

Psychomotorische Therapie bij Adelante Hoensbroek



Psychomotorische therapie, een meerwaarde binnen de behandeling van chronische pijn?

Studente: Kim Merk

Begeleidster: Lia van der Maas

Beoordelaar: Maurits Uijting

School of Human Movement and Sports,
Christelijke Hogeschool Windesheim, te Zwolle

Opleiding: Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie

Zwolle, 24 mei 2012

Voorwoord

In het kader van mijn afstudeeropdracht aan de opleiding Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie te Zwolle, ligt voor u mijn scriptie. Ik heb ervoor gekozen om mijn scriptie te richten op de vraagstelling of Psychomotorische therapie een meerwaarde zou betekenen bij de behandeling van chronische pijn.

De keuze voor dit onderwerp heb ik gemaakt naar aanleiding van mijn stage bij revalidatiecentrum Adelante Hoensbroek maar ook vanwege het feit dat mijn moeder sinds een tweetal jaar chronische pijn heeft.

Binnen mijn eindstage bij Adelante Hoensbroek ben ik in aanraking gekomen met de doelgroep 'chronische pijn'. Via de literatuur had ik inmiddels enige kennis over chronische pijn opgedaan, maar ik had nog nooit met deze doelgroep gewerkt. Tijdens mijn stage binnen de discipline 'bewegingsagogie' ben ik zeer geïnteresseerd geraakt in hoe de psychomotorische therapie een bijdrage zou kunnen leveren aan de behandeling van chronische pijn en hoe je als psychomotorisch therapeut invulling moet geven aan de therapieën.

Mijn moeder heeft sinds november 2010 pijn aan nek, schouders en rug. Dit heeft zich ontwikkeld tot chronische pijn. Ervaringen binnen mijn stage alsmede literatuur die ik las over chronische pijn, kon ik meestal projecteren op mijn moeder. Voor mij is dat af en toe heel lastig geweest, maar ook heel leerzaam. Mijn moeder ging van de ene arts naar de andere arts, opzoek naar een medische oorzaak van de pijn. Nadat de aanvankelijke oorzaak (een ontsteking van peesaanhechtingen) verdwenen was, bleef de pijn voortduren.

Door deze ervaringen is mijn interesse in de doelgroep chronische pijncliënten ontstaan en ben ik in combinatie met mijn opleiding tot de keuze voor dit onderwerp gekomen.

Ik zie veel raakvlakken met de psychomotorische therapie en chronische pijn. Het werken aan lichamelijke, emotionele, cognitieve en sociale aspecten, gebruikt binnen de psychomotorische therapie, komt zeer zeker terug binnen de doelgroep chronische pijn. Het is een interessante doelgroep om als therapeut mee te werken en het werk is daarnaast zeer gevarieerd; niemand is hetzelfde en iedereen gaat op een andere manier om met de pijn.

Aan het begin was het even zoeken, samen met de bewegingsagogie en de pijnafdeling, waar mogelijkheden lagen betreffende de keuze van een onderwerp en een vraagstelling. Hier is veel tijd in gaan zitten. Ik koos, met mijn vraagstelling en mijn ideeën om mijn onderzoek vorm te geven, niet voor de gemakkelijkste weg. Aan het einde van de stage gekomen, ben ik trots op de prestatie die ik geleverd heb en dat ik me als persoon heb ontwikkeld. En dat is zeker het geval.

Met het onderzoek naar de meerwaarde van psychomotorische therapie binnen de behandeling van chronische pijn, sluit ik mijn opleiding af. Ik wil deze gelegenheid dan ook aangrijpen om mijn afstudeerbegeleidster Lia van der Maas en afstudeerbeoordelaar Maurits Uijting te bedanken voor hun bijdrage aan deze scriptie. Ook niet te vergeten alle hulp die ik vanuit Adelante heb gekregen. Elien Heijen, Henk Prins, Rob Pelt, Rob Coenen en Carla Palmen wil ik bedanken voor hun tijd en ruimte die ik gekregen heb. Tenslotte wil ik mijn stagebegeleider Tim Mullens bedanken voor de ruimte die ik kreeg om mij als PMT'er verder te ontwikkelen.

Met deze afstudeeropdracht hoop ik een duidelijk beeld te creëren over psychomotorische therapie en de meerwaarde hiervan binnen de behandeling van chronische pijn. Ik wens een ieder dan ook veel leesplezier met het lezen van mijn scriptie!

Kim Merk
Zwolle, 24 mei 2012

Samenvatting

Deze scriptie is geschreven vanuit de vraagstelling of psychomotorische therapie (PMT) een meerwaarde zou kunnen zijn binnen de huidige behandeling van chronische pijncliënten binnen Adelante te Hoensbroek. Pijn wordt meestal gezien als een fysieke verstoring. Echter als deze fysieke verstoring weggenomen is, maar de pijn toch blijft aanhouden, is er sprake van chronische pijn. De pijn wordt beïnvloed door biologische, psychologische en sociale factoren. Niet alleen lichamelijke, ook psychologische factoren zijn van invloed op pijn. Emoties, gedrag en cognities kunnen pijn en de negatieve gevolgen ervan zowel in stand houden of verergeren alsook ertegen beschermen. Negatieve gevolgen zijn onder andere dagelijkse, sociale en fysieke beperkingen en depressiviteit.

Revalidatiecentrum Adelante te Hoensbroek houdt zich o.a. bezig met het behandelen van chronische pijncliënten. Het doel van het pijnrevalidatieprogramma is het verbeteren van de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van een cliënt door het zelfstandig leren omgaan met pijn en de gevolgen voor dagelijks functioneren. Pijnrevalidatie staat min of meer synoniem voor 'leren omgaan met de pijn' en is gericht op 'gedragsverandering' van de cliënt zelf en niet op het verminderen van de pijn en/of het zoeken naar de oorzaak ervan.

PMT richt zich op psychische en psychosociale problematiek, waarbij bewegen en lichamelijke aangrijpingspunten zijn. PMT is door zijn ervaringsgerichte aanpak zowel gericht op de integratie van het denken, het voelen en het handelen, als op de integratie van de verschillende domeinen van de ICF en sluit daarom aan op het biopsychosociale model. Dit model is als zodanig geïntegreerd in de visie en werkwijze van de pijnbehandeling binnen Adelante Hoensbroek. Het doel is die verdeling die ontstaan is in het denken, voelen en handelen van de cliënt, door de verstoring aan het lichaam door de chronische pijn, op te heffen. De eigenheid van de PMT wordt ontleend van de combinatie van de volgende factoren: hulpverlening gericht op psychosociale problematiek, aangrijpingspunten zijn bewegen en lichamelijke, experimentele (ervaringsgerichte) therapievorm, verbaliseren n.a.v. de concrete lichamelijke ervaringen en het methodisch inzetten van de therapeutische relatie als therapeutisch instrument.

In deze afstudeeropdracht is een PMT-module ontwikkeld gericht op bewegingsgerichte activiteiten binnen de behandeling van chronische pijn. Vanuit drie aandachtsgebieden (ondernemen van activiteiten, communicatie & interactie en lichaamsbeleving) is een tiental thema's gekozen, die aansluiten bij de pijnbehandeling binnen Adelante. Het doel van deze module is de cliënt inzicht te laten verkrijgen om verandering mogelijk te maken in het ondernemen van activiteiten, lichaamsbeleving en interactie & communicatie binnen de aangeboden PMT bewegingsactiviteiten, waarbij het bewust denken, voelen en handelen minder gericht is op de pijn.

Na uitvoering van deze PMT-module met de desbetreffende doelgroep, is er gemeten of PMT als een meerwaarde ervaren wordt door de cliënten, de fysiotherapeuten van de pijnafdeling en de bewegingsagogen. Dit is gedaan aan de hand van evaluaties en vragenlijsten.

Ook al is de onderzoeksgroep klein en hiermee dus niet representatief (eerder indicatief), toch kan er binnen de pijnbehandeling bij Adelante geconcludeerd worden dat de cliënten, de fysiotherapeuten en de bewegingsagogen PMT een meerwaarde vinden.

Inhoudsopgave**Blz.**

Voorwoord	-2-
Samenvatting	-3-
Inhoudsopgave	-4-
Inleiding	-6-
Hoofdstuk 1: Chronische pijn	-7-
1.1 Chronische pijn	-7-
1.2 Biopsychosociale model	-7-
1.3 De invloed van psychologische factoren	-8-
Hoofdstuk 2: Pijnrevalidatie Adelante Hoensbroek	-10-
2.1 Doelstelling	-10-
2.2 Visie	-10-
2.2.1 Visie op de behandeling van chronische pijn	-11-
2.2.2 Visie op cliënt en revalidatie	-11-
2.3 Werkwijze	-11-
2.4 Bewegingsagogie binnen de pijnrevalidatie	-12-
Hoofdstuk 3: Psychomotorische therapie binnen de pijnrevalidatie	-13-
3.1 Psychomotorische therapie binnen de revalidatie	-13-
3.2 Chronische pijn en psychomotorische therapie	-13-
3.2.1 Bewegingsangst leidend tot vermijden van of overreageren in het ondernemen van activiteiten	-14-
3.2.2 Spanning en stress	-14-
3.2.3 Lichaamsbeleving	-14-
3.2.4 Interacties en sociale verbanden	-14-
Hoofdstuk 4: Ontwikkeling PMT-module	-15-
4.1 Onderzoekspopulatie	-15-
4.1.1 Inclusie criteria	-15-
4.1.2 Exclusie criteria	-15-
4.2 Onderzoeksozet en –procedure	-16-
4.2.1 Interventie module	-16-

4.2.2 Persoonlijke doelstellingen	-16-
4.2.3 Aandachtsgebieden en thema's	-16-
4.2.4 Duur PMT moduul	-16-
4.2.5 Referentiekaders	-16-
4.2.6 Groepssamenstelling	-16-
4.2.7 Werkboek cliënten	-16-
4.2.8 Spanningsmeter	-17-
4.2.9 Rapportages cliënten	-17-
4.3 Meetmethoden	-17-
4.4 Dataverwerking	-17-
Hoofdstuk 5: Resultaten	-18-
5.1 Resultaten chronische pijncliënten	-18-
5.2 Resultaten fysiotherapeuten pijnafdeling	-19-
5.3 Resultaten bewegingsagogen	-20-
Hoofdstuk 6: Discussie	-21-
6.1 Intakegesprekken PMT	-21-
6.2 Werkboek cliënten	-21-
6.3 PMT module in praktijk	-21-
6.4 PMT binnen behandeling van chronische pijn	-22-
6.5 Resultaten	-22-
6.6 Het onderzoek	-22-
6.6.1 Onderzoekspopulatie	-22-
6.6.2 Onderzoeksmethode	-23-
Hoofdstuk 7: Conclusie	-24-
Hoofdstuk 8: Aanbevelingen	-25-
Literatuurlijst	-26-
Bijlagen	-29-

Inleiding

Voor mensen met chronische pijn is er betere zorg en aandacht nodig. Er lijdt maar liefst één op de vijf volwassenen aan chronische pijn, dat ongeveer gelijk staat aan 2,25 miljoen Nederlanders. Het aantal cliënten is even groot als alle diabetes, hart- en kankerpatiënten bij elkaar. De nationale prevalentie van chronische pijn is 18% (Breivik, 2006).

Chronische pijn heeft een grote impact op de individuele cliënt, zowel lichamelijk als geestelijk. Ruim de helft van de patiënten (54%) geeft aan zich gefrustreerd te voelen door de chronische pijn. Relatief meer vrouwen dan mannen geven aan zich door de pijn afhankelijk te voelen van anderen (respectievelijk 35% en 23%). 73% wil graag een actief lid van de samenleving zijn. Bijna een kwart van deze mensen (23%) vreest door hun pijn hun baan kwijt te raken en 28% is bezorgd dat ze door hun pijn geen carrière kunnen maken (Breivik, 2006).

In 2005 is in een Nederlands Universitair Pijnbehandelcentrum de kwaliteit van leven van chronische pijncliënten gemeten. Het schokkend resultaat is dat deze aanzienlijk lager ligt dan bij patiënten met migraine of kanker. Chronische pijn brengt ernstige beperkingen met zich mee, lichamelijk, sociaal en maatschappelijk (Pain Proposal, 2011).

Psychomotorische therapie (PMT) binnen de revalidatie is nog weinig ontwikkeld, terwijl er vanuit de beroepsgroep een logisch verband lijkt tussen PMT en doelgroepen met chronische pijn (Emck, 2004). PMT neemt momenteel een zeer bescheiden plaats in binnen de ontwikkelde pijnprogramma's in Nederland, daar waar bewegingsagogie meer bekend is in de verschillende revalidatiecentra. Bewegingsagogie richt zich meer op het ondanks de pijn (weer) aanbieden van bewegingsmogelijkheden waardoor mensen weer actief kunnen worden. PMT heeft een meer integrale benadering; deze aanpak kenmerkt zich door een geïntegreerde therapie van gedrag-beleving-cognitie, om zodoende de cliënt zijn persoonlijk evenwicht (lichamelijk, geestelijk) in zijn totale functioneren te doen verbeteren c.q. herstellen.

Het onderzoek beschreven in deze scriptie is uitgevoerd bij de volwassenrevalidatie Adelante Hoensbroek, binnen de afdeling chronische pijnklachten. De doelgroep valt binnen de definitie zoals omschreven door Köke & Lamboo (2007): *'Volwassen cliënten met disfunctioneren bij pijnklachten (aspecifiek en specifiek), zich uitend in functionele beperkingen van houdings- en bewegingsapparaat, langer dan 6 weken bestaand, waarbij de sociale en psychische factoren zeer complex zijn en de belangrijkste onderhoudende rol spelen'*.

Adelante biedt voor deze cliënten bewegingsagogie aan, waarvan de sportgroep een optioneel onderdeel vormt. De sportgroep is gericht op het doel vrijer durven bewegen, leren doseren en bewust worden van hoe de cliënt met bewegen omgaat. De cognitief-gedragsmatige aanpak, die Adelante binnen het pijnprogramma hanteert, is niet terug te vinden binnen de werkwijze van de bewegingsagogie, dus ook niet in de sportgroep.

Vanuit de constatering dat de cognitief-gedragsmatige werkwijze, gehanteerd binnen de behandeling van chronische pijn bij Adelante, ontbreekt binnen de bewegingsagogie, is de vraagstelling als volgt geformuleerd: *'Is het een meerwaarde om in de bestaande behandeling van chronische pijncliënten binnen de sportgroep bij Adelante Hoensbroek, bewegingsgerichte activiteiten te integreren zoals gebruikelijk binnen de psychomotorische therapie?'*

In deze scriptie wordt er verder ingegaan op wat chronische pijn is en welke aspecten er binnen dit ziektebeeld naar voren komen, maar ook op de werkwijze binnen de chronische pijnbehandeling binnen Adelante. Daarna wordt er uitgelegd in welke aandachtsgebieden PMT een rol kan spelen binnen de revalidatie van chronische pijnklachten. Vervolgens wordt de methode van het onderzoek beschreven en worden de resultaten van het onderzoek duidelijk gemaakt. Daarna wordt er in de discussie besproken waar men tegenaan gelopen is in het onderzoek en wordt er een conclusie getrokken. Tenslotte worden er aanbevelingen gedaan die zowel praktijk als onderzoek gerelateerd zijn.

Hoofdstuk 1: Chronische pijn

Chronische pijn heeft in tegenstelling tot acute pijn geen waarschuwingfunctie meer. De oorzaak van de pijn kan niet aangetoond worden. Chronische pijn wordt door de International Association for the Study of Pain (IASP) gedefinieerd als: 'pijn zonder duidelijk somatisch substraat, die blijft bestaan na genezing van de oorspronkelijke weefselbeschadiging'. Pijn wordt gewoonlijk chronisch genoemd indien het een minimaal beloop van 3 maanden heeft (Merksey, Bogduk & Sloan, 1994).

1.1 Chronische pijn

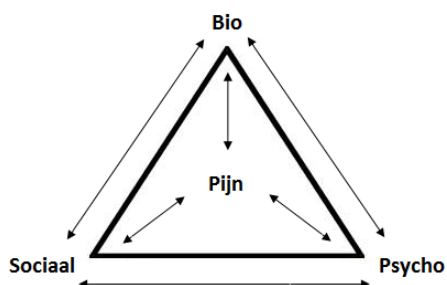
In onze westerse maatschappij wordt pijn meestal gezien als een fysieke verstoring. Het fysieke probleem dient vervolgens opgelost te worden. Als de pijn echter aanhoudt en niet (meer) toegeschreven kan worden aan lichamelijk disfunctioneren ontstaat er een andere situatie (Samwel, 2006). Men spreekt dan van chronische of a-specifieke pijn, waarbij de pijn niet meer beïnvloed wordt door biologische factoren, maar door psychologische en sociale factoren.

De definitie van McCaffrey (1979) is wellicht een goede toevoeging op de meer fysiek gestelde definities: 'Pijn is wat degene die pijn heeft, zegt dat het is en komt voor wanneer die persoon zegt dat het voorkomt'. Chronische pijn is door de verschillende veroorzakende en onderhoudende factoren een complex probleem, waarbij verschillende disciplines een bijdrage kunnen leveren om met de cliënt een nieuw en positiever evenwicht te vinden, opdat de pijn minder en/of anders ervaren wordt.

1.2 Biopsychosociale model

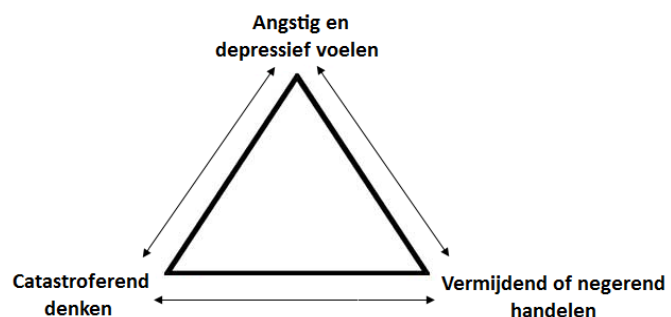
Pijn ontregelt en verstoort het functioneren als geïntegreerd persoon. Er vindt een desintegratie plaats. Als we uitgaan van het biopsychosociale model, zal pijn op alle gebieden verstoring tot gevolg hebben (Mengering, 2003 & Tumlin, 2001, 2004).

- Lichamelijk: Pijn heeft direct invloed op het lichamelijke in het veranderen van lichaamshouding en bewegen en de confrontatie met de eigen lichamelijkeheid. Te hoge stress en een verkeerde houding kan het bewegingssysteem beschadigen. Maar ook hormonaal en neurologisch kan door de voortdurende stress schade ontstaan. Het uit evenwicht geraken van de lichamelijke systemen kan op zichzelf weer pijn veroorzaken.
- Psychisch: Psychisch gezien zullen de stemming en het denken van de persoon beïnvloed worden door de pijn. Depressiviteit, catastroferend denken en angst (om te bewegen) zijn een gevolg van pijn en kunnen pijn versterken.
- Sociaal: Sociaal gezien heeft de pijn invloed op de interactie van de persoon met anderen en het andere. Ook hier kan het zich afzonderen van de sociale omgeving tot gevolg hebben dat pijn sterker ervaren wordt.



Figuur 1. Biopsychosociale relaties bij pijn.

Bron: van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.13



Figuur 2. Reciproke gevolgen van pijn.

Bron: van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.14

Gebruik makend van het biopsychosociale model om naar de persoon met pijn te kijken, impliceert dat men ervan uitgaat dat er geen lineair verband is tussen oorzaak en gevolg van pijn, maar van elkaar wederzijds beïnvloedende factoren (figuur 1). Er is dan sprake van systeemdenken, hetgeen wil zeggen dat de gevolgen van pijn, ook los van de aanvankelijke pijn, een beïnvloedende functie krijgen op het

functioneren van een persoon. Kenmerkend voor een systeem is dat het streeft naar evenwicht, homeostase. Als pijn het evenwicht verstoort, heeft dat invloed op alle drie de factoren en beïnvloeden die factoren elkaar ook los van de pijn. Biopsychosociale veranderingen zijn er dan op gericht om een nieuw evenwicht te vinden. De ervaring van pijn kan ook oude pijn in het geheugen activeren, waardoor de emotionele reactie op pijn sterker gekleurd wordt (Damasio, 2003). Door al deze invloeden en veranderingen kan een persoon vastlopen in pijn en alles wat daarmee samenhangt. De persoon kan gevangen komen te zitten in de pijn.

Vanuit de visie dat adequaat functioneren de integratie betekent van voelen, denken en handelen, werkt pijn desintegrerend. Accenten komen te liggen op het alleen nog maar voelen van pijn, alleen maar denken over de invloed van pijn en handelen op basis van pijn. Meer concreet (figuur 2) zijn de gevolgen van pijn te onderscheiden in: catastroferend denken, vermijding of negerend handelen en zich depressief en angstig voelen. Ook deze drie aspecten beïnvloeden elkaar in een voortdurende wisselwerking en kunnen elkaar in een negatieve spiraal versterken. Dit proces is terug te zien in het cognitief-gedragsmatig model voor vrees voor pijn/beweging/letsel (ook wel fear-avoidance model genoemd) (Vlaeyen, Kole-Snijders & van Eek, 1996, p. 29). In paragraaf 1.3 wordt hier verder op ingegaan.

1.3 De invloed van psychologische factoren

Niet alleen lichamelijke, ook psychologische factoren zijn van invloed op pijn. Emoties, gedrag en cognities kunnen pijn en de negatieve gevolgen ervan zowel in stand houden of verergeren als ook ertegen beschermen (Keefe et al, 2004; Vlaeyen et al, 1995). Negatieve gevolgen zijn onder andere dagelijkse, sociale en fysieke beperkingen en depressiviteit.

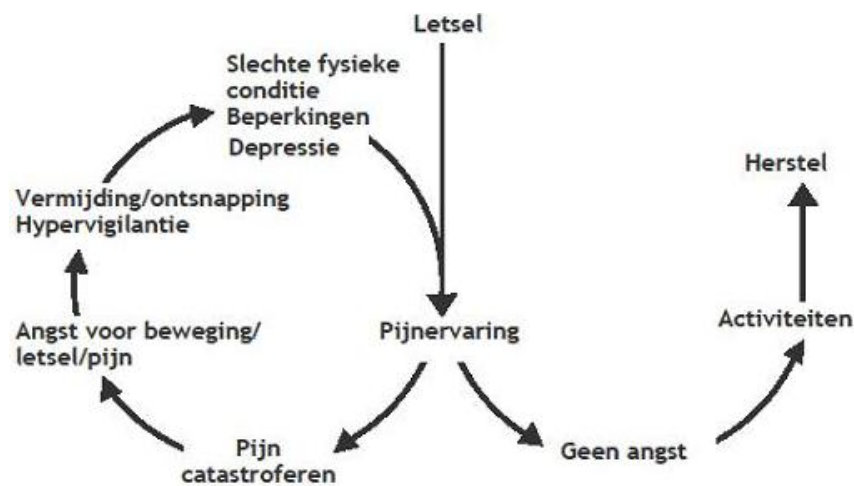
- *Emoties:* In verschillende onderzoeken is er een positieve samenhang tussen negatieve emoties en de mate van pijn gevonden (Smith et al, 2008; Holzberg et al, 1996). Banks en Kerns (1996) constateren een bemiddelende functie van negatieve gevoelens tussen pijn, beperkingen en invaliditeit. Wanneer er negatieve gevoelens optreden, is er een sterkere samenhang tussen pijn, beperkingen en invaliditeit te zien. Vooral angst en depressie spelen hier een belangrijke rol. Depressieve mensen hebben een lagere pijngrens, waardoor prikkels vaker en sneller als pijn worden geïnterpreteerd (Blackburn-Munro et al, 2001). Pijncliënten met depressieve symptomen vertonen meer functionele en sociale beperkingen, zoals slecht kunnen bewegen of minder sociale contacten (Bair & Robinson, 2003). Mensen met pijngerelateerde angsten ervaren een hogere pijnintensiteit en een lagere tolerantie voor pijn. Ook is pijngerelateerde angst sterk geassocieerd met catastroferen, wat wederom beperkingen in het dagelijkse leven voorspelt (Vlaeyen & Linton, 2000).
- *Gedrag:* Het uiten van pijngedrag is geassocieerd met meer pijnervaringen en het ervaren van meer beperkingen (McCahon & Strong, 2005). Ook vermijdingsgedrag zoals terugtrekken en rust nemen is op de lange termijn een risicofactor met betrekking tot pijn (Samwel & Evers, 2006). Cliënten die sociale en lichamelijke activiteiten vermijden, lopen een hoger risico om beperkingen, depressie en disuse – de fysieke deconditionering door het niet meer gebruiken van ledematen spier-, pees-, en weefselgroepen te ontwikkelen (Vlaeyen & Linton, 2000). Als gevolg van disuse wordt de pijngrens verlaagd, met als gevolg intenser en vaker voorkomende pijn (Romano & Turner, 1985; McQuade & Turner, 1988).
- *Cognities:* Cliënten die hun pijn accepteren – het erkennen dat genezing onwaarschijnlijk is, focussen op niet-pijngerelateerde levensaspecten en de suggestie verwerpen dat pijn een teken van persoonlijk falen is (Viane & Crombez, 2004) – hebben een beter mentaal welbevinden, gaan op een meer adaptieve manier om met hun pijn en tonen minder pijngerelateerde angst (McCracken & Vowles, 2004; Viane & Crombez, 2003; McCracken & Spertus, 1999). Ook zijn deze cliënten meer betrokken bij niet-pijngerelateerde, dagelijkse activiteiten die voor hen belangrijk zijn, als gevolg schenken zij minder aandacht aan hun pijn (Viane & Crombez, 2004).

