreet effect. De ATL is gezakt van 60 naar 45, maar nog steeds sterk verhoogd. F. is gemotiveerd om door te gaan met als doelstelling verdere afname van klachten en start conditieopbouw.

Voortzetting behandelverloop: de tweede 4 sessies vinden plaats in 1 maand tijd. De vijfde sessie meldt hij steeds meer met beide voeten op de grond te komen. Zijn leidinggevende heeft inmiddels ook met de ARBO arts een gesprek gehad en beseft, dat er structureel iets moet veranderen aan de inhoud van het zijn werkzaamheden. De erkenning geeft hem rust. De instructies worden uitgebreid met ruglig, tijd, ruimte, lucht genoeg. Hij ervaart het goed kunnen doorade-

men en loslaten van zijn uitademing als weldadig. Tevens heeft het een positieve invloed op zijn stemming. F. zet deze oefening thuis voort en we spreken af, dat als het proces zo verder gaat we over 2 weken kunnen starten met enige fysieke inspanning. De zesde sessie: de eerste dagen zijn goed gegaan en hij is voor het eerst weer naar een verjaardag gegaan. Daarna was er opnieuw sprake van een terugval, vanwege een uitnodiging voor een gesprek met de ARBO arts. Vanaf dat moment gingen de oefeningen moeizamer. Ik heb geadviseerd zo eerlijk mogelijk bij de ARBO arts aan te geven hoe hij zich werkelijk voelt. In deze sessie hebben we stand, rustadem toegevoegd. Dit verloopt goed. Thuis gaat hij zijn ademhaling in lig, stand en bij wandelen oefenen. De zevende sessie: hij voelt zich al een paar dagen niet goed, is verkouden, heeft keelpijn en is nog niet aan wandelen toegekomen. Wel heeft hij een heel goed gesprek gehad met de ARBO arts. Dit lucht op. De ARBO arts adviseert om naast de AOT ook gesprekken met een psycholoog aan te gaan, die zich richt op de levensloop van de patiënt. Naast stand, rustadem hebben we deze sessie aandacht besteed aan stand, armen zwaaien. Het rustig ademen gaat goed, maar het armen zwaaien brengt hem uit evenwicht. Het leveren van inspanning kost nog moeite. Opnieuw hebben we dit uitgebreid besproken en geplaatst binnen het totale proces van burn-out. F. gaat deze 2 oefeningen herhalen en daarnaast heb ik een rustig opbouwend programma meegegeven voor zijn conditie bestaande uit de crosstrainer en spierversterkende oefeningen. De achtste sessie: het is redelijk goed gegaan. Stand, armen zwaaien lukt veel beter. Hij kan doorademen en raakt niet buiten adem. De spierversterkende oefeningen leveren spierpijn op, maar lukken wel. Hij gaat 1x10 min per dag op de crosstrainer en wandelen kan hij 15-20 min per keer volhouden. We hebben de ademoefeningen herhaald. F. voelt zich fris, ademt rustig door. De conditie mag rustig verder opgebouwd worden met de nadruk op plezier heb-

ben en niet op “een prestatie leveren”.

Evaluatie: de klachten nemen verder af. Moeheid staat niet meer zo op de voorgrond. F. gaat beter slapen en de verhouding tussen rust en inspanning komt meer in balans. De ATL is slechts licht verhoogd (34). De oefeningen ervaart hij als prettig en hebben het contact met hoe hij zich werkelijk voelt hersteld, de gesprekken met de psycholoog helpen hem op een andere manier naar zijn werk te kijken. De vervolgbehandelingen AOT zijn gericht op verdere opbouw van de conditie en het hervatten van de werksituatie.

Voortzetting behandelverloop: de negende t/m de veertiende behandeling vinden plaats in 5 maanden tijd. De negende sessie: het is iets minder gegaan wat betreft het trainen. Bij navraag blijkt F. tegen mijn advies in de training te snel te hebben opgebouwd. Hij is opnieuw “prestatiegericht” aan de gang gegaan. We hebben besproken, dat dit een enorme valkuil is. Overige aspecten zoals lezen, op bezoek gaan, motorrijden gaan veel beter. Hij kan zich concentreren en begint belangstelling te tonen in andere mensen. Deze sessie hebben we alleen instructies herhaald. De tiende behandeling: hij wordt steeds minder emotioneel, het slapen verbetert nog steeds, zijn geest wordt rustiger. We gaan verder met de handgreep, wervelkolom schommelen en de instructie ruglig, kortlig, benen op de stoel, voeten/onderbenen trekken en duwen. Hij ervaart zijn wervelkolom als losser, de ademhaling verloopt gemakkelijker. Bij het staan na de oefening voelt hij zich letterlijk en figuurlijk steviger. De instructie gaat hij thuis herhalen en tevens vraag ik hem bij het fietsen en wandelen te voelen wanneer hij pauzes nodig heeft. De elfde sessie: de instructie is goed gegaan en heeft een positief effect op de stijfheid in zijn rug. Hij is een paar weken op vakantie geweest, voelde zich goed en kon het wandelen en fietsen goed aan. De omgeving begint aan hem te vragen waarom hij nog niet werkt. F. vindt dit

