Adem- en Ontspanningstherapie Stichting

Methode Van Dixhoorn

AOS

Jaarverslag
2006

Individuele behandeling: Indicatiegebieden en Resultatenproject

In 2006 werden de uitkomsten van individuele behandelingen nauwkeuriger bijgehouden, daarom een apart hoofdstuk hierover. De grootste vernieuwing is het 'Resultatenproject': de uitkomsten van patiënten die hoofdzakelijk met AOT werden behandeld konden ingevoerd worden via internet. Er is daarvoor een apart invoerscherm ontworpen. De eerste resultaten zijn beloftevol en worden hier vermeld. Bovendien werd in de jaarverslagen nu ook naar aantallen behandelde patiënten per indicatie gevraagd.

Indicatiegebieden

In vorige jaarrapporten (2002-2005) is steeds vermeld hoe vaak bepaalde problemen genoemd worden in de jaarverslagen **als indicatie om hoofdzakelijk met AOT te behandelen**. De meeste mensen noemden spanningsgerelateerde klachten zonder specifieke oorzaak, vooral hyperventilatie en spanningsklachten en in mindere mate overspanning / burn-out, hoofdpijn, slaapstoornissen, vermoeidheid. Daarnaast werd vaak psychische problematiek, met name angst en paniek, genoemd en functionele problemen van het bewegingsapparaat, inclusief de ademhaling en stem. Van de functionele problemen werden rug-, schouder- en nekproblemen door de meeste mensen genoemd als indicatie voor AOT. De overige indicaties werden steeds door een substantiële minderheid genoemd.
In 2006 is getracht meer precieze informatie te verkrijgen. Nu werd gevraagd om van alle indicaties, zoals die uit eerdere rapportages naar voren waren gekomen, aan te geven hoeveel patiënten hiermee behandeld waren AOT. Op die manier kunnen dus twee percentages gegeven worden: het percentage behandelaars dat een categorie noemt als behandelindicatie voor AOT en het percentage patiënten dat behandeld is met AOT. In de eerste twee kolommen met getallen van de tabel zijn beide percentages te zien. In de **eerste kolom** staat het **percentage behandelaren** dat deze categorie noemt. Inderdaad zijn de meest genoemde behandelindicaties vergelijkbaar met vorige jaren (niet vermeld). Let wel, dat in 2006 klachten aan de onderrug is onderscheiden van nek- en schouder klachten. In vorige jaren werden deze opgeteld en toen kwamen ze inderdaad op een hoog percentage uit. Ook zijn dit jaar de nek-schouderklachten onderscheiden van RSI. Gezien de nieuwere term 'CANS' voor chronische arm-, nek- en schouderklachten zullen we dit volgend jaar als één categorie benoemen. Het blijft dus een stabiel gegeven dat verreweg de meeste AOT 'ers in staat zijn mensen met spanningsproblemen, hyperventilatie, angst en klachten van onder- en bovenrug met AOT te helpen door hen te leren beter met spanning om te gaan.
Het percentage in de **tweede kolom** geeft het **relatieve aandeel aan van de categorie t.o.v. alle andere behandelindicaties**. Per categorie komt dit dus veel lager uit dan het eerste percentage. Spanningsproblemen en hyperventilatie zijn in totaal ongeveer 30% van alle patiënten die AOT gekregen hebben. Dit percentage is dus kleiner dan het percentage in de eerste kolom, maar nog steeds het grootst. Mensen met angst en paniek vormen nog eens 7% en mensen met problemen aan onder- en bovenrug vormen samen ongeveer 15%. Tezamen vormen zij de helft van alle patiënten die AOT ontvangen hebben. De andere indicaties zijn stuk voor stuk kleiner in aandeel, maar zijn in totaal zeker niet gering! Zij vormen zelfs de helft van het werk. Kijken we naar de hoofdcategorieën dan valt op dat de kleinste groep bestaat uit 'psychische problemen' (11%), gevolgd door 'spanningsproblemen bij patiënten met een somatische aandoening' (17%), daarna 'functionele problemen van houding, adem en

beweging'(29%) en met als grootste hoofdgroep 'spanningsproblemen zonder specifieke oorzaak' (42,5%).
De reden voor deze diversiteit aan indicaties is dat de enige echte indicatie bestaat uit het vermoeden dat klachten veroorzaakt worden door een dysfunctionele, dat is onnodige en daarom reversibele gespannenheid. Wanneer deze gespannenheid inderdaad de voedingsbodem voor klachten en dysfunctioneren is, dan zullen zij gunstig reageren op AOT. En deze gespannenheid kan bij elk probleem het geval zijn!