Een belangrijk model, welke de rol van een aantal van de bovengenoemde psychologische factoren in samenhang met pijn laat zien, is het cognitieve-gedragsmatige model voor vrees voor pijn/beweging/letsel van Vlaeyen en collega's (1995). In dit model worden mechanismen zichtbaar gemaakt die laten zien hoe

pijnervaringen via angst voor pijn, beweging en letsel kunnen leiden tot het bevorderen en in stand houden van beperkingen en daarmee de kans op invaliditeit verhogen. Toegenomen beperkingen en invaliditeit zorgen voor meer en/of intensere pijn. Volgens dit model voorspelt een catastroferende denkstijl het terecht komen in een schijnbaar vicieuze cirkel. Mensen die intense en irrationele angst hebben voor pijn en letsel door fysieke beweging (Kori, Miller & Todd, 1990), ook wel bewegingsangst genoemd, neigen tot vermijding. Dit leidt tot meer beperkingen (Vlaeyen, Kole-Snijders & van Eek, 1996, p. 29).

Bewegingsangst is bij chronische rugpijn een goede predictor om invaliditeit, negatief affect en pijnintensiteit te voorspellen (Vlaeyen et al, 1995; Swinkels-Meewisse et al, 2006; French et al, 2007). Catastroferen kan 7 tot 31% van de variatie van pijnmetingen verklaren en is hiermee een van de belangrijkste voorspellers van pijn (Keefe & Rumble, 2004).

Cliënten die catastroferen ervaren meer lichamelijke en sociale beperkingen, nemen meer pijnmedicatie in, laten meer motorisch pijngedrag zien en zijn depressiever en nerveuzer. Hulpeloosheid bij cliënten met chronische pijn gaat gepaard met veranderingen in pijnintensiteit, beperkingen en distress*. Hoe hulpelozer, des te hoger de pijnintensiteit, des te meer beperkingen en des te meer distress (Burns & Johnson, 1998; Burns et al, 2003; Jensen & Turner, 2001).



Figuur 2. Vrees- vermijdingsmodel, chronische pijn (Vlaeyen et al, 1995).

* Distress = psychische nood en uitputting door emotionele stress (Online Encyclopedie, z.d.).

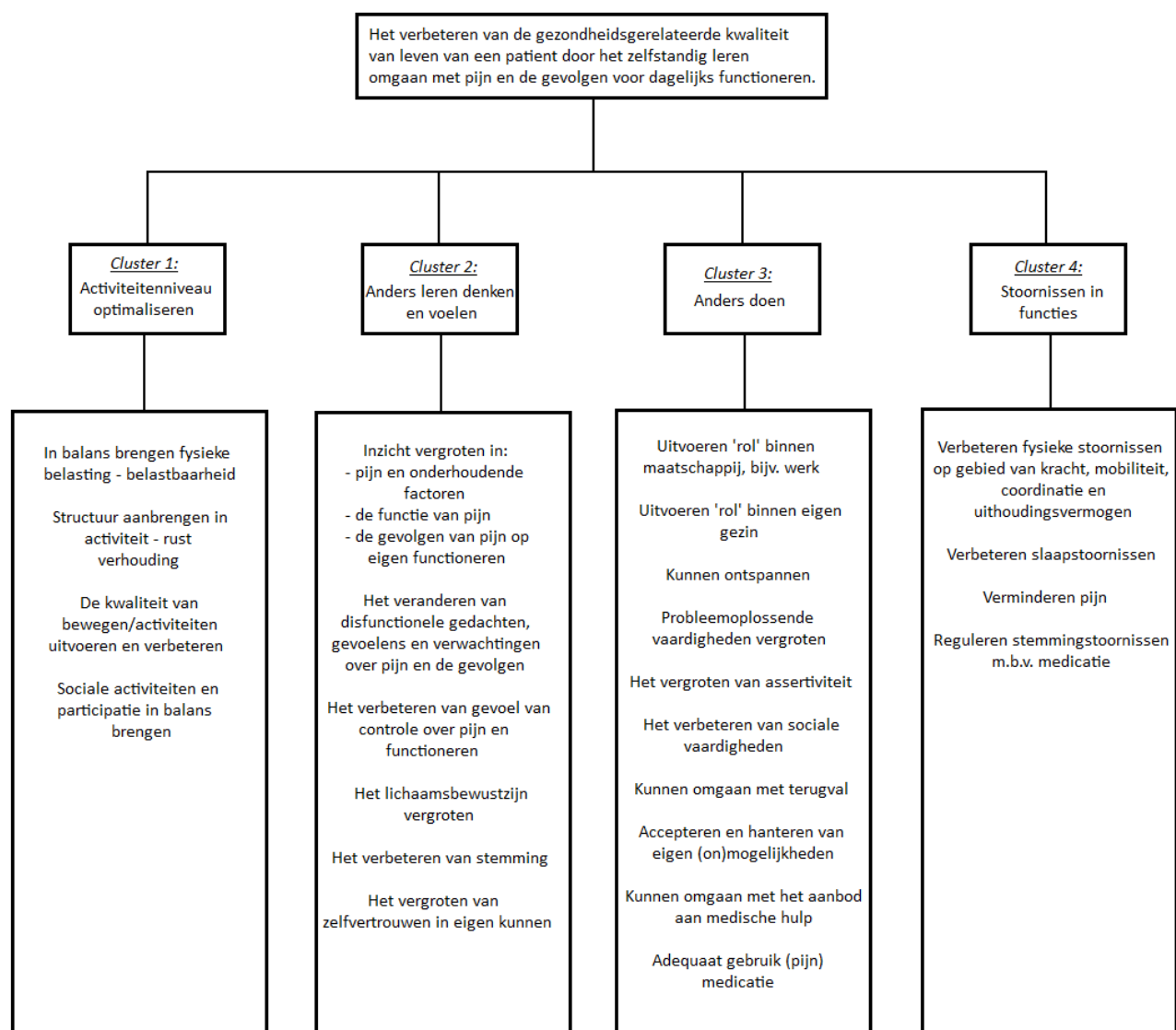
Hoofdstuk 2: Pijnrevalidatie Adelante Hoensbroek

Het huidige revalidatieprogramma binnen Adelante Hoensbroek vindt zijn oorsprong in de jaren tachtig met het operant conditioneringsmodel als uitgangspunt. In de loop van de jaren heeft deze aanpak zich verder doorontwikkeld. Cognitieve modellen en/of theorieën zijn toegevoegd aan de operante werkwijze, om de effectiviteit en kwaliteit van zorg te verbeteren.

In dit hoofdstuk wordt er ingegaan op de doelstelling, visie en werkwijze van het revalidatieprogramma pijn Adelante Hoensbroek.

2.1 Doelstelling

Het doel van het pijnrevalidatieprogramma is het verbeteren van de gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven van een cliënt door het zelfstandig leren omgaan met pijn en de gevolgen voor dagelijks functioneren. Onderstaande figuur geeft globaal aan op welke onderdelen het pijnprogramma Adelante Hoensbroek zich richt (Köke & Brouwers, 2005).



Figuur 3. Beschrijving aspecten en doelen binnen het pijnprogramma van Adelante Hoensbroek.

2.2 Visie

Die visie volgens Köke (2005): 'Een pijnrevalidatieprogramma is een multidisciplinaire behandeling voor patiënten met chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, bestaande uit een op

elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden, welke plaatsvindt onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts met als doel cliënten te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren'.

2.2.1 Visie op de behandeling van chronische pijn

Vanuit een holistisch mensbeeld is het tegenwoordig alom geaccepteerd dat diagnostiek en behandeling van chronische pijn vanuit een biopsychosociaal kader dient te worden opgezet. Pijn is een multidimensioneel probleem waarbij interactie tussen lichamelijk, psychologische en sociale factoren de uiteindelijke klachten verklaart. Een analyse van al deze domeinen is noodzakelijk voor adequate diagnostiek en behandeling.

Het pijnteam van Adelante Hoensbroek maakt bij haar diagnostiek en behandeling gebruik van een combinatie van biomedische en psychosociale theoretische concepten als het vreesvermijdingsmodel van Vlaeyen, de operante conditionering en self-efficacy theorie van Bandura. Het pijnteam streeft ernaar om het probleem van de cliënt inzichtelijk te maken aan de hand van genoemde modellen. De inhoud van de behandelaanpak is gebaseerd op de 'evidence based medicine' benadering.

De biomedische concepten benaderen pijn meer vanuit een medische verklaring. De psychosociale concepten benaderen pijn meer vanuit het pijngedrag en de pijnbeleving. Het (pijn)gedrag van een cliënt wordt daarbij mede beïnvloed door omgevingsfactoren (betrachtigers) en de betekenisgeving van de cliënt aan pijn zelf en de negatieve gevolgen van pijn.

2.2.2 Visie op cliënt en revalidatie

Het pijnteam van Adelante Hoensbroek hanteert in haar aanpak een cliënt- en vraaggerichte benadering. De hulpvraag is het vertrekpunt van de begeleiding. Het team gaat ervan uit dat cliënten een actieve rol vervullen in hun eigen proces. Van cliënten wordt verwacht dat zij bereid zijn om hun 'huidige manier van omgaan met pijn' ter discussie te stellen en te veranderen. Pijnrevalidatie staat min of meer synoniem voor 'leren omgaan met de pijn' en vraagt een 'gedragsverandering' van de cliënt zelf en niet op het verminderen van de pijn en het zoeken naar de oorzaak. De 'bereidheid' om het zoeken naar een oplossing voor de pijn los te laten en te kijken naar mogelijke winst in termen van dagelijks functioneren en welzijn is een proces dat aandacht en enige tijd vraagt.

De eerste stap in het revalidatieproces is dan ook onder meer gericht op het vaststellen en stimuleren van de bereidheid tot gedragsverandering en het in gang zetten van het veranderingsproces. Van belang hierbij is de aard en de 'timing' van de aangeboden informatie in relatie tot de 'gedragstoestand' van de cliënt. Ook de wijze van aanbieden (communicatie) is van belang. Voor het succes ervan zijn een tweetal factoren het meest van belang (Rollnick & Mason Butler, 1999; Jenssen, 2003):

1. het belang of de winst van een gedragsverandering (wat levert het op (importance)).
2. het geloof/vertrouwen dat een gedragsverandering mogelijk is (readiness/self-efficacy)

Als leidraad bij de opzet van het pijnrevalidatieprogramma heeft het pijnteam Adelante Hoensbroek gekozen voor het gedragsveranderingsmodel van Kanfer. Dit model beschrijft een zevental stappen in de behandelaanpak met aandacht voor het proces van gedragsveranderingsbereidheid en zelfmanagement bij de cliënt en ook voor de inzet van de juiste middelen op het juiste moment door het team (Geilen & Köke, 2008). Zie bijlage 1 voor de uitleg van dit model.

2.3 Werkwijze

Köke en Lamboo (2007) hebben in een interne notitie van Adelante Hoensbroek de werkwijze van de behandeling van chronische pijn beschreven. De werkwijze van het pijnteam Adelante Hoensbroek kenmerkt zich door een biopsychosociale benadering, interdisciplinair werken, het aansluiten op de individuele hulpvragen van de cliënt (cliënt- en vraaggericht) en het stimuleren van de zelfredzaamheid van de cliënt. Het programma bestaat uit het kennismakingsgesprek, de observatieperiode, de behandelingsfase en de evaluatie.

In het kennismakingsgesprek richt men zich op het herkennen en erkennen van factoren die van invloed zijn op de pijn en het functioneren. Dit is een belangrijke stap binnen de pijnrevalidatie. Vervolgens richt de aanpak zich op het verminderen van de invloed van deze factoren. Zo kan er enerzijds gewerkt worden

aan het verbeteren van de dagelijkse conditie en het uitbreiden van voor de cliënt belangrijke activiteiten. Anderzijds kan de cliënt werken aan het veranderen van gewoontes of het verbeteren van de stemming. De cliënt bepaalt uiteindelijk het doel van zijn behandeling.

De eerste drie weken van de behandeling hebben als doel; 1) het optimaliseren van de bereidheid tot gedragsverandering van de cliënt en, 2) het analyseren van het pijnprobleem door het team (opstellen functioneel model). Na deze drie weken is er een stop. De bevindingen en analyses van het team worden besproken. Het rapportageformulier wat hierbij gebruikt wordt is gebaseerd op de indeling volgens ICF. Het pijnteam heeft hiervoor een ICF core set 'Chronische Pijn' gedefinieerd, gebaseerd op internationale ICF- core sets (Cieza, e.a., 2004; van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.20). Ook maakt de cliënt zelf een analyse. De beide uitkomsten zijn bepalend voor de voortgang en de inhoud van de behandeling.

Vervolgens wordt de behandelinhoud samengesteld op basis van de in de probleemanalyse gevonden factoren (werkingsmechanismen) die het pijnprobleem in standhouden in relatie tot hulpvraag en/of doelen van de cliënt. Tijdens de observatieperiode en tijdens de behandelingsfase wordt er gebruik gemaakt van verschillende modules als module COPM, pijnlessen, bewegen en gedachten en gevoelens. Tenslotte wordt de behandeling afgerond en wordt er eventuele nazorg besproken.

2.4 Bewegingsagogie binnen de pijnrevalidatie

Volgens de stichting RowinDo Sports Nederland (z.d.) (waar de site bewegingsagoog.nl een onderdeel van is) definieert men bewegingsagogie als volgt: 'het beïnvloeden, begeleiden en veranderen van het bewegen van mensen met het oog op welzijnsverbetering als handeling'.

De bewegingsagogie is ook een onderdeel binnen de pijnrevalidatie Adelante Hoensbroek. Zowel in de observatie- als in de behandelfase worden er modules aangeboden, die uitgevoerd worden door de discipline bewegingsagogie.

- *Module bewegen in de observatiefase:* De module bewegen bestaat uit twee delen. Het eerste deel heeft betrekking op fitnessoefeningen die begeleid worden door de fysiotherapeuten van het pijnteam. Het tweede deel wordt begeleid door de discipline bewegingsagogie. Het gaat hier om het aanbieden van sport en spelvormen (curling, tafeltennis en badminton) met als doel in opbouwende mate plezier in bewegen en eigen (on)mogelijkheden m.b.t. bewegen te ervaren (Köke & Lamboo, 2007).
- *Module actief zijn in de behandelfase:* Hier bestaat de module uit de volgende aspecten: graded activity, graded exposure, pacing, sport en spel en fysieke training. Het bewegingsprogramma (sport en spel) richt zich op enerzijds het verbeteren van motorische vaardigheden en uithoudingsvermogen en anderzijds het verkennen en herkennen van eigen lichamelijke (on)mogelijkheden en het opdoen van positieve lichamelijke ervaringen. Het ervaren van plezier staat centraal (Köke & Lamboo, 2007). Dit module komt in grote lijnen overeen met het module uit de observatiefase.

Hoofdstuk 3: Psychomotorische therapie binnen de pijnrevalidatie

Psychomotorische therapie (PMT) binnen de revalidatie is nog weinig ontwikkeld, terwijl er vanuit de beroepsgroep een logisch verband lijkt tussen PMT en de veranderde en/of de geschonden lichamelijkeheid (Emck & Bosscher, 2004). Er is in verschillende revalidatiecentra wel een PMT-aanbod op specifieke indicatie, maar PMT is geen vanzelfsprekendheid. Niettemin leiden ontwikkelingen in de visie op het revalidatieproces, die aansluiten bij het gedachtegoed van het biopsychosociaal model, tot betere mogelijkheden voor PMT in de revalidatie (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.7).

3.1 Psychomotorische therapie binnen de revalidatie

De Nederlandse Vereniging Psychomotorische Therapie (2009) (NVPMT) definieert PMT als 'een therapievorm die zich richt op het verminderen/opheffen van psychische en psychosociale problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag'. Het doel van de therapie is de cliënt te helpen om een optimale lichamelijke psychosociale integratie te vinden: verbeteren van de kwaliteit van leven zonder dat de aandoening of de pijn hoeft te veranderen.

In de tot nu toe ontwikkelde programma's neemt PMT een nog zeer bescheiden plaats in. Bewegingsagogie (BA) daarentegen is binnen verschillende revalidatiecentra meer bekend. Zo ook binnen Adelante. BA richt zich, ondanks de pijn, op het (weer) aanbieden van bewegingsmogelijkheden waardoor mensen weer actief kunnen worden. Het hoofddoel is dus, activering. Echter de PMT wil zich richten op de persoon met een hulpvraag met als doel het persoonlijk evenwicht van de cliënt in zijn totale functioneren te verbeteren (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.10).

Door de werkgroep PMT in de revalidatie (onderdeel van de NVPMT) is een visie uitgewerkt omtrent de PMT in de revalidatiesetting (NVPMT, z.d.). Hierin wordt het referentiekader van de revalidatie, het referentiekader van de PMT, het doel binnen de PMT, de werkwijze binnen de PMT en de indicatiestelling besproken.

Van der Meijden-van der Kolk en Bosscher (2007) hebben op een gestructureerde wijze inhoud proberen te geven aan PMT in de revalidatie. Zij behoren tot de kenniskring behorende bij het Lectoraat Bewegen & Gedragsbeïnvloeding van Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle. Het methodisch raamwerk wat zij hebben geschreven sluit aan bij de International Classification of Functioning van de World Health Organization (WHO) (RIVM, 2002) en het biopsychosociale model.

Het model dat van der Meijden-van der Kolk en Bosscher (2007) beschrijven, wordt opgebouwd rond vier aandachtsgebieden: ondernemen van activiteiten, spanning & stress, lichaamsbeleving en interactie & communicatie (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.10).

3.2 Chronische pijn en psychomotorische therapie

PMT richt zich op psychische en psychosociale problematiek, waarbij bewegen en lichamelijkeheid aangrijpingspunten zijn. PMT is door zijn ervaringsgerichte aanpak zowel gericht op de integratie van het denken, het voelen en het handelen, als op de integratie van de verschillende domeinen van de ICF. Daarom sluit de PMT aan op het biopsychosociale model. Dit model is als zodanig geïntegreerd in de visie en werkwijze van de pijnbehandeling binnen Adelante Hoensbroek. Het doel is de verdeling die ontstaan is in het denken, voelen en handelen van de cliënt, door de verstoring aan het lichaam door de chronische pijn, op te heffen (Mengering, 2003).

De eigenheid van de PMT wordt ontleend aan de combinatie van de volgende factoren: hulpverlening gericht op psychosociale problematiek, aangrijpingspunten zijn bewegen en lichamelijkeheid, experimentele (ervaringsgerichte) therapievorm, verbaliseren n.a.v. de concrete lichamelijke ervaringen en het methodisch inzetten van de therapeutische relatie als therapeutisch instrument (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.25).

De vier aandachtsgebieden beschreven in paragraaf 3.1 zijn tevens de vier probleemgebieden waarbij men zich binnen de PMT op kan richten. Deze probleemgebieden zijn afgeleid van de PMT classificatie-items bij chronische pijn in de ICF-domeinen 'activiteiten' en 'participatie' (Cieza, e.a., 2004; van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.20). In deze domeinen worden de aangrijpingspunten voor de relationele lichaamsbeleving en het interactionele bewegen beschreven. Het gaat om de combinatie van de mogelijkheden en beperkingen van de activiteiten en van de participatie. De vier probleemgebieden komen in meerdere of mindere mate voor bij mensen met pijn (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.25).

3.2.1 Bewegingsangst leidend tot vermijden van of overreageren in het ondernemen van activiteiten

Dit probleemgebied sluit aan op de bewegingsangst beschreven in paragraaf 1.3. Een belangrijke doelstelling voor de PMT is om in relatie met de context te komen tot een nieuw evenwicht in soort, duur en intensiteit van bewegen en daarin plezier te beleven (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.26).

3.2.2 Spanning en stress

Pijn en de gevolgen van de pijn geven spanning en stress. Men kan niet functioneren zoals men zou willen en dit is frustrerend. Stress is een normaal en gezond fenomeen, echter bij de cliënt met chronische pijn is de mate en duur van stress het gezonde evenwicht erg uit balans aan het brengen. Hierdoor komen er verschuivingen in het biospsychosociale model. Dit leidt tot fysieke en hormonale stressreacties, die tot structurele veranderingen kunnen leiden bij blijvende 'te' hoge stress. Stress beïnvloedt ook de sociale interacties.

Binnen de PMT richt men zich niet alleen op het verlagen van stress en de spanning door ontspanning, maar ook op het verkennen, herkennen en erkennen van interne en externe stressfactoren. Men leert om hier op een adequate manier mee om te gaan (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.26-27).

3.2.3 Lichaamsbeleving

De lichaamsbeleving raakt verstoord door de aanhoudende pijn. Er is steeds minder ruimte voor andere lichaamsbelevingen dan lichamelijke pijn. Er is een negatieve beleving van het lichaam en men trekt zich gevoelsmatig terug uit zijn lijf. Het beleven van andere zintuiglijke ervaringen dan pijn raken op de achtergrond. De zintuigen worden niet gevoed met positieve prikkels en zo komen er steeds minder plezierige ervaringen. Daarnaast wordt ook het lichamenlijk contact met anderen verminderd. De lichamenlijke intimiteit en seksualiteit wordt steeds minder of niet meer beleefd met personen die belangrijk zijn voor de cliënt. Binnen PMT is het mogelijk om weer positieve zintuiglijke lichaamservaringen op te doen waardoor de cliënt de mogelijkheden heeft om deze ervaringen mee te nemen in het maken van positieve keuzes in het alledaagse functioneren (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.27).

3.2.4 Interacties en sociale verbanden

Het is bekend dat als pijn aanhoudt, deze tussen de persoon in kwestie en zijn omgeving komen te staan. De pijn en het daarbij behorende pijngedrag heeft niet alleen invloed op de persoon met pijn zelf, maar ook op de relatie met partner, gezinsleden, familie en vrienden, werk en sociale verbanden als sport en vrije tijd. Het evenwicht van de wisselwerking tussen de persoon met pijn en zijn omgeving raakt verstoord. De pijn beïnvloedt posities en relatieverbanden.

De persoon met pijn kan in de positie van slachtoffer gaan zitten en zichzelf daardoor en daarmee op de achtergrond of juist op de voorgrond plaatsen. De persoon trekt zich enerzijds terug wat betreft het gangbare functioneren en stelt zich anderzijds juist op de voorgrond met de pijn. De relatie met de ander wordt beladen met pijn en de persoon loopt het risico uit allerlei verbanden weg te vallen.