lastig. We hebben de mogelijke reactie hierop besproken. Dezelfde handgreep en instructie zijn herhaald. De twaalfde sessie: de klachten zijn vrijwel volledig verdwenen in het dagelijks leven. Wandelen en fietsen kan hij nu een aantal uren achter elkaar. Hij heeft weer contact met zijn dochter, heeft nog moeite met de situatie maar kan er wel met haar over praten. Het enige, dat nog niet lukt is meerdere uren lezen en achter de computer zitten. Dit is wel een voorwaarde om weer te kunnen werken. We hebben de instructie ruglig, armen zijwaarts ingevoegd om spanning in het schoudergebied waar te nemen en deze los te laten. Hij gaat deze oefeningen in zijn dagelijks leven inpassen. De dertiende sessie: F. heeft de twee laatst gegeven instructies toegepast na mentaal inspannende bezigheden en merkt, dat hij nog erg veel spanning opbouwt in het nek- schoudergebied en dat dit vermoeiend is. De conditie wordt nu op de juiste manier opgebouwd en na de vakantie start de reïntegratie volgens een duidelijk opgesteld plan. We herhalen de instructie ruglig, armen zijwaarts. De veertiende sessie: hij is op vakantie geweest. Hij heeft zich ingespannen en genoten van culturele uitstapjes, ook de moeheid speelt geen rol meer. Het slapen gaat goed, hij staat uitgerust op en heeft zin om de dag te beginnen. F. heeft sinds 2 weken zijn werk hervat en is tevreden over de afspraken, die hij hierover met zijn leidinggevende heeft gemaakt. We spreken af, dat hij de instructies blijft toepassen om op deze wijze in contact te blijven met “hoe het werkelijk met hem gaat”. Daarnaast blijft hij de adviezen, die hij heeft gehad toepassen. De AOT kan worden afgesloten. Er zijn nog een paar gesprekken met de psycholoog en dan zal deze behandeling ook worden afgesloten.

Conclusie: De AOT heeft een positief effect gehad op de klachten. F. geeft aan, dat door de oefeningen:

- hij inzicht heeft gekregen hoe slecht het werkelijk ging
- zijn klachten tot vrijwel nihil zijn geredu-

- ceerd (de ATL is erg laag, 17)
- hij zijn conditie heeft kunnen opbouwen
- hij voldoende inzicht heeft om spanningsverschijnselen waar te nemen en deze tijdig af te bouwen
- hij inzicht heeft in een gezonde afwisseling tussen rust en inspanning

Nabeschuiving: AOT is van duidelijke invloed geweest op het volledige scala van klachten. F. stond aanvankelijk niet meer in contact met zijn lichaam, had geen idee hoe het werkelijk met hem gesteld was. De ademhaling was hoog en gespannen. Hij heeft in eerste instantie geleerd om weer contact te maken met zijn lichaam en **de aandacht naar binnen te verschuiven**. Dit is niet meer beangstigend. Hij is zich **bewust geworden van zijn lichaam** en vangt interne signalen weer op. Langzaam is er sprake van **spanningsvermindering** in nek en schouders waardoor activiteiten zoals lezen en achter de computer zitten weer mogelijk zijn. De ademhaling herstelt zich van een verkrampde, hoge ademhaling naar een

vloeiende, volle **functionele ademhaling**. Hij krijgt inzicht in het belang van afwisseling van inspanning en rust. Hij mag van zichzelf ook uitrusten na een activiteit, er is sprake van **herstel van evenwicht**. Gedurende de behandeling beseft F. dat hij enorm over zijn grenzen is gegaan en dat er echt iets aan de inhoud van zijn baan moet gebeuren om dit niet nog een keer te laten gebeuren. De psycholoog heeft hem goede handreikingen gedaan om op een andere manier naar zijn werk te kijken en dit te bespreken met zijn leidinggevende. Er is sprake van **cognitieve herstructurering**. Wat later in de behandeling is het pas mogelijk geworden om zich weer lichamelijk in te spannen. Aan het einde van de behandeling is er sprake van het feit, dat ook het **functioneel bewegen** is hersteld. M.i. laat deze casus met deze problematiek zien, dat AOT een duidelijke rol kan spelen bij deze klachten. De tijd nemen voor herstel speelt een grote rol ! Samenwerking met een psycholoog heeft een belangrijke meerwaarde.

DE ALGEMENE TOESTAND LIJST (ATL)

Ruud Bosscher

Op het symposium 'Weet wat je doet bij onverklaarde klachten' op 25 juni 2011 zijn door dr. R.J. Bosscher de uitkomsten gepresenteerd van de analyses door zijn studenten en hemzelf van de ATL. De getallen die verkregen zijn doordat een aantal AOT'ers de moeite hebben genomen om hun gegevens via het Resultaten Project in te voeren werden daartoe benut. Onderstaand is een vereenvoudigde versie van het artikel dat hierover in bewerking is.

