

Een steuntje in de rug.

Een literatuuronderzoek over de wijze waarop de cognitief gedragsmatige behandeling van chronische aspecifieke lage rugpijn binnen de psychomotorische therapie past.

Elke Machielsen

24-5-2012

Naam begeleider : Pauline Fellingner

Naam beoordelaar: Carla Peeters

Opleiding : Psychomotorische therapie en bewegingsagogie

Voorwoord

Deze scriptie dient als afsluiting van mijn opleiding tot psychomotorisch therapeut en bewegingsagoog. Tijdens mijn opleiding aan de hogeschool Windesheim te Zwolle heb ik mijzelf kunnen ontwikkelen tot een beginnend psychomotorisch therapeut. Ik heb veel geleerd over de verschillende behandelmogelijkheden van diverse psychische klachten. Daarnaast heb ik in mijn laatste jaar mijn eindstage gelopen bij revalidatiecentrum Lindenhof te Goes. Hier ben ik met verschillende volwassen doelgroepen in contact gekomen. Enkele voorbeelden hiervan zijn mensen met een CVA, amputatie, longrevalidanten en chronisch pijnpatiënten.

Tijdens mijn stage heb ik een aantal gesprekken over het onderwerp van mijn scriptie gevoerd met mijn stagebegeleiding, Ivo Besuijen en Melanie Bode. Tijdens deze gesprekken ontdekte ik dat mijn interesse bij de doelgroep met chronische pijnpatiënten lag. Vanuit mijn stagebegeleiding kwam ook de vraag welke PMT- oefeningen er passend zouden zijn voor deze doelgroep. Daarom wordt mijn onderzoek niet alleen voor mijn afstuderen gebruikt, maar ook voor het leveren van een bijdrage aan mijn stage-instelling.

Mijn interesse voor chronische pijnpatiënten werd vergroot bij het behandelen van een patiënt met chronische pijnklachten. Voornamelijk de wisselende stemming en acceptatie van dit ziektebeeld boeide mij zeer. Hierdoor raakte ik nog meer geïnteresseerd in dit onderwerp.

Ik wil graag mijn scriptiebegeleidster Pauline Fellingier bedanken voor de begeleiding tijdens het maken van deze afstudeeropdracht.

Deze scriptie geeft een duidelijk overzicht wat psychomotorische therapie in combinatie met cognitieve gedragstherapie kan betekenen voor mensen met chronische pijn. In deze scriptie heb ik de literatuur gekoppeld aan de praktijk.

Elke Machielsen

24-05-2012

Samenvatting

Psychomotorische therapie is een experiëntiële therapievorm, doordat er geoefend wordt met nieuw gedrag. (de Lange en Bosscher, 2004) Een behandelstrategie wordt gekozen om deze verandering te weeg te brengen. Cognities spelen een rol bij het gedrag dat de patiënt vertoont. De bedoeling is dat de patiënt inzicht krijgt in zijn gedrag met behulp van interventies uit de cognitieve gedragstherapie worden alternatieve gedachten getest in en wordt er met nieuw gedrag geoefend.

De scriptie gaat over patiënten met chronische aspecifieke lage rugpijnklachten. Deze doelgroep ervaart vaak angst voor bewegen waaraan catastroferende gedachtes ten grondslag liggen. De behandeling richt zich daardoor op zowel op het gedrag als de denkpatronen.

De literatuur over cognitieve gedragstherapie, aspecifieke lage rugpijnklachten en psychomotorische worden in dit onderzoek aan elkaar gekoppeld. De relatie tot elkaar wordt door verschillende behandelmethoden en technieken beschreven. Daarnaast worden ook de interventies en thema's uit de cognitieve gedragstherapie bij de behandeling van chronische aspecifieke lage rugpijnklachten gebruikt.

Mijn conclusie is dat de 3 schema's binnen de psychomotorische therapie, binnen de behandeling van chronische aspecifieke lage rugpijnpatiënten kan worden toegepast. Per fase moet er gekeken worden wat passende methodieken en behandelstrategieën uit de psychomotorische therapie zijn. Ook sluiten er enkele interventies uit de cognitieve gedragstherapie aan op de fases die beschreven worden.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	2
Inhoudsopgave	3-4
Inleiding	5
	5
1. Cognitieve gedragstherapie	
1.1 Theoretisch kader	6-7
1.2 Interventies binnen de CGT	7
1.2.1 Kernopvattingen	7
1.2.2 Meerdimensionaal inschalen	8
1.2.3 Taarttechnieken	8
1.2.4 Denken – Voelen – Handelen	8
1.2.5 Gedragsexperimenten	9
2. De doelgroep	
2.1 Beschrijving chronische aspecifieke lage rugpijn	10-11
2.2 Beschrijving behandeling CALRP	11 t/m 13
2.3 Behandeling CGT bij CALRP	13-14
2.4 De 3 fases	14
2.4.1 Fase 1	14
2.4.2 Fase 2	14
2.4.3 Fase 3	14
3. Psychomotorische therapie	
3.1 Beschrijving PMT	15
3.2 Methodieken binnen de PMT	15
3.2.1 Prototypische werkvormen	15-16
3.2.2 Behandelstrategieën	16
3.2.3 Behandelmethodieken	17
3.3 PMT interventies bij CALRP	17-18
4. Wat is de relatie tussen de 3 fases uit de CGT bij CALRP en PMT?	
4.1 Inleiding	19
4.1.1 Fase 1	19
4.1.2 Fase 2	19
4.1.3 Fase 3	19-20
4.2 De relatie tussen PMT, CGT en CALRP	20
4.3 Mijn keuze voor deze toepassing	20-21

5. PMT Oefeningen	
5.1 Inleiding	22
5.2 Oefeningen fase 1	22
5.3 Oefeningen fase 2	22-23
5.4 Oefeningen fase 3	23-24
 Conclusie	 25
 Aanbevelingen	 26
 Literatuurlijst	 27-28
 Bijlagen:	
Bijlage I: Uitwerking oefeningen	
Bijlage II: Uitwerking ICF- model CALRP	

Inleiding

De behandeling van chronische aspecifieke pijn richt zich op diverse terreinen. Cognitieve gedragstherapie is hier één onderdeel van. De cognitieve gedragstherapeut richten zich op het veranderen van gedachten en gedrag. (Weerman, 2006) De psychomotorische therapeut richt zich op cognitie, gedrag en emotie. (Hekking en Fellingier, 2011) Er bestaat een overeenkomst in de wijze waarop deze verschillende therapeuten behandelen. De vraag is op welke wijze dit in de PMT praktijk kan worden toegepast. De aanleiding van dit onderzoek is grotendeels mijn eigen interesse die ontstond tijdens het behandelen van een patiënt met chronische pijn. Vervolgens ontstond de vraag vanuit mijn stagebegeleiding om oefeningen voor deze doelgroep te beschrijven. Mijn vraagstelling luidt hierdoor als volgt:

Op welke wijze kunnen de 3 fases uit de cognitieve gedragstherapie worden geïmplementeerd binnen de psychomotorische therapie bij de behandeling van aspecifieke chronische lage rugpijn?

Om een antwoord te kunnen geven op de vraagstelling, heb ik een literatuur studie uitgevoerd. In de komende hoofdstukken heb ik informatie verwerkt en beschreven.

In het eerste hoofdstuk geef ik een beschrijving over cognitieve gedragstherapie. Het theoretisch kader en de interventies worden beschreven. Het tweede hoofdstuk geeft uitleg over de doelgroep. Ook worden de verschillende behandelingen, als de specifieke cognitief gedragsmatige behandeling bij chronische aspecifieke lage rugpijn beschreven. Dit hoofdstuk sluit ik af met de 3 fases te beschrijven. In hoofdstuk 3 doe ik een literatuur onderzoek naar psychomotorische therapie en de behandelmethodieken, werkvormen en behandelstrategieën. De informatie die ik in hoofdstuk 1, 2, 3 heb verkregen ga ik verwerking in hoofdstuk 4. Hierin beschrijf ik de relatie tussen de theorie. In hoofdstuk 5 maak ik de koppeling naar de praktijk door oefeningen te schrijven. Dit onderzoek zal worden afgesloten met een conclusie, die antwoord geeft op de vraagstelling en aanbevelingen.

Hoofdstuk 1: Cognitieve gedragstherapie

Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag uit deze scriptie wordt in dit hoofdstuk de theoretische achtergrond van cognitieve gedragstherapie (CGT)¹ uitgelegd. Vervolgens worden ook de drie fases uit de CGT beschreven. Dit hoofdstuk eindigt met informatie over de therapeutische processen die behoren tot de CGT.

1.1 Theoretisch kader

CGT is ontstaan uit de cognitieve therapie en de gedragstherapie. CGT wordt ook wel een vorm van psychotherapie genoemd. De grondleggers van de cognitieve therapie zijn Albert Ellis en Aaron Beck. Beiden zijn psychoanalytisch georiënteerde therapeuten. Zij gaan ervanuit dat disfunctionele interpretatie de oorzaak is voor een stoornis. Wanneer je de disfunctionele interpretatie kan opzoeken door middel van diverse schema's, dan kun je deze corrigeren. In de jaren zestig is deze vorm van therapie ontwikkeld. Gedragstherapie ontstond rond de eind jaren vijftig, begin jaren zestig. Ellis en Beck vonden dat cognities niet objectief waren en daarom keken zij meer naar het gedrag. Zij hielden zich bezig met onderzoeksmethodes zodat het effect van de aanpak controleerbaar werd.

CGT wordt gebruikt bij veel verschillende aandoeningen en ziektes, zowel psychische als medische aandoeningen. Binnen de CGT gaat men er vanuit dat een stoornis een denk- en gedragsprobleem is. Genoemden gaan er vanuit dat invloed hebben op het gedrag en de gevoelens. De cognitief gedragstherapeuten richten zich hierdoor op het veranderen van het denken en op het aanleren en stimuleren van nieuw gedrag (Weerman, 2006). Daarnaast speelt de samenwerking tussen gevoelens, gedrag, sociale factoren, cognities en omgevingsinvloeden een rol bij het in stand houden van de problematiek. De manier waarop een situatie wordt ingeschat, is volgens de CGT een gevolg van de emoties die we ervaren. (Simos, 2002).

Binnen de CGT wordt er veel aandacht besteed aan het verhelderen van het probleem en het beïnvloeden van gedachten die dit probleem in stand houden.

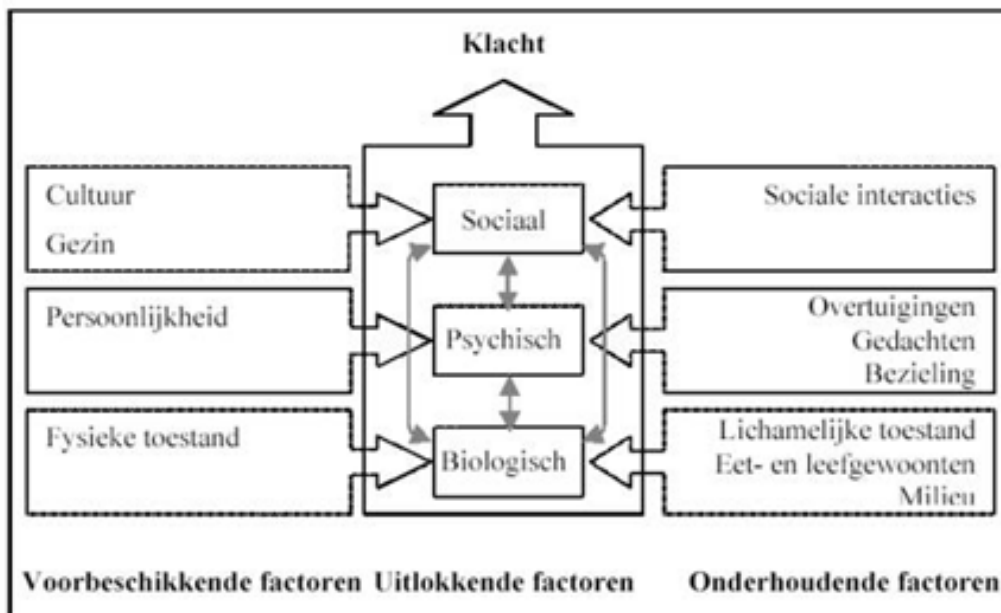
Cognities die de klachten in stand houden, worden aangepakt door deze niet-helpende gedachten te veranderen. Een negatief denkpatroon heeft diverse oorzaken. Eén hiervan is het catastropheren. Hieronder vallen piekeren, uitvergrooten en verkleinen van de gedachten. Een andere oorzaak is de externe controle. Hierbij voelt de patiënt zich afhankelijk en krijgt het gevoel geen controle te hebben over de situatie. (Samwel, Meer, Crul, 2002) CGT gaat er vanuit dat leerervaringen een belangrijke rol spelen bij het ontstaan en het in stand houden van de psychopathologie. Er wordt gewerkt met drie fases, namelijk diagnostiek, interventie en afsluiting. (Korrelboom en Ten Broeke, 2004)

Voor de diagnostiek en behandeling bestaat een protocol die de klachten vanuit een biopsychosociaal model bekijkt, zie figuur 1. De voorbeschikkende, uitlokkende- en onderhoudende factoren spelen volgens dit model een rol bij ziektes en stoornissen. (Van der Gulden, 2006; Trimbos-instituut, 2009). Wanneer een persoon een probleem heeft, kun je niet alleen spreken van de biologische aard van het probleem. Alle factoren hebben een rol in de totstandkoming of het aanwezig blijven van de stoornis.