Pijngedrag kan negatieve gevolgen hebben, maar kan ook wat opleveren in situaties en relaties in de vorm van ziektewinst (Neerinx, 2001). Niet de vraag waar de pijn door komt is dan relevant, maar wat men met de pijn in relaties doet. Er wordt gewerkt met de vraag: 'Hoe krijgt de pijn een plek in het aangaan en onderhouden van relaties?' (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.27).

Hoofdstuk 4: Ontwikkeling PMT-module

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de PMT-module (zie document PMT-module voor mensen met chronische pijnklachten) ontwikkeld is. Naast elementen uit voorgaande hoofdstukken, is het methodische raamwerk voor PMT voor mensen met chronische pijn, geschreven door H. van der Meijden – van der Kolk en R. Bosscher (2007), gebruikt als rode draad. Verder wordt de methode van dit onderzoek beschreven.

4.1 Onderzoekspopulatie

Ten behoeve van het onderzoek is een onderzoeksgroep gekozen bestaande uit cliënten die deelnemen aan de sportgroep. Het betreft volwassen cliënten (mannen en vrouwen) die...

- ...gediagnosticeerd zijn met chronische pijnklachten, en hierbij binnen WPN niveau 3 en 4 zitten. Bij het WPN-niveau 3 en 4 zijn de maatschappelijke en psychologische factoren complex tot zeer complex en spelen een belangrijke (de belangrijkste) onderhoudende rol van de pijnklachten (Hoogervorst, 2003). Voor verdere uitleg van de verschillende WPN-niveaus zie bijlage 2.
- ...die deelnemen aan de PMT module en zijn ingepland bij de sportgroep op de dinsdagmiddag van 16.00u tot 17.00u. Per week kan het verschillen wie er in de groep zit. Echter wordt er wel gestreefd naar een vaste groep (dus niet de ene week wel komen en de andere week niet). In praktijk is dit niet haalbaar, omdat de cliënten individueel therapie krijgen op de afdeling en dus allemaal een ander programma volgen.

4.1.1 Inclusie criteria:

- Cliënt is medisch stabiel.
- Er bestaan beperkingen in het functioneren.
- Anamnese en somatisch onderzoek leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek en behandeling.
- Er bestaan ongewenste psychosociale consequenties gerelateerd aan het pijnprobleem, zoals dagbesteding, relaties, arbeid en sociale rol.
- Cliënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem. Hij heeft een innerlijke motivatie om te veranderen, waarbij een externe motivatie helpend kan zijn. Cliënt heeft in het COPM* aangegeven bereid te zijn tot gedragsverandering.
- De cliënt getuigt van inzicht in de knelpunten van zijn functioneren. Hij realiseert zich dat het niet meer gaat om het fysiek wegnemen van de pijn, maar dat hij moet leren omgaan met de pijn.
- De cliënt heeft enige affiniteit met bewegen en lichamelijke bezit de mogelijkheid tot bewegen, omdat het binnen PMT gaat om te ervaren in bewegings- en lichaamservaringssituaties.

4.1.2 Exclusie criteria

- De cliënt vertoont een grote mate van weerstand tegen bewegen. Dit kan het geval zijn als bewegen door de pijn erg negatief gekleurd is en er geen ingang is om te gaan experimenteren met bewegings- en lichaamservaringssituaties. Het kan ook zijn dat de cliënt een socialisatie heeft waarin bewegen geen of een negatief gekleurde rol speelt.
- De cliënt is nog gericht op het verdwijnen van de pijn. Ondanks een positieve motivatie om te veranderen kan er bij de cliënt ook nog steeds een hoop zijn dat door fysiek ingrijpen de pijn weggenomen wordt.
- Bij de cliënt staat psychopathologie, in de vorm van bijvoorbeeld een depressie of een persoonlijkheidsstoornis, dermate op de voorgrond dat deze meer aandacht vraagt alvorens aangegrepen wordt bij het leren omgaan met de pijn.
- Contra-indicaties zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg.

* COPM = (Canadian Occupational Performance Measure) is een semigestructureerd interview waarmee informatie kan worden verkregen over de, voor de cliënt belangrijke, activiteiten die niet meer naar wens uitgevoerd kunnen worden. Het doel van de COPM is op een cliëntgerichte manier inzicht verkrijgen in de belangrijkste problemen die cliënt ervaart in het betekenisvol handelen, de prioriteiten van de cliënt in het betekenisvol handelen, de uitvoering en tevredenheid over de uitvoering van problemen en de verandering dat de cliënt heeft van zijn handelen gedurende de revalidatie (NVE, 2005).

4.2 Onderzoeksopzet en -procedure

4.2.1 Interventie module

Deze module heeft als doel de cliënt inzicht te laten verkrijgen om verandering mogelijk te maken in het ondernemen van activiteiten, lichaamsbeleving en interactie & communicatie binnen de aangeboden PMT bewegingsactiviteiten, waarbij het bewust denken, voelen en handelen minder gericht is op de pijn.

4.2.2 Persoonlijke doelstellingen

In een intakegesprek met de PMT'er en cliënt, worden de persoonlijke doelen geformuleerd. Er wordt een vragenlijst afgenomen waarop de cliënt kan aangeven aan welke doelen hij of zij wil werken (zie PMT-module, blz. 66). Het intakegesprek vindt plaats voor de PMT bijeenkomst en duurt ongeveer 30 minuten.

4.2.3 Aandachtsgebieden en thema's

In paragraaf 3.1 staan de vier aandachtsgebieden waarmee men de PMT bij chronische pijn kan vormgeven. In het PMT-moduul worden er drie van de vier aandachtsgebieden uitgewerkt, namelijk: interactie & communicatie, lichaamsbeleving en ondernemen van activiteiten. Elk aandachtsgebied wordt uitgewerkt aan de hand van een aantal thema's. Per bijeenkomst wordt er één thema behandeld. De thema's die aan bod komen staan in schema 1 verwerkt.

Ondernemen van activiteiten	Interactie en communicatie	Lichaamsbeleving
○ Ver-, her- en erkennen van mogelijkheden en beperkingen in activiteiten ○ Balans vinden in rust en activiteit ○ Frustratie hanteren (vermijders/bijters) ○ Vertrouwen herwinnen en plezier beleven	○ Contact maken ○ Communiceren over grenzen/wensen/belevingen van jezelf en de ander	○ Zintuiggebruik en voelen van lichamelijke signalen ○ Ver-, her- en erkennen van lichaamsbewustzijn ○ Ver-, her- en erkennen van lichaamsattitude ○ Ver-, her- en erkennen van lichaamsgrenzen

Schema 1: Aandachtsgebieden en thema's PMT-module

4.2.4 Duur PMT moduul

De ontwikkelde module bestaat uit een programma van een duur van 10 weken, afgestemd op het bestaande pijnprogramma op de afdeling die ook 2x 5 weken duurt. In deze 10 weken worden alle thema's behandeld. De behandelfrequentie zal 1 keer per week zijn, gedurende 1 uur lang. De fases die de cliënt zal doorlopen (ieder op zijn of haar eigen manier) zijn:

- Verkennen en herkennen van problemen.
- Oefenen met gedragsalternatieven en veranderde cognities op basis van bewegings- en lichaamservaringen.
- Integreren van nieuw gedrag (m.b.t. persoonlijke doelen) gericht op participatie en daar positieve belevingen bij ervaren.

4.2.5 Referentiekaders

Binnen de PMT zal niet alleen cognitieve gedragstherapie gebruikt worden, maar ook de psychodynamische therapie, de systeemtherapie en de cliënt-centered therapie (voor verdere uitleg zie PMT-module, blz. 16). Door gebruik te maken van verschillende referentiekaders, gebruik je als therapeut verschillende attitudes om cliënten tot inzicht te laten komen of in ervaringssituaties te brengen.

4.2.6 Groepssamenstelling

De groep, bestaande uit maximaal 8 personen, is een open groep. Het voordeel van een open groep is dat de nieuwe cliënten mee kunnen gaan met het niveau van de cliënten die al wat langer hebben deelgenomen aan het PMT moduul.

4.2.7 Werkboek cliënten

Alle cliënten krijgen een werkboek. Hier staat o.a. de PMT-intake in en de opgestelde persoonlijke doelen. Per bijeenkomst vult men de indrukwekkendste ervaringen op het werkblad in (zie PMT-module, blz. 62).

4.2.8 Spanningsmeter

De spanningsmeter is een subjectieve manier van het meten van spanning in en aan het lichaam, net zoals de pijn ook een subjectieve persoonlijke ervaring is. Bij de spanningsmeter kan de therapeut zien of de cliënt de ervaringen en spanningen los kan zien van de pijn, of dat de pijn de beïnvloedende factor is van de hoeveelheid spanning. Door de spanningsmeter aan het begin en aan het einde van de bijeenkomst in te vullen, kan zowel de cliënt als de therapeut zien wat de bijeenkomst met hem of haar gedaan heeft.

4.2.9 Rapportages cliënten

Als PMT'er maak je aan het einde van elke bijeenkomst over iedere cliënt een rapportage. Hierin wordt de spanningsmeter aangegeven, algemeen hoe de cliënt heeft meegedaan, wat hij ervaren heeft en een observatie opgeschreven m.b.t. het thema. Dit alles wordt gekoppeld aan de persoonlijke doelen van de cliënt. Binnen de PMT kan de LECS-methode gebruikt worden. Hierbij wordt het lichamelijke, het emotionele, het cognitieve en het sociale aspect geobserveerd en gerapporteerd.

4.3 Meetmethoden

In schema 2 is de beschrijving van de meetmethoden van het onderzoek te vinden. Ook wordt er beschreven wat er wordt gemeten en hoe het wordt gemeten.

Meetmethoden	Wat wordt er gemeten?	Hoe wordt het gemeten?
Evaluatieformulier cliënten (zie PMT-module, blz. 88) Bron: van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.69	In het algemeen wat men van de PMT-module vindt: ▪ Wat men van het ervaringsgericht werken vond? ▪ Hoe men het werken met persoonlijke doelen vond? ▪ Of de module een meerwaarde is binnen de behandeling van chronische pijn? ▪ Of men meer inzicht heeft gekregen in bepaalde aspecten als lichaamssignalen en emoties.	D.m.v. een vragenlijst kunnen de cliënten een vraag beantwoorden met de volgende keuzes: ▪ Zeer mee oneens ▪ Mee oneens ▪ Mee eens ▪ Zeer mee eens Vragen als of men de module een meerwaarde vindt binnen de behandeling, worden afgesloten met een toelichting.
Vragenlijst fysiotherapeuten en bewegingsagogen (zie bijlage 3)	In het algemeen wordt er gevraagd wat met van de PMT-module vindt: ▪ Of men de aandachtsgebieden vindt aansluiten bij de huidige behandeling? ▪ Of men de thema's vindt aansluiten bij de huidige behandeling? ▪ Of men het ervaringsgericht werken een meerwaarde vindt? ▪ Of de PMT een meerwaarde is binnen de huidige behandeling?	In een vragenlijst worden open vragen gesteld, waarbij men met 'ja' of met 'nee' kan antwoorden. Daarbij wordt er gevraagd om een toelichting te geven op het gegeven antwoord.

Schema 2: Beschrijving meetmethoden onderzoek; PMT en chronische pijn.

4.4 Dataverwerking

De data uit de evaluatieformulieren van de cliënten worden verwerkt in grafieken (verwerkt in Excel). Hierbij kan op een systematische wijze getoond worden hoeveel mensen het met iets eens zijn en hoeveel mensen niet. De antwoorden op de vraag naar de toelichting van de meerwaarde van de module zijn onder elkaar genoteerd als citaten.

De data uit de vragenlijsten van de therapeuten kunnen niet verwerkt worden in grafieken. Bij de verwerking van de antwoorden zullen de toelichtingen bij de vragen onder elkaar genoteerd worden als 'citaten'.

Hoofdstuk 5: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. In totaal hebben tien cliënten de PMT-module gevolgd, waarvan acht cliënten de evaluatieformulieren hebben ingevuld. Van de zes fysiotherapeuten hebben vier fysiotherapeuten de vragenlijsten ingevuld. Binnen de bewegingsagogie hebben twee bewegingsagogen de vragenlijsten ingevuld.

5.1 Resultaten chronische pijncliënten

De vragenlijsten die de cliënten hebben ingevuld zijn verwerkt in grafieken (zie bijlage 4). Van een aantal, voor dit onderzoek belangrijke vragen, worden de antwoorden schematisch weergegeven (zie schema 3). Bij vraag 6 is te zien dat niet iedere cliënt elk thema gevolgd heeft.

	Ze er mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Ze er mee eens
Vraag 3: De opbouw van de module was goed voor u.	0	0	7	1
Vraag 4: De opbouw binnen een bijeenkomst was goed voor u.	0	0	8	0
Vraag 6: De thema's die aanbod zijn gekomen zijn belangrijk voor u geweest: ▪ Ver-, her- en erkennen van mogelijkheden en beperkingen in activiteiten ▪ Frustratie hanteren (vermijders/bijters) ▪ Vertrouwen herwinnen en plezier beleven ▪ Contact maken ▪ Communiceren over grenzen/wensen/belevingen van jezelf en de ander	0 0 0 0 0	1 1 1 1 1	2 1 1 4 5	1 2 2 2 1
Vraag 7: Het opschrijven van ervaringen is van nut voor u: ▪ tijdens de sessie ▪ gedurende de week	0 0	2 2	4 6	2 0
Vraag 9: U kunt beter omgaan met uw: ▪ Lichaamssignalen ▪ Emoties	0 0	4 1	3 7	1 0
Vraag 11: U heeft meer inzicht verkregen in: ▪ Mogelijkheden en beperkingen ▪ Balans tussen activiteit en rust ▪ Dat u uw lichaam weer kunt vertrouwen ▪ Hoe u uw frustratie kunt hanteren	0 0 0 0	1 1 4 3	5 7 2 3	2 0 2 2
Vraag 12: U hebt weer plezier kunnen beleven aan bewegingssituaties.	0	0	5	3
Vraag 13: Het werken met persoonlijke doelen binnen de PMT heeft voor u een meerwaarde gehad.	0	2	5	1

Schema 3: Selectie resultaten evaluatieformulieren cliënten

Bij vraag 13, moest de cliënt een toelichting geven op het antwoord. Hierbij kwamen de volgende toelichtingen:

- 'Meer je grens weten binnen het bewegen. Terug ervaren van plezier in bewegen. Dus alle losse stukjes van de therapieën vallen samen binnen de PMT'.
- 'Module zat goed in elkaar, mooie ondersteuning'.
- 'Activiteiten sloten goed aan bij het thema en de persoonlijke doelen'.

- 'Voor mij heeft het op deze manier een meerwaarde op dit moment. Het bewust handelen en het ervaringsgericht werken heeft mijn lichaam op dit moment nodig, ook al zegt mijn geest dat ik gewoon wil knallen in het sporten. Echter laat mijn lichaam dat op dit moment niet toe'.
- 'Het heeft mij geholpen kleinere stappen te zetten, hier van te genieten en dit vol te houden'.
- 'Het heeft een meerwaarde, omdat je beter kunt inspelen op je doelen (je gaat gerichter te werk). Er wordt meer nagedacht en meer bewust gehandeld. De feedback en het contact met de anderen was prettig. Echter heeft het geen meerwaarde als je geen zin hebt en niet open staat voor het evalueren en opschrijven'.
- 'Ik zie het functioneren in mijn thuissituatie terugkomen in de activiteiten en ook andersom. Dit zet mij aan het denken. In dit stadium (waarin ik nu zit), vind ik het ervaringsgericht werken erg fijn. Ik ben er nu nog niet aan toe om te sporten. Het themagericht werken spreekt mij erg aan, je weet waar je mee bezig bent, je kunt ervaringen makkelijker plaatsen.'
- 'De kleine activiteiten vond ik fijn. Ik ben geen sporttype en snap nooit de spelregels. Op dit moment vond ik de spelactiviteiten leuk en heb ik plezier kunnen ervaren in het bewegen.'
- 'De vele afwisselingen in activiteiten houden het voor mij leuk. Sommige activiteiten vind ik minder leuk dan de andere, maar ook dat kom je in het dagelijks leven voor en moet je ook hiermee kunnen omgaan. Het werken met persoonlijke doelen vond ik er fijn, omdat ik bewust bezig was met mijn leerproces. De thema's die behandeld zijn sluiten aan bij mijn persoonlijke doelen. Ik had het PMT-moduul wel vaker willen volgen. Tijdens de PMT wordt er op een basale manier bewogen. Dat heb ik op dit moment ook nodig, omdat ik zo kan werken aan mijn persoonlijke doelen. Binnen het vrije sporten zou ik dit niet kunnen, omdat er dan niet diep genoeg in gegaan wordt op ervaringen.'

5.2 Resultaten fysiotherapeuten pijnafdeling

Vier fysiotherapeuten van de pijnafdeling hebben de vragenlijst ingevuld (zie bijlage 3). De belangrijkste vragen zijn hieronder vermeld. Achter de vraag staat hoeveel mensen het met de vraag eens zijn en hoeveel mensen oneens. Daarnaast worden er een aantal toelichtingen geciteerd.

Vraag 2: Bent u van mening dat dit themagericht werken van meerwaarde kan zijn binnen de behandeling van chronische pijnklachten?

Ja = 4

Nee = 0

- 'Omdat het op een ervaringsgerichte manier kan versterken wat binnen het revalidatieprogramma beoogd wordt te bereiken. Het KAN echter een meerwaarde zijn. Ik zou het niet bij iedereen aanbieden. Daarnaast is het lastig dat niet elk thema voor iedereen een meerwaarde heeft en dus mogelijk ervaren kan worden als extra ballast in plaats van lekker bewegen'.
- 'Omdat dit ook thema's zijn die ik als psychosomatisch fysiotherapeut vaak toepas bij de behandeling van chronische pijnpatiënten'.
- 'Omdat de aandachtsgebieden passen bij de patiëntenpopulatie van de onze afdeling'.
- 'Binnen een thema kunnen mensen kijken naar hun eigen leerdoelen en van daaruit iets meenemen'.

Vraag 3: Bent u van mening dat het ervaringsgericht werken a.d.h.v. persoonlijke doelen een meerwaarde biedt voor de behandeling van chronische pijnklachten?

Ja = 4

Nee = 0

- 'Omdat inmiddels aangetoond is en we de ervaring hebben opgedaan dat ervaringsgericht werken een meerwaarde heeft. PMT heeft op onze afdeling dat onderscheidende karakter dus niet, omdat we al heel veel ervaringsgericht werken. Sommige revalidanten ervaren het dan juist als dubbelop'.
- 'Omdat dit aansluit bij de behandeling zoals die op andere momenten al wordt aangeboden. Het leert mensen bewust keuzes te maken. Hoewel het ook kan zijn dat te veel moeten stilstaan bij ook wel eens averechts kan werken'.

Vraag 6: Bent u van mening dat de PMT-module van meerwaarde is voor de behandeling van chronische pijn binnen het pijnprogramma van Adelante Hoensbroek?

Ja = 4

Nee= 0

- 'Dat kan bij sommige revalidanten zeker een meerwaarde zijn. Dan moet het wel een bewuste keuze zijn en wellicht ook bepaalde thema's wel en niet'.
- 'Ik zie het zeker als meerwaarde daar het erg aansluit met hetgeen waar ik mee bezig ben in mijn fysiotherapeutische behandeling. Het is mijn inziens een goede aanvulling'.
- 'Ik denk dat het een meerwaarde kan hebben, omdat het mensen kan helpen bij het leren ervaren op toepassingsgebieden. Misschien niet voor iedereen dus naar de inclusie zou dan gekeken moeten worden'.

5.3 Resultaten bewegingsagogen

Binnen de discipline 'bewegingsagogie' werken zeven bewegingsagogen. Hiervan werken twee bewegingsagogen met de pijngroepen. Deze twee bewegingsagogen hebben dan ook de vragenlijst ingevuld. Zoals in paragraaf 5.2 benoemd, zijn de belangrijkste vragen en antwoorden hieronder vermeld.

Vraag 2: Bent u van mening dat dit themagericht werken van meerwaarde kan zijn binnen de behandeling van chronische pijnklachten?

Ja = 2

Nee= 0

- 'De revalidant is nog bewuster bezig met deze aandachtsvelden. Ik ben er enthousiast over'.
- 'Omdat je met deze werkwijze duidelijkheid en structuur geeft aan revalidanten met chronische pijn. Ze weten waar ze aan toe zijn. Hiernaast gaat de afdeling ook met modules werken, waar verschillende onderwerpen aan bod komen, zo sluit dit nauw aan met de werkwijze van andere disciplines. Mensen met chronische pijn krijgen door deze werkwijze inzicht in eigen functioneren, merken waar de vermijding ligt en kunnen beter hun grenzen aangeven'.

Vraag 3: Bent u van mening dat het ervaringsgericht werken a.d.h.v. persoonlijke doelen een meerwaarde biedt voor de behandeling van chronische pijnklachten?

Ja = 2

Nee= 2

Beide bewegingsagogen konden niet volledig met 'ja' antwoorden:

- 'Ja/nee, ligt eraan. Enkele mensen met chronische pijn denken juist te veel en kan dit averechts werken. Terwijl je misschien ook door de aandacht hierheen te verplaatsen ze dit meer bewust kunt laten worden. Voor de mensen die juist meer bewust moeten worden is dit wel een goede aanpak. Mijn ervaring is het ontspannen en plezierig bewegen, vaak een verademing geeft. De revalidanten hoeven eens niet na te denken en merken dat dit heel prettig is. Ze bewegen onbewust en hierdoor kunnen ze meer, zonder pijngedrag. Onze kracht is ook dat we bewegen in een groep dit in combinatie met spelelement waar de revalidant kan winnen of verliezen is een situatie waarin de revalidant meer kan dan hij/ zij denkt en ook vaak laat zien. Ons beeld over een revalidant is daarom vaak verschillend met het beeld wat ze elders zien.
- Het zal zeker een positieve bijdragen leveren bij de behandeling van chronische pijn. Maar naar mijn mening moet er ook voldoende ruimte zijn om even zonder al die aandacht met de activiteit bezig te zijn.

Vraag 6: Bent u van mening dat de PMT-module van meerwaarde is voor de behandeling van chronische pijn binnen het pijnprogramma van Adelante Hoensbroek?

Ja = 2

Nee= 0

- 'Ik denk dat het wel een meerwaarde heeft, maar dat de module een beetje aangepast moet worden, zodat er ook genoeg ruimte is voor plezierig en ontspannen bewegen, zonder veel nadenken en evaluatie'.
- 'Mijn voorstel zou zijn een combinatie van mijn benadering en jouw PMT-module'.

Hoofdstuk 6: Discussie

In dit hoofdstuk wordt een kritische blik geworpen op het onderzoek. Zowel de methode, de resultaten als de praktische uitvoering van het PMT-module wordt bekeken. Daarnaast wordt er weergegeven wat er achteraf gezien anders moest of kon en welke invloed dat heeft op de gevonden resultaten.

6.1 Intakegesprekken PMT

De intakes duurden 30 minuten per cliënt, doch een aantal cliënten gaf te kennen dat dit te weinig tijd was. Een 45-minuten intake zou meer aandacht voor het persoonlijke stukje kunnen betekenen. Cliënten gaven aan dat ze de intakegesprekken als prettig ervaren hebben; met name benadrukten zij dat er een vertrouwensband werd opgebouwd, en dat men zich op zijn gemak voelde. Qua content en opbouw vond men de intakegesprekken gestructureerd en compleet.

6.2 Werkboek cliënten

Het werkboek zelf heeft veel ervaringen oproepen bij de cliënten. De één vond het fijn om ervaringen op te schrijven, omdat het op die manier zichtbaarder wordt hoe men heeft gehandeld. En de ander vond het juist niet prettig om ervaringen op te schrijven. Er werd aangegeven dat men het mondeling toelichten van ervaringen prettiger vond dan het schrijven. Wel merkten de cliënten dat het steeds makkelijker ging om ervaringen op te schrijven en dat ze op deze manier wel veel bewuster bezig zijn met 'hoe' ze iets ervaren hebben en welke betekenis ze eraan verlenen.