Resultaten project

Op het AOS symposium van november 2006 is een site gepresenteerd, waar AOT 'ers via een invoerscherm van elke afgesloten patiënt die hoofdzakelijk met AOT is behandeld een aantal gegevens kunnen invoeren. Voor het eerst is er nu informatie over de behandelingen met AOT die ingevoerd zijn in een database via internet, zie **derde kolom**. Belangrijk is dat deelnemers alle patiënten invoeren die in een bepaalde periode zijn afgesloten, om selectie van succes gevallen te vermijden. Over 2006 zijn in totaal van 363 patiënten de individuele gegevens ingevoerd door 29 behandelaars. Slechts een klein aantal (8) heeft dit over het gehele jaar gedaan en van hen zijn de aantallen van het resultaten project direct meegeteld met de bovengenoemde jaarverslagen. De uitkomsten vertonen dus wel overlap met de getallen uit de jaarverslagen, maar zijn niet hetzelfde. De derde kolom met getallen in de tabel heeft daarom een andere herkomst dan de tweede kolom maar laat inderdaad een grote overeenstemming zien in de verdeling over de indicaties. Dit bevestigt de uitkomsten vanuit de jaarverslagen: er is een brede toepasbaarheid voor AOT. De rubriek 'Aandachtsproblemen' is niet genoemd in de jaarverslagen omdat deze later is toegevoegd. Uit de ingevoerde patiënten bleek dit probleem vaak voor te komen, maar het valt niet echt onder psychische problematiek, in de zin van psychopathologie.

Tabel .. Behandelindicaties voor AOT

Spanningsgerelateerde problemen zonder specifieke oorzaak	**Aantal AOT'ers**	**Patiënten**	**Resultaten project**
1. Spanningsproblemen	**75**	**15,4**	**15,5**
2. Hyperventilatie	**80**	**14,4**	**16,3**
3. Burn-out / Overspanning	**42**	**4,1**	**3,9**
4. Vermoeidheid, ME	**31**	**1,6**	**2,8**
5. Hoofdpijn	**42**	**3,8**	**4,4**
6. Slaapstoornissen	**34**	**2,4**	**6,6**
7. Aandachtsproblemen (concentratie, piekeren)			**1,4**
8. Overige	**10**	**0,9**	**0,8**
Totaal percentage		**42,5**	**51,5**
Psychische problemen			
1. Angsten, Paniek, Fobie	**63**	**7,1**	**6,9**
2. Depressie	**31**	**2,0**	**3,0**
3. Traumaverwerking	**25**	**1,5**	**0,8**
4. Boulimie, Anorexia	**3**		
5.Overige	**7**	**0,5**	**0,6**
Totaal percentage		**11,1**	**11,3**
Functionele problemen van houding, adem en beweging			

1. Onderrug,	**41**	**6,4**	**3,9**
2. Nek en schouders	**49**	**8,1**	**4,7**
3. RSI / CANS	**20**	**2,6**	**1,4**
4. Fibromyalgie	**29**	**1,4**	**0,8**
5. Whiplash	**36**	**2,1**	**1,1**
6. Chronische pijn	**29**	**2,9**	**0,8**
7. Ademproblemen	**39**	**3,8**	**4,4**
8. Stemklachten	**20**	**1,6**	**3,0**
9. Overige	**8**	**0,3**	**1,4**
Totaal percentage		**29,3**	**21,5**
Spanningsproblemen met specifieke somatische oorzaken			
1. Longaandoening (astma, COPD)	**41**	**3,3**	**3,0**
2. Hart- en vaataandoeningen	**32**	**2,5**	**4,7**
3. Neurologische aandoeningen	**36**	**3,9**	**2,5**
4. Bewegingsapparaat	**29**	**3,4**	**1,4**
5. Postoperatieve behandelingen	**14**	**1,0**	**0,8**
6. Kanker	**12**	**0,9**	**0,6**
7. Buik- en continentieproblematiek	**22**	**0,9**	**1,9**
8. Kaakaandoeningen	**5**	**0,9**	**0**
9. Overige	**8**	**0,3**	**0,8**
Totaal percentage		**17,1**	**15,7**

