

COPD en ASTMA: Behandeling door de logopedist / ademtherapeut

Wat is de meerwaarde van logopedie binnen de ketenzorg rondom COPD en Astma

Miriam Helsper

Inleiding

Bij de behandeling van mensen met COPD en astma denkt men niet zo snel aan de logopedist als therapeut. Toch kan de logopedist/ ademtherapeut veel betekenen voor deze patiëntengroep. Het vakgebied van de logopedist is de laatste jaren sterk uitgebreid. De ademhaling daarentegen speelt bij veel logopedische problemen al lange tijd een centrale rol. De specifieke rol van de logopedist komt onder andere tot uiting in de behandeling van stemklachten, stotteren, slikklachten en hyperventilatieklachten. Na de opleiding Logopedie (1996) aan de HU ben ik in 1999 gestart met de opleiding voor Adem- en ontspanningstherapeut, methode Van Dixhoorn. Deze specialisatie met een directe koppeling aan het logopedisch werkveld heeft mijn doelgroep en werkwijze enorm uitgebreid. Via de huisarts, KNO-arts of de longspecialist worden cliënten doorverwezen met spanningsklachten, vage keelklachten, benauwdheid, hyperventilatie en de laatste jaren ook steeds meer mensen met de diagnose COPD en astma. Deze cliënten kwamen voorheen voornamelijk bij de fysiotherapeut terecht. Hieronder volgen drie casussen over de behandeling van een 23-jarige vrouw met mogelijk astma, een vrouw van 49 jaar met COPD en een vrouw van 60 jaar met astma, hoest en hyperventilatieklachten. Alle drie zijn behandeld met AOT (=Adem- en Ontspanningstherapie) in combinatie met logopedie. Een mooi nieuw werkgebied voor de logopedist als specialist op het gebied van vrijer ademen. De casussen zijn uitgewerkt volgens het model van AOT-behandelingen. Een korte beschrijving van deze methode: Adem- en ontspanningstherapie in de methode Van Dixhoorn.

De ademhaling speelt bij veel logopedische problemen al lange tijd een centrale rol

Naar een kwalitatieve verbetering van adem- en ontspanningstherapie (www.methodevandixhoorn.com)

Adem- en ontspanningstherapie (AOT) is een verzamelnaam voor een aantal verschillende soorten interventies, zoals zelfsuggestie (autogene training), spierontspanning (progressieve relaxatie), meditatie, yoga, ademtherapie, biofeedback. Zij zijn op het individu gerichte methodes met een breed scala aan effecten, die via wetenschappelijk onderzoek behoorlijk goed gedocumenteerd zijn (Lehrer & Woolfolk, 1993). Zij worden door diverse beroepsgroepen veelal toegepast als onderdeel van beroepsspecifieke interventies: counseling, begeleiding, oefentherapie, psychotherapie, stressmanagement (van der Hek & Plomp, 1997). Het kwalitatief niveau waarop zij toegepast worden is echter wisselend, de scholing in ontspanningsmethodes in de diverse beroepsopleidingen is beperkt en de potentiële waarde van adem- en ontspanningstherapie als op zich zelf staande methode wordt daarom onderschat (Van Dixhoorn en Holland, 2009).

De methode Van Dixhoorn ziet adem- en ontspanningstherapie als een op zich zelf staande methode, die in een aantal stappen de praktijk kan verrijken:

1. Uitbreiding van het repertoire aan elementen van adem- en ontspanningstherapie. Naast spierontspanning en aandachtsconcentratie wordt gebruik gemaakt van bewegingsinstructies, handgrepen voor passief bewegen en manuele beïnvloeding, directe en indirecte vormen van ademregulatie, gedetailleerd bespreken van de oefenervaringen. Deze elementen zijn vormgegeven in een ruim aantal nieuw ontworpen *instructies*. De begeleider krijgt daarmee meer pijlen op zijn boog. Meestal wordt gestart met een instructie die makkelijk uit te voeren is, een grote kans op spanningsvermindering lijkt te hebben en in het dagelijks leven goed toe te passen is. De reactie van de cliënt op de instructie wordt bijgehouden en besproken. Als er een zinvolle reactie tot stand komt is deze instructie een ingang tot verandering en kan deze thuis geoefend worden.
2. Losmaken van de directe koppeling tussen een instructievorm en een specifiek effect. De effecten van de instructies worden doelbewust open gelaten en zo min mogelijk door de begeleider ingevuld. De instructies zijn opgebouwd als series vergelijkingen die de deelnemer steeds maakt. De uitkomst van instructie kan daarom verschillend zijn en hangt af van de processen bij de deelnemer. Deze wijze van instrueren is niet-suggestief, de deelnemer hoeft niet te trachten te ontspannen en krijgt geen informatie wat de bedoelde effecten zijn. Het gaat erom dat de deelnemer bij zichzelf waar gaat nemen wat er in feite gebeurt. De instructies zijn zo opgebouwd dat er altijd wel iets verandert.
3. De therapie volgt geen vast protocol, maar krijgt een proceskarakter en wordt afgestemd op de respons bij de deelnemer. Instructie volgens het procesmodel is 'instructie op maat'. De begeleider observeert en vraagt naar de bevindingen van de deelnemer en stemt de volgende stap hierop af. Er worden zeven globale responsen of *processen* bij de deelnemer onderscheiden. De meest zinvolle respons voor (het probleem van) de deelnemer bepaalt de richting van het vervolg. Het verloop van de therapie hangt dus af van de marge voor *interne zelfregulatie* bij de deelnemer. Met interne zelfregulatie wordt iemands interne mogelijkheden tot zelfregulatie van spanning bedoeld.
4. Het primair doel van de therapie is het vaststellen en zo mogelijk vergroten van het optreden van functionele processen in respons op de instructie en handgrepen. Wanneer de meeste processen herkenbaar optreden en de instructies kosten de deelnemer weinig moeite dan is er een laag niveau van overspanning. In dat geval is er een voldoende interne zelfregulatie en kan de deelnemer verder gaan met de therapie, totdat voldoende effect opgetreden is op de klachten. Wanneer er weinig functionele processen zijn, de deelnemer moeite heeft met de instructies en de respons vaak disfunctioneel is, dan is er een hoog niveau van overspan-