Daarnaast is uit de praktijk gebleken dat de 'huiswerkopdracht' als 'teveel' ervaren wordt. De cliënten geven aan dat ze met een vraag en een ervaring naar huis gaan die ze vanuit de PMT-bijeenkomst hebben meegekregen. Vaak is men hier al genoeg mee bezig. De huiswerkopdracht, en dus het opschrijven van een ervaring vanuit de thuissituatie, wordt als 'te veel' ervaren.

Tenslotte was er op te merken dat de cliënten, die voor het eerst meededen aan de sportgroep en vanaf het begin de PMT-module aangeboden kregen, minder weerstand gaven bij het invullen van het werkboek. Cliënten die eerst aan de bewegingsagogie hebben deelgenomen en vervolgens het PMT-traject inolden, hadden meer weerstand bij het invullen van het werkboek.

Zoals hierboven al beschreven, vinden de meesten cliënten het werken met een werkboek een meerwaarde. Het is aan te raden de therapie langer te laten duren, zodat het werken met het werkboek geen tijd consumeert van het sporten.

Daarnaast heeft het tijdstip van de therapie invloed op de kwaliteit van de deelname (bijv.: aan het einde van dag wil men weer snel naar huis en is daarmee de aandacht en de motivatie minder).

6.3 PMT module in praktijk

Het is jammer dat de PMT-module van tien bijeenkomsten niet in zijn geheel uitgevoerd is (door tijdsgebrek). Zo hebben de cliënten niet alle thema's kunnen doorlopen en dus kunnen ervaren. Voor een zo compleet mogelijk onderzoek en resultaat, zouden eigenlijk alle tien de bijeenkomsten uitgevoerd moeten worden.

Daarnaast was de opkomst van de cliënten naar de PMT niet altijd consequent. Dit zorgde ervoor dat cliënten bijvoorbeeld van de tien weken, maar vier weken PMT hebben gevolgd. Dit kwam doordat de roostermakers geen rekening met de PMT hielden; cliënten werden daardoor op het PMT tijdstip met regelmaat voor andere activiteiten ingepland (bijv. andere therapie, een belangrijk gesprek). Zowel therapeuten als cliënten waren van mening dat een PMT traject als geheel doorlopen moet worden; het uiteindelijk resultaat en effect neemt sterk af indien de regelmaat in deelname ontbreekt.

Er wordt vanuit de 'bewegingsagogie' aangegeven dat er meer ruimte moet zijn voor het plezierig en ontspannen bewegen, zonder veel na te hoeven denken en te evalueren. Binnen de fysiotherapie wordt er ook aangegeven dat het ervaren afgewisseld moet worden met 'lekker bewegen'. Sommige cliënten zagen dit ook liever, echter zeiden de meesten dat ze, in de situatie waarin ze nu zitten, het lichamelijk nog niet aankunnen om te sporten en de PMT-module een fijne manier vonden om weer in aanraking te komen met bewegen en sporten.

6.4 PMT binnen behandeling van chronische pijn

Als er gekeken wordt naar de reflectie van de PMT binnen de behandeling van chronische pijncliënten bij Adelante, worden de rapportages die er geschreven werden na elke bijeenkomst als een meerwaarde gevonden. Op deze manier weten de fysiotherapeuten af van de persoonlijke doelen van de cliënten en wat er tijdens de PMT gebeurt. Ze geven aan dat ze het geobserveerde in hun eigen therapie kunnen meenemen en dit ook kunnen verwerken in teamverslagen. Binnen de multidisciplinaire behandeling op de pijnafdeling van Adelante zou er een algemeen rapportagesysteem moeten komen, waarin elke therapeut zijn of haar rapportages schrijft, die voor iedereen van het team toegankelijk is. Op deze manier kan er meer ingespeeld worden op waar het individu op dat moment mee bezig is. Echter moet er dan wel een rapportagetijd komen na de therapiesessies. Een rapportagetijd van 30 minuten zou haalbaar zijn.

PMT wordt als een meerwaarde binnen de behandeling van chronische pijn ervaren; zowel het ervarings- als het themagericht werken. De aandachtsgebieden en de thema's sluiten aan op waar men op de afdeling mee werkt. Het blijft moeilijk om thema's op generieke wijze aan te bieden vanwege de heterogene samenstelling van de groep.

6.5 Resultaten

Vanuit de evaluaties en vragenlijsten kunnen de volgende discussiepunten benoemd worden:

- **Fysiotherapeuten:** Vanuit de fysiotherapeuten wordt aangegeven dat het PMT-moduul een meerwaarde is binnen de behandeling van chronische pijn. Het multidisciplinair team zou een advies moeten geven welke cliënt wel en welke niet geïndiceerd moet worden voor de PMT; voor de ene cliënt kan het juist averechts werken.

Één fysiotherapeut geeft aan dat er op de pijnafdeling al heel veel ervaringsgericht gewerkt wordt en dat sommige cliënten de PMT als dubbelop kunnen ervaren. Drie andere fysiotherapeuten stellen dat PMT wel een goede aanvulling is op het huidige programma.

Tenslotte komt er naar voren dat er binnen de PMT minder ruimte lijkt voor spontaan en vrij bewegen en dat er misschien wel een afwisseling moet komen in ervaren en vrij bewegen.

- **Bewegingsagogie:** Vanuit de bewegingsagogie wordt er aangegeven dat het PMT-moduul wel een meerwaarde kan zijn binnen de behandeling van chronische pijn, maar dat er meer ruimte moet komen voor het plezierig en ontspannen bewegen. De cliënten komen vaak naar het sporten met het idee 'even nergens aan te denken'. De bewegingsagogie mist dit stukje in de module.

Het werken aan de hand van de persoonlijke doelen is een meerwaarde, maar kan bij enkele mensen ook averechts werken, omdat deze doelgroep vaak al teveel denkt en te bewust is over hetgeen wat ze doen, denken en voelen. Voor de mensen die juist moeten leren bewust te worden, is dit wel een goede aanpak. Er is één bewegingsagoog die stelt dat er voldoende ruimte moet zijn om zonder al die aandacht met de activiteit bezig te zijn.

Tenslotte wordt aangegeven dat ten aanzien van de rapportages het lichamelijke aspect meer naar voren moet komen (bijv. rapporteren dat iemand 50% van de sessie bukkend gehandeld heeft). Rapportages gingen nu vooral over het cognitieve, emotionele, sociale en gedragsmatige aspect.

- **Chronische pijncliënten:** Zes van de acht cliënten geven aan dat ze het PMT-moduul een meerwaarde vinden. De andere twee cliënten niet. Deze laatste groep geeft aan dat ze het moeilijk vinden om ervaringen op te schrijven en liever 'gewoon' wilde sporten. De groep die het PMT-moduul wel als meerwaarde ervoer, geeft aan dat ze meer bewuster worden van zowel hun beperkingen als hun mogelijkheden in activiteiten. Door ervaringen op te schrijven wordt men bewust van zijn of haar denken, voelen en handelen.

6.6 Het onderzoek

6.6.1 Onderzoekspopulatie

Als onderzoekspopulatie is de chronische pijngroep binnen Adelante Hoensbroek gekozen; sportgroep van de dinsdagmiddag. Ondanks dat de groep niet altijd volledig aanwezig was, bestond hij in zijn totaliteit uit twee mannen en zes vrouwen. Er is getracht zoveel mogelijk te kwantificeren, doch vanwege de omvang van de groep geënkquêteerden, kan de groep niet als niet representatief beschouwd worden.

6.6.2 Onderzoeksmethode

Tijdens het onderzoek is gebleken dat de onderzoekspopulatie te klein was om conclusies aan te kunnen verbinden. Voor dit soort onderzoeken zou eigenlijk met een grotere onderzoekspopulatie gewerkt moet worden. Dit is alleen realiseerbaar als dit onderzoek over een langere periode uitgevoerd wordt. Daarnaast zouden instellingsafhankelijke invloeden uitgesloten moeten worden door het onderzoek over een groter geografisch gebied te spreiden (meerdere revalidatiecentra).

Essentieel daarbij zou de toepassing van een nulmeting en toepassing van controlegroepen moeten zijn die geen PMT binnen hun totale behandeling krijgen om op deze wijze resultaten te kunnen vergelijken.

Dit zou resulteren in een meer wetenschappelijke benadering van de vraagstelling.

Ten aanzien van het uitgevoerde onderzoek zouden de vragen van de enquête voor de cliënten wellicht eenduidiger gesteld kunnen worden met daarbij een kwantificeerbare beoordeling (bijvoorbeeld op een schaal van 10 punten).

Het onderzoek zoals beschreven in deze scriptie blijft een wat subjectiever onderzoek en hiermee dus kwalitatief en indicatief.

Tenslotte is het huidige PMT-moduul uitsluitend gericht op hoe de chronische pijncliënt behandeld wordt binnen Adelante. Een veralgemenisering van de thema's is aan te raden, omdat het PMT-moduul daarmee toepasbaar wordt voor meerdere revalidatiecentra.

Hoofdstuk 7: Conclusie

In dit hoofdstuk worden de gevonden resultaten verklaard en geïnterpreteerd. Hieruit worden conclusies geformuleerd. Vervolgens wordt er een antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. Tenslotte wordt de doelstelling van het onderzoek geëvalueerd.

Binnen de cliëntgroep is te zien dat 75% van de onderzoeksgroep (acht personen) het PMT-moduul een meerwaarde vindt binnen hun behandeling van chronische pijn. Bij de andere 25% ligt de affiniteit niet bij het ervaringsgericht werken, maar wel bij het sporten en bewegen zelf. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat er binnen Adelante een ervaringsgroep (PMT) en een sportgroep (BA) opgestart zou kunnen worden. Omdat deelname aan PMT niet voor elke cliënt tot resultaten zal leiden, zouden mensen die voor de PMT in aanmerking komen, door het multidisciplinair team geïndiceerd moeten worden.

Daarnaast geeft 75% aan graag door te willen gaan met PMT in groepsverband. Er wordt aangegeven dat men het jammer vindt niet het hele moduul te hebben kunnen volgen. 58% van de onderzoeksgroep zou graag de individuele PMT willen ervaren, om zo adequater aan hun doelen te kunnen werken.

100% van de cliënten heeft weer plezier kunnen beleven aan bewegingssituaties. Hieruit is te verklaren dat het 'sporten en bewegen' wel nodig is om weer plezier te kunnen bewegen.

Daarnaast is uit de werkboeken van de cliënten gebleken dat de spanningsmeter niet meer zozeer wordt ingevuld aan de hand van negatieve spanningen, maar positieve spanningen. De pijn lijkt een minder groot issue te zijn in het dagelijks leven van de chronische pijncliënt. Ze zijn er wel bewust van dat de pijn er is, maar vermijden bewegingssituaties niet. Als er gekeken wordt naar het fear-avoidance model, uitgewerkt in paragraaf 1.3, gaat men niet catastroferen, heeft men geen angst voor beweging en ontstaat er ook geen vermijding. Men gaat activiteiten aan en leert zo beter omgaan met de pijn.

100% van de ondervraagden therapeuten binnen de fysiotherapie en de bewegingsagogie vinden dat PMT een meerwaarde kan zijn binnen de behandeling van chronische pijncliënten. Echter vindt iedereen dat er wel meer afwisseling moet komen in het ervaren en het 'vrij bewegen'. Wanneer er meer tijd zou komen voor de therapiesessies (bijvoorbeeld 1,5 uur therapie) zou er meer ruimte zijn voor het bewegen en zal het ontspannen bewegen ook meer op de voorgrond treden.

Het onderzoek heeft een bijdrage kunnen leveren aan het behalen van de doelstelling. Zowel de doelstelling van het onderzoek in het algemeen als de doelstelling gesteld in de PMT-module. De algemene doelstelling was dat men binnen Adelante meer kennis zou krijgen van PMT en dat men enthousiast wordt van deze vaktherapie. Dit is zeker gelukt.

De doelstelling van het PMT-moduul is dat de cliënt inzicht verkrijgt om verandering mogelijk te maken in het ondernemen van activiteiten, lichaamsbeleving en interactie & communicatie binnen de aangeboden PMT bewegingsactiviteiten, waarbij het bewust denken, voelen en handelen minder gericht is op de pijn. Zoals hierboven al vermeld en te concluderen is uit de grafieken in bijlage 4, heeft men meer inzicht verkregen in het denken, voelen en handelen en is deze minder gericht op de pijn.

Vervolgens een antwoord op de vraagstelling binnen dit onderzoek:

'Is het een meerwaarde om in de bestaande behandeling van chronische pijncliënten binnen de sportgroep bij Adelante Hoensbroek, bewegingsgerichte activiteiten te integreren zoals gebruikelijk binnen de psychomotorische therapie?'

Voor de onderzoekspopulatie in dit onderzoek, functionerende binnen de sportgroep bij Adelante Hoensbroek, lijkt het een meerwaarde om bewegingsgerichte activiteiten te integreren zoals gebruikelijk binnen de PMT. Zowel de cliënten, de fysiotherapeuten als de bewegingsagogen zien deze meerwaarde en hebben het ook zo ervaren.

Hoofdstuk 8: Aanbevelingen

In hoofdstuk 6 en 7 wordt vanuit de fysiotherapie, bewegingsagogie en de cliënten al aanbevelingen gegeven hoe iets beter of anders aangepakt zou kunnen worden binnen het PMT-moduul.

Zoals beschreven in de inleiding van deze scriptie, is er vanuit de constatering dat er binnen de bewegingsagogie niet cognitief-gedraggericht gewerkt wordt met cliënten met chronische pijnklachten een vraagstelling ontstaan: *'Is het een meerwaarde om in de bestaande behandeling van chronische pijncliënten binnen de sportgroep bij Adelante Hoensbroek, bewegingsgerichte activiteiten te integreren zoals gebruikelijk binnen de psychomotorische therapie?'*

Aan de hand van de resultaten mag er geconcludeerd worden dat zowel de fysiotherapeuten, de bewegingsagogen als de cliënten binnen Adelante, het PMT-moduul een meerwaarde vinden binnen de behandeling van chronische pijn. In dat opzicht zou de PMT-module doorgezet moeten worden, echter wel misschien met een aantal aanpassingen.

Ten eerste zal er een onderscheid gemaakt moeten worden tussen een ervaringsgroep (PMT) en een sportgroep (BA). Niet voor iedere cliënt is het een meerwaarde om ervaringsgericht te werken binnen het sporten en staat vrij en plezier bewegen voorop. Ook niet iedereen staat open voor de werkwijze binnen het PMT-moduul. Deze groep zou dan geschikt zijn voor de sportgroep (BA). Cliënten die het ervaringsgericht werken juist wel een meerwaarde vinden zouden geïndiceerd kunnen worden voor de ervaringsgroep (PMT). Het team zou samen met de cliënt (en eventueel met de PMT'er) een indicatie kunnen maken of iemand open staat voor de PMT-module en dus een meerwaarde ziet in die werkwijze.

Ten tweede zou er meer afwisseling moeten komen tussen het ervaringsgericht werken en het vrij en plezierig bewegen. Bijvoorbeeld één keer in de twee weken ervaringsgericht werken en de andere keer het plezierig bewegen. Echter zal dit ook weer afhankelijk zijn van hoe men de PMT gaat organiseren binnen de behandeling in verband met de ervaringsgroep en sportgroep.

Ten derde moet er gekeken worden wie de PMT-module zou kunnen aanbieden aan de cliënten met chronische pijn. Ondanks het feit dat een aantal fysiotherapeuten van de pijnafdeling een oriëntatiecursus gevolgd heeft (geleid door Lia van der Maas, bewegingswetenschapper en docente PMT-BA opleiding), is ten behoeve van een structurele en systematische inbedding van PMT bij de pijnbehandeling bij Adelante het raadzaam een gediplomeerd PMT'er aan te stellen. Naast het verzorgen van PMT zou deze de bewegingsagogen die PMT willen toepassen kunnen coachen in de basisaspecten die gehanteerd worden binnen deze vaktherapie.

Tenslotte vormen bij de gedragsgeoriënteerde aanpak, anders dan bij de klassieke oefentherapie, de communicatieve, coachings- en counselingvaardigheden een essentieel element van de therapie. Hier zou dan ook extra aandacht aan besteed kunnen worden.

Tevens zou voor elke PMT-traject een effectmeting moeten plaatsvinden, waarbij men eerst een nulmeting afneemt en vervolgens ook het eindresultaat meet. Waar staat iemand aan het begin van de therapie, en waar staat iemand aan het einde van de therapie? Hierbij zou er een onderscheid gemaakt moeten worden in de onderzoeksgroep (ervaringsgroep PMT) en de controlegroep (sportgroep BA).

Ten aanzien van het onderzoek kunnen de volgende aanbevelingen gegeven worden: aanbevelingen als grotere onderzoekspopulatie, het werken met onderzoeksgroepen en controlegroepen, meerdere revalidatiecentra betrekken bij het onderzoek en een andere meetmethode. Deze zouden het indicatieve beeld, wat uit het onderzoek bij Adelante naar voren komt, meer wetenschappelijk kunnen onderbouwen. Voor meer gedetailleerde aanbevelingen zie paragraaf 6.6.

Chronische pijn en PMT, een nog te ontginnen gebied. Moge deze scriptie een bijdrage leveren aan de kennisopbouw van deze vaktherapie en leiden tot een verdere acceptatie en erkenning binnen de zorg.

Literatuurlijst

- Bair, M., Robinson, R., et al (2003). *Depression and pain comorbidity: a literature review*. Archives of internal medicine, 163(20), 2433-2445.
- Banks, S., & Kerns R. (1996). *Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework*. Psychological Bulletin, 119(1), 95-110.
- Blackburn-Munro, G., & Blackburn-Munro, R. (2001). *Chronic pain, chronic stress and depression: coincidence or consequence?* Journal of neuroendocrinology, 13(12), 1009-1023.
- Breivik H, et al. (2006). *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment*. Eur J Pain, 10:287-333.
- Burns, J., Johnson, B., et al (1998). *Cognitive and physical capacity process variables predict long-term outcome after treatment of chronic pain*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66(2), 434-439.
- Burns, J., Kubilus, A., Bruehl, S., Harden, R., & Lofland, K. (2003). *Do Changes in Cognitive Factors Influence Outcome Following Multidisciplinary Treatment for Chronic Pain? A Cross-Lagged Panel Analysis*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(1), 81-91.
- Cieza, A., Stuckie, G., Weigl, M., Kullmann, L., Stoll, T., Kamen, L., Kostanjsek, N. & Walsh, N. (2004). *ICF core sets for chronic widespread pain*. Verkregen op 30 april 2012 via: https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:DLO1cmsxy7cJ:www.medicaljournals.se/jrm/content/download.php?doi%3D10.1080/16501960410016046+ICF-+core+sets+chronic+pain&hl=nl&gl=nl&pid=bl&srcid=ADGEESiERl6FPRVpmwEvLtGGfgJV49sCDvKppGQB70lwiPZ71UfCNMEFxoT70WDHBj76K0zJ60eBuLetOms6e6uwkFXWmrJ5Pzjp-5zV5Kbcuk1V9sxCgUvDt0xIskv-nM2lCBWZ7crB&sig=AHIEtbTPXnPhuvwwzJ_dleaBoMnjROMSlg
- Damasio, A. (2003). *Het gelijk van Spinoza*. Wereldbibliotheek, Amsterdam.
- Emck, C. & Bosscher R. (2004). *Psychomotorische interventies: bewegingservaring op maat in G. Pool e.a. Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen* (pp.) Koninklijke Van Gorcum, Assen.
- French, D., France, C., Vigneau, F., French, J., & Evans, R. (2007). *Fear of movement/(re)injury in chronic pain: A psychometric assessment of the original English version of the Tampa scale for kinesiophobia (TSK)*. Pain, 127, 42-51
- Geilen, M., & Köke, A. (2008). *Pijnbehandelaar in rol van coach*. Tijdschrift voor coaching: visieblad voor professioneel begeleiden, 9(1), 16-19.
- Hoogervorst, H. (2003). *Beleidsvisie inzake pijnrevalidatie en revalidatietechnologie*. Verkregen op 30 april 2012 via: http://kennisplein.zorgenbouw.nl/Pdf/zorg/ZH%202439450D_tcm10-44499.pdf
- Holzberg, A., Robinson, M., et al (1996). *The effects of depression and chronic pain on psychosocial and physical functioning*. The Clinical journal of pain, 12(2), 118-125.
- Jensen, M., Nielson, W., Turner, J., Romano, J., & Hill, M. (2003). *Readiness to self-manage pain is associated with coping and with psychological and physical functioning among patients with chronic pain*. Pain, 104(3), 529-537.
- Jensen, M., Turner, J., et al (2001). *Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 69(4), 655-662.
- Keefe, F., Rumble, M., Scipio, C., Giordano, L., & Perris L. (2004). *Psychological Aspects of Persistent Pain: Current State of the Science*. Journal of Pain, 5(4), 195-211.
- Köke, A. (2011). *Chronische pijnpatiënt vooral gebaat bij gedragsmatige aanpak*. FysioPraxis; profiel: 30-32.
- Köke, A., & Lamboo, J. (2007). *Achtergronden en uitgangspunten. Revalidatieprogramma voor Chronische pijn*. Interne notitie Hoensbroeck Revalidatiecentrum.
- Kori, S., Miller, R., & Todd, D. (1990). *Kiniosophobia: a new view of chronic pain behavior*. Pain Management, (1-2), 35-43.
- Mayer T., Polatin P., & Gatchel R. (1998). *Functional restoration and other rehabilitation approaches to chronic musculoskeletal pain disability syndromes*. Crit Rev Physical Rehab Med, 10, 209-221.

- McCaffrey M. (1979). *Nursing management of the patient with pain*. Philadelphia: IC Lippincott.
- McCahon, S., J. Strong, et al. (2005). *Self-Report and Pain Behavior Among Patients With Chronic Pain*. *Clinical Journal of Pain* 21(3): 223-231.
- McCracken, L., Spertus, I., et al (1999). *Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: Pain-related anxiety and acceptance*. *Pain*, 80(1-2), 283-289.
- McCracken, L., Vowles, K., et al (2004). *Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method*. *Pain*, 107(1-2), 159-166.
- McQuade, K., Turner, J., et al (1988). *Physical fitness and chronic low back pain. An analysis of the relationships among fitness, functional limitations, and depression*. *Clinical orthopaedics and related research*, 233, 198-204.
- Mengering, B. (2003). *Revalidatie Psychomotorische Therapie*. Interne publicatie. UMCG, Groningen.
- Merskey H., Bogduk N., & Sloan P. (1994). *Classification of chronic pain (intern publication)*, IASP press Seattle.
- Neerinckx, E. (2001). *Psychomotorische therapie bij psychosomatische klachten*. In J. de Lange & R.J. Bosscher (red.), *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie* (pp. 193-206). Cure & Care, Zeist.
- NVE (2005). Ergotherapierichtlijn beroerte. Verkregen op 30 april 2012 via:
<http://www.hersenwerk.nl/adviezen%20en%20producten/Richtlijn%20CVA%20Ergotherapie.pdf>
- NVPMT (2009). *Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut*. Verkregen op 14 maart 2012 via:
http://www.nvpmt.nl/component/option,com_phocadownload/Itemid,97/id,7/view,file/
- NVPMT (z.d.). *Visie omtrent Psychomotorische Therapie in de Revalidatiesetting*. Verkregen op 14 maart 2012 via:
http://www.nvpmt.nl/component/option,com_phocadownload/Itemid,111/id,7/view,category/
- Online Encyclopedie (z.d.). *Distress*. Verkregen op 30 april 2012 via: <http://www.encyclo.nl/zoek.php?woord=distress>
- Pain Proposal (2011). *Noodzakelijke verbetering van zorg en aanpak van chronische pijn*. Rapport van Pain Proposal Executive Committee, uitgave 6 juli 2011.
- RIVM (2002). *ICF*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Rollnick S., Mason P., & Butler C. (1999). *Health Behavior Change*. A guide for practitioners. Churchill Livingstone: Edingburgh.
- Romano, J., & Turner, J. (1985). *Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship?* *Psychological Bulletin*, 97(1), 18-34.
- Samwel, H.J.A., Evers, A.W.M., Crul, B.J.P., & Kraaimaat, F.W. (2006). *The role of helplessness, fear of pain, and passive pain-coping in chronic pain patients*. *Clinical Journal of Pain*, 22, 245-251.
- Smith, B., & Zautra, A. (2008). *The effects of anxiety and depression on weekly pain in women with arthritis*. *Pain*, 138(2), 354-361.
- Swinkels-Meewisse, I., Roelofs, J., Oostendorp, R., Verbeek, A., & Vlaeyen, J. (2006). *Acute low back pain: pain-related fear and pain catastrophizing*. *Pain*, 120, 36-43.
- Tumlin, T. (2001). *Treating Chronic-Pain Patients in Psychotherapy*. *Psychotherapy in Practice*, 57, 1277-1288.
- Tumlin, T. (2004). *Psychotherapeutic issues encountered in the psychotherapy of chronic pain patients*. *Current Science*, 8, 124-129.
- Turk, D., & Okifuji, A. (2002). *Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution*. *J Consult Clin Psychol*, 70, 678-690.
- Van der Meijden-van der Kolk, H. & Bosscher, R.J. (2007). *Psychomotorische Therapie voor mensen met chronische pijn. Een methodisch raamwerk*. Zwolle, Christelijke Hogeschool Windesheim.
- Verbunt, J., Seelen, H., Vlaeyen, J., van der Heijden G., Heuts P., Pons K., & Knottnerus J. (2003). *Disuse and deconditioning in chronic low back pain: concepts and hypothesis on contributing mechanisms*. *Eur J Pain*, 7, 9-21.