Het biologische deel zorgt er voor dat patiënten uit dit onderzoek pijnklachten hebben in het lichaam. De psychologische factor bepaalt hoe de patiënt met deze pijn omgaat, bijv. de karaktereigenschappen spelen hierin een rol. Het sociale component kan gezien worden als de sociale omgeving waarin de persoon leeft. Deze kan een rol spelen in het in stand houden van de problematiek, maar ook de oorsprong kan hierin worden gevonden. Hieruit kan men concluderen dat

¹ De volledige naam van cognitieve gedragstherapie zal de rest van de scriptie afgekort worden als CGT.

iemand met dezelfde biologische oorzaak de klachten verschillend kan uiten. Het psychische en sociaal aspect spelen hierin een rol. De problematiek van specifieke lage rugpijnen kan vanuit iedere factor ontstaan. De drie componenten blijven in relatie tot elkaar staan. Daarom richt de behandeling zich op alle drie de factoren. (Beurs en van Widenfelt, 2004)



Figuur 1: Biopsychosociaal model (Verdouw, 2005)

1.2 Interventies binnen de CGT

Interventies worden binnen de CGT gebruikt om gedachten te veranderen. Hier spreken we over gedachten die voortkomen uit een gebeurtenis. Zo kan iemand met chronische pijn bij het horen van een drukke planning die dag denken “O nee, als ik te weinig rust, krijg ik meer pijn”. Het gevolg hiervan kan zijn dat men gefocust is op het lichaam en snel de pijnsignalen voelt. Het is daarom van belang om de gedachte die een gebeurtenis oproept anders te interpreteren of juist te veranderen. Hieronder staan een aantal interventies die kunnen worden gebruikt vanuit de CGT.

1.2.1 Kernopvattingen

Ieder mens heeft te maken met kernopvattingen. Deze opvattingen kunnen op ieder moment van je leven ontstaan. Veel ontstaan er al in je jeugd. Een kernopvatting is een algemeen geldende opvatting die betrekking heeft op zichzelf, de ander of over de wereld. Een disfunctionele kernopvatting is storend voor een persoon. Een voorbeeld hiervan is: “Ik ben niet belangrijk”. Zij geloven volkomen in deze overtuiging. De mate waarin deze kernopvatting actief is, bepaalt hoe sterk dit degene beïnvloedt. Hoeveel iemand hiervan last ondervindt, heeft te maken met de externe en interne omstandigheden. (Korrelboom en ten Broeke, 2004) Kernopvattingen zijn rigide en niet direct te beïnvloeden door corrigerende ervaringen. In de inleiding van deze paragraaf is een voorbeeld gegeven van een negatieve gedachte. Een kernopvatting welke hierop aansluit is de gedachte “als ik niet voldoende rust neem en te veel beweeg, krijg ik meer pijn”. Deze kernopvatting kan de patiënt belemmeren in zijn of haar dagelijkse bezigheden. Hierdoor is het belangrijk op deze kernopvatting te testen en eventueel te veranderen.

1.2.2 Meerdimensionaal inschalen

Meerdimensionaal inschalen wordt in de CGT gebruikt om meer zicht te krijgen in de sterkte van overtuiging en hoe reëel de gedachte is. Deze methode is ontwikkeld voor mensen die eenzijdig blijven interpreteren.

Een voorbeeld hiervan kan zijn dat een persoon zichzelf voortdurend negatief inschat. Door de situatie vanuit verschillende invalshoeken te belichten, is er de mogelijkheid dat men minder zwart-wit gaat denken. Een voorbeeld hiervan is dat men denkt dat de pijn niet zal verminderen door het uitvoeren van oefeningen in de thuissituatie. Deze gedachte kan ontstaan zijn doordat er bijvoorbeeld eerder geen resultaat was bereikt bij het zelfstandig oefenen. Om deze gedachte te bekijken wordt er vanuit meerdere dimensies gekeken zodat men een breder perspectief krijgt waarom deze gedachte er is. Het doel hiervan is dat het denken wordt verbreedt en men zich flexibeler kan opstellen. De patiënt krijgt meer inzicht in zijn of haar denkstijl.

Hieronder staan de 6 stappen die moeten worden gevolgd om deze methode toe te passen:

1. Bepaal de inhoud van de te onderzoeken globale dimensie.
2. Bepaal de 'score' op de globale dimensie.
3. Bepaal de 'onderliggende dimensies'.
4. Bepaal de 'scores' op de 'onderliggende dimensies'.
5. Bepaal opnieuw de 'score' op de globale te onderzoeken dimensie.
6. Laat een betrouwbare en deskundige naast de 'onderliggende dimensie' scores.
(Korrelboom en ten Broeke, 2004).

De uitvoering moet passend en haalbaar zijn. Ook de patiënt moet zich durven te wagen aan het gedragsexperiment. Het stappenplan van de patiënt bespreekt de therapeut meerdere malen. Tijdens het bespreken worden er nieuwe leerervaringen opgedaan en worden er cognities aangepast.

1.2.3 Taarttechnieken

Een taartdiagram zorgt ervoor dat het aandeel zichtbaar wordt gemaakt. De geloofwaardigheid van de gedachten en emoties worden op de proef gesteld. De beleving van de situatie wordt tegenover de realistische gebeurtenis gezet. De patiënt gelooft vaak direct zijn beleving, maar dit geeft niet altijd de werkelijkheid weer. Binnen deze vorm van CGT is de rol van de therapeut erg belangrijk. Wanneer de therapeut andere gedragingen of emoties opmerkt, wordt dit met de patiënt besproken. De patiënt wordt bewust gemaakt dat zijn eigen beleving voor invloed heeft op het gedrag en gevoel.

1.2.4 Denken –voelen – handelen

De CGT gaat er vanuit dat het denken invloed heeft op het voelen en handelen.

Gedachte : de overtuiging van de patiënt is dat deze geen invloed heeft op de pijnbeleving.

Gevoel : het gevoel dat ervaren wordt kan onmacht en verdriet zijn.

Gedrag : het gevolg is zichtbaar in het gedrag, doordat de persoon zich terugtrekt en minder activiteit gaat ondernemen.

Wanneer er in de gedachte of cognitie een verandering wordt aangebracht zal het gevoel en gedrag kunnen veranderen. Een voorbeeld hiervan is dat de patiënt de gedachte heeft waardevol te zijn in het bedrijf waarin hij of zij werkt. Het gevolg is dat het gevoel minder negatief is en zich gaat inzetten voor taken die moeten worden uitgevoerd. Denken, voelen en handelen staan in een driehoeksverhouding met elkaar. Ook binnen de PMT komt dit gedachtegoed terug.

1.2.5 Gedragsexperimenten

Zoals hierboven meerdere malen is aangegeven, spelen gedachten en opvattingen een belangrijke rol in het gedrag dat getoond wordt. Een gedragsexperiment toetst de gedachten en opvattingen van een patiënt. Het doel hiervan is gedragsverandering teweegbrengen.

Voordat de toetsing in de praktijk plaatsvindt, wordt dit allereerst besproken. Er wordt getracht de patiënt zelf te laten inzien dat de gedachte irrealistisch is en een alternatieve gedachte wordt besproken. Om werkelijk te laten ervaren moet de patiënt de activiteit in de praktijk uitvoeren zodat de patiënt overtuigd is van de alternatieve gedachte. Evenals bij meerdimensionaal inschalen bestaat er bij het gedragsexperiment ook een stappenplan.

Hieronder is dit stappenplan beschreven:

1. Formuleer de disfunctionele opvatting en bepaal de geloofwaardigheid ervan.
2. Formuleer een realistisch alternatief en bepaal de geloofwaardigheid ervan.
3. Beschrijf zo exact mogelijk een passend gedragsexperiment.
4. Beschrijf zo exact mogelijk de uitkomsten indien de disfunctionele opvatting waar zou zijn.
5. Beschrijf zo exact mogelijk de uitkomsten indien de alternatieve opvatting waar zou zijn.
6. Voer het experiment uit zoals is afgesproken in stap 3.
7. Beschrijf zo exact mogelijk wat de uitkomsten waren (stap 4 en 5).
8. Trek conclusies met betrekking tot de geloofwaardigheid van beide onderzochte opvattingen (stap 1 en 2).
9. Stel de resultaten vast van het experiment en wat nog meer nodig is om de nieuwe opvatting geloofwaardiger te maken. (Korrelboom en ten Broeke, 2004).

Wanneer de gedachte “wanneer ik meer beweeg, dan heb ik meer last van de pijn” bestaat bij de patiënt dan zal dit worden behandeld volgens een gedragsexperiment. Eerst wordt de gedachte geformuleerd en op geloofwaardigheid geschat. Een passend gedragsexperiment waarin de patiënt in beweging moet komen zal uitgevoerd worden. Dit zal een arrangement zijn waarin de patiënt ontspannen kan bewegen. De oude en nieuwe gedachten worden getoetst. Uiteindelijk wordt er een conclusie getrokken. Bijvoorbeeld dat bewegen, eventueel zwemmen, er juist voor kan zorgen dat de pijn minder aanwezig is. Op deze wijze is duidelijk te zien dat de cognitie en het gedrag beide worden aangepakt.

Hoofdstuk 2: De doelgroep

In dit hoofdstuk wordt uitleg gegeven over de revalidanten met chronische aspecifieke lage rugpijn (CALRP)². Daarnaast wordt beschreven welke behandelmethodes worden gebruikt bij deze doelgroep en hoe CGT past binnen deze behandeling van CALRP.