Deze vragenlijst is ontworpen vanuit het concept 'gewone overspanning' dat verwijst naar een gespannenheid in het algemene functioneren, die een voorloper en een voedingsbodem zou zijn voor het ontwikkelen van spanningsklachten (1). In de beginfase van het ontstaan van klachten is er meestal een spanningsbron, maar die hoeft nog geen weerslag te hebben op het algemene functioneren. De dagelijkse bewegingen en handelingen verlopen zonder problemen, de aandacht is goed te concentreren, het slapen is ongestoord en men staat fit en uitgerust op. Er is een beperkt probleem, vaak lokaal in het bewegingsapparaat, die met gerichte oefeningen voor de aandacht, beweging of ademhaling of met manuele behandeling snel te verhelpen is. Wanneer een lokaal verhoogde spierspanning echter gaat uitbreiden en generaliseren (2), wanneer de aandacht door het probleem in beslag wordt genomen en men gaat piekeren (3), wanneer rusteloosheid ontstaat, het slapen bemoeilijkt is en men minder uitgerust opstaat, dan is er invloed op deze algemene toestand. Men herstelt minder goed, het functioneren gaat meer energie kosten en wordt vermoeiender. Dit hoeft niet de aandacht te trekken en tot klachten te leiden, deze toestand kan 'gewoon' worden en kan heel lang bestaan. Wanneer echter klachten ontstaan, die niet langer te negeren zijn en het functioneren storen, dan blijkt vaak al heel lang een dergelijke toestand van verhoogde spanning te hebben bestaan. Daarom is het te zien als 'voedingsbodem' en 'voorloper' van klachten en is de ATL geen specifieke klachtenlijst. Bij elke soort klacht of probleem dat het orga-

nisme in verhoogde spanning brengt om te kunnen functioneren zal de ATL verhoogd kunnen zijn. Omgekeerd zou beïnvloeding van de ATL door ontspanning en spanningsregulatie gunstig kunnen zijn voor de klachten, hun respons op een specifieke behandeling en/of het hanteren ervan als zij niet te verhelpen zijn. Daarmee is een heel breed indicatiegebied voor adem- en ontspanningstherapie geopend.

Er is een aantal verwachtingen te formuleren:

- Naarmate de belasting door ziekte of omstandigheden groter is en de problemen ernstiger of veelvuldiger zal de ATL score toenemen.
- Mensen met een lage ATL kunnen wel degelijk klachten hebben, maar dat zijn dan beperkte en vaak lokale spanningen.
- Een behandeling van spanningsklachten is pas echt voltooid als het algemene functioneren en de overspanning weer in balans zijn en dan is de ATL laag.

De Vragenlijst

Er zijn 16 vragen geformuleerd vanuit de klinische ervaring met behandeling van patiënten met spanningsklachten. In de intake voor een behandeling met adem- en ontspanningstherapie wordt aangeraden altijd naar aspecten van de algemene toestand te vragen, juist ook wanneer men hier niet over klaagt: lichaamsbeweging en het herstel van inspanning, slaapkwaliteit, voldoende rust en kunnen ontspannen, vermoeidheid en energie. De antwoordmogelijkheden op de 16 items zijn aan

te geven op een 5 puntsschaal, lopend van nooit (=0) tot heel vaak (=4). De somscore loopt dus van 0 tot 64.

Structuur en subscores

Patiëntgegevens werden ingevoerd via het Resultatenproject. Er zijn ATL scores beschikbaar van 851 patiënten uit de eerste lijn en van 150 patiënten uit de tweede lijn. De vraag doet zich nu voor of alle items hetzelfde begrip meten of zijn er meer aspecten? Is het een unidimensionele schaal of een multidimensionele? Zitten er misschien meerdere factoren in en wat is de betekenis van die factoren? Die vragen kunnen we ten dele beantwoorden via factoranalyse. We zoeken naar items die clusteren en proberen zo'n cluster te interpreteren. Waarom komen die items bij elkaar in een factor of subschaal? Bij het construeren van subschalen moeten we denken aan het volgende.

1. Er is pas sprake van een subschaal wanneer er minimaal 3 items aan te pas komen; anders is er gewoon sprake van 2 met elkaar samenhangende items.
2. Een item dat zich sterk verbindt aan een subschaal komt niet ook sterk voor op een

andere subschaal. Hoe zouden we anders verschillende interpretaties kunnen geven aan de verschillende subschalen?

3. In de sociale wetenschappen werken we doorgaans met aspecten van functioneren die we wel kunnen onderscheiden maar die ook invloed op elkaar kunnen uitoefenen. We kunnen angst wel van depressie onderscheiden, maar ze hebben vaak veel met elkaar te maken. In onze zoektocht naar subschalen staan we dus toe dat er een zekere samenhang tussen de subschalen kan bestaan.

Voor de analyse is gebruik gemaakt van 5 willekeurige steekproeven van steeds 320 patiënten (20x het aantal items) uit het totaal om te bezien of de uitkomst steeds hetzelfde was. De uitkomst daarvan was redelijk robuust. Meestal was de oplossing dat er 3 factoren in het materiaal zitten, een enkele keer 4. Maar wanneer we de inhoud van die factoren bekeken, dan bleek dat de oplossing met 3 factoren verreweg het best interpreteerbaar was. Daarbij konden we 13 van de 16 items eenduidig indelen en 3 items niet. Alle drie factoren zijn sterk homogeen.