ning. In dat geval is de vraag in welke mate er een marge is voor interne zelfregulatie, waardoor de klachten afnemen dan wel er belastende factoren zijn die de overhand hebben.

Toepassingsgebieden AOT bij COPD en astma

COPD: *Chronic Obstructive Pulmonary Disease* is een verzamelnaam voor de longziekten chronische bronchitis en longemfyseem. Bij chronische bronchitis zijn de longen zo vaak ontstoken dat ze blijvend zijn beschadigd. De beschadigingen aan de longen bij COPD genezen dus niet meer. Mensen met COPD komen ernstig adem te kort. Daar hebben zij bijvoorbeeld last van als ze de trap oplopen, hun werk doen, of zichzelf aankleden. De ziekte is chronisch en progressief, de benauwdheid kan zo erg worden, dat ze iedere dag extra zuurstof moeten gebruiken en in een rolstoel terechtkomen en/of moeite krijgen met praten/verstaanbaarheid.

Astma: Astma is een (nog ongeneeslijke) chronische ontsteking van de luchtwegen. Mensen met astma kunnen soms moeilijk ademhalen: zij worden kortademig, ademen 'piepend' of moeten hoesten. Astmapatiënten zijn ook perioden klachtenvrij.

Veel mensen met astma zijn allergisch. De aanleg voor astma en allergieën is erfelijk. De een krijgt bijvoorbeeld problemen door huisstofmijt, de ander kan niet tegen huisdieren of pollen. Vaak ontstaan er ook klachten door niet-allergische prikkels zoals sigarettenrook, parfum en mist. De ontsteking van de lagere luchtwegen (dit zijn de longen, de neus en keel worden de bovenste luchtwegen genoemd) is een soort irritatie, te vergelijken met de reactie van de slijmvliezen in uw mond wanneer u te hete soep eet. Door deze prikkel beschadigen de slijmvliezen en deze raken ontstoken. Bij astma gebeurt ook zoiets door de ontsteking aan de luchtwegen:

De slijmvliezen aan de binnenkant van de luchtwegen zwellen op.

De spiertjes om de luchtwegen trekken samen en raken verkrampd.

De slijmvliezen produceren meer slijm en vocht dan normaal.

De doorgang voor de lucht wordt kleiner, dit maakt de ademhaling moeilijker. De longen raken overvol met lucht. De lucht wordt niet genoeg verversd, wat leidt tot benauwdheid.

In de volgende casussen wordt het toepassingsgebied van logopedie in combinatie met ademtherapie in kaart gebracht bij de behandeling van astma en COPD. Er is gekozen voor een patiëntengroep met uiteenlopende leeftijden. Casus 1 gaat over een jonge vrouw van 23 jaar met mogelijk astma. Casus 2 betreft een vrouw van 49 jaar met COPD. Casus 3 gaat over een vrouw van 60 jaar met astma en hyperventilatieklachten.

Casus 1: Beginsituatie

Sociale situatie

L. is 23 jaar en is werkzaam als kapster. Sinds een maand heeft ze een vriendje, bij wie ze veel is.

Klachten:

Hoesten: ze is veel verkouden en moet dan veel hoesten met pijn in haar keel. De keelklachten zijn terugkomend.

Niet voldoende diep door kunnen ademen: Bij de huisarts kan ze de blaastest (spirometrie) niet uitvoeren in verband met onvoldoende blaaskracht. Ze heeft een oppervlakkig adempatroon.

Ademnood: Ze voelt zich benauwd en niet fit.

Gespannenheid: L. is onrustig en nek en schouders voelen extreem gespannen aan.