2.1 Beschrijving chronische aspecifieke lage rugpijn

Pijn wordt in de literatuur op verschillende manieren gedefinieerd. Eeuwenlang was de theorie dat pijn het gevolg van lichamelijk letsel was. Tegenwoordig kijkt men hier anders tegenaan. De beschrijving van pijn gevormd door het International Association for the Study of Pain (IASP) sluit aan op het biopsychosociaal model van pijn, dat eerder beschreven is in hoofdstuk 1.2. Een veelgebruikte wetenschappelijke definitie, opgesteld door het IASP luidt: 'Pijn is een onaangename sensorische en emotionele ervaring die verbonden is met werkelijke of potentiële weefselbeschadiging of in termen van zulke beschadiging wordt beschreven.' Door deze omschrijving worden niet alleen mensen behandeld waarbij pijn het gevolg is van weefselbeschadiging, maar kan iemand die wel pijn ervaart maar geen aantoonbare oorzaak heeft hiervan ook worden behandeld. Wanneer de pijn een half jaar of langer aanwezig is, wordt het chronische rugpijn genoemd. (Dillard, 2003). Om deze diagnose te stellen moet er ook sprake zijn van een sterk verminderd functioneren. Men is angstig om te bewegen en het gedrag dat men vertoont past niet bij de pijn. De angst is aanwezig dat men niet meer kan genezen. Hierbij spelen verkeerde attributies een rol bij de instandhouding van de pijn. (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, 2003)

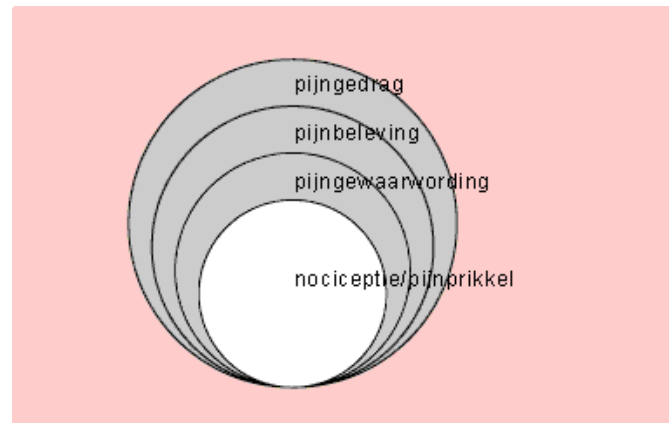
Pijn wordt onderverdeeld vanuit de medische kant in maligne en benigne pijn. Met maligne pijn wordt pijn als gevolg van een levensbedreigende ziekte bedoeld. Onder benigne pijn verstaat men pijn van een al of niet chronische ziekte. Benigne pijn wordt onderverdeeld in verschillende pijnsoorten:

- Acute: plotselinge en acute pijn als gevolg van weefselbeschadiging of een ontsteking. De pijn heeft een beschermende functie en is korter dan zes weken aanwezig.
- Subacute: pijn die langer dan zes weken aanhoudt, maar nog niet chronisch is. De gevolgen zijn al wel te zien in het dagelijks leven zoals, ziekteverzuim en in het ziektegedrag.
- Chronische pijn: de pijn is langer dan zes maanden aanwezig.
Bij benigne pijn zal het leven niet in korte tijd worden beëindigd. De therapie van subacute en chronische pijn is gericht op de ervaring van de pijnklachten. (Pool, Heuvel, Rancher en Sanderman, 2004).

Aspecifieke lage rugpijnklachten zijn de meest voorkomende klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met lage rugklachten wordt de pijn in het gebied tussen de onderste ribben en de bovenste bilplooi, met of zonder uitstraling in het been bedoeld. Het is vaak erg pijnlijk tijdens het bewegen maar deze klachten kunnen ook tijdens zitten of staan worden ervaren. De pijn kan er inschieten of geleidelijk ontstaan. De pijnklachten kunnen worden onderverdeeld in specifieke en aspecifieke klachten. De specifieke klachten zijn te herleiden aan een lichamelijke aandoening, echter de aspecifieke klachten zijn niet te verklaren vanuit een biomedische oorzaak. 90% van de rugklachten zijn aspecifiek. Lage rugpijn is bij volwassenen boven de 25 jaar de meest voorkomende klacht. Uit onderzoek is gebleken dat 44% het afgelopen jaar last heeft gehad van lage rugpijn (kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg).

² De volledige naam van chronische aspecifieke lage rugpijn zal de rest van de scriptie afgekort worden als CALRP.

De pijnklachten die mensen ervaren zijn bij iedereen weer anders. Vaak is er niet één bepaalde factor die het ontstaan van de pijn verklaart. Zoals in figuur 2 te zien is, zie je dat er eerst een pijnprikkel is. Deze voelt een patiënt in het lichaam, waarop iedereen weer anders reageert op de pijn. Vervolgens laat iedereen ook ander gedrag zien, de een negeert de pijn en de ander trekt zich terug. Bij minder dan 5 % van de mensen is de oorzaak van de pijn aan te wijzen. Enkele factoren voor het ontstaan en in stand houden van rugpijn zijn: zenuwirritatie, slechte voedingspatronen, slechte houding, overgevoelig zenuwstelsel, verzwakte spieren en gewichtstoename. Daarnaast kan pijn ook vanuit gedrag worden verklaard. Hieronder volgt meer informatie over de behandelvormen. (Dillard, 2003)



Figuur 2: Model van Loeser.

2.2 Beschrijving behandeling CALRP

Chronische aspecifieke lage rugpijnklachten kan op veel gebieden worden behandeld. Hieronder worden enkele behandelingen beschreven:

- Psychologisch

In de behandeling van pijngedrag wordt gekeken naar wat de pijn in stand houdt. Factoren die de pijn veroorzaken zijn niet meer van belang. De verkeerde cognities die ontstaan bij het voelen van pijn spelen hierbij een rol. Bij het veranderen van pijngedrag komen veel aspecten kijken. Psycho-educatie wordt gegeven om de angst en spanning weg te nemen, zodat er meer inzicht in het pijngedrag wordt verkregen. Er worden ook structurerende methodes gebruikt. Hierbij wordt het duidelijker wanneer de pijn optreedt en hoe men hiermee omgaat. Daarbij wordt aangeleerd om de aandacht te verleggen en de pijn te negeren. Ook kan de partner een rol spelen door positief gedrag te belonen. Ziektewinst moet zoveel mogelijk worden afgebroken. De therapeut kan met de patiënt zich richten op prettige activiteiten die ondernomen kunnen worden. De nadruk ligt hier op het inzicht dat de patiënt verkrijgt op het gezonde gedrag. Wanneer het pijngedrag een emotionele oorzaak heeft, is de therapie gericht op de verwerking van de pijn. (Meijer, 2006)

De behandeling van pijn richt zich op inzicht dat wordt onderscheiden in psychologisch zelfinzicht en psychosociaal inzicht. Hierbij is het van belang dat de persoon begrijpt waardoor de pijn aanwezig is. Daarnaast moet het oordeelsvermogen, bekend als moreel inzicht, aanwezig zijn waarbij de patiënt capabel moet zijn om afwegingen te kunnen. Als laatste wordt ook psychologisch inzicht genoemd, waarbij men het vermogen moet hebben om zich te kunnen inleven, empathie- en intuïtie te tonen. Door middel van diverse vragenlijsten moet er duidelijkheid komen over de oorzaak, betekenis en functie van de pijnklacht. (Meijer, 2006)

- Elektrostimulatie

Elektrostimulatie wordt vaak gebruikt bij mensen met lage rugklachten. Transcutane Elektro Neuro Stimulatie (TENS) is een niet medicamenteuze behandeling. De elektroden zorgen voor het ervaren van pijnverlichting. De zachte elektrische impulsen stimuleren een aantal delen in het zenuwstelsel waardoor er nieuwe neurotransmitters ontstaan. Deze neurotransmitters spelen een rol bij het onderdrukken of blokkeren van pijn. TENS is een apparaat dat op het lichaam gezet wordt. Om het

veste effect te krijgen wordt het apparaat niet op het lichaamsgebied waar pijn wordt ervaren gezet, maar juist iets daar vandaan.

- Medicatie

Voor pijnbestrijding is medicatie een belangrijke behandelvorm. Bij aspecifieke pijn, dus pijn die niet biomedisch is verklaard, wordt ook van medicatie gebruik gemaakt. Er zijn drie verschillende soorten medicatiegroepen. Deze worden door de sterkte in werking van elkaar onderscheiden. (pijnpolikliniek.info, 2008)

1. Paracetamol en NSAIDS

Dit zijn pillen die de meeste mensen in huis hebben, zoals paracetamol, ibuprofen en advil. Het is effectief bij lichte tot matige pijn. De medicatie is pijn verlichtend, koorts- en ontstekingsremmend. Cox-2, een ander ontstekingsremmende pijnverlichter wordt ook vaak gebruikt bij de medicamenteuze behandeling van lage rugpijn. NSAIDS remt het vrijkomen van bepaalde hormonen die ontstekingen kunnen veroorzaken. Men zal minder pijn ervaren omdat de zenuwreceptoren minder gevoelig worden. (Dillard, 2003)

2. Codeïne

Codeïne behoort tot de tweede groep van de pijnstillers. Zij hebben in lichte mate de werking van morfine. Deze medicatie zorgt ervoor dat de pijn prikkel niet of minder sterk aankomt. De bijwerking kan zijn dat men hier suf van wordt.

3. Morfine

Dit is de sterkst werkende pijnmedicatie. Van deze medicatie wordt men afhankelijk. Hetgeen betekent dat indien wordt gestopt met deze medicatie er ontwenningsverschijnselen zullen optreden. De bekendste morfine is MS Contin.

- Oefentherapie

Oefentherapie wordt vaak benoemd in de literatuur bij de behandeling van CALRP. Deze behandelvorm richt zich voornamelijk in het inzicht krijgen van bewegingsklachten. Deze therapie wordt uitgevoerd door een speciaal opgeleide fysiotherapeut, mensendieck of cesar therapeut. De therapeut geeft instructies en begeleidt de patiënt door een passend oefenprogramma op te stellen. De patiënt wordt zich bewust gemaakt van de houding en beweging die de klachten in stand kunnen houden. Vanuit de oefentherapie wordt er al beschreven dat actief bezig blijven effectiever is dan niets meer doen. Hierdoor wordt het advies gegeven om bij CALRP in beweging te blijven. De effecten hiervan zijn:

- Spieren worden actief gehouden
- Goede conditie wordt onderhouden
- Geen gewichtstoename
- Soepel en lenig blijven
- Fitter voelen
- Ontspannen gevoel (Dillard, 2003)

- Yoga

Yoga werd duizenden jaren terug in India ontwikkeld. Deze therapievorm maakt veel gebruik van lichaamsoefeningen. Er bestaan veel verschillende vormen van yoga, van lichte tot zware oefenvormen. Ook worden er ontspanningsoefeningen toegepast. Hierdoor is het geschikt voor een breed publiek en sluit goed aan op de behandeling van CALRP. Yoga vermindert stress en door de juiste bewegingen te maken worden de spieren opgerekt. Waar in de behandeling van CALRP vaak niet gefocust wordt op de pijn, is dit bij yoga wel het geval. Het doel hiervan is dat men de pijn meer leert accepteren. Yoga oefeningen zorgen ervoor dat het lichaam sterker en leniger wordt. Ook heeft

het een positieve invloed op de ademhaling en hartslag die er mede voor zorgen dat men ontspanning ervaart.

- Hydrotherapie

Hydrotherapie wordt gebruikt bij veel ziektes, aandoeningen en klachten. Het water verlicht de klachten door de therapeutische werking van de watertemperatuur en de waterdruk op het lichaam. Door in het water te zijn worden er verschillende prikkels naar de hersenen gestuurd. Hierdoor worden het immuunsysteem, de bloedsomloop en het verteringsstelsel geactiveerd. Daarnaast vermindert het de stresshormonen en de gevoeligheid van het lichaam voor de pijn. Dit heeft een positief effect op het verminderen van pijnklachten en op een gezonder lichaam. In veel revalidatiecentra wordt daarom hydrotherapie bij de behandeling van CALRP gebruikt.

2.3 Behandeling CGT bij CALRP

Cognitieve gedragstherapie blijkt effectief te zijn bij de behandeling van CALRP. Veranderingen in de manier van denken worden aangeleerd. Ook leert men de pijn anders te interpreteren. Emotionele klachten kunnen lijden tot het ontstaan voor meer pijnklachten. Zo blijkt dat dit direct gespannen spieren kunnen veroorzaken. Ook de associatie naar pijn kan lijden tot de aanmaak van meer neurotransmitters en hormonen die het pijngevoel versterken. De angst die dan ontstaat om meer pijn te voelen kan er voor zorgen dat we juist activiteiten gaan vermijden. (Baar, 2008) Ook aandacht speelt een grote rol. Wanneer men lang pijn heeft, wordt de aandacht getrokken naar de pijn. Het waarnemingssysteem wordt hierdoor gevoeliger. Hierdoor ervaart men eerder de pijnsignalen. Hier treedt geen lichamelijke schade op. Het is belangrijk om hiervoor in behandeling te gaan om het waarnemingssysteem te normaliseren. Daarnaast is beweging een goed middel, omdat dit de aandacht verplaatst van de pijn naar de activiteit.