Moeite met bewegen / inspanning	Moe / onrust	Mentale onrust
15. Moeite met lopen en bewegen	2. Moe wakker worden	8. Gauw afgeleid zijn
6. Een inspanning te kort kunnen volhouden	1. Vermoeid gevoel	7. De aandacht slecht bij een ding houden
5. Veel tijd nodig voor herstel na inspanning	3. Onrustig slapen	14. Prikkelbaar
16. Stijfheid van het lichaam	11. Tekort aan rust	10. Onnodige fouten maken
	12. Moeite met ontspannen	

Gezamenlijk verklaren zij 57% van de variatie. Gestreefd wordt naar een structuur waarin minstens 50% van de gemeenschappelijke variatie in scores vertegenwoordigd is. Wat resteert is het unieke deel van ieder item. De factoren laten een duidelijk onderling verband zien. Moeite met bewegen en inspanning vertoont positieve samenhang met moe/onrust

en ook met mentale onrust / concentratieverlies; en moe/onrust hangt positief samen met mentale onrust / concentratieverlies. Dit is niet verbazend. Juist door deze samenhang is er o.i. veel voor te zeggen dat de totaalscore op de ATL de onderlinge samenhang tussen deze 3 elementen of factoren weerspiegelt waarin mentaal en fysiek dysfunctioneren op

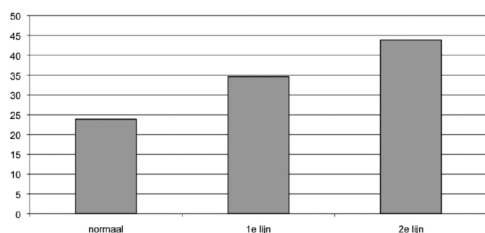
elkaar betrokken zijn. Het weerspiegelt de gevoelde en beleefde samenhang of eenheid tussen het fysieke en mentale. Je "voelt je rot" en dat vertaalt zich zowel fysiek als mentaal. In dat opzicht is het niet kunnen plaatsen van 3 items in een afzonderlijke subschaal illustratief. Dat zijn: geen energie iets te doen, geen zin om iets te doen, drukte in het hoofd. De structuur van deze drie factoren blijft hetzelfde wanneer de analyse op alleen 2e lijnpatiënten gedaan wordt. We gaan in het vervolg daarom uit van de totaal score.

Normaalwaarden en betrouwbaarheid

De vragenlijst werd ingevuld door 168 personen die vanwege interesse deelnamen aan een cursus of studiedag in adem- en ontspanningstherapie. De somscore was gemiddeld 23,6. Door 77 cursisten werd de vragenlijst tweemaal ingevuld, met een tijdsperiode van circa 2 weken ertussen. De gemiddelde score was bij de eerste test 24,5 en bij de tweede test 24,1. Er bleek een heel behoorlijke samenhang te zijn, een correlatie van 0.80. De somscore van de gehele groep van 245 'gezonden' is gemiddeld 23,9.

Patiënten met spanningsklachten

De patiënten uit de 1e lijn hadden een gemiddelde score van 34,6. De patiënten uit de 2e lijn vormen een kleinere groep, maar scoren wel hoger: 43,9. Er is dus een duidelijk verschil tussen patiënten met meer en ernstiger klachten in de 2e lijn en patiënten voor wie de eerste lijn behandeling volstaat. Beide verschillen duidelijk van mensen zonder klachten.



Wanneer is de ATL verhoogd?

Wanneer de normaalscore wordt vergeleken met de scores van patiënten uit de 1e lijn, dan is te berekenen dat een score van 28 of hoger erop duidt dat deze verhoogd is en niet langer normaal. Er is natuurlijk een ruime overlap tussen het normale en het dysfunctionele gebied, een aantal gezonde mensen scoort in het dysfunctionele gebied van de patiënten maar is geen patiënt en een aantal patiënten scoort eigenlijk normaal. Toch kunnen we de score van 28 als afkappunt gebruiken, waarbij een verhoogde score betekent dat er iets 'abnormaals' aan de hand is.

Wanneer is er een echte verbetering na de behandeling?

In de klinische evaluatie moet er duidelijkheid over zijn of de behandeling tot een echte verandering heeft geleid, d.w.z. dat zijn scoreverandering meer is dan een toevallige fluctuatie in zijn of haar score. Door Jacobson is daarvoor een methode bedacht om dat uit te rekenen. Iedere score heeft een stukje ruis in zich. Er zijn altijd toevallige omstandigheden die een score beïnvloeden. Als we een voormeting en een nameting vergelijken, hebben we 2x ruis. En als we het verschil tussen de voor- en de nameting willen beoordelen, hebben we dus te maken met ruis in die verschillscore. Jacobson heeft statistisch laten zien dat er sprake is van echte verandering wanneer het verschil 2 keer zo groot is als de meetfout die in die verschillscore zit (4).

Een tweede factor die de echte verandering bepaalt is de spreiding in de scores op de voormeting. Wanneer je een mooie homogene groep hebt qua scores die niet te ver uit elkaar lopen, dan heb je aan een beperkt aantal punten voldoende om te kunnen spreken van een echte verandering. Bij een heterogene groep dus meer. Een derde factor is de stabiliteit van herhaald meten. We hebben gezien dat de test-hertest betrouwbaarheid behoorlijk is (0.80). Al met al komt dit erop neer dat in de eerste lijn een scoreverandering van 10 punten of meer nodig is om te kunnen zeggen

dat er een echte verandering is. In de tweede lijn is de spreiding kleiner en is een verandering van tenminste 8 punten nodig voor een echte verandering.