Angstig gevoel: waar dit vandaan komt is nog niet geheel duidelijk bij de intake. Later blijkt dat ze veel moeite heeft met het feit dat haar tante is overleden. Ze kan hier niet goed over praten.

Onrustig in zichzelf: ze heeft hier zelf last van en kan minder lachen.

Vermoeid gevoel: ze geeft aan veel ziek te zijn en heel moe.

Drukte in het hoofd: ze kan zich moeilijk concentreren en is snel van haar stuk gebracht.

Onderzoek

Door de huisarts is L. verwezen i.v.m. hoestklachten en onvoldoende blaastechniek van patiënt (getest i.v.m. mogelijk astma). De verwijzend arts vraagt om evaluatie/behandeling.

Therapie

Ze heeft een neusspray gekregen van de huisarts in verband met terugkerende keel/hoestklachten. Doorverwijzing naar KNO (hetgeen L. wil) wordt niet nodig geacht.

Voorgeschiedenis

De klachten begonnen begin september 2009 na een fikse keelontsteking, waarvoor ze antibiotica heeft gehad. Haar keel en klieren voelde toen heel pijnlijk aan. Ze is toen getest op Pfeiffer omdat ze ook regelmatig moe was. Ze voelde zich erg benauwd en is toen getest op mogelijke aanwezigheid van astma (vader is ook astmatisch). Ze heeft op dit moment nog onvoldoende blaaskracht om de test goed uit te voeren. In juli is haar tante (43 jaar) overleden. Zij was voor haar als een tweede moeder. L. heeft hier veel moeite mee. L. heeft sinds haar 21e last van wisselende keelontsteking.

Algemene toestand

L. is moe, voelt zich onrustig en doet weinig aan lichaamsbeweging. Ze heeft het heel druk op haar werk en voelt zich daar onder druk staan. Ze wil graag van haar klachten af en heeft behoefte aan een luisterend oor. Ze voelt dat ze heel gespannen is en dat ze niet goed functioneert op haar werk. Met haar vader kan ze wel bpreken dat ze zich niet lekker voelt. De relatie met haar moeder is moeilijker. Ze kan niet goed met haar verhaal bij haar terecht. Moeder is in juli haar zus verloren en heeft het hier heel moeilijk mee.

NVH (=Nijmeegse Vragenlijst Hyperventilatieklachten)*

Deze lijst geeft informatie over de ademklachten: score= 46 is sterk verhoogd (score van 12 is normaal). De volgende items geeft L. aan als vaak of zeer vaak voorkomende klachten: pijnlijke steken in de borst, gespannenheid, in de war zijn, of het gevoel hebben het normale contact met de omgeving te verliezen, een snellere of diepere ademhaling, ademnood, benauwd gevoel rond de borst, tintelingen in de vingers, niet voldoende diep door kunnen ademen en angstig gevoel.

ATL (=Algemene Toestand Lijst)*

Deze lijst geeft o.a. informatie over vermoeidheid, onrust. Een score van 55 wordt geïnterpreteerd als sterk verhoogd (score van 20 is normaal). Problemen die vaak tot zeer vaak voorkomen zijn: vermoeid gevoel, moe wakker worden, onrustig slapen, geen zin om iets te ondernemen, veel tijd nodig om bij te komen na lichaamsbeweging, een inspanning te kort kunnen volhouden, de aandacht slecht bij een ding kunnen houden, gauw afgeleid zijn.

Diagnostiek

Ademhalingsproblematiek. Keelpijn/hoesten. Wegens hoestklachten spirometrie verricht. Onvoldoende blaastechniek door mogelijk astma (spirometrie niet uitvoerbaar).

Vraagstelling

Verwijzer: blaastechniek verbeteren en aandacht voor ademhalingspro-

blematiek.

Patiënt: onrustige gevoel en spanning in lichaam verminderen

Therapiedoel

Behandelaar: aandacht voor lichamelijke spanningsklachten en toename van de interne zelfregulatie. Rustiger ademtechniek aanleren, zodoende spanningsklachten en blaasstechniek verbeteren

Therapiewerkwijze

Er wordt gekozen voor behandeling van de klachten vanuit de ademtherapiemethode Van Dixhoorn om in vier sessies te kijken of de klachten spanningsgebonden zijn of niet. De instructies en handgrepen die een positief resultaat geven, dat wil zeggen thuis herhaaldelijk geoefend zijn, worden genoemd. Omdat L. tevens hyperventilatieklachten heeft, is gekozen voor een instructie die niet direct op het adempatroon werkt. We starten de behandeling met instructies die werken op de passieve aandacht, daarna worden de instructies uitgebreid met beweging vanuit de voeten en koppeling aan het adempatroon. Bij de behandeling van hoest- en keelklachten is tevens gewerkt met manuele facilitatie van de larynx om meer ruimte en ontspanning te creëren in het keelgebied.