Hieronder worden de 4 thema's beschreven die gebruikt worden binnen de CGT bij de behandeling van CALRP.

- (overmatige) angst voor bewegen

Patiënten ervaren veel angst om te bewegen. De angst om meer pijn te krijgen speelt hierbij een rol, doch is niet reëel. Hierdoor raken mensen met pijnklachten snel in een isolement en kan een depressie het gevolg zijn. Depressie en chronische pijn hebben een wisselwerkingseffect. Wanneer men depressieve klachten heeft, is er ook kans dat men eerder pijnklachten ervaart. Om de angst van het bewegen tegen te gaan moet men leren om weer positieve bewegingservaringen op te doen.

- vermijden van activiteiten

Gevolg van de overmatige angst voor bewegen is het vermijden van activiteiten. Wanneer dit gebeurd gaat de conditie achteruit en zal men minder belastbaar worden. Over het gevolg van minder bewegen moet informatie (psycho-educatie) tijdens de behandeling worden gegeven. Hierdoor krijgt men meer inzicht op de gevolgen van inactiviteit. De therapeut speelt een belangrijke rol bij de activiteiten die worden ondernomen. De intensiteit van bewegen ligt lager dan voorheen. Om te voorkomen dat de patiënten over hun fysieke lichamelijke grenzen heengaan, moet de therapeut begeleidend zijn in het vinden van de balans tussen inspanning en ontspanning.

- catastroferende ideeën over de pijn

Men heeft vaak catastrofale gedachten, waarbij het gevoel gevangen in het lichaam te zijn en geen invloed te hebben op de pijn aanwezig is. Hierbij is het doel is dat de patiënt meer inzicht krijgt in zijn gedachten. Hierdoor verkrijgt men meer inzicht in het pijngedrag. De gedachten en emoties spelen een rol bij de pijnbeleving. Wanneer deze steeds negatiever worden zal de pijn aanhouden en

wellicht verergeren. Het is daarom van belang dat men de gedachten en emoties anders leert interpreteren zodat de pijnklachten verminderen.

- passieve coping strategieën

Vanuit de CGT gaat men er vanuit dat irreële gedachten de klacht in stand kunnen houden. De behandeling richt zich daarom ook op het veranderen van pijngedachten. (Samwel, van Meer en Crul, 2002) Een passieve copingstrategie is een belangrijke voorspeller van internaliserende stoornissen. Depressieve klachten die CALRP- patiënten ervaren kunnen door deze copingstrategie ontstaan.

2.4 De 3 fases (de Lange,2010)

CGT kan in de behandeling op verschillende manieren worden gebruikt. Er zijn individuele en groepstherapieën. Vaak wordt er modulair en protocollair gewerkt. De duur van de behandeling echter kan erg verschillend zijn. Daarnaast wordt de therapie altijd gebaseerd op wetenschappelijke principes van cognitief leren. Ook in de opbouw van de behandeling bij pijn is er een bepaalde volgorde. Hieronder worden de drie fases uitgelegd:

2.4.1 Fase 1

Voorlichting en educatie staan centraal in de eerste fase van de behandeling. Het is de bedoeling dat de patiënt leert begrijpen waar de pijn vandaan komt. Er wordt uitleg gegeven over het ontstaan en in stand houden van pijnklachten. Het biopsychosociaal model kan worden gebruikt om de uitleg begrijpelijk te maken. De invloed van gedachten, gedrag en de mogelijkheden worden toegelicht aan de revalidant. In fase 1 is het doel de pijnervaring te veranderen. De therapeut en patiënt gaan samen op zoek naar disfunctionele gedachten en gedrag.

2.4.2 Fase 2

De tweede fase richt zich op het aanleren van nieuwe vaardigheden. Er worden nieuwe copingvaardigheden aangeleerd, zodat men beter om kan gaan met de pijn. De thema's die in deze periode aan bod komen zijn: stress- en pijnmanagement, ontspanning, ergonomie, graded exercise, planning van activiteiten, kwaliteit van leven, slaap hygiëne, probleemoplossende strategieën en terugvalpreventie. Het is belangrijk dat de revalidant de bron voor de pijnklachten gaat herkennen. De automatische gedachten worden getoetst op functionaliteit door gedragsexperimenten.

2.4.3 Fase 3

De laatste fase richt zich op het toepassen van de verkregen informatie en vaardigheden die eerder zijn geleerd. Deze fase wordt daarom ook de toepassingsfase genoemd. Met de patiënt wordt er steeds gezocht naar een situatie waarbij de therapeut zich richt op het nieuwe gedrag. Het streven is naar het behouden van het gezonde gedrag, waarbij positievere gedachten en lichamelijke activiteit voorop staan. De revalidant verkrijgt door het uitvoeren van diverse oefeningen inzicht in de mogelijkheden op het gebied van omgaan met de klachten en de verandering hiervan in het dagelijks leven. De positieve ervaringen en de alternatieve gedachten uit de tweede fase krijgen steeds meer geloofwaardigheid. De alternatieve automatische gedachten komen hierdoor steeds sneller ter sprake. Het gevolg hiervan zal zijn dat er vaker positief gedrag optreedt.

Hoofdstuk 3: Psychomotorische therapie

3.1 Beschrijving PMT

Psychomotorische therapie (PMT)³ is een verzamelnaam voor zelfstandige, procesmatige behandelingsvormen, gebaseerd op specialistische visies en methodische benaderingen, welke als kernpunt het menselijk zich bewegen en de beleefde lichamelijkeheid hebben. Door therapeutische interventies gericht op bewegingsgedrag en/of de lichaamsbeleving anderzijds wordt geprobeerd het psychosociaal en/of psychisch functioneren van personen gunstig te beïnvloeden. (NVPMT, 2009) PMT behoort tot de vaktherapeutische beroepen samen met beeldend, dans-, drama- en muziektherapeuten.

Het werkterrein van de psychomotorisch therapeut bevindt zich onder andere in de psychiatrie, verstandelijk gehandicaptenzorg en de revalidatie. Deze laatste genoemde doelgroep bestaat uit patiënten die psychische en sociale problemen ondervinden door beperkingen op somatisch vlak. De psychomotorisch therapeut richt zich daarom ook op de lichamelijke, emotionele, cognitieve en sociale factoren.

In de therapie wordt er gewerkt met bewegings-, lichaams-, en symbolisch georiënteerde methodieken. Ook is PMT een experiëntiële therapievorm, doordat er geoefend wordt met nieuw gedrag. Hierdoor onderscheidt het zich van de psychotherapie, die primair verbaal is. (de Lange en Bosscher, 2004)

Het doel van de psychomotorische therapie, zoals die geformuleerd is door de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT, 2009), luidt: *"Het tot stand brengen van een gedragsverandering of tenminste een bijdrage te leveren daaraan en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen"*.

3.2 Methodieken binnen de PMT

3.2.1 Prototypische werkvormen

De psychomotorische therapie kan verdeeld worden in vijf prototypische werkvormen, namelijk:

- Steunend:

Ontspanning en veiligheid binnen de therapie staan hier centraal waarbij er wordt gezocht naar een psychisch evenwicht. In de behandeling van CALRP past deze wanneer de patiënt erg gespannen is en pijn ervaart. Relaxatiemethodes zijn hierdoor passende oefeningen om de patiënt meer ontspannen en rustiger te laten zijn. De oefengerichte methode die in de volgende paragraaf wordt beschreven zal hierop aansluiten doordat de patiënt zelf deze relaxatioefening leert toepassen. Hierdoor kan de patiënt niet alleen in de behandelsetting maar ook in andere contexten deze methode gebruiken. Deze werkvorm is daarom passend bij een kortdurende behandeling.

- Pragmatisch-structurend:

Evenwicht zoeken en het beperken van de invaliderende gevolgen van de stoornis. Wanneer vermijdingsgedrag bij patiënten met CALRP optreedt op het bewegingsgebied, is deze werkvorm passend. De strategie is er op gericht om de patiënt positieve bewegings- en lichaamservaringen te laten opdoen. Hierdoor zal de patiënt minder gaan vermijden en

³ De volledige naam van psychomotorischetherapie zal de rest van de scriptie afgekort worden als PMT.

zullen de psychosociale problemen verminderen.

- Direct- klachtgericht:

Vaak kortdurend en richt zich klachtenreductie door middel van protocollen. In de PMT wordt er steeds vaker met protocollen en modules gewerkt waardoor de behandeling zich specifiek richt op symptoomreductie. Bij CALRP zal de behandeling gericht zijn op de interpretatie van pijnsignalen om de patiënt weer in beweging krijgen.

- Focaal- inzichtgevend:

Er wordt gericht op een specifiek probleem waarbij inzicht en verwerking aan bod komen. Deze strategie komt bij CALRP vaak later in de behandeling, omdat therapeuten zich eerst richten op pijnreductie en het opdoen van positieve lichaamservaringen. De therapeut helpt hierbij een link te leggen tussen lichaamssignalen, pijnklachten en de betekenis hiervan. Symbolische werkvormen welke in paragraaf 4.2 worden beschreven kunnen hiervoor worden ingezet. Inzichten worden hierdoor sneller opgedaan.

- Inzichtgevend-plus:

De cliënt bepaalt zelf zijn tempo en thema's in de behandeling met als doel dat de cliënt inzicht krijgt in de aard en oorzaken van de problematiek. (van Hattum en Hutschemaekers, 2007)

Aan bovenstaande werkvormen worden producten gekoppeld. Hierdoor wordt het voor de psychomotorisch therapeut overzichtelijker welke werkvorm er past bij de fase van de behandeling. De strategieën die hierboven zijn beschreven komen voor in verschillende periodes van de behandeling van CALRP.

3.2.2 Behandelstrategieën

Binnen de PMT worden er veel oefeningen gedaan. Hieronder worden de drie behandelstrategieën beschreven welke worden gebruikt. Daarnaast worden de thema's per behandelstrategie beschreven en verder uitgelegd hoe dit past binnen de behandeling van CALRP.

Oefenen

Gestructureerde bewegings/lichaamservaring: vergroten waarnemings- en belevingsvermogen en gedragsrepertoire, in contact blijven met omgeving en/of lichaam, in het hier en nu en structuur en veiligheid. De behandelstrategie oefenen past goed in de behandeling van CALRP omdat er nieuwe vaardigheden worden aangeleerd. Dit is belangrijk wanneer de behandeling kortdurend is. Hierdoor leert de patiënt nieuwe vaardigheden welke de patiënt zelf toe kan passen.

Ervaren

Experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven op het gedrag en in relatie tot zijn omgeving: vergroten van het zelf structurerend vermogen, zicht krijgen op eigen gedrag en in het hier en nu en daar. In de therapie van CALRP wordt de patiënt gevraagd zijn interpretaties te geven van de lichamelijke belevingen tijdens een bewegingsgerichte oefening. Hiermee krijgt de patiënt meer inzicht op het vertoonde gedrag en de gedachten die hierbij horen. De integratie van cognitie, gedrag en emotie behoort tot de kern van PMT. (Hekking en Fellingier, 2011)

Ontdekken

Centraal staan conflicten die wijzen naar traumata, ontdekken van de conflicten en de impact van deze op de huidige problemen, leren deze conflicten te ontdekken, uiten, benoemen en integreren, inzicht krijgen in inadequaat gedrag in sociale verbanden en in het hier en nu, daar en toen. Ontdekken richt zich dus vaak op het verleden. Zoals al eerder staat beschreven is de behandeling

gericht op onverwerkte emotionele trauma welke verwerkt moet worden als dit ten grondslag ligt aan CALRP. De behandeling maakt dan gebruik van de ontdekkingsgericht behandelstrategie. (FVB, 2005; Sietsema, 2006).

3.2.3 Behandelmethodieken

Vervolgens zijn er drie diverse behandelmethodieken die worden gebruikt bij de PMT.