Viane, I., Crombez, G., et al (2003). *Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: Empirical evidence and reappraisal*. Pain, 106(1-2), 65-72.

Viane, I., Crombez, G., et al (2004). *Acceptance of the unpleasant reality of chronic pain: Effects upon attention to pain and engagement with daily activities*. Pain, 112(3), 282-288.

Vlaeyen, J., Kole-Snijders, A., Boeren, R., & van Eek, H. (1995). *Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioural performance*. Pain, 62, 363-372.

Vlaeyen, J., Kole-Snijders, A., et al (1995). *Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioural performance*. Pain, 62(3), 363-372.

Vlaeyen, J., Kole-Snijders, A. & van Eek, H. (1996). *Chronische pijn en revalidatie; Praktijkreeks gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Vlaeyen, J., & Linton, S. (2000). *Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art*. Pain, 85(3), 317-332.

Bijlagen

Bijlage 1: 7-stappen model van Kanfer	-30-
Bijlage 2: WPN niveaus	-33-
Bijlage 3: Ingevulde vragenlijsten fysiotherapeuten en bewegingsagogen	-35-
Bijlage 4: Resultaten evaluatieformulieren cliënten	-40-

Bijlage 1: 7-Stappen model van Kanfer

7-Stappen model van Kanfer:

- Stap 1: kennismaking
- Stap 2: gedragsveranderingsmotivatie
- Stap 3: functionele analyse
- Stap 4: doelstellingen bepalen
- Stap 5: behandelplan uitvoeren
- Stap 6: evaluatie voortgang
- Stap 7: afronding behandeling

Het revalidatieproces is ingericht conform de gedragsveranderingsfasen van de cliënt: het **7 stappenmodel van zelfmanagement** (Kanfer).

1 Kennismaking

De startfase wordt gekenmerkt door kennismaking en is gericht op het scheppen van een aantal gunstige voorwaarden voor samenwerking.

Tijdens de startfase zijn de belangrijkste doelen:

- eerste verkenning van het 'pijnprobleem' van cliënt, met inbegrip van de houding (passief-afhankelijk of actief).
- het screenen van (relatieve) contra-indicaties (o.a. met behulp van een gestandaardiseerde set vragenlijsten zoals de Pijn Catastrofen Schaal (PCS), de Hospital Anxiety Depressie Schaal (HADS), de Beck Depression Inventory (BDI), de Multidimensionele Pijnvragenlijst (MPI-DLV), de Tampa Schaal voor Kinesiofobie (TSK) en de Vragenlijst Kenmerken Persoonlijkheid (VKP).
- afstemmen van verwachtingen van cliënt
- informeren van cliënt revalidatiebehandeling, met mogelijkheden en onmogelijkheden
- helderheid scheppen over de rollen van de hulpvrager en hulpverlener

2 Gedragsveranderingsmotivatie

De cliënt start met een 3 weken durend programma (dagelijks) waarin de bereidheid tot verandering centraal staat. Dit vindt plaats aan de hand van kennisoverdracht en reflectie op het persoonlijk proces, een eerste selectie van de terreinen waarop veranderingen nodig zijn die kunnen leiden tot een zinvol leven. Daarnaast krijgt de cliënt de gelegenheid om te experimenteren met verschillende behandelvormen.

Deze op zelfmanagement gerichte behandelingsstrategie vraagt een actieve houding van de cliënt. Een dergelijke houding kan niet "afgedwongen" worden, hooguit "uitgelokt" of gefaciliteerd. Soms kan deze fase vlot doorlopen worden, soms ook is het bijna een "therapie op zichzelf" en vergt het creëren van veranderingsbereidheid veel tijd en aandacht.

De volgende hindernissen kunnen verandering in de weg staan:

- vrees voor verandering;
- "vastkleven" aan oude gewoonten;
- aangeleerde hulpeloosheid;
- secundaire winst met het probleemgedrag;
- onvoldoende vaardigheden (bijvoorbeeld: assertiviteitsproblemen, onvoldoende probleemoplossend vermogen, et cetera);
- niet voldoende geïnformeerd zijn en/of onvoldoende inzicht;
- weerstand tegen de behandelaar.

Wanneer een van deze problemen een zinvolle c.q. kansrijke behandeling in de weg staat, kunnen de volgende vragen behulpzaam zijn (“**weten/kunnen/willen**”):

1. **Weet** de betrokken persoon, dat dit speelt? Zoniet: bespreken en/of de cliënt stimuleren informatie daarover te verwerven.
2. **Kan** de betrokken persoon er iets mee? Zoniet, dan is wellicht een gerichte behandeling of training aangewezen (bijvoorbeeld: assertiviteitstraining, of bestaande depressie behandelen, et cetera).
3. **Wil** de betrokken persoon veranderen? Zo niet, dan nagaan of gerichte aandacht kan leiden tot motivatie. Cave: “niet trekken aan een dood paard” en tegelijk “cynisme” vermijden.

Voor een eerste keuze van de domeinen waarop verandering bereikt zou moeten worden informeert men naar persoonlijke voorkeuren en gewoontes, zelfbeeld, scholing/opleiding/beroep, vrije tijdsbesteding, sociale context, politieke/maatschappelijke/religieuze instelling, liefde/seksualiteit, et cetera.

De volgende vragen zijn voorbeelden van mogelijkheden om een cliënt uit te nodigen doelen te exploreren:

- “Als ik u over 3 (5, etc) jaar zou bezoeken, hoe zou u dan willen dat uw leven verloopt?”
- “Als u het voor het zeggen had en alle macht had, wat zou u dan veranderen; hoe zou uw leven er dan uitzien?”
- “Hoe zag het leven eruit, als u geen problemen meer had en alles kon doen wat u wil?”
- “Schets mij uw droomleven.”

3 **Functionele analyse**

Aan het einde van deze eerste drie weken van de behandeling stelt het team een functionele analyse van het pijnprobleem van de cliënt op, inclusief een uitspraak over de geschiktheid van de revalidatiebehandeling voor deze cliënt. De behandeling van de cliënt staat dan (tijdelijk) stop. De functionele analyse is een analyse van het 'pijnprobleem' in relatie tot de hulpvragen van de cliënt. De bedoeling is dat iedere discipline zicht richt op specifieke deelgebieden, die gezamenlijk het hele domein van pijnproblematiek omvatten. De verzamelde gegevens moeten bij elkaar een compleet beeld geven van het probleem van de individuele cliënt. Dit functionele model van het team wordt met de cliënt besproken in het tussengesprek (een gesprek na beëindiging eerste drie weken en voor start definitieve behandeling. De cliënt krijgt op het einde van de drie weken de opdracht om een eigen ‘probleemanalyse’ te maken aan de hand van een aantal vragen. De cliënt wordt gevraagd wat hij/zij wil gaan veranderen, waarom en op welke manier of met hulp van welke middelen. De cliënt brengt zijn plan van aanpak in in het tussengesprek. Het doel van het tussengesprek is te komen tot een gezamenlijk gedragen analyse van het probleem en de vervolgaanpak.

Dit is een specifieke diagnostische fase, waarbij het team soms ook psychiatrisch consult nodig heeft. Chronische pijnsyndromen gaan vaak gepaard met co-morbiditeit (persoonlijkheidsstoornissen, gedragsstoornissen, stemmingsstoornissen, verslavingsproblematiek, stressstoornissen, etc).

4 **Doelstellingen bepalen**

In het functionele model van het team moeten ook de (voorlopige) therapiedoelstellingen worden benoemd. Een valkuil is een niet-opgehelderde discrepantie tussen de hulpvraag van de cliënt en de professionele analyse van de hulpverlener. Er wordt onderscheid gemaakt in cliëntdoelen, procesdoelen (voorwaarde scheppende activiteiten vanuit een specifieke discipline) en in te zetten middelen. De definitieve selectie van doelen vindt plaats in het tussengesprek door cliënt en revalidatiearts samen. Bij start van de behandeling worden de cliëntdoelen (en evt procesdoelen) tijdcontingent gedefinieerd in relatie tot de duur van de behandelperiode door iedere behandelaar in samenspraak met de cliënt.

5 **Behandelplan uitvoeren**

Voor de meest voorkomende en bekende factoren zijn gestandaardiseerde behandelmodules ontwikkeld. De cliënten krijgen in groep een basistherapie aangeboden. Daarnaast worden individuele accenten aangebracht op basis van de probleemanalyse. De behandelfase wordt onderverdeeld in een fase van

‘aanleren vaardigheden’, een tweede fase van ‘leren toepassen thuis’ en een derde fase ‘zelfstandig uitvoeren thuis’.

6 Evaluatie voortgang

De voor-/nametingen zijn hierbij essentieel. Waarin treedt verandering op? Is er sprake van verbetering en vooruitgang? Welke hinderpalen blijken te moeten worden aangepakt tijdens de behandelingsfase? Primair vindt de voortgangsbespreking plaats op basis van het realiseren van de behandeldoelen van de cliënt. In deze therapeutische fase is het van belang een adequate “diagnostische alertheid” te behouden. De therapie moet soms worden begeleid met diagnostische elementen. Daarom wordt systematisch de opgestelde probleemanalyse telkens getoetst op correctheid en indien nodig wordt behandelplan aangepast aan (nieuwe) inzichten op dat moment.

7 Afronding behandeling

Hierbij gaat het om toepassing van de resultaten en afronding van de therapie.

De overdracht van geleerde vaardigheden naar de alledaagse situatie is uiteraard van cruciaal belang. In feite dient bij de eerste probleemoriëntering (fase 2) al inzicht te ontstaan op het belang van de gewenste verandering en de consequenties daarvan voor de thuissituatie. Vaak liggen namelijk ook op dat terrein problemen, die aandacht vereisen.

Voor veel hulpverleners is de afrondingsfase een moeilijke. “Hoe maak ik mijzelf overbodig?”

In de derde behandelfase gaat de cliënt zelfstandig aan de slag en zijn er periodiek terugkom-momenten ter evaluatie en verdere aansturing op lange termijn

Bijlage 2: WPN-niveaus

De werkgroep pijnrevalidatie Nederland (WPN) heeft een indeling gemaakt naar complexiteit en zwaartecategorieën als hulpmiddel om te bepalen waar de cliënt het beste behandeld kan worden. Het pijnrevalidatieprogramma, zoals binnen Adelante Hoensbroek gehanteerd wordt, richt zich op WPN 3 en 4 niveau.

WPN-niveau 1

Volwassen cliënten met verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnklachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, langer dan 6 weken bestaand.

Inclusie criteria:

1. Pijnklachten in het houdings- en bewegingsapparaat
2. Pijnklachten bestaan langer dan 6 weken
3. Er bestaan (lichte) beperkingen in het functioneren
4. Anamnese en somatisch onderzoek leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek
5. Cliënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem
6. Cliënt kan voorlichting en instructie makkelijk in zich opnemen en toepassen in zijn/haar leefsituatie
7. Cliënt is sociaal en psychisch stabiel

Exclusie criteria:

1. Contra-indicaties zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg

WPN-niveau 2

Volwassen cliënten met verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnklachten, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat en langer dan 6 weken bestaand. Er bestaan problemen ten aanzien van overbelasting en ergonomie. Sociale en psychische factoren spelen geen onderhoudende rol.

Inclusie criteria:

1. Pijnklachten aan houdings- en bewegingsapparaat
2. Pijnklachten bestaan langer dan 6 weken
3. Er bestaan beperkingen in het functioneren
4. Behandeling gericht op omgaan met overbelasting en ergonomie is geïndiceerd
5. Anamnese en somatisch onderzoek leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek
6. Cliënt functioneert psychosociaal op een stabiel niveau
7. Cliënt getuigt van inzicht in de knelpunten van zijn functioneren
8. Cliënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem
9. Cliënt kan voorlichting en instructie makkelijk in zich opnemen en toepassen in zijn/haar leefsituatie

Exclusie criteria:

1. Contra-indicaties zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg

WPN-niveau 3

Volwassen patiënten met verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnklachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat en langer dan 6 weken bestaand. Sociale en psychische factoren zijn complex en spelen een belangrijke onderhoudende rol.

Inclusie criteria:

1. Pijnklachten aan houdings- en bewegingsapparaat
2. Pijnklachten bestaan langer dan 6 weken
3. Cliënt is medisch stabiel
4. Er bestaan beperkingen in het functioneren
5. Anamnese en somatisch onderzoek leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek en behandeling
6. Er bestaan ongewenste psychosociale consequenties gerelateerd aan het pijnprobleem, zoals dagbesteding, relaties, arbeid, sociale rol
7. Sociale en psychische factoren zijn complex en spelen een belangrijke onderhoudende rol
8. Cliënt getuigt van inzicht in de knelpunten van zijn functioneren
9. Cliënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem

Exclusie criteria:

1. Contra-indicaties zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg
2. Psychopathologie, die prevaleert boven de revalidatie-indicatie en/of revalidatie-belemmerend werkt
3. Ernstige twijfel aan de veranderbaarheid van de cliënt en/of het systeem

WPN-niveau 4

Volwassen cliënten met disfunctioneren bij pijnklachten (aspecifiek en specifiek), zich uitend in houdings- en bewegingsapparaat langer dan 6 weken bestaand. Sociale en psychische factoren zijn zeer complex en spelen de belangrijkste onderhoudende rol.

Inclusie criteria:

1. Pijnklachten aan houdings- en bewegingsapparaat
2. Pijnklachten bestaan langer dan 6 weken
3. Cliënt is medisch stabiel
4. Er bestaan beperkingen in het functioneren
5. Anamnese en somatisch onderzoek leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek en behandeling
6. Er bestaan ongewenste psychosociale consequenties gerelateerd aan het pijnprobleem, zoals dagbesteding, relaties, arbeid, sociale rol
7. Sociale en psychische factoren zijn complex en spelen de belangrijkste onderhoudende rol
8. Cliënt heeft de mogelijkheden om inzicht te ontwikkelen in de knelpunten van zijn functioneren
9. Cliënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem het systeem is bij de behandeling te betrekken

Exclusie criteria:

1. Contra-indicaties zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg
2. Psychopathologie, die prevaleert boven de revalidatie-indicatie ofwel revalidatie-belemmerend werkt
3. Ernstige twijfel aan de veranderbaarheid van de cliënt en het systeem

Bijlage 3: Inge vulde vragenlijsten fysiotherapeuten en bewegingsagogen

Psychomotorische Therapie bij Adelante Hoensbroek



Vragenlijst PMT-module fysiotherapeuten en bewegingsagogen afdeling pijn

Beste,

2 mei 2012

Zoals jullie wellicht weten loop ik vanaf september 2011 stage bij de discipline bewegingsagogie binnen Adelante Hoensbroek. Hier ben ik in aanraking gekomen met de doelgroep 'chronische pijn'. Deze doelgroep en jullie werkwijze heeft mij zo aangesproken, dat ik het onderwerp van mijn afstudeerscriptie hierop gericht heb. Ik wilde heel graag kijken hoe men het zou vinden als ik psychomotorische therapie (PMT) zou geven aan de sportgroep op dinsdagmiddag.

Met enkele van jullie heb ik contact gehad en ik kreeg alle ruimte om iets te ondernemen. Ik heb een PMT-module geschreven en deze ben ik al een aantal weken aan het uitvoeren. Nu wil ik aan de hand van een vragenlijst 'meten' wat jullie hiervan vinden en of jullie PMT een meerwaarde vinden binnen het pijnprogramma van de chronische pijnrevalidanten.

Ik wil jullie vragen om onderstaande vragenlijst (digitaal) in te vullen en deze zo snel mogelijk naar mij te sturen per mail (**liefst voor 10 mei**). Het adres: **kim.merk@windesheim.nl**. Op 24 mei a.s. moet ik mijn scriptie inleveren, dus ik heb niet meer heel veel tijd. Volgende week ga ik ook het module met de revalidanten evalueren.

Alvast jullie dank!

Met vriendelijke groet, Kim Merk (studente aan de Chr. Hogeschool Windesheim te Zwolle, opleiding Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie)

ANTWOORDEN VRAGENLIJST

FYSIOTHERAPEUTEN AFDELING PIJN EN BEWEGINGSAGOGEN

Vraag 1: Vanaf september 2011 heb ik PMT-behandelingen gegeven. Heeft u op enigerlei wijze kennis kunnen nemen van wat PMT eigenlijk is?

Fysio-therapeut 1	<i>Ja, omdat we het programma "Amsterdam" hebben gedraaid. Ik heb toe via Lia van der Maas lessen PMT gekregen om ze vervolgens zelf te kunnen geven.</i>
Fysio-therapeut 2	<i>Ja, omdat ik heb 1 keer een hydrotherapieles gezien waarin PMT werd gegeven.</i>
Fysio-therapeut 3	<i>Ja, omdat er voorkennis was.</i>
Fysio-therapeut 4	<i>Ja, enigszins. Ik heb de terugmeldingen van de revalidanten gehoord en de rapportages gelezen.</i>
Bewegings-agoog 1	<i>Binnen onze behandelingswijze is dit bekend onderdeel.</i>
Bewegings-agoog 2	<i>nee, omdat je deze lessen draaide op een tijdstip welke ik zelf andere therapieën gaf en dus niet aanwezig was.</i>

Vraag 2: Binnen het PMT-moduul werd gewerkt aan de hand van 3 aandachtsgebieden, t.w. **ondernemen van activiteiten, interactie & communicatie en lichaamsbeleving**. Binnen deze 3 aandachtsgebieden heb ik een tiental thema's (bijv. 'contact maken') aangeboden. Bent u van mening dat dit themagericht werken van meerwaarde kan zijn binnen de behandeling van chronische pijnklachten? Graag toelichten.

Fysio-therapeut 1	<i>Ja, omdat het op een ervaringsgerichte manier kan versterken wat binnen het revalidatieprogramma beoogt wordt te bereiken. Het KAN echter een meerwaarde zijn. Ik zou het niet bij iedereen aanbieden. Daarnaast is het lastig dat niet elk thema voor iedereen een meerwaarde heeft en dus mogelijk ervaren kan worden als extra ballast in plaats van lekker bewegen.</i>
Fysio-therapeut 2	<i>Ja, omdat dit ook thema's zijn die ik als psychosomatisch fysiotherapeut vaak toepas bij de behandeling van chronische pijnpatiënten.</i>
Fysio-therapeut 3	<i>Ja, omdat de aandachtsgebieden passen bij de patiëntenpopulatie van de onze afdeling.</i>
Fysio-therapeut 4	<i>Ja, binnen een thema kunnen mensen kijken naar hun eigen leerdoelen en van daaruit iets meenemen.</i>
Bewegings-agoog 1	<i>Dat geloof ik zeker, de revalidant is nog bewuster bezig met deze aandachtsvelden. Ik ben er enthousiast over.</i>
Bewegings-agoog 2	<i>Ja, omdat je met deze werkwijze duidelijkheid en structuur geeft aan revalidanten met chronische pijn. Ze weten waar ze aan toe zijn. Hiernaast gaat de afdeling ook met modules werken, waar verschillende onderwerpen aan bod komen, zo sluit dit nauw aan met de werkwijze van andere disciplines. Mensen met chronische pijn krijgen door deze werkwijze inzicht in eigen functioneren, merken waar de vermijding ligt en kunnen beter hun grenzen aangeven.</i>

Vraag 3: Een van de onderscheidende elementen van PMT is het ervaringsgericht werken (denken, voelen en handelen) aan de hand van persoonlijke doelen. Bent u van mening dat deze aanpak een meerwaarde biedt voor de behandeling van chronische pijnklachten? Graag toelichten.	
Fysio-therapeut 1	<i>Ja, omdat inmiddels aangetoond is en we de ervaring hebben opgedaan dat ervaringsgericht werken een meerwaarde heeft. PMT heeft op onze afdeling dat onderscheidende karakter dus niet, omdat we al heel veel ervaringsgericht werken. Sommige revalidanten ervaren het dan juist als dubbelop.</i>
Fysio-therapeut 2	<i>Ja. Zie opmerking bij vraag 2.</i>
Fysio-therapeut 3	<i>Ja, zie bovenstaande</i>
Fysio-therapeut 4	<i>Ja, omdat dit aansluit bij de behandeling zoals die op andere momenten al wordt aangeboden. Het leert mensen bewust keuzes te maken. Hoewel het ook kan zijn dat te veel moeten stilstaan bij ook wel eens averechts kan werken.</i>
Bewegings-agoog 1	<i>Het zal zeker een positieve bijdragen leveren bij de behandeling van chronische pijn. Maar naar mijn mening moet er ook voldoende ruimte zijn om even zonder al die aandacht met de activiteit bezig te zijn.</i>
Bewegings-agoog 2	<i>Ja/nee, ligt eraan. Enkele mensen met chronische pijn denken juist te veel en kan dit averechts werken. Terwijl je misschien ook door de aandacht hierheen te verplaatsen ze dit meer bewust kunt laten worden. Voor de mensen die juist meer bewust moeten worden is dit wel een goede aanpak. Mijn ervaring is het ontspannen en plezierig bewegen, vaak een verademing geeft. De revalidanten hoeven eens niet na te denken en merken dat dit heel prettig is. Ze bewegen onbewust en hierdoor kunnen ze meer, zonder pijngedrag. Onze kracht is ook dat we bewegen in een groep dit in combinatie met spelelement waar de revalidant kan winnen of verliezen is een situatie waarin de revalidant meer kan dan hij/ zij denkt en ook vaak laat zien. Ons beeld over een revalidant is daarom vaak verschillend met het beeld wat ze elders zien.</i>