In welke mate zijn de klachten (werkelijk) spanningsgebonden?
De diagnose ‘spanningsklachten’ is niet echt te stellen, omdat er geen typische klachten zijn die alleen gevolg van te hoge spanning zijn. Het vermoeden dat klachten spanningsgebonden zijn ontstaat, wanneer er geen specifieke oorzaak is en wanneer ze wel tegelijk met gespannenheid toenemen. De methode heeft tot doel om hierin duidelijkheid te bieden. De gedachte is dat hoe beter klachten reageren op ontspanning, des te meer reden om ze spanningsgebonden te noemen. Van alle via internet ingevoerde patiënten werd door de behandelaar de uitkomst van AOT beoordeeld in een van de vier volgende categorieën:

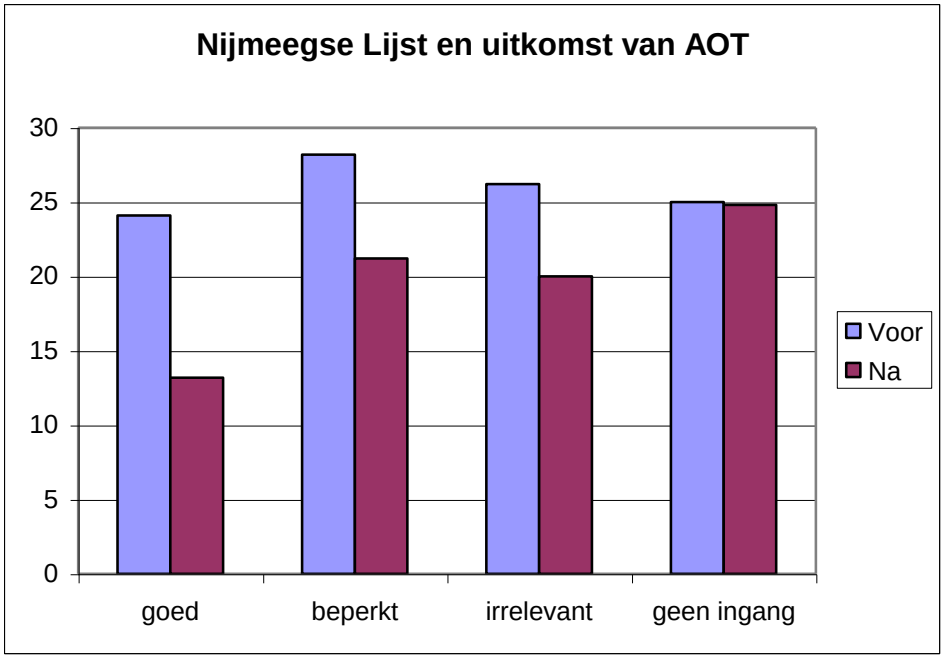
Goed. Er is een ingang voor AOT en klachten reageren positief op effectieve ontspanning en wel in die mate dat de patiënt zichzelf ermee kan redden, ook al zijn ze niet altijd over. De klachten lijken daarom in hoge mate spanningsgebonden.	236 (65%)
Beperkt. Er is een ingang voor AOT en de klachten reageren op effectieve ontspanning, maar blijven nog wel aanwezig. Ze lijken daarom ten dele spanningsgebonden. Een heel andere aanpak of behandeling kan zinvol zijn.	97 (27%)
Niet relevant. Er is een ingang voor AOT maar de klachten reageren niet of nauwelijks of effectieve ontspanning. Ze lijken daarom niet spanningsgebonden te zijn.	7 (2%)
Geen ingang. Er is geen ingang te vinden en effectieve ontspanning treedt niet op.	23 (6%)