- Bewegingsgerichte methodieken
In deze therapievorm zal de patiënt oefenen, ervaren en ontdekken in bewegingsgerichte activiteiten. De patiënt wordt actief en moet inspanning leveren. Ook zal deze zich moeten verplaatsen door de ruimte en is er interactie tussen mensen en materiaal. Gedachten, gevoelens en lichamelijke gewaarwordingen worden zichtbaar in deze bewegingsgerichte methodiek. Dit is zichtbaar in het gedrag van de mens. Er wordt geëxperimenteerd met nieuw gedrag. Acceptatie van onmogelijkheden komt hierin ook naar voren. Er wordt altijd met thema's aan diverse doelen gewerkt. Na de activiteit wordt er betekenis verleend aan de ervaring. (Blink, 2002)
- Lichaamsgerichte methodieken
Het lichamenlijk ervaren tijdens lichaamsgerichte methodieken zijn de aangrijpingspunten waarop wordt ingegaan tijdens de therapie. De ervaringen die een persoon opdoet, brengen belevingen met zich mee. Deze belevingen kunnen gevoeld worden in het lichaam. Lichamelijke veranderingen, zoals spierspanning, verandering van lichaamstemperatuur of een versnelde hartslag zijn reacties op verschillende emoties die men ervaart. Dit sluit aan op de behandeling van CALRP. Deze groep is gebaat bij een aanpak waarbij men de lichaamssignalen ervaart en hier een juiste betekenis aan leert verlenen. (Verschuur, Beusekom, reader LGM)
- Symbolisch georiënteerde methodieken
Materiaal wordt in deze methodiek ingezet als symbool. Het symbool kan gericht zijn op het verduidelijken van een situatie of gebeurtenis. Het gebruikte symbool kan van een afstand worden bekeken. Hierdoor krijgt de patiënt meer inzicht op de situatie. Er wordt een koppeling door de patiënt of therapeut gemaakt tussen het denken, voelen en handelen. Hierdoor worden nieuwe inzichten opgedaan.

In de behandeling van CALRP wordt er één van deze methodieken gekozen. Elke persoon met CALRP heeft andere klachten waardoor de insteek verschillend kan zijn. De verschillende methodieken maken juist de PMT krachtiger, doordat ze op verschillende manieren een aangrijpingspunt kunnen zoeken binnen de behandeling.

3.3 PMT interventies bij CALRP

Er zijn vier vormen van interventies uit de PMT die aansluiten op de behandeling van CALRP (de Lange en Bosscher, 2004).

- Beïnvloeden van de spanningsregulatie
Een van de oorzaken van CALRP is stress. Wanneer het copingrepertoire van de patiënt niet goed functioneert, kunnen de klachten zich lichamenlijk uiten. Voorbeelden hiervan zijn ademhaling- en spijsverteringsproblemen. Daarnaast is er vaak een hoge spierspanning aanwezig bij deze patiënten. De behandeling van stress gerelateerde klachten richt zich op afgestemde bewegingsvormen, relaxatie en massage. Lichaamsgerichte interventies zoals progressieve relaxatie, autogene training en geleide fantasie-oefeningen zijn hiervoor geschikt. Wanneer er sprake is van stoornissen in de lichaamsbeleving zijn lichaamsgerichte interventies met aanraking

wellicht passend. Lichaamsgerichte oefeningen staan vaak gelijk aan inactiviteit. Wanneer deze keuze voor behandeling wordt gemaakt, neemt de lichamelijke conditie af. Bewegingsgerichte activiteiten kunnen toegepast worden welke de spanningsklachten verlagen. Conditieverbetering heeft een positief effect op het afnemen van spanning en angst.

- Beïnvloeden van de stemming

Bekend is dat CALRP en fysieke achteruitgang kan leiden tot depressieve verschijnselen. Hierdoor is het van belang om de behandeling van CALRP hier op te richten. De verwachtingen die er zijn bij een chronische aandoening kunnen leiden tot een negatieve stemming. Bewegingsactivering behoort tot de taken van de psychomotorisch therapeut. Hieronder valt runningtherapie, een duurloop met het oog op therapeutische doelen op fysiek en psychisch vlak.

- Beïnvloeden van lichaamsbeleving

De manier waarop een individu zijn lichaam ervaart en beoordeelt noemt men lichaamsbeleving. Wanneer het lichaam negatief wordt beoordeeld dan komt in de PMT de aandacht te liggen op het ervaren van een positieve lichaamsbeleving. De ziekte kan de oorzaak zijn voor deze problematiek. Thema's welke aan de orde komen zijn: stilstaan bij lichaamssignalen, herkennen van deze signalen en hierna handelen. Ook de positieve ervaringen die worden opgedaan tijdens bewegingsactiviteiten komen aan bod. Tijdens deze activiteiten komt ook het thema grenzen aangeven kijken.

- Beïnvloeden van de regulatie van emoties en gedrag

Wanneer er emotionele conflicten zijn, kan dit zichtbaar worden in het gedrag van een persoon. Gevoelens en emoties moeten worden waargenomen om adequate expressie te tonen. Chronische pijn kan symbool staan voor deze conflicten die zich lichamelijk uiten. Interventies zoals massage en symbolisch werken kunnen heftige reacties oproepen bij de patiënt. Als de problematiek niet kan worden behandeld door de psycholoog, kan deze de patiënt doorverwijzen naar PMT. In de PMT wordt er non-verbaal gewerkt.

Hoofdstuk 4: Wat is de relatie tussen de 3 fases uit de CGT bij CALRP en PMT?

4.1 Inleiding

Hieronder wordt de relatie gelegd tussen de 3 fases die in het onderzoek zijn beschreven. Per fase wordt er onderzocht welke overeenkomsten er zijn met CALRP en PMT. Daarna wordt door mij uitgelegd waarom ik heb gekozen om juist deze drie fases te gebruiken binnen de PMT met de desbetreffende doelgroep.

4.1.1 Fase 1:

Volgens de theorie over CALRP weten deze patiënten niet altijd exact wat de ziekte inhoudt. Daarnaast bestaat er vaak onwetendheid hoe zij hiermee om kunnen gaan. Dit kan het gevolg zijn door de vele behandelaars die ieder een eigen visie geven op de behandeling. Er is uitleg en voorlichting nodig over het ziektebeeld. Dit komt ter sprake in de eerste fase uit de CGT. Wanneer deze fase wordt gekoppeld aan de behandeling van CALRP sluit dit op elkaar aan. Patiënten met CALRP hebben vaak negatieve gedachten met betrekking tot de pijn. De CGT richt zich op denk- en gedragsproblemen. De therapeuten proberen gedachten te veranderen en een andere manier van denken aan te leren. De CGT kent veel interventies die gebruikt worden om gedachten te veranderen. Kernopvattingen worden in deze fase verduidelijkt. Daarnaast wordt de interventie van het denken, voelen en handelen gebruikt tijdens de oefeningen in de PMT. In de PMT kunnen tijdens ervaringsgerichte oefeningen de opkomende gedachten worden verhelderd. Door in de praktijk deze gedachten op te zoeken zal de patiënt meer inzicht krijgen in de gedachten die hij of zij heeft. De patiënt moet leren begrijpen waar de klachten vandaan komen. Door ontdekkingsgericht te werken wordt hier aandacht aan besteed. De psychische belastbaarheid kan invloed hebben op de fysieke belastbaarheid van een persoon en vice versa. (Samwel, van Meer en Crul, 2002). De PMT-er richt zich op de lichamelijke en psychische klachten, waardoor deze aansluit bij de doelgroep. Symbolisch werken past ook in de eerste fase. Hierbij kan de patiënt meer inzicht krijgen op gebeurtenissen.

4.2 Fase 2:

In fase 2 is de patiënt wat verder in zijn of haar behandeling. Het inzicht dat verkregen is in de eerste fase kan nu gebruikt worden tijdens de oefeningen. Hier wordt de oefengerichte aanpak die de PMT kent gebruikt. Er worden vaardigheden aangeleerd voor de volgende fase en de patiënten oefenen met nieuw gedrag en gedachten. Uit de CGT sluit de interventie, genoemd het gedragsexperiment hier op aan. De patiënt toets zijn gedachten tijdens lichaams-, - symbolisch- en bewegingsgerichte oefeningen waarbij de patiënt wordt overtuigd van de nieuwe gedachte. Hierbij kan men denken aan de negatieve gedachte over bewegen veranderen in de gedachte dat bewegen goed is en juist inactiviteit de pijn alleen maar bevordert. Ontspanningsoefening welke in de PMT gebruikt worden staan als onderdeel beschreven van fase 2. PMT is een experiëntiële behandelvorm waarbinnen de alternatieve gedachten en gedrag in oefeningen worden uitgevoerd. De thema's die behandeld worden uit de CGT bij CALRP komen in deze fase aan bod. Wanneer een patiënt activiteiten gaat vermijden door bewegingsangst liggen de catastroferende gedachten daar aan ten grondslag. Een passieve coping kan de pijn in stand houden. In de PMT ligt het accent op het uitvoeren van een activiteit waarbij deze thema's aan bod komen. Echter in de CGT ligt de nadruk op de voorbereiding op het gebied van gedachten in de behandeling.

4.3 Fase 3:

Fase 3 staat in het teken van oefening en herhaling en is hierdoor direct gekoppeld aan fase 2. De positieve ervaringen en alternatieve gedachten uit fase 2 zal dit de geloofwaardigheid vergroten. De interventie uit de CGT waarin de kernovertuigingen behandeld worden, komen in fase 3 aan de orde. De verschuiving die plaats vinden kan op het gebied van automatische gedachten kan doorwerken op de kernovertuigingen die een persoon heeft. Dit geldt ook voor de gedragsalternatieven die als positief worden ervaren tijdens de PMT. Een andere interventie die in de derde fase uitsluit, is het gedragsexperiment. Deze wordt nu niet meer in de PMT-ruimte zelf behandeld, maar verplaatst zich naar de dagelijkse situatie waarin een patiënt zich bevindt. Daarnaast wordt het meerdimensionaal

inschalen gebruikt om de eenzijdige interpretaties die in de thuissituatie voorkomen aan te pakken. De oefengerichte aanpak werpt hier zijn vruchten af doordat de patiënt zelfstandig een ontspanningsoefening kan toepassen. Ook zal de ervaringsgerichte strategie veelal van toepassing zijn, omdat de patiënt de effecten van de alternatieve gedachte en het nieuwe gedrag zichtbaar worden.

4.2 De relatie tussen PMT, CGT en CALRP

Het ontstaan en behandelen van chronische aspecifieke rugpijn is vaak niet te verklaren vanuit één factor. Het biopsychosociaal model komt hier bij kijken. Dit sluit aan op de werkwijze van de PMT, de behandeling op de psychische, sociale en lichamelijke vlakken. Niet alleen de objectieve ernst bepaald de mate waarin een patiënt last ervaart, maar de subjectieve beleving speelt een grote rol. (Hekking en Fellingier, 2010) Binnen de PMT wordt er gewerkt middels lichaam- en bewegingsgerichte interventies. Er is een verband tussen emotionele en cognitieve problemen bij het ontstaan van lichamelijke klachten. De PMT richt zich op het uitvoeren van diverse oefeningen op het gebied van bewegen en lichamelijkeheid. De patiënt krijgt meer inzicht op het vertoonde gedrag en de gedachten die hierbij spelen. Wanneer er negatieve cognities bestaan over bewegen zal men zich niet snel bootstellen aan bewegingsvormen. De cognitie zal door middel van interventies uit de CGT bewerkt moeten worden. In de PMT worden er contextmanipulaties gebruikt om deze gedachten op te roepen en de cognities uit te testen en te veranderen.

Daarnaast zijn er 4 specifieke thema's beschreven die in de behandeling van CALRP naar voren komen. Deze thema's kunnen worden gebruikt om aan de cognities te koppelen. Een voorbeeld hiervan is dat de lichaamsbeleving vaak negatief wordt ervaren. Hierbij wordt de interventie meerdimensionaal inschalen binnen de PMT gebruikt. De eenzijdige interpretatie over het lichaam wordt belicht vanuit verschillen invalshoeken, zodat er een realistischer beeld van het lichaam komt. Het gevolg hiervan kan zijn dat de patiënt meer inzicht krijgt over zijn of haar manier van denken. Hiermee probeert de PMT-er in beweging-, symbolisch- of lichaamsgerichte oefeningen de patiënt een positiever zelfbeeld te laten ontwikkelen.