Vraag 4: Onderdeel van de stage was het gebruik maken van een formeel rapportage systeem (schriftelijk), voor zowel vastlegging alsook overdracht van informatie. De rapportages die u van mij over de revalidanten ontvangen heeft, boden deze voor u en/of het team een meerwaarde? Welke verbeterpunten zou u voorstellen?	
Fysio-therapeut 1	<i>Ja, omdat ik nu weet heb van de doelen en wat er gebeurd is tijdens de les. Dit kan ik weer meenemen in mijn eigen therapie en verwerken in de teamverslagen. Ik heb geen verbetervoorstellen, het lijkt me alleen erg arbeidsintensief en de vraag is of dit zo over genomen kan worden door collega's van de BA.</i>
Fysio-therapeut 2	<i>Ja. Ik vond het een meerwaarde om terugkoppeling te krijgen over mijn patiënten. De vorm waarin de terugkoppeling plaatsvond, vond ik prima.</i>
Fysio-therapeut 3	<i>Ja, omdat het up to date informatie geeft Geen verbeterpunten; goed communicatiemiddel</i>
Fysio-therapeut 4	<i>Ja omdat, het een heldere en regelmatige verslaglegging was. Het geeft veel informatie. Verbeterpunt kan zijn om de rapportage per revalidant te versturen. (bijvoorbeeld i.v.m. privacy)</i>
Bewegingsagoog 1	<i>Dat was prima, ik vraag me af waar je al die tijd vandaan haalt. Verbeterpunten zou ik zo niet weten.</i>
Bewegingsagoog 2	<i>Ja, omdat deze zeer uitgebreid waren. De rapportages gaven precies weer hoe de revalidant functioneerde en wat deze beleefde. Het was alsof ik zelf in de gymzaal stond en het zag met eigen ogen als ik de rapportages las. Heb ook geen verbeterpunten. Misschien dat je wat meer kunt vermelden in de rapportages of de revalidant aan zijn/haar doelstellingen heeft gewerkt. BV. mw. heeft moeite met bukken en heeft dit deze les vermeden of ze heeft ongeveer 50% gebukt uitgevoerd.</i>

Vraag 5: Ziet u verschillen, en zo ja, welke, tussen de huidige bewegingsagogie zoals die wordt gegeven binnen Adelante en de psychomotorische therapie zoals ik die heb aangeboden binnen het moduul?	
Fysio-therapeut 1	<i>Ja, er worden nu vooraf doelen bepaald en er is een thema per les. Het ervaringsgerichte onderdeel komt niet bij elke bewegingsagoog terug. Het andere verschil is dat er binnen de module minder ruimte lijkt voor spontaan en vrij bewegen ten opzichte van de huidige BA. Terugkoppeling vindt via beide methoden plaats.</i>
Fysio-therapeut 2	<i>Ja. Het werken met bovengenoemde thema's werd niet eerder zo gedaan.</i>
Fysio-therapeut 3	<i>Ja; andere uitgangspunten en aandachtsgebieden.</i>
Fysio-therapeut 4	<i>Nee, maar dat komt omdat ik geen les gezien heb.</i>
Bewegingsagoog 1	<i>Heel duidelijk. Zelf hield ik me veel meer bezig met relatief ontspannen sporten met wel persoonlijke aandachtspunten en was niet zo bezig met de thema's die jij centraal stelde.</i>
Bewegingsagoog 2	<i>Ja, het grootste verschil was dat de deelnemers papieren invulde en evaluaties hield tijdens de les. Hierdoor enkele keren stil stonden.</i>

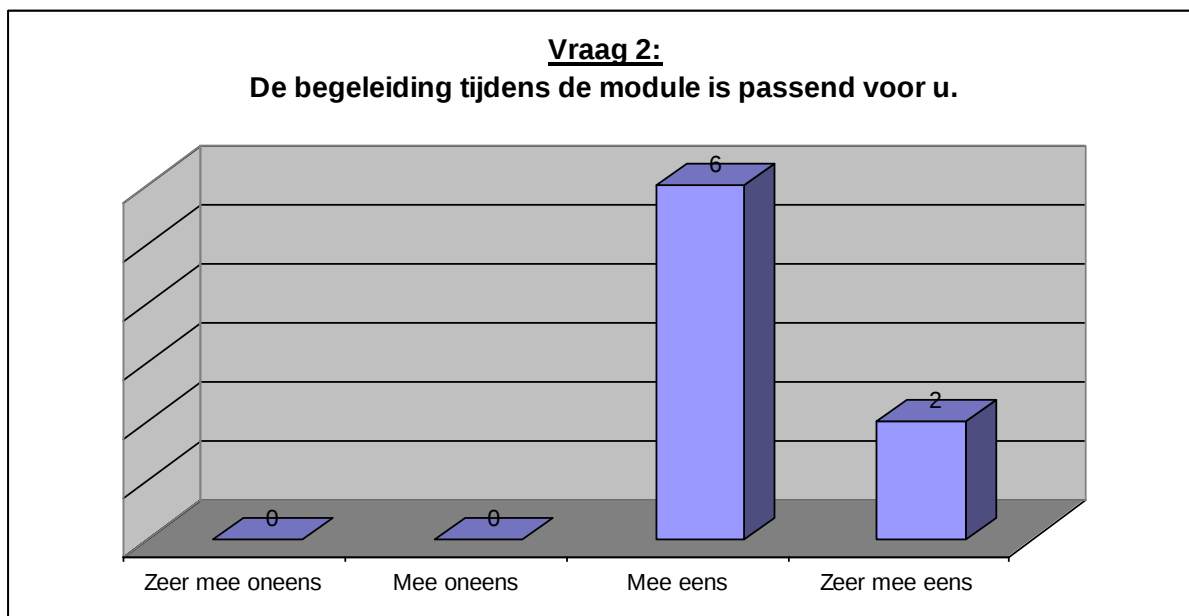
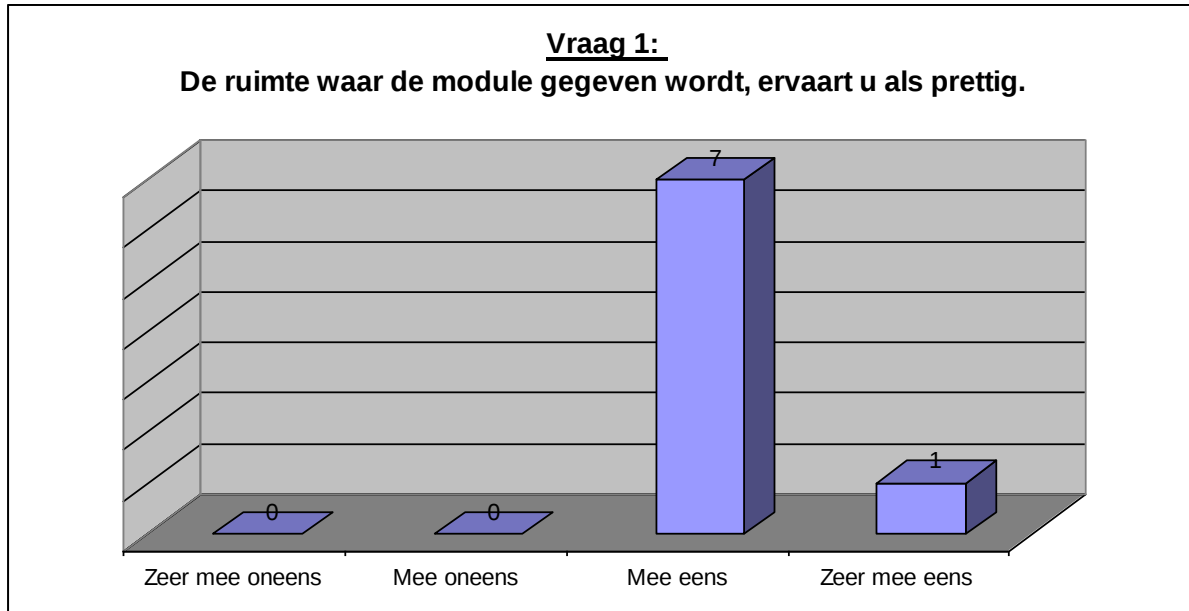
Vraag 6: Bent u van mening dat de PMT-module van meerwaarde is voor de behandeling van chronische pijn binnen het pijnprogramma van Adelante Hoensbroek. Graag een toelichting.	
Fysio-therapeut 1	<i>Ja, dat kan bij sommige revalidanten zeker een meerwaarde zijn. Dan moet het wel een bewuste keuze zijn en wellicht ook bepaalde thema's wel en niet.</i>
Fysio-therapeut 2	<i>Ja. Ik zie het zeker als meerwaarde daar het erg aansluit met hetgeen waar ik mee bezig ben in mijn fysiotherapeutische behandeling. Het is mijn inziens een goede aanvulling.</i>
Fysio-therapeut 3	<i>Ja; zie eerste vragen.</i>
Fysio-therapeut 4	<i>Ja, ik denk dat het een meerwaarde kan hebben, omdat het mensen kan helpen bij het leren ervaren op toepassingsgebieden. Misschien niet voor iedereen dus naar de inclusie zou dan gekeken moeten worden.</i>
Bewegings-agoog 1	<i>Deze vraag heb ik eigenlijk al beantwoord en mijn voorstel zou zijn een combinatie van mijn benadering en jouw PMT-module.</i>
Bewegings-agoog 2	<i>Omdat ik de inhoud niet goed genoeg ken, kan ik hier geen antwoord op geven. Ik denk dat het wel een meerwaarde heeft, maar dat de module een beetje aangepast moet worden, zodat er ook genoeg ruimte is voor plezierig en ontspannen bewegen, zonder veel nadenken en evaluatie.</i>

Vraag 7: Zijn er nog punten die u mij als PMT'er zou willen aanbevelen binnen het PMT-module?	
Fysio-therapeut 1	<i>Zie eerdere opmerkingen: ook aandacht voor vrij bewegen en niet altijd ervaren. Beetje afwisseling.</i>
Fysio-therapeut 2	<i>Niet dat ik op dit moment weet.</i>
Fysio-therapeut 3	<i>Nee; niet jou als PMT'er. Wel is bij implementatie te overwegen of er wekelijks op deze manier gewerkt moet worden. Cliënten hebben soms behoefte om "gewoon lekker te sporten". Daarnaast zou het selecteren van de PMT aandacht moeten hebben; keuze maken wie PMT aangeboden krijgt (en met welk doel), zou in de teambespreking aandacht moeten krijgen.</i>
Fysio-therapeut 4	<i>Nee, omdat ik de module daar niet genoeg voor ken.</i>
Bewegings-agoog 1	<i>Nee, niet echt ook deze vraag heb ik al min of meer beantwoord.</i>
Bewegings-agoog 2	<i>Zie vraag 6. Zorg dat de deelnemers niet alleen maar bezig zijn met moetjes. Ze komen om lekker te bewegen en eens om nergens aan te denken.</i>

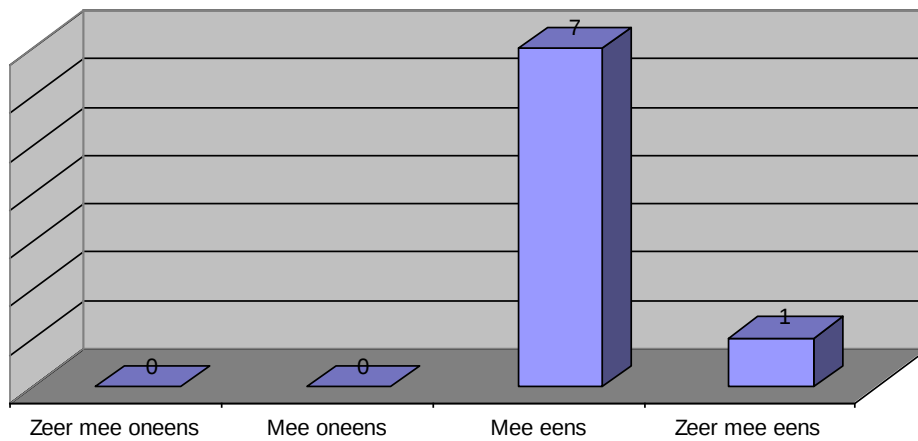
Overige op- of aanmerkingen?	
Fysio-therapeut 1	<i>Succes verder en bedankt voor de moeite en het mooie product!</i>
Fysio-therapeut 2	<i>-</i>
Fysio-therapeut 3	<i>-</i>
Fysio-therapeut 4	<i>Ik vond het een leuke kennismaking met PMT, met prettige en duidelijke rapportages.</i>
Bewegings-agoog 1	<i>Een aanmerking heb ik zeker niet wel een opmerking. Ik vind dat je het heel goed doet mijn complimenten.</i>
Bewegings-agoog 2	<i>Je bent een goede stagiaire en ik zou je graag als collega zien! Veel succes verder.....en.....wie weet.</i>

Bijlage 4: Resultaten evaluatieformulieren cliënten

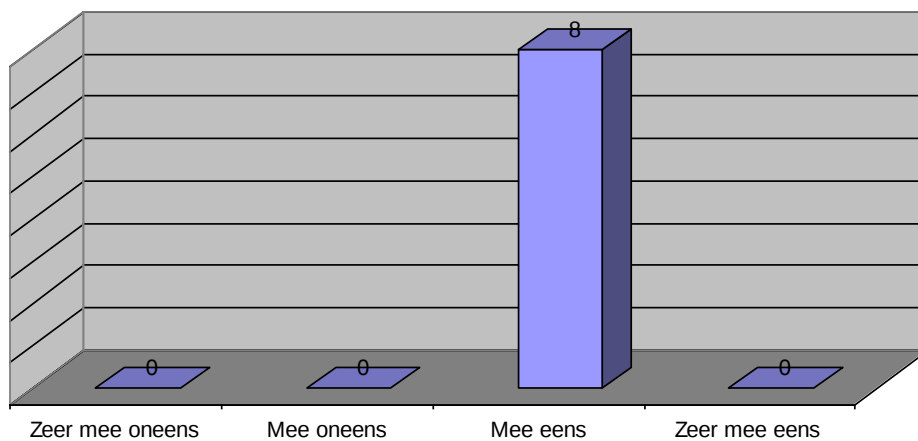
In totaal hebben acht cliënten de evaluatieformulieren ingevuld. Deze grafieken zijn ook gebaseerd op dit aantal personen. Er zijn in totaal 15 vragen.



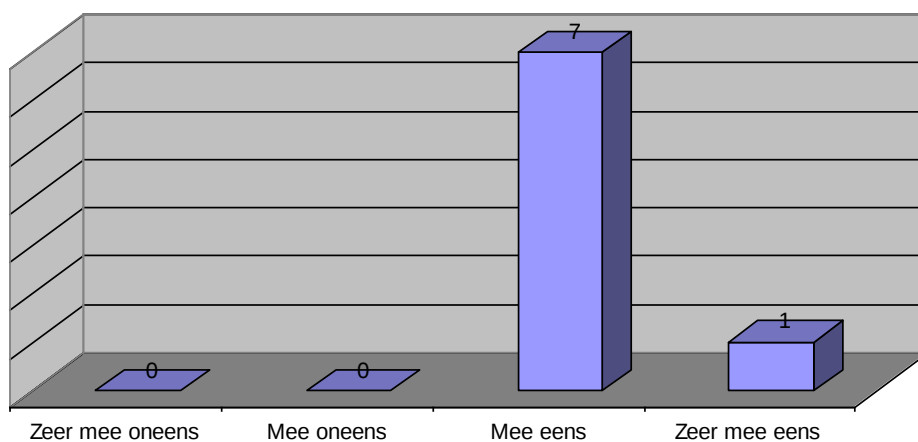
Vraag 3:
De opbouw van de module was goed voor u.

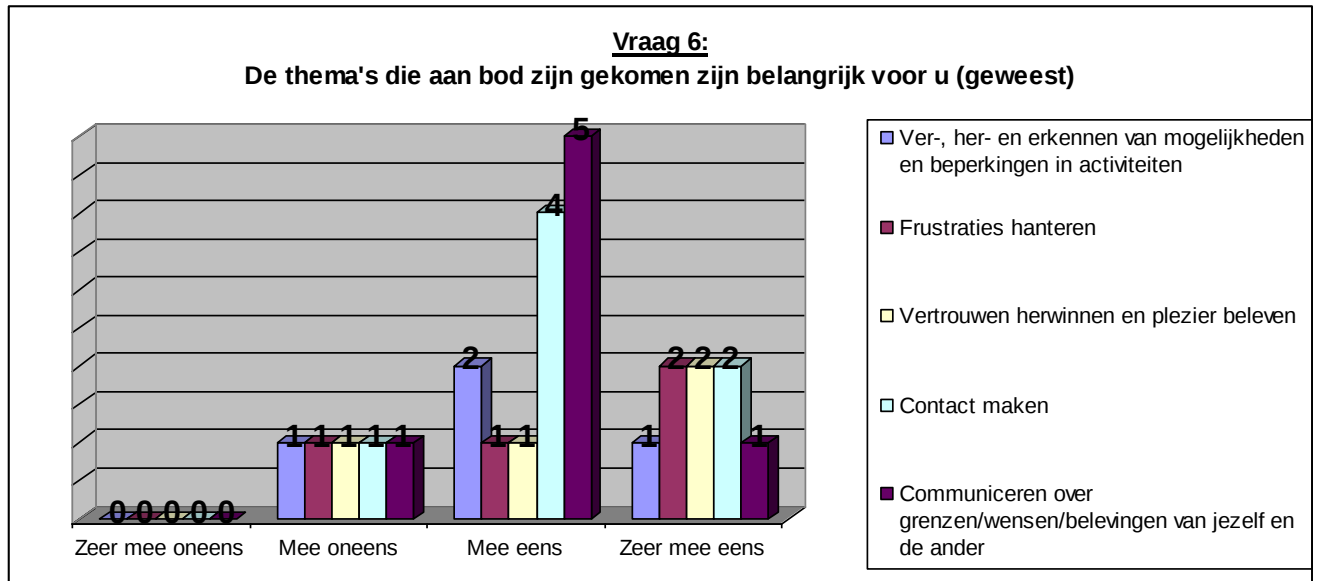


Vraag 4:
De opbouw binnen een bijeenkomst was goed voor u.

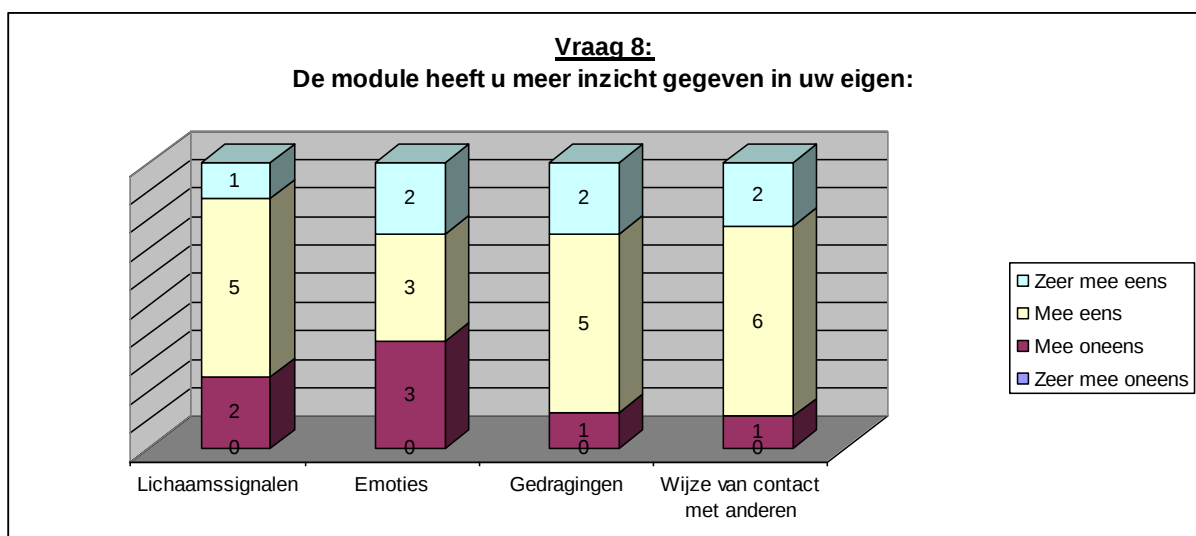
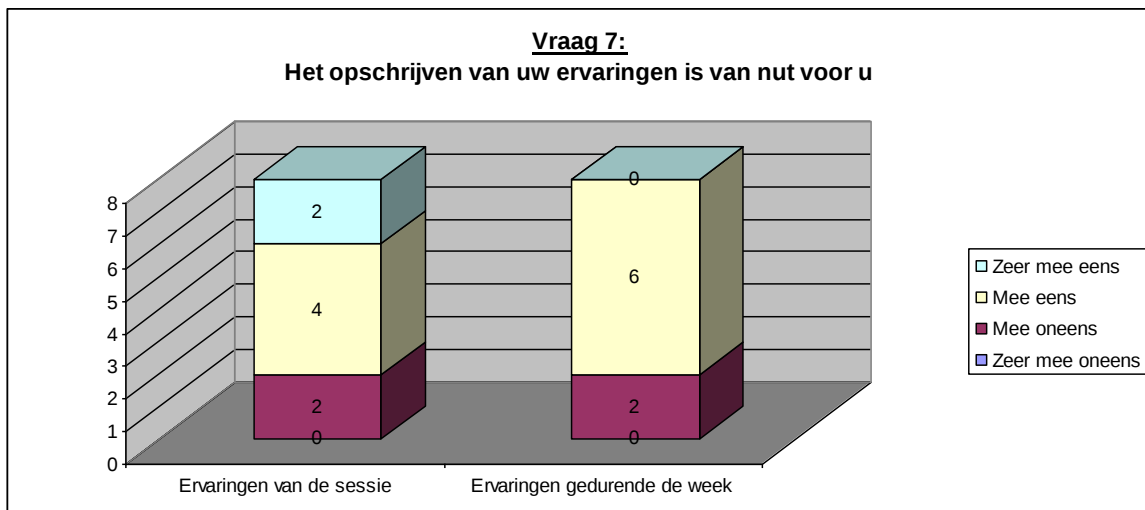