De effectiviteit van AOT

De methode die Jacobson heeft ontwikkeld om te bepalen of er een 'echte' verandering is ontstaan na behandeling, is heel bruikbaar om de effectiviteit te bepalen van een therapie. Strikt genomen is het effect van een therapie alleen vast te stellen door het te vergelijken met een andere, liefst standaardbehandeling en dan te bepalen wat de specifieke meerwaarde is van de nieuwe behandeling. In de praktijk is het uitvoeren van dergelijk experimenteel onderzoek voor de clinicus echter heel moeilijk. Bovendien is de generaliseerbaarheid of geldigheid van de uitkomsten vaak beperkt omdat alleen sterk geselecteerde patiënten (inclusiecriteria) tot het experiment worden toegelaten. Door de 'echte' of statistisch significante verandering te berekenen kan van alle patiënten die door een bepaalde clinicus of bepaalde methode zijn behandeld de uitkomsten worden weergegeven. Deze zijn dan te vergelijken met andere behandelingen of andere behandelaren.

Dit criterium is alleen toepasbaar op patiënten die vooraf verhoogd scoorden op de ATL. Dat was niet bij iedere patiënt. Van 523 van de 851 patiënten uit de 1e lijn was de voormeting verhoogd en was een nameting beschikbaar. Van hen was na de behandeling een verhoging van 10 punten of meer, dus een verslechtering, aanwezig bij 0.8 procent. Bij 37,1 % was er wel een daling maar kleiner dan 10 punten, zij zijn dus aangemerkt als 'onveranderd'. Bij de anderen, 62,1 % was er wel een daling van 10 punten of meer. Zij waren verbeterd. De meeste patiënten (47,6%) eindigden na afloop onder het afkappunt van 28 punten, waardoor we ze als 'hersteld' beschouwen.

Bij de 97 patiënten uit de 2e lijn zijn de uit-

komsten vergelijkbaar. 1% gaat achteruit, 32% verandert niet en dus is 67% echt verbeterd. Dit is zelfs iets meer dan bij de patiënten uit 1e lijn, maar het aantal dat helemaal herstelt is kleiner: 29,9 %. Deze percentages echte verbetering (62% resp. 67%) komen zeer overeen met wat in psychotherapeutische / psychiatrische behandelingen behaald wordt bij therapieën die als effectief te boek staan. De conclusie kan dus zijn dat AOT bij deze verwezen patiënten, en gemeten met de ATL, behoorlijk effectief is.

De samenhang met de NVL

In het Resultatenproject wordt standaard de Nijmeegse Vragenlijst afgenomen voor en na behandeling. Wanneer we de samenhang of correlatie tussen NVL en ATL berekenen vinden we een matig hoge correlatie, $r=0,67$. Er is dus een vrij grote overlap, beide lijsten meten spanningsverschijnselen. Echter, zij zijn niet tot elkaar te herleiden. De overlap in variantie, het kwadraat van de correlatie, is zelfs minder dan 50%. Dit ondersteunt het gebruik van de ATL naast de NVL.

Het valt op dat de ATL gemiddeld veel hogere scores laat zien dan de NVL, hoewel de range voor beide loopt van 0-64. Dit duidt erop dat de verschijnselen die in de ATL staan genoemd inderdaad veel algemener voorkomen en dat de NVL meer specifieke verschijnselen van spanning meet. Veel van de NVL items gaan toch meer over een 'respiratoir' klachtenpatroon van hyperventilatie of dysfunctioneel ademen. Er zijn minder mensen met een verhoogde NVL en een normale ATL, dan omgekeerd. Dit zou er voor pleiten om eerst de ATL af te nemen en pas op de tweede plaats de NVL. Echter, aangezien veel patiënten juist vanwege de respiratoire component in de klachten naar adem- en ontspanningstherapie worden verwezen, is de aanbeveling vooralsnog om standaard beide lijsten af te nemen. De ATL is te downloaden van de site www.methodevandixhoorn.com / downloads.

literatuur

- (1) Dixhoorn JJ van. Ontspanningsinstructie. Principes en oefeningen. Maarssen: Elsevier/Bunge; 1998.
- (2) McGuigan FJ. Progressive relaxation: origins, principles and clinical applications. In: Lehrer PM, Woolfolk R L, editors. Principles and practice of stress management. New York: Guilford Press; 1993. p. 17-52.
- (3) Brosschot JF, Verkuil B, Thayer JF. Conscious and unconscious perseverative cognition: is a large part of prolonged physiological activity due to unconscious stress? J Psychosom Res 2010 Oct;69(4):407-16.
- (4) Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. J Consult Clin Psychol 1991 Feb;59(1):12-9.

CERTIFICAAT AOT

Basiscursus AOT

Een basiscursus is bedoeld voor beroepsmensen die adem- en ontspanningsinstructie willen gaan toepassen, als onderdeel of specialisatie in hun werk. De nadruk ligt op eigen ervaring, inzicht in modaliteiten van instructie en responsen op instructie en op kennis van regels bij het geven van instructie. De totale duur is circa 50 lesuren, en in totaal circa 100 studiebelastinguren. De cursist leert circa 30 instructies en 10 handgrepen kennen en maakt een ervaringsverslag. Na afronding van een basiscursus en goedkeuring van het eindverslag heeft de cursist toegang tot het certificaatprogramma. Deze cursussen worden alleen verzorgd vanuit het Centrum.

De eerste cursus van de Leergang Adem- en Ontspanningstherapie van het Centrum voor Adem- en Ontspanningstherapie staat op zichzelf, en is in 2011 in twee groepen in Amersfoort gegeven en met succes afgerond door 25 deelnemers. De cursus is geaccrediteerd voor fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, logopedisten en maatschappelijk werkenden. De lessen werden gegeven door een per blok wisselende hoofddocent en Jan van Dixhoorn.