Ingang: van het totaal aantal instructies die geprobeerd zijn, bleken de volgende instructies toegankelijk en bruikbaar te zijn:

Zit, aandacht verzamelen: Een oefening waarbij de waarneming in het hier en nu wordt gebracht, geeft een confrontatie met haarzelf. L. werd emotioneel (hуilen) en voelde zich heel moe. Dit heeft in de week erna een goed gesprek met vader tot gevolg gehad.

Zit, adem observeren (buik, borst): L. is zich bewust van de ademhaling in haar borstgebied en ervaart na het observeren van de adembeweging in de buik en borst meer beweging in de buik. Het voelt rustiger. Ze houdt een hand op haar buik om de buikbeweging meer te ervaren.

Lig, aandacht onderkant: L. wordt rustiger, de ademhaling wordt langzamer en beter verdeeld over borst en buik. L. ervaart vermoeidheid en pijn in nek en schouders als ze ligt.

Lig, hoorbaar uitademen: De adembeweging is na deze oefening rustiger, beter verdeeld over borst en buik en minder 'onregelmatig'.

Lig, voeten optrekken: L. herhaalt deze oefening voor het slapen gaan. Ze wordt hier rustiger van en de ademhaling verloopt vloeiender.

Zit, voeten duwen + uitademen: Voeten duwen haalt de aandacht naar beneden, ze let op spanning in benen en onderrug en kan zo krachtiger uitblazen.

Zit, stand voeten: Deze oefening doet L. in de trein. Ze zit vaak met de voeten naar achteren en kan zichzelf hiermee corrigeren. Het zit daarna rustiger en steviger.

Handgrepen

Lig, wervelkolom schommelen: Hand begeleider in onderrug en bij nek. L. voelt zich rustiger en stabiel(er) (meer gedragen). L. ervaart dat ze heel stijf is in haar rug.

Processen (de soort verandering die optreedt na de instructies)

Spanningsvermindering: L. voelt zich minder gespannen en rustiger in haar lichaam.

Herstelprocessen: L. ervaart moeheid na de oefeningen en een behoefte aan rust. Na de oefeningen voor passief ontspannen kan ze beter met de rust/stilte omgaan, ze is minder angstig voor de stilte.

Cognitieve herstructurering: L. begint te begrijpen waar alle lichamelijke klachten vandaan komen en staat open voor de oefeningen. Ze accepteert dat het op dit moment een lastige periode is naar meer zelfstandigheid.

Functionele adembeweging: De ademhaling is na de oefeningen rustiger

en regelmatig. De overgang van uit- naar inademing verloopt vloeiender. Ze ademt minder vaak per minuut. Zichtbaar en hoorbaar is de kracht van de uitademing toegenomen.

Therapieopbrengst

NVH: score = 32, verbeterd t.o.v. beginscore 46 na vier sessies, maar nog steeds hoog.

ATL: score = 39, veel beter dan de beginscore van 55, maar toch nog sterk verhoogd.

De meeste klachten zijn afgenomen en waren vermoedelijk spanningsgebonden. De interne zelfregulatie is toegenomen, ze kan nu beter met de externe spanning omgaan en merkt eerder wanneer ze gespannen raakt.

De hoestklachten en pijn in de keel zijn verdwenen.

De blaaskracht als gevolg van het verlengen van de adembeweging is toegenomen. Ze zou nu de blaassteest voor mogelijk astmaonderzoek kunnen herhalen.

L. is minder benauwd en voelt zich fitter. Ze heeft nog last van spanning en trekt zich alles om haar heen erg aan. Dit kost haar veel energie.

De spanning in nek en schouders is nog aanwezig. L. let meer op het ontspannen van de schouders bij dagelijkse situaties en werk (knippen).

Angstig gevoel komt af en toe nog terug. L. heeft hier meer grip op en weet dat dit voorkomt als ze gespannen is. Ze kan zich beter uiten, ook naar haar ouders en vriend toe, dit voorkomt dat de spanning te veel oploopt. In de trein komen de angstklachten vaak terug als gevolg van de keer dat ze over moest geven, heel misselijk en duizelig werd: angst voor de angst. De AOT-oefeningen *Zit, voeten duwen en uitademen* zorgt ervoor dat ze minder in paniek raakt en rustiger blijft ademen.

Conclusie: de klachten blijken ten dele spanningsgebonden, er is reden om door te gaan, maar er zijn ook belastende omstandigheden die de klachten veroorzaken en een reden vormen voor doorverwijzing. Na elf sessies blijkt dat er sprake is geweest van misbruik op de basisschool en dat haar moeder vaak heeft gezegd dat ze er een einde aan wil maken. Dit verklaart mede de grote restspanning in haar lichaam. Er is contact gelegd met de begeleiding van MEE om psychologische begeleiding in combinatie met ontspanningstherapie als ondersteuning te bieden.

Casus 2: Beginsituatie

Sociale situatie

Y. is 49 jaar en gescheiden en heeft nu weer een nieuwe relatie. Ze heeft problemen met haar stiefdochter. Op haar werk heeft ze het niet naar haar zin. Ze heeft weinig te doen op de werkplek.