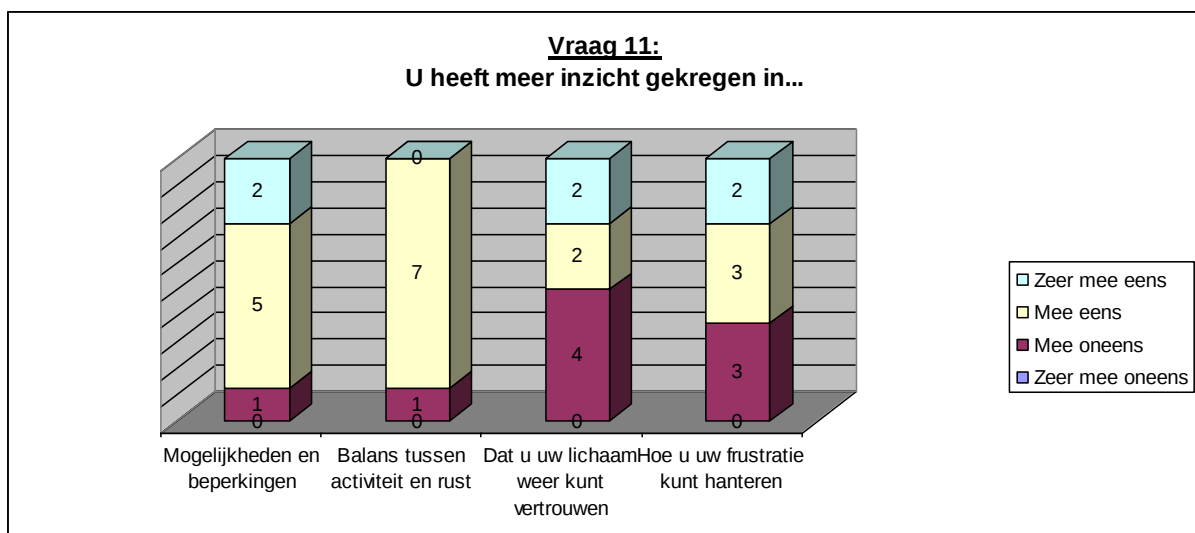
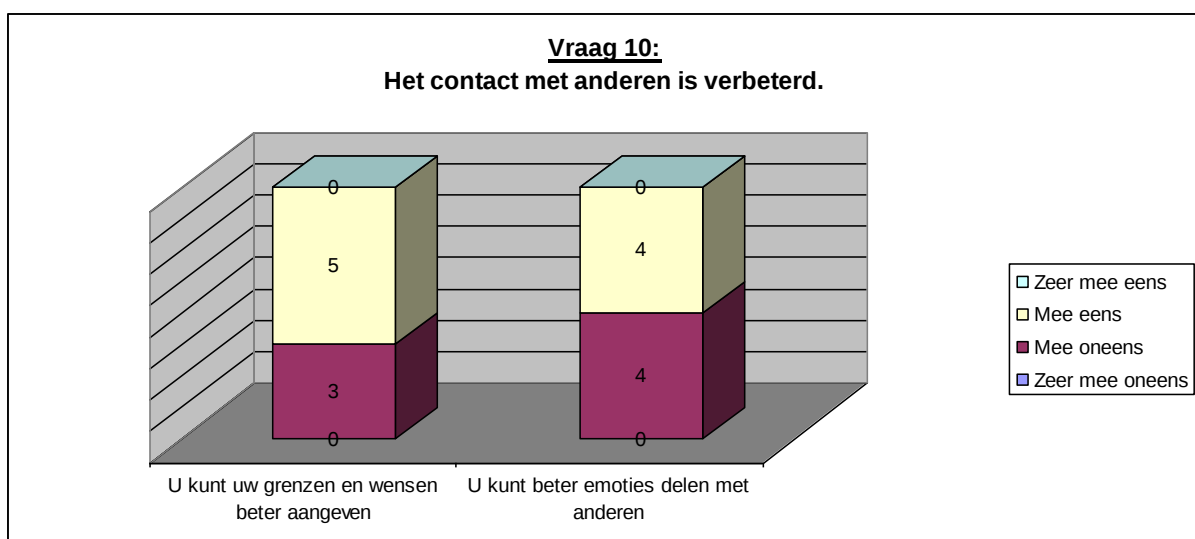
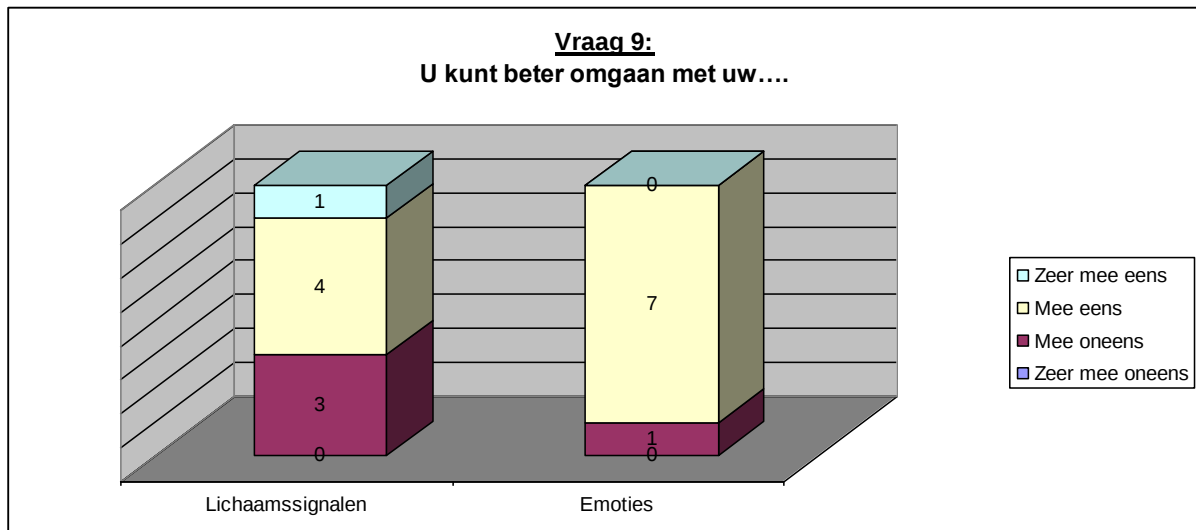
Vraag 5:
U heeft de groepsgenoten als steunend ervaren.





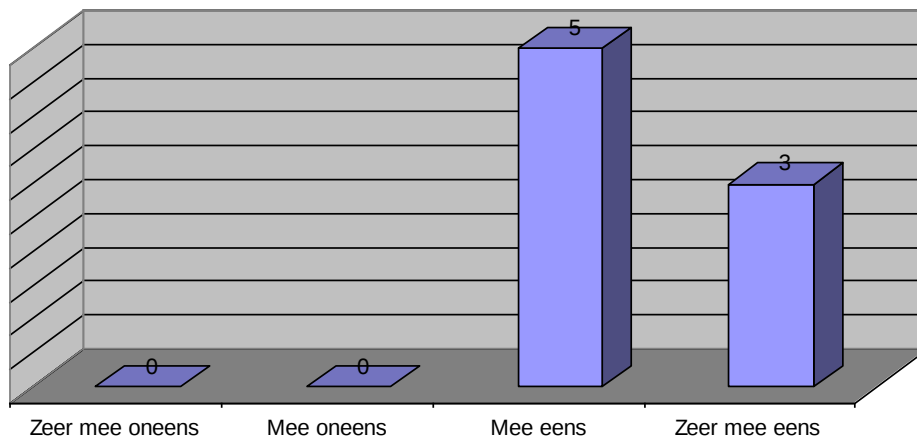
Bij vraag 6 verschilt het aantal cliënten per thema, omdat niet iedere cliënt altijd aanwezig was. Niet iedereen heeft dus elk thema gevolgd.



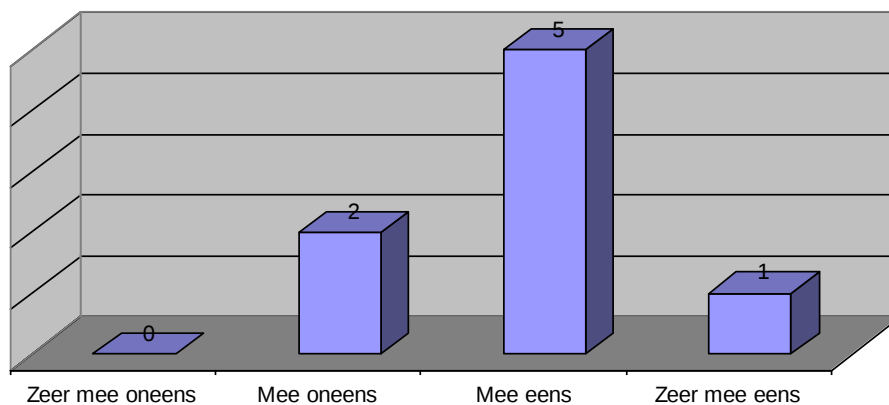


Vraag 12:

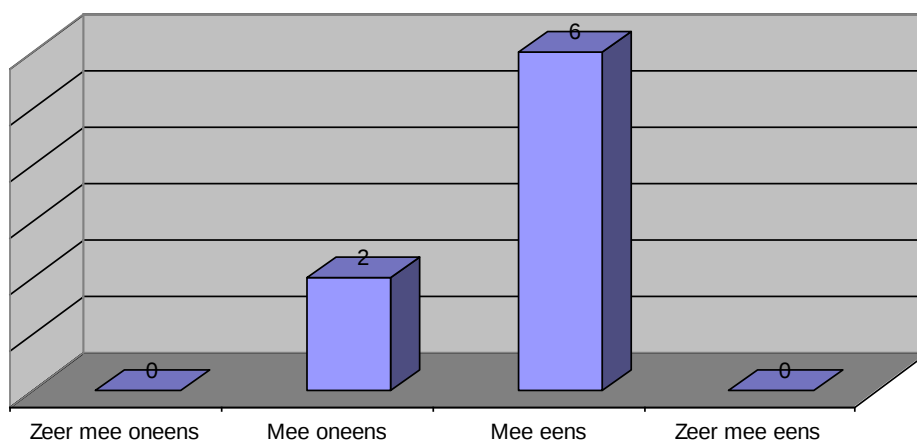
U hebt weer plezier kunnen beleven aan bewegingssituaties.

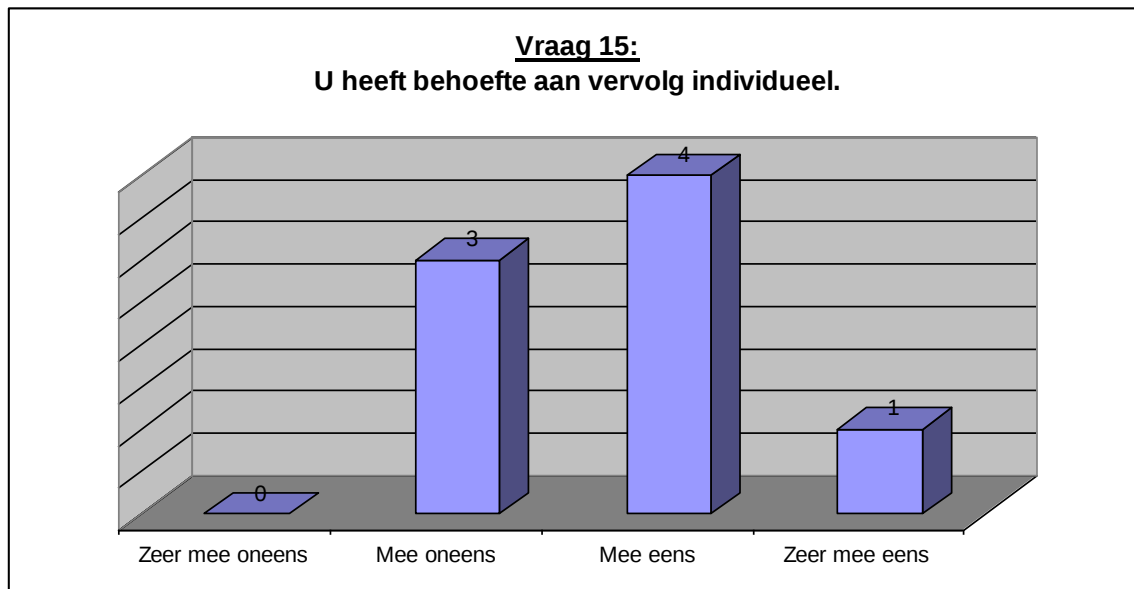
**Vraag 13:**

Het werken met persoonlijke doelen binnen de PMT (binnen het sporten) heeft voor u een meerwaarde gehad.

**Vraag 14:**

U heeft behoefte aan vervolg in een groep.





Psychomotorische Therapie bij Adelante Hoensbroek



PMT-module voor mensen met chronische pijnklachten

Studente: Kim Merk

Begeleidster: Lia van der Maas

Beoordelaar: Maurits Uijting

School of Human Movement and Sports,
Christelijke Hogeschool Windesheim, te Zwolle

Opleiding: Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie

Zwolle, 24 mei 2012

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	-2-
Inleiding	-3-
Hoofdstuk 1: Chronische pijn	-4-
1.1 Chronische pijn	-4-
1.2 Biopsychosociale model	-4-
1.3 De invloed van psychologische factoren	-5-
Hoofdstuk 2: PMT en chronische pijn	-6-
2.1 Psychomotorische therapie binnen de revalidatie	-7-
2.2 Chronische pijn en psychomotorische therapie	-7-
2.2.1 Bewegingsangst leidend tot vermijden van of overreageren	-8-
2.2.2 Spanning en stress	-8-
2.2.3 Lichaamsbeleving	-8-
2.2.4 Interacties en sociale verbanden	-9-
Hoofdstuk 3: Vormgeving van de module	-10-
3.1 Onderzoekspopulatie	-10-
3.1.1 Chronische pijn, WPN 3 en 4	-10-
3.1.2 Volwassenen	-10-
3.1.3 Sportgroep	-10-
3.1.4 Inclusie criteria	-10-
3.1.5 Exclusie criteria	-11-
3.2 Onderzoekopzet en -procedure	-11-
3.2.1 Doelstelling module	-11-
3.2.2 Persoonlijke doelstellingen	-11-
3.2.3 Aandachtsgebieden en thema's	-11-
3.2.4 Duur PMT moduul	-12-
3.2.5 Referentiekaders	-12-
3.2.6 Groepssamenstelling	-13-
3.2.7 Werkboek cliënten	-13-
3.2.8 Spanningsmeter	-13-
3.3 Meetmethoden	-13-
3.4 Dataverwerking	-14-
Hoofdstuk 4: De psychomotorische therapeut	-15-
4.1 Interventies therapeut	-15-
4.2 Referentiekaders	-16-
4.2.1 Client centered	-16-
4.2.2 Cognitief gedragstherapeutisch	-16-
4.2.3 Psychodynamisch	-16-
Hoofdstuk 5: Beschrijving van de bijeenkomsten PMT module	-17-
5.1 Intake PMT	-17-
5.2 Bijeenkomsten PMT moduul	-17-
5.3 Evaluatie PMT module	-18-
5.4 Rapportages cliënten	-18-
Aandachtsgebied: Ondernemen van activiteiten	-19-
Thema: Ver-, her- en erkennen van mogelijkheden en beperkingen in activiteiten	-20-
Thema: Balans vinden in rust en activiteit	-23-
Thema: Frustratie hanteren (vermijders/bijters)	-27-
Thema: Vertrouwen herwinnen en plezier beleven	-30-
Aandachtsgebied: Interactie en communicatie	-33-
Thema: Contact maken	-34-
Thema: Communiceren over grenzen/wensen/belevingen van jezelf en de ander	-38-
Aandachtsgebied: Lichaamsbeleving	-41-
Thema: Zintuiggebruik en voelen van lichamelijke signalen	-42-
Thema: Ver-, her- en erkennen van lichaamsbewustzijn	-46-
Thema: Ver-, her- en erkennen van lichaamsattitude	-49-
Thema: Ver-, her- en erkennen van lichaamsgrenzen	-52-
Begrippenlijst	-55-
Literatuurlijst	-57-
Bijlagen	-59-

Inleiding

Voor u ligt de PMT-pijnmodule die ik geschreven heb voor zowel de discipline ‘Bewegingsagogie’ als voor de pijnafdeling van Adelante Hoensbroek. Vanuit mijn opleiding aan de Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie (PMT-BA) aan de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle, is mijn interesse ontstaan voor de psychomotorische therapie. Binnen mijn stage binnen Adelante, discipline ‘Bewegingsagogie’, kwam ik in aanraking met de doelgroep ‘chronische pijn’. Alleen vanuit de theorie wist ik wat ‘chronische pijn’ was, maar had hier in de praktijk nog nooit mee gewerkt.

Na een aantal keren de bewegingsagogische lessen te hebben meegemaakt met de sportgroep op dinsdagmiddag, heb ik als psychomotorische therapeut het een en ander opgemerkt. Ik was op zoek naar een onderwerp voor mijn afstudeeropdracht en zag bij deze doelgroep mogelijkheden.

Binnen het revalidatiecentrum Adelante te Hoensbroek worden chronische pijnpatiënten sinds jaren behandeld waarbij de discipline ‘bewegingsagogie’ zich richt op sportactiviteiten, de zogenaamde sportgroep. Centraal daarbij staat plezier ervaren in het bewegen en het fysiek en lichamelijk bezig zijn. Aandacht voor de psychische component ontbreekt. Tijdens mijn stage constateerde ik dat (wellicht onbewust) vanuit mijn opleidingsachtergrond wel degelijk de geestelijke component erbij betrokken is en ook vanuit de afdeling o.a. cognitief-gedragsgericht gewerkt wordt. Dit bracht mij dan ook tot de volgende vraagstelling:

‘Is het een meerwaarde om in de bestaande behandeling van chronische pijncliënten binnen de sportgroep bij Adelante Hoensbroek, bewegingsgerichte activiteiten te integreren zoals gebruikelijk binnen de psychomotorische therapie?’

Na goedkeuring van mijn onderzoeksopzet ben ik aan de slag gegaan met het zoeken naar literatuur. Over PMT en chronische pijn is heel weinig te vinden. Echter is er wel een methodisch raamwerk geschreven over PMT en chronische pijn. Dit boekje ‘Psychomotorische Therapie voor mensen met chronische pijn; een methodisch raamwerk’, is geschreven door Henriette van der Meijden – van der Kolk en Ruud Bosscher. Dit methodisch raamwerk heb ik gebruikt om mijn PMT-pijnmodule vorm te geven. Daarnaast heb ik ook andere literatuur als artikels, tijdschriften en boeken gebruikt om een totaalplaatje te kunnen vormen, welke aspecten binnen de chronische pijn naar voren komen en hoe het ziektebeeld in elkaar zit.

In deze module beschrijf ik eerst wat psychomotorische therapie precies is en hoe deze vaktherapie aankijkt tegen PMT in de revalidatie. Vervolgens ga ik het hebben over PMT en chronische pijn. Daarna ga ik beschrijven hoe de module ontwikkeld is en hoe de bijeenkomsten/therapieën eruit komen te zien.

Tenslotte worden de tien PMT bijeenkomsten, die dit PMT-module bevat, uitgewerkt.

Veel leesplezier!

Kim Merk

Hoofdstuk 1: Chronische pijn

Chronische pijn heeft in tegenstelling tot acute pijn geen waarschuwingfunctie meer. De oorzaak van de pijn kan niet aangetoond worden. Chronische pijn wordt door de International Association for the Study of Pain (IASP) gedefinieerd als: 'pijn zonder duidelijk somatisch substraat, die blijft bestaan na genezing van de oorspronkelijke weefselbeschadiging'. Pijn wordt gewoonlijk chronisch genoemd indien het een minimaal beloop van 3 maanden heeft (Merksey, Bogduk & Sloan, 1994).

1.1 Chronische pijn

In onze westerse maatschappij wordt pijn meestal gezien als een fysieke verstoring. Het fysieke probleem dient vervolgens opgelost te worden. Als de pijn echter aanhoudt en niet (meer) toegeschreven kan worden aan lichamelijk disfunctioneren ontstaat er een andere situatie (Samwel, 2006). Men spreekt dan van chronische of a-specifieke pijn, waarbij de pijn niet meer beïnvloed wordt door biologische factoren, maar door psychologische en sociale factoren.

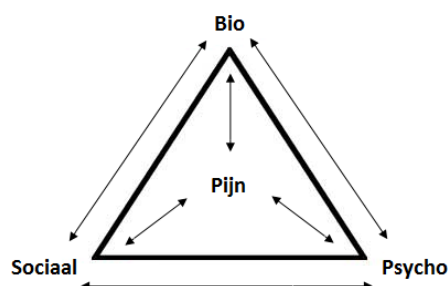
De definitie van McCaffrey (1979) is wellicht een goede toevoeging op de meer fysiek gestelde definities: *'Pijn is wat degene die pijn heeft, zegt dat het is en komt voor wanneer die persoon zegt dat het voorkomt'*.

Chronische pijn is door de verschillende veroorzakende en onderhoudende factoren een complex probleem, waarbij verschillende disciplines een bijdrage kunnen leveren om met de cliënt een nieuw en positiever evenwicht te vinden, opdat de pijn minder en/of anders ervaren wordt.

1.2 Biopsychosociale model

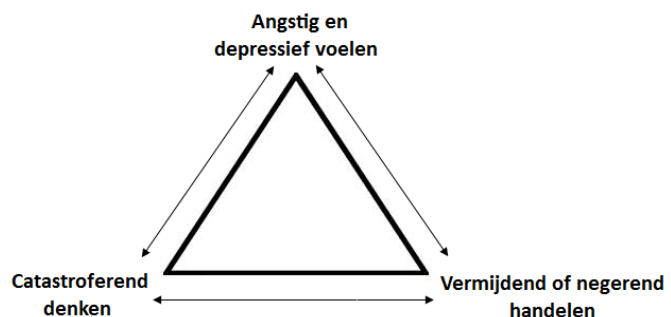
Pijn ontregelt en verstoort het functioneren als geïntegreerd persoon. Er vindt een desintegratie plaats. Als we uitgaan van het biopsychosociale model, zal pijn op alle gebieden verstoring tot gevolg hebben (Mengering, 2003 & Tumlin, 2001, 2004).

- Lichamelijk: Pijn heeft direct invloed op het lichamelijke in het veranderen van lichaamshouding en bewegen en de confrontatie met de eigen lichamelijkheid. Te hoge stress en een verkeerde houding kan het bewegingssysteem beschadigen. Maar ook hormonaal en neurologisch kan door de voortdurende stress schade ontstaan. Het uit evenwicht geraken van de lichamelijke systemen kan op zichzelf weer pijn veroorzaken.
- Psychisch: Psychisch gezien zullen de stemming en het denken van de persoon beïnvloed worden door de pijn. Depressiviteit, catastroferend denken en angst (om te bewegen) zijn een gevolg van pijn en kunnen pijn versterken.
- Sociaal: Sociaal gezien heeft de pijn invloed op de interactie van de persoon met anderen en het andere. Ook hier kan het zich afzonderen van de sociale omgeving tot gevolg hebben dat pijn sterker ervaren wordt.



Figuur 1. Biopsychosociale relaties bij pijn.

Bron: van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.13



Figuur 2. Reciproke gevolgen van pijn.

Bron: van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.14)

Gebruik makend van het biopsychosociale model om naar de persoon met pijn te kijken, impliceert dat men ervan uitgaat dat er geen lineair verband is tussen oorzaak en gevolg van pijn, maar van elkaar wederzijds beïnvloedende factoren (figuur 1). Er is dan sprake van systeemdenken, hetgeen

wil zeggen dat de gevolgen van pijn, ook los van de aanvankelijke pijn, een beïnvloedende functie krijgen op het functioneren van een persoon. Kenmerkend voor een systeem is dat het streeft naar evenwicht, homeostase. Als pijn het evenwicht verstoort, heeft dat invloed op alle drie de factoren en beïnvloeden die factoren elkaar ook los van de pijn. Biopsychosociale veranderingen zijn er dan op gericht om een nieuw evenwicht te vinden. De ervaring van pijn kan ook oude pijn in het geheugen activeren, waardoor de emotionele reactie op pijn sterker gekleurd wordt (Damasio, 2003). Door al deze invloeden en veranderingen kan een persoon vastlopen in pijn en alles wat daarmee samenhangt. De persoon kan gevangen komen te zitten in de pijn.

Vanuit de visie dat adequaat functioneren de integratie betekent van voelen, denken en handelen, werkt pijn desintegrerend. Accenten komen te liggen op het alleen nog maar voelen van pijn, alleen maar denken over de invloed van pijn en handelen op basis van pijn. Meer concreet (figuur 2) zijn de gevolgen van pijn te onderscheiden in: catastroferend denken, vermijdend of negerend handelen en zich depressief en angstig voelen. Ook deze drie aspecten beïnvloeden elkaar in een voortdurende wisselwerking en kunnen elkaar in een negatieve spiraal versterken. Dit proces is terug te zien in het cognitief-gedragsmatig model voor vrees voor pijn/beweging/letsel (ook wel fear-avoidance model genoemd) (Vlaeyen, Kole-Snijders & van Eek, 1996, p. 29). In paragraaf 1.3 wordt hier verder op ingegaan.

1.3 De invloed van psychologische factoren

Niet alleen lichamelijke, ook psychologische factoren zijn van invloed op pijn. Emoties, gedrag en cognities kunnen pijn en de negatieve gevolgen ervan zowel in stand houden of verergeren als ook ertegen beschermen (Keefe et al, 2004; Vlaeyen et al, 1995). Negatieve gevolgen zijn onder andere dagelijkse, sociale en fysieke beperkingen en depressiviteit.