De bedoeling van deze indeling is om een globaal inzicht te krijgen in welke mate klachten ‘werkelijk’ spanningsgebonden zijn. De uitkomst ziet er heel positief uit. Tweederde van de

patiënten is inderdaad voldoende gebaat bij AOT. Bij een kwart van de patiënten blijken er specifieke oorzaken aanwezig te zijn die de klachten voor een deel in stand houden. Een heel klein aantal (2%) lukt het wel te ontspannen, maar de klachten reageren helemaal niet. Hoewel ze spanningsgebonden leken te zijn, blijkt dat toch niet het geval. Ten slotte is er een kleine minderheid (6%) bij wie het niet lukt een ingang voor ontspanning te vinden.

Bij minder dan 10 procent is er dus geen effect van AOT. Betekent dit nu dat AOT voor 90% effectief is? Nee, dat betekent het zeker niet. Deze uitkomst duidt er voornamelijk op dat de **selectie van patiënten door de behandelaren en verwijzers heel goed** is. Hier passen twee kanttekeningen bij. Ten eerste zijn de uitkomsten waarschijnlijk minder goed wanneer **alle** patiënten met een bepaald probleem, bijvoorbeeld angst, hyperventilatieklachten of rugklachten met AOT verwezen zouden worden. Daar kan pas iets over gezegd worden wanneer de uitkomsten geëvalueerd worden in een wetenschappelijk onderzoek. Verreweg de meeste patiënten reageerden positief op het leren ontspannen, terwijl in eerder gedane onderzoekingen het percentage ‘geen ingang’ 2 – 3 keer hoger was. Deze resultaten gaan echter wel een idee geven bij welke klachten een dergelijk onderzoek zinvol is en een positieve uitkomst verwacht kan worden. Het aantal ingevoerde patiënten is nog te klein om de uitkomsten weer te geven voor de categorieën apart. We volstaan met te zeggen dat er geen indicaties zijn die opvallend slecht reageren en dat de meest voorkomende indicaties het beste reageren op AOT. Ten tweede is het uitblijven van een goed effect van grote betekenis. Vaak worden klachten aan ‘gespannenheid’ toegeschreven, met de gedachte dat iemand dan maar iets aan zijn spanning moet doen. Wanneer echter ontspanning werkelijk lukt en de klachten reageren maar ten dele of helemaal niet, dan is er goede reden om verder te zoeken naar achterliggende oorzaken. Geen of beperkt effect wil dus niet zeggen dat AOT geen betekenis heeft!

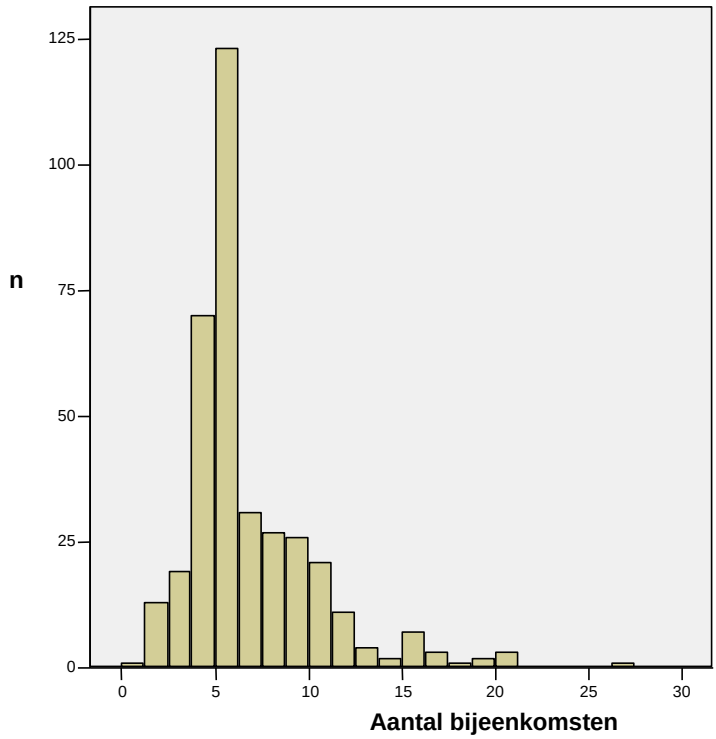
De vraag is natuurlijk wat dit oordeel van de behandelaren waard is. Om dit te toetsen is het gebruikelijk dat de behandelaar AOT evalueert met behulp van een vragenlijst. De Nijmeegse vragenlijst is oorspronkelijk bedoeld voor screening op hyperventilatieklachten, maar blijkt ook goed bruikbaar als een kort instrument om spanningsklachten in het algemeen mee vast te stellen. Het zijn 16 vragen met een somscore van 0-64. De somscore van een gezonde populatie ligt gemiddeld rond de 10-12, met een spreiding van 6. De meeste mensen zonder klachten hebben een score tussen 4 en 18. Loopt de score naar 20 en komt het erboven dan is er iets aan de hand. Wanneer we de vragenlijst scores voor en na de behandeling vergelijken voor de vier uitkomst categorieën apart dan blijkt het oordeel van de behandelaar goed overeen te stemmen met de objectieve verandering in somscores.