Klacht

Heesheid/ schorre stem.

Nerveus.

Hoofdpijn.

Nekklachten.

"Anders gaan ademen", sinds toename van de heesheidklachten.

Voorgeschiedenis

Mevrouw is bekend met COPD, vastgesteld via de huisarts. Y. heeft altijd gerookt.

Diagnostiek

Mw. is verwezen door de huisarts voor ademtherapie/logopedie in verband met heesheid (vorig jaar bij de KNO-arts geweest, Reinkes oedeem). Ze voelt zich vaak nerveus. Mevrouw rookt nog, ze vindt het moeilijk om te stoppen maar wil het wel proberen.

NVH

Beginscore= 32 is verhoogd. De volgende items geeft Y. aan als vaak of zeer vaak voorkomende klachten: gespannenheid, duizeligheid, een snellere of diepere ademhaling, niet voldoende diep door kunnen ademen, stijfheid van vingers of armen.

ATL

Score 41, deze score wordt geïnterpreteerd als verhoogd. Problemen die vaak tot zeer vaak voorkomen zijn: vermoeid gevoel, onrustig slapen, geen zin om iets te ondernemen, een inspanning te kort kunnen volhouden, de aandacht slecht bij een ding kunnen houden, gauw afgeleid zijn, drukte in het hoofd, onnodige fouten maken, moeite met ontspannen, geen energie om iets te ondernemen, stijfheid van het lichaam.

Therapie doel

Stem helder krijgen, zodat mevrouw zich beter kan uiten en minder last van nervositeit/hoofdpijn/nekklachten.

Therapie werkwijze

Combinatie van ademtherapie en stemtherapie voor de behandeling van de heesheid en klachten gepaard gaande met eventuele spanning in het keelgebied.

Resultaten

Na vier sessies van 50 minuten is de ademhaling rustiger en de stem stabiel. Ze voelt zich meer ontspannen en heeft meer adem. De nervositeit is afgenomen. Instructies AOT:

Lig, aandacht onderkant: Y. voelt zich rustiger en de adembeweging is meer voelbaar over de gehele romp.

Lig, voeten optrekken + uitademen: In liggende positie is het koppelen van de voetbeweging aan de uitademing (bekken kantelt naar een uitademingspositie) makkelijker dan zittend. Bij het loslaten van de voeten komt de inademing meer vanzelf en is meer aanwezig in de gehele romp.

Zit, adem observeren: Adem zit in het begin hoog bij de borst. Y wordt door deze oefening bewuster van haar dagelijkse manier van ademen, ze heeft een hoog en oppervlakkig adempatroon.

Zit, voeten drukken + uitademen: De uitademing verdiept zich door met de uitademing de voeten zacht in de grond te drukken. In het begin is dit een lastige oefening voor Y. Ze duwt zichzelf omhoog en ademt dan hoog in. De aangespannen spieren in bovenbenen, bekken en buik weer geheel loslaten voor de inademing vindt Y erg lastig. Ze houdt graag de controle en kan moeilijk loslaten. Dit komt ook in andere dagelijkse situaties naar voren.

Handgreep AOT in combinatie met stemoefening

Zit, bekkenadem + stem: therapeut plaatst de handen op het bekken, hierdoor is het voor Y makkelijker om de adem lager te krijgen. De adembeweging is minder oppervlakkig waardoor ze minder snel moe en nerveus wordt. Als de adembeweging voelbaar is bij bekken en flanken wordt de adem/stemkoppeling toegepast. De stem klinkt meer ontspannen en de spreeknelheid vertraagt.

Processen

Lichaamsbewustwording: Y. is zich veel meer bewust van de invloed van spanning op haar bestaande klachten. Ze kan hierdoor beter met de klachten omgaan en eerder ingrijpen. Ze geeft aan meer controle te hebben over haar stem en het onrustige gevoel.

Spanningsvermindering: In het hoofd voelt Y zich rustiger hetgeen minder spanning in de nek geeft. De schouders voelen lossere en het adempatroon rustiger.

Cognitieve herstructurering: Y ziet in dat de spanning privé en op haar werk z'n invloed hebben gehad op haar klachten. Ze probeert nu meer oplossingsgericht bezig te zijn. Ze komt weer meer onder de mensen en ervaart dit als ontspannen.