Certificaatprogramma AOT

Dit omvat de tweede en derde cursus van de Leergang Adem- en Ontspanningstherapie van het Centrum voor Adem- en Ontspanningstherapie te Amersfoort. In de tweede cursus worden handgrepen geleerd, waardoor inzicht groeit in wat de instructies teweeg kunnen brengen en in de derde cursus komt het geven van instructies aan de orde. De deelnemers maken vier proefbehandelingen en hebben een supervisor daarbij, waarvan een de eindcasus wordt. Daarnaast volgen zij 5 aparte bijeenkomsten over een meer theoretisch onderwerp (hyperventilatieklachten, MARM en Stress). De cursussen omvatten tweemaal 60 lesuren en in totaal 480 studiebelastinguren. Na goedkeuring van een eindverslag en een casus door een onafhankelijke Raad van Advies verwerft de cursist het certificaat.

Het tweede jaar werd in 2011 in twee groepen gegeven en met succes afgerond door 25 personen van wie 3 mensen al gecertificeerd waren en het tweede jaar herhaalden. De lessen werden gegeven door een per blok wisselende docent en Jan van Dixhoorn.

In 2011 werd het certificaat AOT verworven door 18 personen van wie 2 personen de vorige certificering hadden uitgesteld. Zij voldeden aan de eisen en hadden alles tijdig afgerond. De lessen werden gegeven door een per blok wisselende docent en Jan van Dixhoorn. De gehele opleiding is geaccrediteerd voor maatschappelijk werkenden.

Het bestuur heeft de volgende regels voor de opname in het register vastgesteld: twee voor iedereen verplichte onderdelen en een puntenstelsel voor de overige mogelijkheden. De verplichte onderdelen zijn het inleveren van een casus, elke drie jaar, en het inleveren van een jaarverslag. Voor beide zijn richtlijnen opgesteld.

Puntenstelsel

Elk jaar ontvangt de geregistreerde behandelaar in juni een brief met de stand van zaken met betrekking tot de behaalde punten volgens onderstaand stelsel. Per 3 jaar dienen tenminste 15 punten te worden verzameld.

Intervisiegroep, regionaal	1 punt per bijeenkomst
Intervisiegroep, thematisch	1 punt per bijeenkomst
Deelname aan een studiedag / symposium AOT	2 punten per bijeenkomst
Verzorgen van presentatie over AOT	2 punten
Verzorgen van Introductie cursus AOT	5 punten
Publicaties	2 of 5 punten
Extra Casus	5 punten
Supervisie gedurende een jaar	maximaal 5 punten
Herhalen van een jaar van de leergang	10 punten
Deelname aan een verdiepingscursus	4 punten

Supervisie individueel levert 1 punt per 2 uur op

Supervisie in een groep levert 1 punt per 3 uur op

Intervisiegroepen

Tijdens deze bijeenkomsten worden individueel opgedane ervaringen uitgewisseld, problemen waar men tegen aanloopt besproken, o.a. in de vorm van casuïstiek, en instructies en handgrepen toegepast. Van elke bijeenkomst wordt een beknopt verslag ingestuurd.

In 2011 waren er 32 intervisiegroepen, waar 111 AOT'ers aan deel namen. Over het hele jaar genomen zijn de groepen gemiddeld ongeveer vier maal bijeen geweest. Van alle bijeenkomsten wordt een verslag gemaakt en dit wordt periodiek door de AOS rondgezonden onder de aangesloten AOT'ers. Uit de verslagen komt naar voren dat de meeste groepen tijd besteden aan het herhalen en oefenen van handgrepen en instructies en het bespreken van casuïstiek uit de dagelijks AOT

praktijk. Verder komen aan bod het doornemen van de casus die men per 3 jaar inlevert, thema's/onderwerpen die in de verdiepingscursus, bijscholingen en het symposium aan de orde gekomen zijn, onderwerpen rondom praktijkvoering AOT, en ervaringen opgedaan met andere (adem)methodes. In 2011 maakte twee intervisie groepen gebruik van de mogelijkheid tot supervisie door een van de docenten.

Themagerichte intervisie door de VDV

In 2011 zijn er, met inbegrip van de themabespreking tijdens de ALV, drie themagerichte bijeenkomsten geweest, allen te Amersfoort.

Zaterdagochtend 28 mei 2011. Onderwerp: **"Communicatie"**

Er waren 17 deelnemers. De spreker op deze themaochtend was Ben Muijselaar, (psychosoma-tisch) fysiotherapeut en begeleidingskundi-ge. Tijdens deze boeiende, interactieve bijeen-komst werden we ons, door een powerpoint presentatie, het doen van experimenten en het delen van de ervaringen, bewuster van onze (non-) verbale communicatie met cliën-ten.

Zaterdag 10 september 2011. Onderwerp: **"Het verslagleggingprogramma"**.

Er waren 18 deelnemers. Tijdens het eerste deel van de bijeenkomst legde Els Anthonissen uit hoe het verslagleggingpro-gramma opgebouwd is. Het programma bevat een cliëntenbestand (met een klantenover-zicht en een overzicht met praktijkgegevens) en een dossierbestand. We kunnen meekijken doordat het programma middels een beamer

geprojecteerd wordt op een scherm. Het bestand is zo opgebouwd dat je het metho-disch handelen van een proefbehandeling dui-delijk en herkenbaar volgt. Tijdens het tweede deel van de ochtend opende Els het Resultatenproject AOT (versie 2) en gaf aan hoe je middels kopiëren en plakken uit het dossier de gevraagde gegevens kunt invullen.