In de figuur is te zien dat bij de patiënten voor wie de behandelaar de uitkomst als ‘goed’ kwalificeerde de score voor de behandeling verhoogd was (bijna 25) maar na AOT gemiddeld sterk daalde en zelfs genormaliseerd (13) is. Dit bevestigt dat de mensen zichzelf kunnen redden, geen andere hulp nodig hebben en een normaal klachtenpatroon hebben. Het probleem was inderdaad grotendeels gevolg van overspanning en is door AOT opgelost. Wanneer de begeleider echter vond dat de klachten ten dele spanningsgebonden waren en AOT een beperkte invloed had, dan was de klachtenscore niet alleen veel hoger om te beginnen (28), maar bleef gemiddeld nog verhoogd na afloop (21). Ook al was er een duidelijke afname en dus inderdaad een goede respons, het probleem was mede gevolg van andere oorzaken. Dezelfde situatie is te zien in het kleine groepje waar de klachten helemaal niet reageerden. Tenslotte is opvallend dat het ontbreken van een ingang voor AOT inderdaad geen enkele verandering in de score tot gevolg heeft.

Hoe verloopt een behandeling met AOT?

Andere gegevens over de behandeling die via internet werden ingevoerd zijn het aantal sessies, de duur van de sessie en de begin en einddatum. Door het verschil in aantal dagen tussen begin en eind datum te berekenen is de totale behandelperiode te achterhalen. Wanneer de periode gedeeld wordt door het aantal bijeenkomsten komen we de gemiddelde spreiding van de bijeenkomsten te weten. Wat betreft de duur van de sessie is te kiezen uit een half uur of tenminste 50 minuten.
In bijgaande figuur is de verdeling van het aantal bijeenkomsten te zien. Gemiddeld duurt een behandeling vrij kort, ruim 6 bijeenkomsten volstaan. Uit de grafiek is te zien echter dat vijf bijeenkomsten het meest voorkomende aantal keren is, gevolgd door vier sessies. De meeste mensen zijn dus binnen 4 – 5 sessies geholpen! Dat is verbazend snel gezien het bovenvermelde resultaat voor spanningsklachten, die vaak moeilijk te behandelen zijn. Wel dient vermeld te worden dat de behandelduur lang is: de meeste mensen behandelen 50 minuten of langer en slechts een kleine minderheid (4 behandelaren) hanteert de gebruikelijke behandelduur voor paramedische therapie. Deze behandelaren hebben dan ook een groter aantal keren nodig: gemiddeld 9 keer.