Functionele adembeweging: Het adempatroon is rustiger waardoor ze met hetzelfde longvolume nu na een activiteit minder moe is. Ze is aan het stoppen met roken. Y. probeert minder diep te inhaleren en meer 'ontspannen' te roken. Als ze niet meer rookt mist ze ook de '20 mini' adem-oefeningen op een dag, waarmee roken gepaard gaat. Door de adem-oefeningen toe te passen vangt ze deze 'gewoonte van diep inhaleren en lang uitblazen' bij het roken weer op

In het boek Verademing van Koen de Jong wordt hierover het volgende gezegd: "door langdurig roken beschadigen de longen en zal iemand sneller moeten ademen om dezelfde hoeveelheid zuurstof binnen te krijgen. Rokers zullen daardoor een hogere ademfrequentie hebben dan niet-rokers. Alleen als de roker rookt, is zijn ademhaling ontspannen. Diep inhaleren, de rook langzaam uitblazen en even wachten. Dit is de reden dat een roker het als zeer ontspannend ervaart om een sigaret op te steken. Met twintig sigaretten per dag doet een roker dus in feite twintig keer per dag een ademhalingsoefening. Als de roker daarmee stopt, mist hij daarmee twintig ademhalingsoefeningen."

Therapie opbrengst

NVH: beginscore = 32 is verhoogd. Na een maand is de score 29. Dit is een geringe daling, die erop kan wijzen dat de ademklachten het gevolg zijn van de COPD en niet het gevolg van een onnodig gespannen adempatroon.

ATL= Algemene Toestand Lijst: beginscore = 41. Na vier weken score van 22. Duidelijke afname van de spanningslijst, die praktisch normaliseert! Bovengenoemde klachten op de ATL worden als veel minder storend ervaren.

De klachten zijn alle afgenomen, de interne zelfregulatie is toegenomen. Y heeft meer zelf onder controle en voelt zich veel beter zowel privé als in haar werk.

Conclusie

De klachten waren voor het merendeel spanningsgebonden, hetgeen blijkt uit de positieve respons op de instructies en de afgenomen score op de algemene toestand lijst, er is reden om door te gaan. We zijn nog drie behandelingen doorgegaan. De inhoud van de behandeling verschoof meer naar stemtherapie.

Klachten en resultaat

Heesheid/schorre stem: stem is licht hees. Ze is gestopt met roken; dit zal ze de komende maanden nog vol moeten houden om een merkbaar effect op de stem te realiseren. Stemtherapie en een verbeterde adem-/stemkoppeling zorgen ervoor dat de stem stabiel is. Y. ervaart meer controle over haar stem.

Nerveus: Y voelt zich minder nerveus en onrustig. Y geeft aan dat ze meer ruimte voor zichzelf inneemt en ook ervaart in haar lichaam.

Hoofdpijn: hier heeft Y. veel minder last van.

Nekklachten afgenomen.

Anders gaan ademen: Ze is zich bewuster geworden van haar vluchtige manier van ademen en kan hier door de uitademing te vertragen beter opletten.

Samenvattend

Door afname van de spanningsklachten was stemtherapie beter mogelijk. Y. was minder onrustig en kreeg zo meer controle over haar klachten en haar stem.

Casus 3: Beginsituatie

Sociale situatie

A. is 60 jaar en getrouwd. Ze heeft twee dochters en vier kleinkinderen.

Klacht

Hoesten: A. moet veel hoesten en de ademhaling gaat dan sneller en hoger.

'Hyperventilatieklachten' zoals: warm, klamme handen, hoge adem, benauwd.

Rugpijn.

Onvoldoende doorademen.

Druk in het hoofd.

Bij de behandeling, middels adem-/en ontspanningstherapie wordt duidelijk wat de invloed van spanning is op de astma/COPD-klachten

Voorgeschiedenis

Mevrouw is bekend met astma en hypertensie.

Diagnostiek

A. is verwezen door de huisarts voor ademtherapie in verband met hoesten en hyperventilatieklachten. Patiënte is bekend met astma. In het verleden heeft ze baat gehad bij ademtherapie via fysiotherapie.

NVH

Beginscore is 7, dit houdt in dat er geen sprake is van hyperventilatieklachten. Een lage score kan echter ook duiden op een heel laag lichaamsgevoel. De volgende items geeft A. aan als 'soms' voorkomende klachten: een snellere of diepere ademhaling.

ATL

Beginscore 17, ook deze score wordt geïnterpreteerd als normaal. Problemen die ze aankruist als 'soms voorkomen' zijn: vermoeid gevoel, moe wakker worden, de aandacht slecht bij een ding kunnen houden. Hoofdklacht: hoesten en hyperventilatie.

Therapie doel

Lage/rustige adem(hal)ing aanleren zodat de hoest- en 'hyperventilatieklachten' verminderen.

Therapie werkwijze

Combinatie van ademtherapie en logopedie voor de behandeling van de ademing, benauwdheid, hoestklachten en druk in het hoofd. De hoestklachten zijn mede behandeld door manuele facilitatie van de larynx. A. ervaart dit als onspannend en heeft meer ruimte in de keel.

Resultaten

Na vier sessies van 50 minuten is mevrouw in staat om zelf de ademing van borst naar buik te brengen. De adembeweging is voller en meer verdeeld over buik en borst. De hoestprikkel is bijna geheel weg en mevrouw voelt zich rustiger in het hoofd.

Instructies AOT:

Lig, aandacht onderkant: A. voelt zich rustiger en de adembeweging zakt meer naar de buik

Zit, hoorbaar uitademen: De uitademing wordt dieper met als gevolg een rustiger inademing (minder adem 'gehaald').