De PMT-er werkt vaak eclectisch, wat betekent dat er diverse methodes kunnen gebruikt worden. De PMT-er moet in staat zijn om gebruik te maken van een cognitief gedragstherapeutische invalshoek. Op diverse gebieden ervaren patiënten met CALRP problematieken. Ook op het bewegingsgebied speelt lichamelijkeheid een belangrijke rol. De gedachten die zij hebben liggen vaak ten grondslag aan het ontwijkend gedrag. CGT richt zich op het veranderen van het denken en het aanleren van nieuw gedrag. Alternatieve gedachten en gedrag kunnen in de realiteit getoetst worden. Dit sluit aan op de PMT die dezelfde veranderingen in de therapie te weeg brengt. De therapeut kan door ervaringsgericht werken nieuwe positieve ervaringen op dit gebied laten opdoen. Ook de andere modaliteiten komen aan bod. Wanneer er een kortdurende behandeling is en de patiënt met CALRP nieuwe oefeningen moet aanleren, schikt de modaliteit oefenen. De oefening die is aangeleerd kan dan thuis worden uitgevoerd. Wanneer er emotionele problemen onverwerkt zijn en zich uiten via het lichaam, in de vorm van CALRP kan er worden gekozen om ontdekkingsgericht te werken. De psychomotorisch therapeut zal in de therapie kiezen uit lichaam- en bewegingsgerichte oefeningen uit te voeren of symbolisch te werken. De keuze wordt gemaakt door de therapeut. Iedere patiënt met CALRP is anders, waardoor niet altijd met dezelfde methodiek wordt gewerkt. Iedere methodiek heeft als doel om de patiënt meer inzicht te geven en om te leren gaan met zijn of haar ziektebeeld.

4.3 Mijn keuze voor deze toepassing

Om duidelijkheid en structuur aan te brengen in het onderwerp is gekozen om 3 fases te beschrijven waarvan de CGT gebruik maakt. In dit geval worden de fases gebruikt om het onderwerp van mijn onderzoek te kaderen. Daarnaast ontstaat er direct duidelijkheid voor de toepassing in de praktijk. Er is onderzoek gedaan naar wat er vanuit de PMT bij CALRP en CGT in ieder fase passend is en hoe dit op elkaar aansluit. Hierdoor kan er per fase oefeningen worden geschreven. Naar mijn idee sluit CGT aan op de behandeling van CALRP en is PMT een passend behandelvorm om dit toe te passen. Er zijn

veel thema's welke elkaar overlappen en de interventies uit de CGT kunnen worden gebruikt in de PMT waarbij er gebruik gemaakt wordt van verschillende methodieken, behandelstrategieën en werkvormen. PMT in een CGT context vormt een sterk middel, omdat de behandeling zich richt op het gedragsmatige en het cognitieve gebied.

Hoofdstuk 5: PMT oefeningen

5.1 Inleiding

Hieronder zijn verschillende pmt-oefeningen beschreven voor de doelgroep met chronische aspecifieke pijn. Deze 6 oefeningen hebben allemaal een raakvlak met de cognitieve gedragstherapie. Voor elke fase heb ik 4 oefeningen geschreven. Het doel van de oefening en een korte uitleg wordt hieronder beschreven. In bijlage I is de volledige uitwerking van de oefening te zien welke gebruikt kunnen worden bij de doelgroep CALRP.

5.2 Oefeningen fase 1

In de eerste fase heb ik gekozen voor ervarings-, - en ontdekkingsgerichte oefeningen. De negatieve gedachten en nadelig gedrag moeten aan de orde worden gesteld. Deze oefeningen zorgen voor meer inzicht in het eigen gedrag en gedachten. De methodieken die gebruikt wordt is verschillend en zal per oefening toegelicht worden.

Veranderende lichaamsgevoelens

Bij deze oefening wordt er door middel van een lichaamsgerichte activiteit de verandering in lichaamsgevoelens ondervonden. De patiënt legt een bal onder een bepaald lichaamsdeel. Het lichaam zal aan het voorwerp wennen en de lichaamsgevoelens zal afnemen. Door uitleg te geven over de werking van het zenuwstelsel krijgt de patiënt meer inzicht over de aandoening. Dit is een ervaringsgerichte oefening.

Voorwerpen

In deze symbolische oefening wordt de patiënt gevraagd met voorwerpen uitleg te geven over de pijn. Van een afstandje kan later gekeken worden naar wat er is neergelegd. Hierdoor sluit het aan op fase 1, omdat hierin de pijnklachten begrepen worden. Hier wordt gebruik gemaakt van een ontdekkingsgerichte strategie, doordat er wordt gezocht naar de oorsprong van het probleem dat in het verleden ontstaan is.

G schema

In een G schema wordt er aan de hand van een gebeurtenis de gedachten, gevoelens en het gedrag verduidelijkt. Door middel van de activiteit symbolisch te maken heeft de patiënt meer overzicht op de gebeurtenis. Er worden 3 hoepels neergelegd die ieder voor een G staan. Een gebeurtenis wordt uitgelegd waarin de patiënt een probleem bij ervaart. Iedere hoepel staat voor 1 van de G's. De andere G's worden gebruikt door steeds te wisselen van hoepel. Wanneer er in deze activiteit een gebeurtenis uit het verleden wordt behandeld, is het een ontdekkingsgerichte activiteit. Wanneer het doel is om de patiënt de verschillen en de samenhang van de G's te laten zien, noemt men het een ervaringsgerichte activiteit.

Aandacht verleggen

Deze bewegingsgerichte oefening is er op gericht om de pijn minder te ervaren doordat de aandacht niet op het lichaam maar op andere elementen is gevestigd. De patiënt voert tijdens de activiteit extra taken uit zoals de puntentelling bijhouden of een nieuwe vaardigheid aanleren waardoor hier de aandacht naartoe wordt gebracht.

5.3 Oefeningen fase 2

In de tweede fase staan het aanleren van nieuwe gedragsmatige- en coping vaardigheden centraal. Door middel van oefen- en ervaringsgerichte PMT oefeningen zal aan deze doelstelling gewerkt worden.

Progressieve relaxatie

Progressieve relaxatie is een lichaamsgerichte ontspanningsoefening. Het doel van deze oefening is

het reduceren van overmatige spanningen. In deze fase is de oefening gericht op het ervaren van veranderingen in het lichaam, dit maakt het een ervaringsgerichte oefening. De oefening is bedoeld om de patiënt betekenis te laten verlenen aan de lichamelijke signalen die tijdens de activiteit worden ervaren. Daarnaast wordt de methode aangeleerd aan de patiënt, zodat het ook oefengericht is. Later in fase 3 zal deze oefening nogmaals terugkomen.

Bodyscan

Bij de bodyscan neemt de patiënt met aandacht zijn lichaam waar. Het waarnemingsvermogen wordt hiermee vergroot. Je leert opmerken wat je in je lichaam voelt. Daarbij probeer je niet in te gaan op de (negatieve) gedachten die je hebt. Deze laat je voor wat ze zijn, zodat dit niet de pijn beïnvloedt. Deze ervaringsgerichte oefening bevordert de acceptatie van de pijn.

Paaltjesvoetbal

In deze bewegingsgerichte activiteit wordt er een redelijk intensief spel gedaan. Het thema belasting-belastbaarheid komt hierin naar voren, doordat de patiënt op moet letten zijn of haar conditie en lichaamssignalen. De therapeut probeert de patiënt tot meer inzicht te krijgen over zijn of haar denkpatroon wanneer deze of stopt of doorgaat met de activiteit. Paaltjesvoetbal behoort tot de ervaringsgerichte behandelstrategie, omdat de patiënt meer inzicht krijgt in zijn eigen gedrag, gedachten en gevoel.

Hydrotherapie

De patiënt komt in het water. Er worden verschillende zwemslagen onder begeleiding van een therapeut uitgetoond. Samen met de therapeut wordt er gekeken naar welke zwemslag het beste past. Ook worden er tips gegeven over belasting – belastbaarheid. Bewustwording van het eigen lichaam is een belangrijk thema. Wat voelt ontspannen aan en wanneer ervaar je pijnklachten? Wat gebeurt er wanneer je drijft op het water en wat is het verschil met een aantal baantjes zwemmen?

5.4 Oefeningen fase 3

De laatste fase richt zich op de toepassing van de kennis die eerder is opgedaan. De transfer wordt gemaakt naar een andere context, bijvoorbeeld de thuissituatie. Patiënten voeren hierdoor veel oefeningen zelfstandig uit.

Bal inhaalspel

Binnen dit spel komt het thema stress gekoppeld aan gedachten aan bod. De patiënt wordt gevraagd welke gedachten het spel oproept, wanneer iets moeilijk is. Hoe gaat de patiënt met stress om en welk gedrag vertoont men. Wat gebeurt er wanneer deze gedachten vanuit een ander perspectief belicht worden? Binnen deze ervaringsgerichte oefenvorm wordt duidelijk hoe gedachten invloed hebben op het gedrag.

Hydrotherapie

De zwemslagen en de verdeling van inspanning en ontspanning in het water zijn in fase twee behandeld. In fase 3 wordt er uitleg gegeven over hoe men het best met CALRP om kan gaan. Hierbij kan hydrotherapie een onderdeel van worden in het dagelijks leven van de patiënt. De vaardigheden die zijn aangeleerd, worden elders in een zwembad zelfstandig uitgevoerd.

Progressieve relaxatie

Ook in de derde fase komt progressieve relaxatie weer voor. De laatste fase is gericht op het geleerde uit de vorige fases in het dagelijks leven toe te passen. In fase 2 hebben de patiënten ondervonden wat progressieve relaxatie voor effect heeft op spanning in het lichaam. Daarnaast hebben zij de vaardigheden aangeleerd om het zelf toe te passen. Deze oefening moet thuis toegepast worden om ontspanning te ervaren in het lichaam.

Spel onbekend

De persoon of groep bedenkt een spel. De theorie over belasting- belastbaarheid moeten zij zelf toepassen door regels in te voeren en een passend spel te bedenken. Er wordt hier een appèl gedaan op de zelfstandigheid van de patiënt. Het positieve gedrag en gedachten worden benoemd.

Conclusie

Hieronder zal ik mijn onderzoeksvraag gaan beantwoorden door middel van de informatie die ik verzameld heb in mijn onderzoek. Het doel van de scriptie was dat ik er achter wilde komen hoe de drie fases uit de CGT binnen de PMT bij CALRP-patiënten gebruikt kunnen worden.

Mijn onderzoeksvraag luidde als volgt:

Op welke wijze kunnen de 3 fases uit de cognitieve gedragstherapie worden geïmplementeerd binnen de psychomotorische therapie bij de behandeling van specifieke chronische lage rugpijn?

De psychomotorisch therapeut bevindt zich op het gebied van lichamelijke en beweging. PMT wordt toegepast wanneer er problematieken spelen waarbij een relatie bestaat tussen emotionele en lichamelijke aspecten. Biologische en sociale aspecten spelen ook een rol bij de totstandkoming van de ziekte. Bij CALRP bestaat er op het biopsychosociale gebied problemen. De behandeling van PMT sluit aan op de behandeling van CALRP.

Om mijn onderzoeksvraag te beantwoorden heb ik eerst onderzocht hoe PMT en CGT samen kunnen gaan. Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat CGT zich evenals PMT richt op het veranderen van het denken en op het aanleren van alternatief gedrag. CALRP-patiënten hebben catastrofale gedachten over pijn die zij ervaren. De invalshoek van de CGT behandelt deze gedachten en gedrag. Interventies uit de CGT helpen de gedachten te veranderen. Deze gedachten worden daarna in de praktijk getoetst. Deze interventies kunnen in oefen-, ervarings-, en ontdekkingsgerichte oefeningen in de PMT toegepast worden.

PMT wordt ook wel een experiëntiële behandelvorm genoemd, waarbij gedragsalternatieven worden gebruikt. Dit geeft nogmaals de overlap aan tussen CGT en PMT.