Een half uur is te kort om AOT goed te doen. Niet alleen worden instructies gegeven, maar even belangrijk is de begeleiding en het bespreken van de ervaringen. Elke instructie en handgreep wordt expliciet geëvalueerd en de deelnemer wordt aangemoedigd de ervaringen onder woorden te brengen. Soms wordt daartoe een vragenlijst ter plekke ingevuld, wat ook weer tijd kost. Elke keer worden de ervaringen met de instructies in het dagelijks leven besproken. Het gaat er immers om iemand te helpen de gespannenheid beter te leren regelen en dat juist op eigen gelegenheid te doen. Ook is veel tijd nodig voor uitleg en het bespreken van gangbare misverstanden over spanning, ontspanning en een ‘goede ademhaling’. Dergelijke uitleg kan een essentieel proces van ‘cognitieve herstructurering’ in gang zetten, waardoor de uitkomst van spanningsregulatie aan stabiliteit en duurzaamheid wint (zie de casus).
Om dezelfde reden zijn de bijeenkomsten niet standaard op een wekelijkse basis. Vaak is er wel een korte tijd tussen de eerste sessies, maar zodra een ingang is gevonden is het raadzaam de periode te vergroten, zodat de patiënt de gelegenheid heeft de vaardigheid toe te passen en de resultaten te leren kennen. Deze toenemende spreiding kunnen we niet achterhalen, maar gemiddeld is de tijdsduur tussen de bijeenkomsten wel vrij groot: twee weken. Dat klopt met het uitgangspunt dat de eerste 2 –3 keer vrij snel op elkaar volgen, maar dat daarna de tijdsperiode toeneemt.

In welke mate zijn klachten gevolg van omstandigheden?

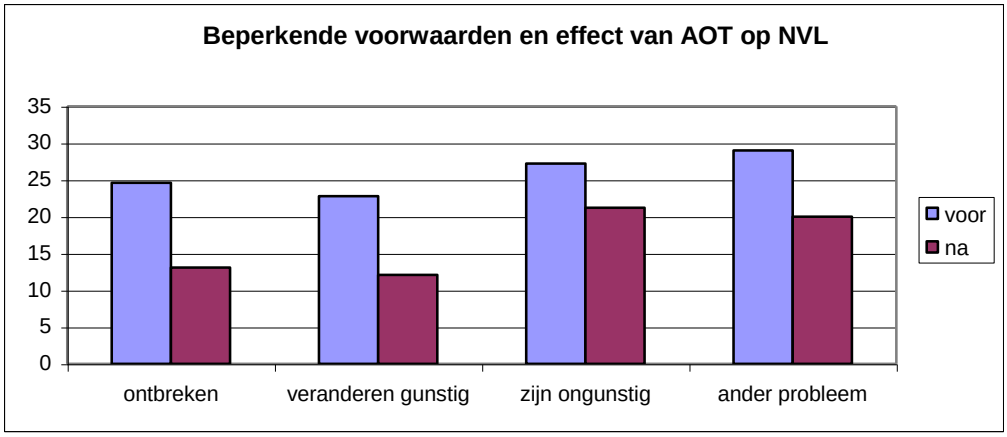
Een centrale vraag in AOT is of klachten gevolg zijn van onnodige gespannenheid of dat bepaalde omstandigheden externe oorzaken zijn voor de spanning. In het eerste geval is de

gespannenheid ‘dysfunctioneel’ en kan goed reageren op ontspanning, zonder rechtstreeks iets aan de omstandigheden te doen. In het tweede geval is de gespannenheid ‘functioneel’ en is het belangrijk de oorzaken aan te pakken. Het verschil blijkt uit de respons op AOT. Wanneer er reële oorzaken zijn dan ‘lopen behandelaar en patiënt er tegen aan’, dan belemmeren deze dat er een ingang gevonden wordt en/of dat de klachten er op reageren. Het verschil tussen beide soorten gespannenheid is niet te maken door een anamnese of door vragenlijsten, hoe grondig dit ook gebeurt, maar blijkt heel snel uit de mogelijkheid tot ontspanning te komen. In AOT termen wordt dit de rol van ‘beperkende voorwaarden’ genoemd.
‘Beperkende voorwaarden’ zijn omstandigheden in de context, die mogelijk een oorzakelijke rol spelen in de gespannenheid. Zij kunnen somatisch, psychisch of sociaal van aard zijn. In elke behandeling wordt hun rol als oorzaak van klachten beoordeeld. De behandelaar kan dit met de keuze uit vier opties weergeven, waarvan de uitkomsten in de tabel worden weergegeven. Ook wordt het gemiddeld aantal bijeenkomsten vermeld:

Rol van beperkende voorwaarden	**Frequentie**	**Aantal sessies**
Er zijn geen beperkende voorwaarden aanwezig of ze zijn er wel, maar ze blijken in feite niet belemmerend te zijn	146 (40%)	5,6
Er zijn beperkende voorwaarden, maar deze veranderen ten gunste of er wordt beter mee om gegaan	93 (26%)	8,1
Er zijn beperkende voorwaarden aanwezig die een ingang belemmeren of de klacht in stand houden	95 (26%)	6,9
Er zijn andere problemen ontstaan, die momenteel overheersen	28 (8%)	6,6

In 40% van de patiënten blijken er òf geen beperkende omstandigheden te zijn, òf zij leken er wel te zijn, maar hadden in feite geen beperkende invloed. In dit geval is de behandelduur het kortst en gemiddeld zelfs minder dan zes sessies. Bij een kwart van de patiënten waren er wel degelijk omstandigheden die een beperking waren, maar deze veranderden in de loop van de behandeling of de patiënt leerde er anders mee om te gaan. In dit geval is de rol van AOT als begeleiding bij het omgaan met stressoren het duidelijkst. Waarschijnlijk als gevolg daarvan duurt de therapie aanmerkelijk langer: gemiddeld acht bijeenkomsten. Tenslotte bleken bij in totaal een derde van de patiënten de beperkende omstandigheden inderdaad beperkend, en konden een reden zijn voor een andere begeleiding of er ontstonden nieuwe problemen die een reden waren om de behandeling te beëindigen. De uitkomst van AOT leidt tot het besef dat er oorzakelijke factoren zijn voor de klachten die niet toegankelijk zijn voor interne zelfregulatie van spanning en zijn er mogelijk aanwijzingen voor een andere aanpak.

Wanneer we deze indeling van de uitkomst toetsen aan de somscores van de Nijmeegse vragenlijst voor en na behandeling dan komt in de figuur een duidelijke overeenstemming naar voren. Meest verrassend is misschien wel het tweede geval, waarin er beperkende omstandigheden zijn, die echter ten gunste veranderen of beter gehanteerd worden. In die gevallen is de behandelduur langer, maar het resultaat is onverminderd positief. De somscores dalen heel sterk en komen gemiddeld op het niveau van de normale populatie. Dit is precies gelijk aan het eerste geval waarin AOT niet extra aandacht hoeft te besteden aan de omstandigheden. Met andere woorden, de extra tijd is goed besteed en loont de moeite.



In geval de omstandigheden ongunstig blijven en een ingang voor ontspanning of een effect op de klachten waarvoor AOT gestart is remmen, dan is er weliswaar een daling van de somscore, maar kleiner en het niveau blijft verhoogd. Hetzelfde is het geval wanneer andere problemen zijn ontstaan. Dit bevestigt dat het probleem niet opgelost is door AOT en een andere aanpak gewenst is.

Werk en werkhervatting

Een interessant aspect is nog of mensen die vanwege de klachten geheel of ten dele in de ziektewet zijn na de therapie het werk weer hervat hebben. Wanneer de klachten voornamelijk te wijten zijn aan dysfunctionele gespannenheid dan is te verwachten dat werkhervatting optreedt na AOT. Er bleken in totaal 227 (62,5%) mensen werkzaam te zijn en 138 mensen niet. Van de werkenden waren er 72 (20%) die geheel of gedeeltelijk in de ziektewet waren, zij werkten gemiddeld 20% van hun normale werktijd. Na afloop van de behandeling was dit percentage gestegen naar 63%. Bij 18 mensen was er geen verandering opgetreden in het percentage werken, een persoon was zelfs minder gaan werken en alle anderen waren meer gaan werken, van wie 27 weer fulltime, d.w.z. op het zelfde aantal uren als vroeger.