Zaterdagmiddag 29 oktober. Onderwerp: **"Casuïstiek hyperventilatie"**

Er waren 33 deelnemers. Spreker Ellen Roggeband beantwoordde, aan de hand van een casus, met ons de vragen 'Wat betekent de diagnose?', 'Wat is eigen-lijk aan de hand?', 'Op welke wijze wordt in deze casus procesmatig gehandeld?' en 'Welke impact heeft AOT uiteindelijk op de klachten?'. We hebben een casusopbouw gezien en daarbij door de bril van Jan in de rol van behandelaar gekeken.

Studiedagen / symposium

Dit betreft de nascholingsactiviteiten en de onderdelen van het Certificaatprogramma van de opleiding, dat vanaf 2010 verplicht is voor cursisten maar ook toegankelijk voor gecerti-ficeerden. Het symposium werd in 2011 door de AOS georganiseerd.

Op 22 en 29 januari werden twee zaterdag-ochtenden door het Centrum een nascholing gehouden over **'Behandeling van patiën-ten met hyperventilatie en dysfunctio-neel ademen'**. De deelnemers ontvingen een cursusmap met daarin alle presentaties en de toetsvragen. Na de presentaties werden de toetsvragen doorgenomen om zeker te zijn dat de kernbegrippen duidelijk waren gewor-den. Er waren 26 deelnemers, van wie 2 gecertificeerden.

Symposium "weet wat je doet bij onverklaarde klachten" op zaterdag 25 juni in Kloosterhotel Amersfoort. Dit jaar werd het symposium van de AOS rond het thema van SOLK (Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten) ingericht, vooral in de ochtend. Er waren 110 deelnemers die allen een USB stick ontvingen met daarop de richt-lijn SOLK die in 2010 was verschenen plus diverse commentaren en alle presentaties van de dag. In de ochtend werden de drie meetin-

strumenten gepresenteerd die binnen de AOT gebruikt worden om de uitkomst van de therapie te evalueren: de Nijmeegse Vragenlijst (NVL), de Algemene Toestandlijst (ATL) en de Notatie adembereik of MARM. Van alle instrumenten werden de normaal waarden gepresenteerd. Zie voor de ATL elders in dit rapport.

In de middag werden vijf workshops gepresenteerd:

De lineaire en de procesmatige benadering, door Gerard van Holland. De lineaire benadering van klachten, waarbij eerst naar de oorzaak wordt gezocht, wordt geplaatst naast de procesmatige benadering, waarbij het aangrijpen van dysfunctionele spanning het eerste doel is. De laatste benadering is het meest rationeel wanneer de klachten niet of ten dele verklaarbaar zijn. Deze presentatie is ontworpen voor een lezing voor een regulier geschoold publiek van hulpverleners, verduidelijkt de verschillen in perspectief tussen beide benaderingen en is inmiddels lesstof in het derde cursusjaar.

Keuze van instructie/handgreep, door Herman Nederlof en Maria Slobbe. Een intern document wordt toegelicht en besproken dat in de Theorie cursus is opgesteld in 2009. De vraag was: hoe kom je tot een keuze bij aanvang? Hoe start je? Wat doe je met jezelf? De uitkomsten zijn verrassend en verduidelijken wat de AOT'er met de eigen aandacht doet.

Inspannen is zilver, ontspannen is goud door Margo Muijselaar. Iedereen weet dat je na een aantal maanden fysieke training een effect kunt verwachten op de hartslag, die zal zakken. Een recent onderzoek laat zien dat dit bij hartpatiënten niet het geval hoeft te zijn, maar dat de combinatie van inspanning plus ontspanning wel tot dat effect leidt. Bovendien voelen de deelnemers zich daarna ook minder gestrest. Het onderzoek wordt samengevat, gerelateerd aan vergelijkbaar onderzoek en de betekenis wordt besproken. De vraag is ook of een bewegingsprogramma voor patiënten wel geëvalueerd moet worden

aan de hand van trainingsuitkomsten, of dat het eerder een ingang is voor gedragsverandering?

Adem en Ontspanningstherapie bij stem en longproblemen, door Miriam Helsper. Het viel Miriam Helsper op dat de rol van de logopedist(e) in de ketenzorg COPD onderbelicht was, terwijl haar ervaringen met adem oefeningen vanuit de AOT zo waardevol kunnen zijn. Zij schreef een artikel hierover voor de beroepsgroep en maakte een presentatie van casuïstiek voor het nationale congres. Zij heeft de presentatie uitgebreid voor dit symposium met video opnames.

Ademen: een systeemvisie, door Yvonne Esser. Er worden zoveel verschillende zaken verstaan onder termen als ademtherapie en ademtraining, dat een presentatie is gemaakt om de mogelijkheden naast elkaar te zetten en ons begrip 'functioneel ademen' te definiëren. Met behulp van de systeemvisie op het ademen is een model geconstrueerd. Hiermee kan aan andere professionals de mogelijkheden van ademregulatie worden verduidelijkt. Dit model functioneert goed o.a. binnen de cursus ademregulatie van het NPI en in workshops. Het is belangrijk voor de AOT'er om hier kennis van te nemen.