Zit, stand voeten: De voeten iets voor de knieën geeft A. een passievere

houding, ze zit meer op de stoel (vergelijk zit positie vanuit de startblokken, voeten onder de knieën).

Zit, voeten drukken + uitademen: De uitademing verdiept zich door met de uitademing de voeten zacht in de grond te drukken. Bovenbeenspieren spannen ligt aan en het bekken kantelt in een uitademingspositie waardoor ze zelf zo min mogelijk gaat sturen met de uitadembeweging.

Zit, knieën open/dicht: Kleine beweging van de knieën, knieën open bij de inademing en naar elkaar toe bij de uitademing geven A. houvast om de adem laag te houden en vanuit de beenbeweging in te zetten. (veel minder borstheffing bij inademing).

Processen

Spanningsvermindering: A. zit makkelijker rechtop en kan nu langer ontspannen borduren. Tussendoor verandert ze van houding en strekt de rug en nek. De oefening zit, voeten drukken en uitademen geeft haar nu controle over de adembeweging. Tijdens het koken ervaart ze meer rust en ze kan langer ontspannen staan.

Cognitieve herstructurering: Doordat de nervositeit is afgenomen voelt ze zich rustiger in haar hoofd en kan ze zich beter concentreren. Ze vertrouwt nu meer op haar lichaam en weet wanneer ze even gas terug moet nemen. Het doceren van haar activiteiten geeft haar nog meer overzicht en rust. Ze 'snapt' beter waar de onrust vandaan kwam en weet dat ze hier nu handvatten voor heeft.

Lichaamsbewustwording: A. voelt duidelijker wanneer haar lichaam toe is aan rust. Ze kan zich beter concentreren op de beweging en adem oefeningen toepassen wanneer nodig. De rust in hoofd en lichaam ervaart ze als zeer positief.

Functionele adembeweging: De adem oefeningen zittend en liggend kan ze makkelijker uitvoeren. Door te gaan liggen met een hand op haar buik heeft ze al het eerste effect van vertraging in de adembeweging. De ademhaling is beter voelbaar in het gehele lichaam. Haar actievere zithouding geeft meer ademruimte bij haar activiteiten.

Therapie opbrengst

De hoestklachten zijn bijna geheel verdwenen. Mevrouw voelt zich rustiger en kan haar adembeweging en frequentie omlaag brengen van borst ademing naar een meer totale adembeweging. Ze bouwt meer rust momenten in en neemt de tijd om in beweging meer op haar ademhaling te letten, minder lang achter elkaar door te gaan. Ze kan voldoende doorademen en de pijn in de rug is verdwenen. Na de oefeningen voelt ze ook meer rust in haar hoofd.

NVH

Beginscore 7, na zeven sessies score 0. A. ervaart geen klachten meer.

ATL

Beginscore is 17, na zeven sessies score van 1. A. ervaart geen klachten meer!

Klachten en resultaat

Hoesten: hoestklachten bijna geheel verdwenen. Ademhaling is rustiger en meer totaal voelbaar (buik en borst).

'Hyperventilatieklachten' zoals: warm, klamme handen, hoge adem en benauwdheid zijn verdwenen. A. ervaart geen klachten meer en past de ademhalingsoefeningen dagelijks toe.

Rugpijn: A. let meer op haar houding tijdens borduren en thuiswerk. A. heeft geen rugklachten op dit moment.

Onvoldoende doorademen: de ademhaling is vollediger en functioneler geworden.

Druk in het hoofd: verdwenen. A. voelt zich rustig en heeft meer overzicht.

Algemene samenvatting:

Als we de drie casussen met elkaar vergelijken dan valt op dat bij alle drie de besproken cliënten sprake is van disfunctionele spanning. Bij de behandeling, middels adem- en ontspanningstherapie wordt duidelijk wat de invloed van spanning is op de astma/COPD-klachten. In eerste instantie is het dus belangrijk om duidelijk te krijgen wat de invloed van spanning is op de aanwezig klachten. Als de invloed van spanning duidelijk is bij de cliënt wordt de vervolgbehandeling voor bijvoorbeeld de stem/hoesten/slikken of verbeterde verstaanbaarheid (logopedische aandachtsgebieden) een stuk makkelijker en efficiënter. De stemmethoden zijn makkelijker toepasbaar en de patiënt pakt de stemoefeningen makkelijker op. Het effect van de ademtherapie in combinatie met stemtherapie werkt zo langduriger door met als resultaat een toegenomen interne zelfregulatie en een stabielere stem. De hoestklachten kunnen mede behandeld worden aan de hand van ademhalingsoefeningen en ontspanning in het nek/keelgebied mede aan de hand van manuele larynxfacilitatie door de therapeut. Als de hoestklachten afnemen en de ademhaling rustiger is, ervaren mensen dit als minder benauwd. Het inhaleren van medicatie bij astma kan minder noodzakelijk zijn als de ademhaling functioneler wordt, dat wil zeggen met minder inspanning uitgevoerd wordt. Bij een rustigere ademhaling verbetert veelal ook de verstaanbaarheid van de cliënt.