In de 3 fases wordt er een opbouw gemaakt om deze gedachten en gedragingen te veranderen. De fases worden gebruikt om structuur aan te brengen in de behandeling. In de PMT worden deze fases gebruikt om het kernaspect van PMT te gebruiken om planmatig en doelgerichte bewegingssituaties in een therapeutische context te construeren en manipuleren (Emck en Bosscher, 2004). Het gevolg van de toepasbaarheid in de praktijk, zijn de oefeningen die in hoofdstuk 5 beschreven zijn.

De fases structureren de wijze waarop er aan deze problematiek gewerkt moet worden. Hierdoor wordt de opbouw van de therapiesessie vastgesteld. Per fase worden er verschillende interventies gepleegd. De theorie van de 3 fases uit de CGT worden gekoppeld aan PMT in de praktijk. De PMT gebruikt behandelstrategieën en methodieken die aansluiten op de 3 fases. In hoofdstuk 4.2 wordt per fase uitgelegd welke behandelstrategie of methodiek er aansluit.

Binnen de PMT kunnen de cognities binnen een therapeutische context worden opgespoord, getest en kan er geoefend worden met alternatieve gedachten. De fases dient als hulpmiddel voor de PMT-er om stapsgewijs aan het probleem te werken.

Niet alle interventies uit de CGT worden gebruikt in de 3 fases. In dit onderzoek kwam niet direct naar voren op welke wijze deze aan zouden sluiten. Ik verwijs u naar hoofdstuk 4.2 om de gebruikte interventies per fase te lezen.

Aanbevelingen

De theorie over de PMT en de CGT beschikt over een groot scala van interventies, methodieken en behandelstrategieën. Hierdoor zijn er veel koppelingen te maken aan de 3 fases uit de CGT. Hieruit volgt mijn eerste aanbeveling, wanneer er eventueel een vervolg onderzoek wordt gedaan. Door bijvoorbeeld alleen de methodieken uit de PMT te kiezen kunnen de oefeningen specifiekere beschreven worden. Zo zal er beschreven kunnen worden op welke wijze deze methodiek aansluit.

De beschreven oefeningen zijn niet specifiek gericht op individuele of groepsbehandelingen. Hierin zou een onderscheid worden kunnen gemaakt. De beschrijving van de activiteiten worden hierdoor specifiekere. De behandelmethodieken, - en strategieën blijven hetzelfde. Echter kunnen er andere interventies gepleegd worden, doordat er gebruik gemaakt kan worden van andere personen.

Tevens speelt de attitude een belangrijke rol in het therapeutische proces. In dit onderzoek wordt hier niet op ingegaan. Om de beschreven oefening te verbeteren zou er onderzoek gedaan moeten worden naar de rol van de therapeut tijdens de behandeling.

Als laatste aanbeveling zou ik willen ingaan op de eclectische wijze van behandelen vanuit de PMT. In dit onderzoek wordt er gekeken vanuit een CGT invalshoek. Zoals eerder te lezen is, worden er veel verschillende behandelingen gebruikt bij CALRP. Wellicht zijn er ook andere visies die aansluiten op de behandeling van CALRP.

Literatuurlijst

Boeken

- Beurs, de, E. + Widenfelt, van, B. (2004) *Paniekstoornis en agorafobie*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Dillard, J.N.(2003) *Het pijn boek: Chronische pijn de baas*, Amsterdam: Archipel
- Gulden, J.W.J van der.(2006). *Onverklaarde chronische klachten; Verklaring, behandeling en begeleiding*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
- Hattum van M. & Hutschemaekers, G. (2007) *In beweging, de ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos instituut
- Hekking, P. & Fellingier, P.(2011) *Psychomotorische therapie: een inleiding*, Amsterdam: Boom
- Korrelboom, K. & Ten Broeke, T. (2004) *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*: Bussum: Coutinho
- Lange, J. de, (2010) *Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz*, Amsterdam: Boom
- Lange, J. de,(2005) *Een vak apart: artikel.....*Utrecht: 't Web – Netwerk rondom Bewegen
- Lange,J. de & Bosscher, R.J. (2008) *Psychomotorische therapie in de praktijk*, Amsterdam: Boom
- Meijer, K.(2006) *Handboek psychosomatiek*, Baarn: HBuitgevers
- Pool, G. + Heuvel, F. + Rancher, A.V. + Sanderma, R.(2004) *Handboek psychologische interventies bij chronisch somatische aandoeningen*, Assen: Koninklijke van Gorcum
- Samwel, H. & van Meer, T. & Crul, B.J.P.(2002) *De psycholoog als pijnbehandelaar*, Bussum: Coutinho
- Snel, G. & Vries, E. de,(2003) *Fibromyalgie in beweging!!*, Damwoude: van der Wal- de Vries
- Simos, G.(2002) *Cognitieve gedragstherapie: Handleiding voor de praktijk*, Baarn: HBuitgevers
- Weerman, A. (2006) *Zes psychologische stromingen & één cliënt; Theorie en toepassing voor de praktijk van SPH en MWD*. Soest, uitgeverij Nelissen.
- Winter, F.(2001) *De pijn de baas*, Soest: Ruitenbergboek

Tijdschriftartikel

- Dijkstra, I.(2011) *Herstel je balans*, Psychologie Magazine blz. 89-01
- Luuk Sietsma. *Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie G006*

Internet

Electronisch tijdschriftartikel

- Baar, K. (2008) *pain, pain, go away*, Psychology today blz. 56-57
- Patijn, J. & Zuurmond, W., (2005) *Nederlands tijdschrift voor de pijnbestrijding* nr. 27
Electronische versie:
<http://www.pijn.com/media/25306/609037%20tijdschrift%20pijn%2027.pdf>

Ander soort elektronische publicaties

- **Behandeling chronische aspecifieke rugklachten**
http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2011/rt1103-chronische-lagerugklachten.pdf
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, 2003: richtlijn chronische aspecifieke lage rugpijn
<http://www.cbo.nl/Downloads/366/richtlijnasl.pdf>
- Info medicatie
www.pijnpolikliniek.info
- National organisation of health
http://www.ninds.nih.gov/disorders/backpain/detail_backpain.htm#191313102
- NVPMT. (2009), *Beroepsprofiel van de psychomotorische therapie* (elektronische versie)
www.nvpmt.nl
- Verdouw, H. (2005). *Het biopsychosociaal model*.
<http://www.lennekeverdouw.info/Inhoud%20site/Bewijzen/%28Eind%29opdrachten%20modules/Verslag%20proeve%20klin%203%20incl%20aanvullingen.htm>. Geraadpleegd op 11-05-2012

Documenten

- Blink, M. van der, *BGM reader*, Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim
- Verschuur, P.+ Beusekom, R. van, *LGM reader*, Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim

Bijlage I: Uitwerking oefeningen

Activiteit:	<u>Veranderende lichaamsgevoelens</u>
Rationale/Doel:	Ervaren van verandering in pijnervaring en psycho-educatie over pijn geven
Aantal Deelnemers:	1 of een groep
Benodigdheden:	Tennisballen, tafeltennisballen, foamballen (klein formaat)
Uitleg Activiteit:	Leg de bal onder het lichaam, bijvoorbeeld onder het schouderblad. Voel waar deze het lichaam raakt en onthoudt welke gedachten hier bij spelen. Dit hou je ongeveer 2 minuten vol.
Interventie:	Onder ander lichaamsdeel leggen: bil, onderrug, bovenarm. Daarnaast kan er gekozen worden voor een hardere of zachtere bal.

Vragen / opmerkingen van therapeut:

Welk verschil heb je gemerkt van het begin tot het eind? Wat voor gedachten riep deze oefening op?

Ga je met je aandacht juist naar de pijn of kan je er afstand van nemen?

De therapeut geeft uitleg hoe het lichaam reageert op een continu signaal (de bal). Ook wordt er verteld over de wijze waarop je zelf invloed hebt om met je aandacht naar de bal te gaan of juist de aandacht daar niet naartoe te laten gaan.

Activiteit:	De tijdlijn
Rationale/Doel:	Verduidelijken hoe en wanneer pijn ontstaan is, hoe men er nu mee omgaat en wat het beeld is voor de toekomst.
Aantal Deelnemers:	1 of meer
Benodigdheden:	lang touw o.i.d. en alle materialen die er zijn
Uitleg Activiteit:	Er wordt een lijn door de zaal getrokken. De patiënt neemt een situatie voor waarin deze begint bij het moment dat de pijn ontstond tot nu en dan verder naar de toekomst.
Interventie:	1 periode gebruiken en daar op focussen
Vragen / opmerkingen:	Bij deze oefening laat je de patiënt zelf uitleg geven over de tijdlijn. Waarom is er voor bepaald materiaal gekozen. De therapeut benoemt op LECS wat deze ziet. Letten: welk materiaal, hoe snel maakt iemand keuzes, is er voor de persoon duidelijkheid over de pijn e.d.

Activiteit:	G-schema
Rationale/Doel:	Irrationale overtuigingen, negatieve emoties en ongewenst gedrag opsporen.
Benodigdheden:	3 hoepels, eventueel een groot papier met pen/stift
Uitleg Activiteit:	De patiënt bedenkt een gebeurtenis waarin deze een probleem bij ervaart door de CALRP. Dit kan bijvoorbeeld het vermijden van beweging of vrienden zijn. Iedere hoepel staat of voor de gedachte, het gevoel of gedrag. De patiënt verplaatst zich steeds in de hoepels als deze overgaat naar een andere G.
Interventie:	Wanneer er meerdere mensen in de groep zijn kunnen zij nadat de patiënt waarom het gaat, ook in de hoepel staan en het gedachte, gevoel of gedrag vertellen. De hoepels moeten ook symbolisch worden neergelegd. Afstand vergroten tussen de G's of juist dicht bij elkaar?

Vragen / opmerkingen: De therapeut stelt verduidelijkende vragen.

Activiteit:	aandacht verleggen
Rationale/Doel:	Wanneer je de aandacht verlegd, concentreer je minder op de pijn en zal de pijnbeleving verminderen.
Benodigdheden:	kast, pionnen, basketbal en basket
Uitleg Activiteit:	De patiënt wordt tijdens het afleggen van het parcours over de kast en de slalom tussen de pionnen gevraagd om de vingers te tellen die mede groepsgenoten opsteken.
Interventie:	-

Vragen / opmerkingen: In deze activiteit is er veel aandacht nodig voor de activiteit op zich. Hierdoor richt de patiënt zich niet meer op de pijn, omdat er teveel aandacht op andere gebied wordt gevraagd. De therapeut legt de koppeling tussen het minder ervaren van pijn wanneer men met een andere activiteit bezig is. Denk bijvoorbeeld ook aan lezen, tekenen.

Activiteit:	Progressieve relaxatie fase 2
--------------------	-------------------------------

Rationale/Doel: verminderen van spanning in het lichaam en het leren herkennen van lichamelijke signalen die op spanning wijzen.