Op 5 en 19 maart werden twee zaterdagochtenden besteed aan scholing in de '**Notatie Adembereik of MARM**'. Deze scholing werd voor het eerst zo uitgebreid gegeven, bleek een groot succes en is nu onderdeel van het certificaatprogramma. Op de tweede ochtend deden alle deelnemers een test-hertest beoordeling van de MARM bij elkaar en de betrouwbaarheid daarvan was ruim voldoende! Er waren 22 deelnemers, van wie 2 gecertificeerden.

Omdat de cursus op deze wijze zo zinvol bleek te zijn werd het herhaald aan het begin van het tweede jaar, voor elke groep apart. De cursus wordt vanaf dit moment op twee middagen gegeven, aansluitend aan de les in de ochtend. Op 9 en 23 september namen 17

mensen deel van wie 2 gecertificeerden. Op 17 en 24 november namen 14 mensen deel van wie 6 gecertificeerden.

Verdiepingscursus Theorie. In 2011 werd de theorie cursus voor gecertificeerde AOT'ers vervolgd door het Centrum voor Ademtherapie: 6 avondbijeenkomsten van 3 uur, o.l.v. Jan van Dixhoorn. Er werden een aantal artikelen gerefereerd, een daarvan werd opgenomen in de nieuws rubriek van de AOS, en er werden powerpoint presentaties over AOT doorgenomen. Veel tijd werd besteed aan het maken van samenvattingen van casuïstiek van patiënten met Parkinson,

behandeld door Derk Poel. Gerard van Holland was een keer te gast en demonstreerde een manier om casuïstiek te analyseren. Ook werd tijd besteed aan het voorbereiden van workshops op het symposium van de AOS, waarvan er twee door werkgroepleden werden gegeven. Er waren 11 deelnemers, die allen voldoende aanwezig waren. Op 16 april werd een bijeenkomst over de 'fysiologie van stress' gehouden, waar Nol Bernards zijn visie vertelde. Dit was een onderdeel van het certificaatprogramma, gevolgd door 15 cursisten en 2 gecertificeerden. Het was een groot succes en wordt voortgezet.

Verplichte Casus, eenmaal per drie jaar

In 2011 stonden er voor de herregistratie 29 casussen op de lijst. Van hen stopten 3 met de herregistratie, 4 hadden een reden voor uitstel, en 17 werden afgerond. Er waren dus 5 personen te laat Zij kregen een aanmaning om een voorstel te doen wanneer afronding klaar zou zijn. In een casus wordt beschreven wat de rol van dysfunctionele spanning in de klachten is en in welke mate deze te beïnvloeden is middels AOT of dat deze samenhangt met belastende omstandigheden welke eventueel een specifieke aanpak behoeven. Om een indruk te krijgen van de brede toepasbaarheid van AOT is het de moeite waard deze te bekijken via de website www.methode-vandixhoorn.com .

Overige punten

Wat betreft het verzorgen van een presentatie of introductiecursus AOT of een publicatie, verwijzen we naar het hoofdstuk 'Presentaties' van dit rapport. Er is in 2011 bij twee personen supervisie geweest. Er is één extra casus ingestuurd om opnieuw in het register opgenomen te worden. Twee personen hebben een jaar van de leergang herhaald.

Aansluiting bij AOS

Het register 2012 is gebaseerd op gegevens over 2011. Van de inmiddels 216 personen die de driejarige leergang hebben afgerond, hebben 127 personen zich aangesloten bij de AOS en voldaan aan de regels. De anderen (89) passen de AOT niet langer expliciet toe. Sommigen zijn gestopt met werken, anderen hebben het onvoldoende in hun werk kunnen toepassen, of integreren het zonder de AOT te profileren en aan de herregistratie eisen te voldoen. Een aantal (23) past het wel toe, maar is niet gemotiveerd om zich bij de AOS aan te sluiten en te laten herregistreren. Het register 2012 telt dus 127 personen, tegen 119 in 2011, 114 in 2010, 109 in 2009, 104 in 2008, 95 in 2007, 87 in 2006, 79 in 2005, 74 in 2004 en 63 in 2003.

Het actuele register 2012 is te raadplegen op www.ademtherapie-aos.org

**Bestuur AOS, Adem- en Ontspanningstherapie
Stichting**

Jan van Dixhoorn, voorzitter

Willy Stibbe, secretaris

Irmgard van Dixhoorn-Verhoeven, penningmeester

Gerard van Holland, vice-voorzitter

www.ademtherapie-aos.org

e-mail: info@ademtherapie-aos.org

Bestuur VDV, Van Dixhoorn Vereniging voor AOT

Jacqueline de Klerk, voorzitter

Margo Muijselaar, secretaris

Birgit Hilverink, waarnemend penningmeester

www.vandixhoornvereniging.nl

e-mail: secretaris@vandixhoornvereniging.nl

Centrum voor AOT

Dr. J.J. van Dixhoorn, arts

Drs. I.P.M. van Dixhoorn-Verhoeven, psycholoog

www.methodevandixhoorn.com

e-mail: vdixhoorn@euronet.nl

Docenten- en vervolgopleiding, studiedagen
Na- en bijscholing van diverse professionals
Wetenschappelijk onderzoek
Expertise centrum



AOT certificering



Belangenbehartiging
Contacten onderling
Zorgverzekeraars
Beroepsvereniging
Bijeenkomsten AOT'ers

Kwaliteitsbewaking
Register
Symposium
Jaarrapport
Website