Ademtherapie en logopedie zijn voor de behandeling van klachten als gevolg van COPD en astma heel bruikbaar. De meerwaarde van de logopedist zit in de kennis over de specifieke klachten van het hoofd/halsgebied waarbij we voornamelijk denken aan stem-/slik-/hoest- en (vage) keelklachten. Door eerst adem- en ontspanningstherapie toe te passen wordt het inzicht in de klachten vergroot en kan de cliënt zelf aangeven waar de oorsprong van de klachten is gelegen. Hierdoor worden bestaande logopedische behandelmethoden (bijv. stemtherapie, slikadviezen) sneller en efficiënter opgepakt. De samenwerking met de fysiotherapeut is op dit vlak wenselijk vanwege de kennis over COPD en astma en voor oefeningen om het inspanningsniveau te vergroten. De fysiotherapeut/ademtherapeut richt zich bij COPD-clieënten op het functioneel bewegen van de thorax en van het hele lichaam in z'n totaliteit. Door uitwisseling van kennis kan de logopedist en fysiotherapeut

komen tot een optimaal behandelresultaat. De fysiotherapeut zal dan ook eerder de logopedist raadplegen als cliënten bovenstaande klachten, zoals slik-, stem-, verstaanbaarheids- en hoestklachten ervaren.

Met dank aan:

E. van Lynden, adem- en ontspanningstherapeut/fysiotherapeut.

Literatuur:

- COPD, *adembenemend, Feiten over COPD*. Gezonde longen van levensbelang, uitgave van het Astma Fonds, binnenkort Longfonds.
- Dixhoorn, J. van (1998). *Ontspanningsinstructie: principes en oefeningen*. Maarssen: Elsevier/Bunge.
- Dixhoorn, J. van, Dixhoorn, I. van, Uwland, N (2008). *AOT aan de tand gevoeld*. Centrum AOT, Amersfoort.
- Dixhoorn, J. van, Holland G. van (2009). *Adem- en Ontspanningstherapie: een vak apart*. Revalidatiemagazine, blz. 20.
- Hek, H. van der, Plomp HN (1997). *Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies*. Occup Med, 47, 133-141.
- Jong, K. de, Bakker, B (2009). *'Verademing' brengt lucht in je leven*. Paradigma.
- Kooijman, P., Wild, K. de, Selten-van de Burgt, L. *Manuele Facilitatie van de Larynx, A-cursus*. Ziekenhuis Bernhoven.
- Lehrer P., Woolfolk R. (1993) *Principles and practice of stress management*. New York: Guilford.
- Toben, Drs.F.M.J. en Krouwels, Dr. F.H. (2006) *Als ademen moeite kost. Alles over COPD en astma*. Wormer, Inmerc.

www.astmafonds.nl

www.ademtherapie-aos.org

www.methodevandixhoorn.com

www.logopediepraktijkodijk.nl

www.stress-management-nl.org

www.nvlf.nl

Locked In?

Is communicatie niet mogelijk als gevolg van een CVA, een hoge dwarslaesie, een hersenstaminfarct of ALS?

Wij leveren een oplossing op maat.

HEServis



Een helpende hand bij de zoektocht naar een communicatiemiddel.

Specialist in communicatie-apparatuur voor het Locked In Syndroom en meervoudig zwaar gehandicapten.

HE Servis
Dorshout 7
5406 ND Uden
Tel: 0413-28 77 03
www.heservis.nl

Brainfingers:
EMG EOG EEG
Spreken via de PC met
hersengolven
SIDE:
communiceren, e-mail,
Spraaksynthese
éénknopsbediening.
Advies, verkoop,
verhuur.

PMD661 Portable SD Recorder

Capturing broadcast-quality audio, PMD661 is compact enough for handheld use, yet large enough to accommodate two XLR microphone inputs, making it ready for any recording situation.

Features

- Rugged, handheld design with tripod mount
- Over 5 hours of field recording with 4 AA batteries*
- One-touch recording and transport controls
- USB 2.0 port for easy file transfer
- 16 or 24-bit digital recording at 44.1/48/96 kHz
- Uses stable, reliable SD or SDHC memory cards
- WAV (Broadcast WAV File) or MP3 recording format
- Large, easy-to-read OLED display
- 2 XLR mic/line inputs with +48V phantom power
- S/PDIF digital input, plus a spare 1/8" stereo line in
- RCA stereo line level outputs
- 1/4-inch headphone jack with volume control
- Built-in stereo playback speakers
- Pitch control and skipback functions for transcription playback

*Battery life subject to conditions



www.dm-pro.eu

Professionally distributed by D&M Pro Europe - Tel: 0547-382500

marantz
PROFESSIONAL