Benodigheden: yogamatje, ontspanningsruimte

Uitleg Activiteit:

- **Tenen optrekken.** Breng je aandacht naar je tenen en denk in eerste instantie alleen maar aan ze heel krachtig naar je toe trekken. Merk op wat dat in je gedachten, gevoelens en lichaam doet. Span vervolgens daadwerkelijk de spieren in je voeten en benen waardoor je je tenen in de richting van je hoofd optrekt. Houd dit vast en voel de spanning. Ontspan vervolgens langzaam je spieren en voel hoe de spanning wegstroomt tot ze helemaal ontspannen zijn. Let op het zware gevoel.
- **Tenen strekken.** Breng je aandacht weer naar je tenen en denk nu alleen maar aan ze heel krachtig van je afduwen. Merk op wat dat in je gedachten, gevoelens en lichaam doet. Strek nu je tenen daadwerkelijk zo hard als je kunt weg van je lichaam. Houd dit vast en voel de spanning. Ontspan vervolgens langzaam je spieren en voel hoe de spanning wegstroomt tot ze helemaal ontspannen zijn. Let op het zware gevoel.
- **Benen.** Breng je aandacht naar je voeten en je benen en denk in eerste instantie alleen maar aan ze heel krachtig spannen. Merk op wat dat in je gedachten, gevoelens en lichaam doet. Span nu de spieren in je benen en voeten zo hard mogelijk aan. Houd dit vast en voel de spanning. Ontspan vervolgens langzaam je spieren en voel hoe de spanning wegstroomt tot ze helemaal ontspannen zijn. Let op het zware gevoel in je benen en voeten.
- **Buik.** Breng je aandacht naar je naar je buik en span in gedachten de spieren aan. Na het scannen van je lichaam, gevoelens en gedachten span je je buikspieren aan. Houd dit vast en voel de spanning. Ontspan vervolgens langzaam je spieren en voel hoe de spanning wegstroomt tot ze helemaal ontspannen zijn. Let op het ontspannen gevoel in je buik.
- **Rug.** Breng je aandacht naar je naar je rug en span in gedachten de spieren aan. Na het scannen van je lichaam, gevoelens en gedachten span je al je rugspieren zo hard je kunt aan. Houd dit vast en voel de spanning. Ontspan vervolgens langzaam je spieren en voel hoe de spanning wegstroomt tot ze helemaal ontspannen zijn. Let op hoe je lichaam steeds zwaarder aanvoelt.
- **Handen en armen.** Breng je aandacht naar je naar je handen en maak in gedachten je handen tot samengebalde vuisten. Na het scannen van je lichaam, gevoelens en gedachten maak je daadwerkelijk vuisten. Knijp zo hard je kunt en span ook je boven en onderarmen zo hard mogelijk aan. Houd dit vast en voel de spanning. Ontspan vervolgens langzaam je spieren en leg je handen en armen ontspannen op de grond. Let op hoe je lichaam steeds zwaarder aanvoelt.
- **Schouders.** Breng je aandacht naar je naar je schouders en trek ze in gedachten je handen zo hoog mogelijk op. Na het scannen van je lichaam, gevoelens en gedachten maak je daadwerkelijk vuisten. Trek nu zo hard je kunt je schouders. Houd dit vast - ook al voelt het pijnlijk - en voel de spanning in je nek en schouders. Ontspan vervolgens langzaam je spieren en leg je handen en armen ontspannen op de grond. Let op hoe je lichaam steeds zwaarder aanvoelt.
- **Gezicht.** Span nu alle spieren in je gezicht tot een grimas. Trek je mond samen, druk je kaken op elkaar, trek rimpels en knijp je ogen samen. Houd dit vast en voel de spanning. Ontspan vervolgens langzaam je gezicht weer.

Interventie: Lichaamsdelen overslaan waarin patiënt veel pijn ervaart.

Vragen / opmerkingen: Welke signalen merkte je op in je lichaam? Wat was het verschil met nu en in het begin? Omschrijf het verschil. Wanneer zou je deze oefeningen thuis kunnen toepassen?

Activiteit:	Bodyscan
--------------------	----------

Rationale/Doel:	Het waarnemingsvermogen van lichaamssignalen vergroten
------------------------	--

Benodigdheden:	ontspanningsruimte met matjes
-----------------------	-------------------------------

Uitleg Activiteit:

1. Ga zitten of liggen, sluit je ogen en breng je aandacht naar je ademhaling.
2. Word je bewust van elke inademing en uitademing. Laat je ademhaling vanzelf gaan en probeer deze niet te sturen.
3. Neem waar hoe de lucht langzaam door je neus naar binnen gaat, je longen vult en weer naar buiten gaat.
4. Als je na een paar ademhalingen je lekker op je gemak voelt beginnen we met de scan.
5. Richt je aandacht op je voorhoofd. Probeer de huid te voelen, tintelingen en eventuele spanningen waar te nemen en ontspan met een ademhaling.
6. Als je op het moment niets voelt, is dat ook best. Sta jezelf toe te voelen dat je niets voelt
7. Doe dit zelfde voor neus, oren, ogen, wenkbrauwen, kaak, mond, lippen en huid van je gezicht en achterhoofd. Voel de mond en kaak ontspannen en de ogen zwaar in de oogkassen wegzakken.
8. Richt dan je aandacht op je nek, hals, sleutelbenen, schouders, linker en rechterbovenarm, elleboog, onderarm, hand en vingers. Ga deze gebieden, links en rechts een voor een af.
9. Telkens als je afdwaalt in je gedachten keer dan rustig terug naar het gebied waar je gebleven was.
10. Nogmaals, probeer alle gewaarwordingen te voelen en te ervaren.
11. Als het lukt probeer dan bij iedere uitademing te ontspannen in het gebied waar je aandacht is.
12. Richt je aandacht op je borst, middenrif, buikspieren, bovenrug, onderrug, ruggengraat.
13. Voel je ademhaling, eventueel je lichaamshouding veranderen door de ontspanning. Voel je lichaam al anders aan?
14. Ga op deze manier door en geef aandacht aan je bekken, geslachtsdelen, billen en aan beide bovenbenen, knieën, onderbenen, enkels, voeten en tenen. Neem rustig de tijd.

15. Merk de verschillen tussen de verschillende gebieden op. Voel de tintelingen in je lichaam, voel je spieren steeds meer ontspannen worden en neem waar, welke lichaamsdelen minder makkelijk ontspannen.
16. Laat jezelf helemaal zwaar worden. Je bent nu totaal ontspannen en relaxed.
17. Als je het hele lichaam verfrist en ontspannen hebt keer dan nog een keer terug naar een gebied in je lichaam dat wat gespannen aanvoelde. Geef totale aandacht aan dat gebied en probeer het te ontspannen. Voel je verschil? Komen er bepaalde gedachten of emoties los? Neem waar en laat los.
18. Tot slot span nu twee keer voor drie seconden al je spieren aan en laat los met een ademhaling
19. Goed, breng nu langzaam je aandacht terug naar de rest van je lichaam en de geluiden in de kamer. Beweeg een beetje, stretch je spieren wat en open je ogen.
20. Klaar

Interventie: Lichaamsgedeelte waar te negatieve gedachtes en gevoelens aan zijn gekoppeld overslaan.

Vragen / opmerkingen: Hoe vond je de oefening? Lukt het om met je aandacht erbij te blijven? Waar gaat je aandacht heen? Welke gedachtes spelen er op?

Activiteit:	Paaltjesvoetbal
Rationale/Doel:	Het toepassen van het belasting- belastbaarheidsprincipe. Inzicht in denkpatroon wanneer men moet stoppen.
Benodigheden:	voetbal en voor ieder persoon een pion
Uitleg Activiteit:	Het blokje van de tegenstander moet omgespeeld worden. Wanneer er een pauze ingelast moet worden, moet men dit aangeven. De mogelijkheid bestaat om uit het spel te stappen of regels aan te passen.
Interventie:	Veld groter/ kleiner maken → laten ervaren wat dit met de intensiviteit doet.
Vragen / opmerkingen:	Wat maakt dat er een regel ingevoerd moest worden? Hoe is dat om dit aan te geven? Herken je gedachtes of gedragingen in dit spel die je thuis ook ervaart?

Activiteit:	Hydrotherapie fase 2
Rationale/Doel:	Ontspanning ervaren in het water en een positieve bewegingssituatie creëren.
Aantal Deelnemers:	1 of meerdere

Benodigdheden:	Verwarmd zwembad (circa 33 graden) flexibeams
Uitleg Activiteit:	Schoolslag en rugslag uitvoeren. Welke slag zwemt fijner? De therapeut geeft tip ten opzichte van zwemslag en houding in het water. Eventueel gebruik van flexibeams. Ligt aan de conditie van de patiënt hoeveel baantjes er worden gezwommen. Inspanning en ontspanning afwisselen.
Interventie:	Flexibeams gebruiken
Vragen / opmerkingen:	Uitleg geven over hoe pijnklachten ontstaan in de onderrug als je bijvoorbeeld op de buik zwemt. (holle rug, meer spanning op deze spieren)

Activiteit:	Bal inhaalspel
Rationale/Doel:	Gedachten die opspelen in stressvolle situatie opsporen en alternatieve gedachtes uitproberen.
Benodigdheden:	Ongeveer 6 personen. 3 verschillende ballen
Uitleg Activiteit:	De groep staat in een kring. Bal 1 moet op een bepaalde volgorde rondgespeeld worden, ook bal 2 en 3 worden via beide een andere route rondgespeeld. Negatieve gedachtes worden omgezet in positieve gedachtes. Dan wordt het spel nogmaals gedaan. Wat voor invloed heeft dit op de beleving van het spel. Wat voor effect heeft dit op de persoon gehad. Is iemand meer ontspannen bijvoorbeeld?
Interventie:	Dezelfde volgorde houden van de ballen rondspelen, alleen loopt nu iedereen door elkaar.
Vragen / opmerkingen:	Welke gedachten zijn er bij dit spel? Hoe hou je het contact met de mensen om je heen? Wanneer dit niet lukt, hoe voelt dit dan? Wat voor verschil was er tussen de 1 ^e activiteit en de 2 ^e activiteit?

Activiteit:	Hydrotherapie fase 3
Rationale/Doel:	Ontspanning ervaren in het water en zelfstandig de aangeleerde zwemvaardigheden toepassen, waarbij belasting- belastbaarheid op elkaar zijn afgestemd.
Aantal Deelnemers:	1 of meerdere
Benodigdheden:	Verwarmd zwembad (circa 33 graden) flexibeams
Uitleg Activiteit:	De patiënt zwemt zelfstandig de slagen die zijn aangeleerd. Indien de patiënt vragen heeft kan die deze stellen tijdens de volgende PMT bijeenkomst.

Interventie: geen begeleiding, opdrachten meegeven: aantal baantjes, aantal minuten zwemmen en rusten.

Vragen /opmerkingen: Therapeut vraagt na hoe het zwemmen was gegaan. Indien nodig tips en uitleg geven.

Activiteit:	Progressieve relaxatie fase 3
--------------------	-------------------------------

Rationale/Doel:	Zie progressieve relaxatie fase 2
------------------------	-----------------------------------

Benodigheden:	Zie progressieve relaxatie fase 2
----------------------	-----------------------------------

Uitleg Activiteit:	De oefening wordt in de thuissituatie zelfstandig uitgevoerd. Voor de oefening zelf zie progressieve relaxatie fase 2
---------------------------	---

Interventie:	-
---------------------	---

Vragen / opmerkingen: Therapeut vraagt na hoe het de oefening verliep. Indien nodig tips en uitleg geven.

Activiteit:	Spel onbekend
--------------------	---------------

Rationale/Doel:	De opgedane kennis in de praktijk brengen en de zelfstandigheid van de patiënt vergroten. Positieve bewegingservaring opdoen.
------------------------	---

Benodigheden:	Al het materiaal dat er is.
----------------------	-----------------------------

Uitleg Activiteit:	De patiënten bedenken zelf een activiteit.
---------------------------	--

Interventie:	-
---------------------	---

Vragen / opmerkingen: Waar hebben jullie aan gedacht bij het kiezen van een activiteit?

Aandoening

Chronische aspecifieke lage rugpijn

Functiestoornissen

- Lage rugklachten, uitstralend naar linkerbeen
- Tinteling in linkerbeen
- depressieve en angstige gevoelens
- gespannen musculatuur in onderrug en linkerbeen
- emotioneel instabiel

Beperkingen en mogelijkheden in activiteiten

- loopt ongeveer 50 meter pijnvrij
- fietsen ongeveer 30 minuten pijnvrij
- Huishouden zelfstandig
- Beweegt niet meer dan nodig
- sport niet

Participatieproblemen- en mogelijkheden

- ADL zelfstandig
- Begrijpt het belasting-balastbaarheidsprincipe, de uitvoering hiervan is niet optimaal.
- Bereidt actief mee te werken aan pijnrevalidatieprogramma

Externe factoren

- eigen bedrijf
- financiële zorgen
- weinig sociale contacten

Persoonlijke factoren

- ervaart ziektebeeld als erg belastend en negatief
- gehuwd, 2 kinderen
- hoge eisen stellen
- weinig structuur aan kunnen brengen