Nabeschouwing

Een belangrijke beperking van het resultaten project is onder meer dat er geen follow-up gegevens zijn. De reden is dat we het invoeren zodanig wilden maken dat het de AOT ‘er een kleine extra moeite zou kosten en dat de gevraagde gegevens nauw zouden aansluiten bij wat normaal gesproken in AOT al bekend is. Navragen naar de toestand na drie of zes maanden, of zelfs een of meer jaren zou de stabiliteit van de resultaten uiteraard enorm vergroten. Zeker wat betreft het sociale functioneren en bijvoorbeeld de medische consumptie en zorgbehoefte zouden de uitkomsten daarvan heel interessant zijn. Dit is echter te veel gevraagd voor de beoefenaar in de dagelijkse praktijk. Het zou een mooi onderwerp voor een gericht onderzoek kunnen zijn!

Diversiteit van toepassingsmogelijkheden

Uit de jaarverslagen komt duidelijk naar voren dat de methode bij zeer uiteenlopende klachten toegepast wordt. Het indicatiegebied is breed. In de hoofdstukken “presentaties” en “publicaties” komt naar voren wat er allemaal ondernomen wordt, zowel in binnen als buitenland, om de methode te verspreiden. Voor de nieuwsgierigen onder u: Wordt er nog meer gedaan? Waar stappen de AOT’ers nog meer op af? En waarom volgt “men” AOT?

Uit de jaarverslagen blijkt dat er veel (groeps)lessen gegeven worden voor diverse doelgroepen, die in drieën te verdelen zijn:

1. belangstellenden en binnen yogalessen
2. binnen een bepaalde gezondheidssetting
3. binnen een bepaald werkveld

De groepslessen voor **belangstellenden** laten zien dat er instructies gevolgd zijn door allerlei mensen, toch vaak gemotiveerd vanwege hyperventilatie- en andere spanningsklachten. Maar er is ook een damesgymclub die al jaren adem- en ontspanningsoefeningen krijgt. De yoga docenten geven aan dat tijdens de yogales veel gebruik gemaakt wordt van AOT. Het wordt als het ware verweven in de yogalessen.

De groepslessen binnen een bepaalde **gezondheidssetting** zijn zeer divers. Zo worden er lessen voor het Groene Kruis gegeven, maar ook in de poliklinische revalidatie, de hartrevalidatie, voor mensen met AD(H)D en PDD-NOS. Ook zijn er lessen voor ouderen met verschillende lichamelijke en psychische mogelijkheden en beperkingen. Na individuele behandeling met AOT wordt dit soms vervolgd in groepen omdat handgrepen niet meer nodig zijn. Voorbeelden zijn mensen met COPD en astma, binnen de geestelijke gezondheidszorg, maar ook voor mensen met somatische klachten en met reuma.
Redenen voor deelname zijn onder meer: beter leren omgaan met de eigen spanning; kennismaking met AOT; mensen waarbij sprake is van dysfunctioneel ademen; chronische pijnbehandeling; AOT als onderdeel van een vasten- en reinigingsweek, bijscholing, stemklachten. Door sommigen worden aan de hand van de instructies diverse thema’s besproken zoals stress, assertiviteit, voeding, lichamelijke klachten, verwerking en cognitieve therapie.

De lessen voor mensen die binnen een bepaald **werkveld** bezig zijn geven weer totaal andere zaken te zien: bij een instituut worden lessen gegeven aan studenten i.v.m. houding, adem en beweging in combinatie met spreken voor groepen. Redenen voor deelname zijn o.a.: spanning bij het spreken, correcte houding, stemgebruik. Er worden cursussen gegeven binnen de Provinciale overheid m.n. zelfmanagement door adem- en ontspanning. Ook de Dienst Justitiële Instellingen ontkomt niet aan AOT, met als reden kennismaking. Op accountantsbureaus vindt het plaats met als doel preventie, en ook door zangpedagogen en in de zangles wordt het gebruikt.

Conclusie

Wat blijkt uit bovenstaande opsomming is dat AOT zeer breed inzetbaar is en zich beslist niet beperkt tot alleen gebruik in de (para)medische wereld. Juist door deze brede inzetbaarheid kan iedereen profiteren. Opvallend is hoe creatief de AOT‘ers zijn en hoe sterk zij zich voelen om allerlei mogelijkheden voor toepassing te vinden. Zelfregulatie van spanning bevordert de kwaliteit van het functioneren in het algemeen en is ook een instrument in persoonlijke ontwikkeling en groei. Het maakt iemand bewuster wie hij of zij is.