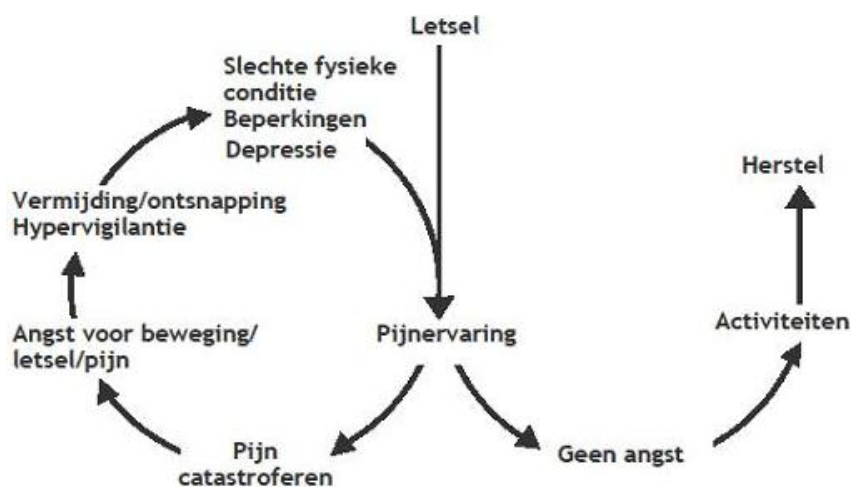
- *Emoties:* In verschillende onderzoeken is er een positieve samenhang tussen negatieve emoties en de mate van pijn gevonden (Smith et al, 2008; Holzberg et al, 1996). Banks en Kerns (1996) constateren een bemiddelende functie van negatieve gevoelens tussen pijn, beperkingen en invaliditeit. Wanneer er negatieve gevoelens optreden, is er een sterkere samenhang tussen pijn, beperkingen en invaliditeit te zien. Vooral angst en depressie spelen hier een belangrijke rol. Depressieve mensen hebben een lagere pijngrens, waardoor prikkels vaker en sneller als pijn worden geïnterpreteerd (Blackburn-Munro et al, 2001). Pijncliënten met depressieve symptomen vertonen meer functionele en sociale beperkingen, zoals slecht kunnen bewegen of minder sociale contacten (Bair & Robinson, 2003). Mensen met pijngerelateerde angsten ervaren een hogere pijnintensiteit en een lagere tolerantie voor pijn. Ook is pijngerelateerde angst sterk geassocieerd met catastroferen, wat wederom beperkingen in het dagelijkse leven voorspelt (Vlaeyen & Linton, 2000).
- *Gedrag:* Het uiten van pijngedrag is geassocieerd met meer pijnervaringen en het ervaren van meer beperkingen (McCahon & Strong, 2005). Ook vermijdingsgedrag zoals terugtrekken en rust nemen is op de lange termijn een risicofactor met betrekking tot pijn (Samwel & Evers, 2006). Cliënten die sociale en lichamelijke activiteiten vermijden, lopen een hoger risico om beperkingen, depressie en disuse – de fysieke deconditionering door het niet meer gebruiken van ledematen spier-, pees-, en weefselgroepen te ontwikkelen (Vlaeyen & Linton, 2000). Als gevolg van disuse wordt de pijngrens verlaagd, met als gevolg intenser en vaker voorkomende pijn (Romano & Turner, 1985; McQuade & Turner, 1988).
- *Cognities:* Cliënten die hun pijn accepteren – het erkennen dat genezing onwaarschijnlijk is, focussen op niet-pijngerelateerde levensaspecten en de suggestie verwerpen dat pijn een teken van persoonlijk falen is (Viane & Crombez, 2004) – hebben een beter mentaal welbevinden, gaan op een adaptievere manier om met hun pijn en tonen minder pijngerelateerde angst (McCracken & Vowles, 2004; Viane & Crombez, 2003; McCracken & Spertus, 1999). Ook zijn deze cliënten meer betrokken bij niet-pijngerelateerde, dagelijkse

activiteiten die voor hen belangrijk zijn, als gevolg schenken zij minder aandacht aan hun pijn (Viane & Crombez, 2004).

Een belangrijk model, welke de rol van een aantal van de bovengenoemde psychologische factoren in samenhang met pijn laat zien, is het cognitieve-gedragmatige model voor vrees voor pijn/beweging/letsel van Vlaeyen en collega's (1995). In dit model worden mechanismen zichtbaar gemaakt die laten zien hoe pijnervaringen via angst voor pijn, beweging en letsel kunnen leiden tot het bevorderen en in stand houden van beperkingen en daarmee de kans op invaliditeit verhogen. Toegenomen beperkingen en invaliditeit zorgen voor meer en/of intensere pijn. Volgens dit model voorspelt een catastroferende denkstijl het terecht komen in een schijnbaar vicieuze cirkel. Mensen die intense en irrationele angst hebben voor pijn en letsel door fysieke beweging (Kori, Miller & Todd, 1990), ook wel bewegingsangst genoemd, neigen tot vermijding. Dit leidt tot meer beperkingen (Vlaeyen, Kole-Snijders & van Eek, 1996, p. 29).

Bewegingsangst is bij chronische rugpijn een goede predictor om invaliditeit, negatief affect en pijnintensiteit te voorspellen (Vlaeyen et al, 1995; Swinkels-Meewisse et al, 2006; French et al, 2007). Catastroferen kan 7 tot 31% van de variatie van pijnmetingen verklaren en is hiermee een van de belangrijkste voorspellers van pijn (Keefe & Rumble, 2004).

Cliënten die catastroferen ervaren meer lichamelijke en sociale beperkingen, nemen meer pijnmedicatie in, laten meer motorisch pijngedrag zien en zijn depressiever en nerveuzer. Hulpeloosheid bij cliënten met chronische pijn gaat gepaard met veranderingen in pijnintensiteit, beperkingen en distress*. Hoe hulpelozer, des te hoger de pijnintensiteit, des te meer beperkingen en des te meer distress (Burns & Johnson, 1998; Burns et al, 2003; Jensen & Turner, 2001).



Figuur 2. Vrees- vermijdingsmodel, chronische pijn (Vlaeyen et al, 1995).

* Distress = psychische nood en uitputting door emotionele stress (Online Encyclopedie, z.d.).

Hoofdstuk 2: PMT en chronische pijn

Psychomotorische therapie (PMT) binnen de revalidatie is nog weinig ontwikkeld, terwijl er vanuit de beroepsgroep een logisch verband lijkt tussen PMT en de veranderde en/of de geschonden lichamelijke (Emck & Bosscher, 2004). Er is in verschillende revalidatiecentra wel een PMT-aanbod op specifieke indicatie, maar psychomotorische therapie is geen vanzelfsprekendheid. Niettemin leiden ontwikkelingen in de visie op het revalidatieproces, die aansluiten bij het gedachtegoed van het biopsychosociaal model, tot betere mogelijkheden voor PMT in de revalidatie (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.7).

2.1 Psychomotorische therapie binnen de revalidatie

De Nederlandse Vereniging Psychomotorische Therapie (2009) (NVPMT) definieert PMT als 'een therapievorm die zich richt op het verminderen/opheffen van psychische en psychosociale problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag'. Het doel van de therapie is de cliënt te helpen om een optimale lichamelijke psychosociale integratie te vinden: verbeteren van de kwaliteit van leven zonder dat de aandoening of de pijn hoeft te veranderen.

In de tot nu toe ontwikkelde programma's neemt PMT een nog zeer bescheiden plaats in. Bewegingsagogie daarentegen is binnen verschillende revalidatiecentra meer bekend. Zo ook binnen Adelante. Bewegingsagogie richt zich, ondanks de pijn, op het (weer) aanbieden van bewegingsmogelijkheden waardoor mensen weer actief kunnen worden. Het hoofddoel is dus, activering. Echter de PMT wil zich richten op de persoon met een hulpvraag met als doel het persoonlijk evenwicht van de cliënt in zijn totale functioneren te verbeteren (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.10).

Door de werkgroep PMT in de revalidatie (onderdeel van de NVPMT) is een visie uitgewerkt omtrent de PMT in de revalidatiesetting (NVPMT, z.d.)^{*}. Hierin wordt het referentiekader van de revalidatie, het referentiekader van de PMT, het doel binnen de PMT, de werkwijze binnen de PMT en de indicatiestelling besproken.

Van der Meijden-van der Kolk en Bosscher (2007) hebben op een gestructureerde wijze inhoud proberen te geven aan PMT in de revalidatie. Zij behoren tot de kenniskring behorende bij het Lectoraat Bewegen & Gedragsbeïnvloeding van Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle. Het methodisch raamwerk wat zij hebben geschreven sluit aan bij de International Classification of Functioning van de World Health Organization (WHO) (RIVM, 2002) en het biopsychosociale model.

Het model dat van der Meijden-van der Kolk en Bosscher (2007) beschrijven, wordt opgebouwd rond vier aandachtsgebieden (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.10):

- Ondernemen van activiteiten
- Spanning & stress
- Lichaamsbeleving
- Interactie & communicatie

2.2 Chronische pijn en psychomotorische therapie

PMT richt zich op psychische en psychosociale problematiek, waarbij bewegen en lichamelijke aangrijpingspunten zijn. PMT is door zijn ervaringsgerichte aanpak zowel gericht op de integratie van

^{*} NVPMT (z.d.). Visie omtrent Psychomotorische Therapie in de Revalidatiesetting. Te vinden op het World Wide Web: http://www.nvpmt.nl/component/option,com_phocadownload/Itemid,111/id,7/view/category/

het denken, het voelen en het handelen, als op de integratie van de verschillende domeinen van de ICF. Daarom sluit de PMT aan op het biopsychosociale model. Dit model is ook geïntegreerd in de visie en werkwijze van de pijnbehandeling binnen Adelante Hoensbroek. Het doel is die verdeling die ontstaan is in het denken, voelen en handelen van de cliënt, door de verstoring aan het lichaam door de chronische pijn, op te heffen (Mengering, 2003).

De eigenheid van de PMT wordt ontleend aan de combinatie van de volgende factoren (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.25):

- Hulpverlening gericht op psychosociale problematiek
- Aangrijpingspunten zijn bewegen en lichamelijkeheid
- Experimentele (ervaringsgerichte) therapievorm
- Verbaliseren n.a.v. de concrete lichamelijke ervaringen
- Het methodisch inzetten van de therapeutische relatie als therapeutisch instrument

De vier aandachtsgebieden beschreven in paragraaf 2.1 zijn tevens de vier probleemgebieden waarbij men zich binnen de PMT op kan richten. Deze probleemgebieden zijn afgeleid van de PMT classificatie-items bij chronische pijn in de ICF-domeinen 'activiteiten' en 'participatie' (Cieza, e.a., 2004; van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.20). In deze domeinen worden de aangrijpingspunten voor de relationele lichaamsbeleving en het interactionele bewegen beschreven. Het gaat om de combinatie van de mogelijkheden en beperkingen van de activiteiten en van de participatie. De vier probleemgebieden komen in meerdere of mindere mate voor bij mensen met pijn (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.25).

2.2.1 Bewegingsangst leidend tot vermijden van of overreageren in het ondernemen van activiteiten

Dit probleemgebied sluit aan op de bewegingsangst beschreven in paragraaf 1.3. Een belangrijke doelstelling voor de PMT is om in relatie met de context te komen tot een nieuw evenwicht in soort, duur en intensiteit van bewegen en daarin plezier te beleven (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.26).

2.2.2 Spanning en stress

Pijn en de gevolgen van de pijn geven spanning en stress. Men kan niet functioneren zoals men zou willen en dit is frustrerend. Stress is een normaal en gezond fenomeen, echter bij de cliënt met chronische pijn is de mate en duur van stress het gezonde evenwicht erg uit balans aan het brengen. Hierdoor komen er verschuivingen in het biopsychosociale model. Dit leidt tot fysieke en hormonale stressreacties, die tot structurele veranderingen kunnen leiden bij blijvende 'te' hoge stress. Stress beïnvloedt ook de sociale interacties.

Binnen de PMT richt men zich niet alleen op het verlagen van stress en de spanning door ontspanning, maar ook op het verkennen, herkennen en erkennen van interne en externe stressfactoren. Men leert om hier op een adequate manier mee om te gaan (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.26-27).

2.2.3 Lichaamsbeleving

De lichaamsbeleving raakt verstoord door de aanhoudende pijn. Er is steeds minder ruimte voor andere lichaamsbelevingen dan lichamelijke pijn. Er is een negatieve beleving van het lichaam en men trekt zich gevoelsmatig terug uit zijn lijf. Het beleven van andere zintuiglijke ervaringen dan pijn raken op de achtergrond. De zintuigen worden niet gevoed met positieve prikkels en zo komen er steeds minder plezierige ervaringen. Daarnaast wordt ook het lichamenlijk contact met anderen vermindert. De lichamenlijke intimiteit en seksualiteit wordt steeds minder of niet meer beleefd met personen die belangrijk zijn voor de cliënt. Binnen PMT is het mogelijk om weer positieve zintuiglijke lichaamservaringen op te doen waardoor de cliënt de mogelijkheden heeft om deze ervaringen mee te nemen in het maken van positieve keuzes in het alledaagse functioneren (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.27).

2.2.4 Interacties en sociale verbanden

Vaak als pijn aanhoudt, kan deze tussen de persoon in kwestie en zijn omgeving komen te staan. De pijn en het daarbij behorende pijngedrag heeft niet alleen invloed op de persoon met pijn zelf, maar ook op de relatie met partner, gezinsleden, familie en vrienden, werk en sociale verbanden als sport en vrije tijd. Het evenwicht van de wisselwerking tussen de persoon met pijn en zijn omgeving raakt verstoord. De pijn beïnvloed posities en relatieverbanden.

De persoon met pijn kan in de positie van slachtoffer gaan zitten en zichzelf daardoor en daarmee op de achtergrond of juist op de voorgrond plaatsen. De persoon trekt zich enerzijds terug wat betreft het gangbare functioneren en stelt zich anderzijds juist op de voorgrond met de pijn. De relatie met de ander wordt beladen met pijn en de persoon loopt het risico uit allerlei verbanden weg te vallen.

Pijngedrag kan negatieve gevolgen hebben, maar kan ook wat opleveren in situaties en relaties in de vorm van ziektewinst (Neerinckx, 2001). Niet de vraag waar de pijn door komt is dan relevant, maar wat men met de pijn in relaties doet. Er wordt gewerkt met de vraag: 'Hoe krijgt de pijn een plek in het aangaan en onderhouden van relaties?' (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.27).

3. Vormgeving van de module

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de PMT module ontwikkeld is. Naast elementen uit voorgaande hoofdstukken, is het methodische raamwerk voor PMT voor mensen met chronische pijn, geschreven door H. van der Meijden – van der Kolk en R. Bosscher (2007), gebruikt als rode draad. Verder wordt de methode van dit onderzoek beschreven.

3.1 Onderzoekspopulatie

Ten behoeve van het onderzoek is een onderzoeksgroep gekozen bestaande uit cliënten welke deelgenomen hebben aan de sportgroep. Het betrof volwassen cliënten (mannen en vrouwen) die...

- ...gediagnosticeerd zijn met chronische pijnklachten, en hierbij binnen WPN niveau 3 en 4 zitten. Bij het WPN-niveau 3 en 4 zijn de maatschappelijke en psychologische factoren complex tot zeer complex en spelen een belangrijke (de belangrijkste) onderhoudende rol van de pijnklachten (Hoogervorst, 2003). Voor verdere uitleg van de verschillende WPN-niveaus zie bijlage 1.
- ...die deelnemen aan de PMT module en zijn ingepland bij de sportgroep op de dinsdagmiddag van 16.00u tot 17.00u. Per week kan het verschillen wie er in de groep zit. Echter wordt er wel gestreefd naar een vaste groep (dus niet de ene week wel komen en de andere week niet). In praktijk is dit niet haalbaar, omdat de cliënten individueel therapie krijgen op de afdeling en dus allemaal een ander programma volgen.

3.1.1 Inclusie criteria:

- Cliënt is medisch stabiel
- Er bestaan beperkingen in het functioneren
- Anamnese en somatisch onderzoek leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek en behandeling
- Er bestaan ongewenste psychosociale consequenties gerelateerd aan het pijnprobleem, zoals dagbesteding, relaties, arbeid en sociale rol
- Cliënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem. Hij heeft een innerlijke motivatie om te veranderen, waarbij een externe motivatie helpend kan zijn.
- Cliënt heeft in het COPM* aangegeven bereid te zijn tot gedragsverandering
- De cliënt getuigt van inzicht in de knelpunten van zijn functioneren. Hij realiseert zich dat het niet meer gaat om het fysiek wegnemen van de pijn, maar dat hij moet leren omgaan met de pijn.
- De cliënt heeft enige affiniteit met bewegen en lichamelijke bezit de mogelijkheid tot bewegen, omdat het binnen PMT gaat om te ervaren in bewegings- en lichaams-ervaringssituaties.

3.1.2 Exclusie criteria

- De cliënt vertoont een grote mate van weerstand tegen bewegen. Dit kan het geval zijn als bewegen door de pijn erg negatief gekleurd is en er geen ingang is om te gaan experimenteren met bewegings- en lichaamservaringssituaties. Het kan ook zijn dat de cliënt een socialisatie heeft waarin bewegen geen of een negatief gekleurde rol speelt.
- De cliënt is nog gericht op het verdwijnen van de pijn. Ondanks een positieve motivatie om te veranderen kan er bij de cliënt ook nog steeds een hoop zijn dat door fysiek ingrijpen de pijn weggenomen wordt.

* COPM = (Canadian Occupational Performance Measure) is een semigestructureerd interview waarmee informatie kan worden verkregen over de, voor de cliënt belangrijke, activiteiten die niet meer naar wens uitgevoerd kunnen worden. Het doel van de COPM is op een cliëntgerichte manier inzicht verkrijgen in de belangrijkste problemen die cliënt ervaart in het betekenisvol handelen, de prioriteiten van de cliënt in het betekenisvol handelen, de uitvoering en tevredenheid over de uitvoering van problemen en de verandering dat de cliënt heeft van zijn handelen gedurende de revalidatie (NVE, 2005).

- Bij de cliënt staat psychopathologie, in de vorm van bijvoorbeeld een depressie of een persoonlijkheidsstoornis, zo op de voorgrond dat deze meer aandacht vraagt alvorens aangegrepen wordt bij het leren omgaan met de pijn.
- Bij ernstige twijfel aan de veranderbaarheid van de cliënt en/of het systeem doordat tijdens de intake blijkt dat communicatiepatronen zeer star zijn en mensen onderling een leven hebben opgebouwd waarin de pijn een functionele plek heeft.
- Contra-indicaties zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg

3.2 Onderzoeksopzet en -procedure

3.2.1 Interventie module

Deze module heeft als doel de cliënt inzicht te laten verkrijgen om verandering mogelijk te maken in het ondernemen van activiteiten, lichaamsbeleving en interactie & communicatie binnen de aangeboden PMT bewegingsactiviteiten, waarbij het bewust denken, voelen en handelen minder gericht is op de pijn.

De cliënt kan al zijn leermomenten en ervaringen, vanuit de behandeling op de afdeling, meenemen naar de PMT en proberen te integreren binnen de sport- en spelactiviteiten.

De PMT heeft een experimentele vorm van werken, dat wil zeggen dat de revalidant door zelf ervaringen binnen de module op te doen inzicht verkrijgt in het eigen denken, voelen en handelen en kan ervaren hoe het anders zou kunnen. Binnen de PMT wordt gewerkt vanuit een biopsychosociaal model en wordt bewegen en lichaamservaringen gebruikt als uitgangspunt voor het benaderen van problemen in het psychisch en sociaal functioneren.

3.2.2 Persoonlijke doelstellingen

In een intakegesprek met de PMT'er en cliënt, worden de persoonlijke doelen besproken. Er wordt een vragenlijst afgenomen waarop de cliënt kan aangeven aan welke doelen hij of zij wil werken.

Door de doelstelling van het moduul wat algemener te houden en de persoonlijke doelen concreet, sluit het programma beter aan bij de werkpunten van elke individuele cliënt.

In het intakegesprek leert de cliënt de PMT'er beter kennen en omgedraaid. Hier wordt al begonnen met het opbouwen van een vertrouwensband en een veilige omgeving voor de cliënt. Het intakegesprek vindt plaats voor de PMT bijeenkomst en duurt ongeveer 30 minuten.

3.2.3 Aandachtsgebieden en thema's

In paragraaf 3.2 staan de vier aandachtsgebieden waarmee men de PMT bij chronische pijn kan vormgeven. In het PMT module worden er drie van de vier aandachtsgebieden uitgewerkt, namelijk: interactie & communicatie, lichaamsbeleving en ondernemen van activiteiten. Deze drie aandachtsgebieden sluiten aan bij de bestaande behandeling van chronische pijn. Daarnaast worden er op de afdeling al verschillende manieren van ontspanning aangeboden voor mensen die spanning en stress ervaren. Dit is vooral lichaamsgericht. Binnen het geschreven PMT module zijn de activiteiten vooral bewegingsgerichte sport- en spelactiviteiten.

Elk aandachtsgebied wordt uitgewerkt aan de hand van een aantal thema's. Per bijeenkomst wordt er één thema behandeld.

Ondernemen van activiteiten	Interactie en communicatie	Lichaamsbeleving
○ Ver-, her- en erkennen van mogelijkheden en beperkingen in activiteiten ○ Balans vinden in rust en activiteit ○ Frustratie hanteren (vermijders/bijters) ○ Vertrouwen herwinnen en plezier beleven	○ Contact maken ○ Communiceren over grenzen/wensen/belevingen van jezelf en de ander	○ Zintuiggebruik en voelen van lichamelijke signalen ○ Ver-, her- en erkennen van lichaamsbewustzijn ○ Ver-, her- en erkennen van lichaamsattitude ○ Ver-, her- en erkennen van lichaamsgrenzen

Bij elk thema worden een aantal activiteiten aangeboden waarbij de cliënt in de ervaring gezet wordt. Wanneer de PMT'er ervaringsvragen gaat stellen, zal de cliënt aan het denken gezet worden en zal het voelen, denken en handelen bewuster verlopen. Wanneer de cliënt bewust is van zijn ervaringen en wat het met hem doet kan hij gaan experimenteren met ander gedrag. De therapeut wordt uitgedaagd om op elke cliënt individueel te reageren zodat elke cliënt in een bewegings- of lichaamservaringssituatie gezet wordt.

3.2.4 Duur PMT moduul

De ontwikkelde module bestaat uit een programma van een duur van 10 weken, afgestemd op het bestaande pijnprogramma op de afdeling die ook 2x 5 weken duurt. In deze 10 weken worden alle thema's behandeld. De fases die cliënt zal doorlopen (ieder op zijn of haar eigen manier) zijn:

- Verkennen en herkennen van problemen.
- Oefenen met gedragsalternatieven en veranderde cognities op basis van bewegings- en lichaamservaringen.
- Integreren van nieuw gedrag (m.b.t. persoonlijke doelen) gericht op participatie en daar positieve belevingen bij ervaren.

De behandel frequentie zal 1 keer per week zijn, gedurende 1 uur lang. In de laatste 5 weken van de behandeling zijn de cliënten nog maar 2 dagen aanwezig bij Adelante Hoensbroek, waardoor het erg moeilijk is om iedereen op hetzelfde tijdstip in te plannen. De cliënten hebben een intensief programma en zijn vaak van 09.00u tot 17.00u ingepland. Planmatig is de frequentie van het PMT module op deze manier mogelijk en is daarvoor gekozen.

3.2.5 Referentiekaders

Het aanbieden van activiteiten, uitgewerkt aan de hand van thema's, kan de PMT'er vanuit verschillende referentiekaders doen. Welk referentiekader je gebruikt moet passen binnen het thema en een meerwaarde zijn voor de cliënt.

Binnen de PMT zal niet alleen cognitieve gedragstherapie gebruikt worden, maar ook de psychodynamische therapie, de systeemtherapie en de cliënt-centered therapie. Door gebruik te maken van verschillende referentiekaders, gebruik je als therapeut verschillende attitudes om cliënten tot inzicht te laten komen of in ervaringssituaties te brengen.

Daarnaast wordt er in deze PMT module op een basale manier gebruik gemaakt van psycho-educatie. Per thema is er in een schema uitgewerkt hoe bepaalde processen verlopen om de cliënt zo inzicht te geven in de materie.

3.2.6 Groepssamenstelling

De groep, bestaande uit maximaal 8 personen, is een open groep. Dit betekent dat er geen vaste groep is die start met de behandeling en na 10 weken eindigt. Iedereen begint op een ander moment met zijn of haar behandeling en eindigt dus ook op een ander moment. Het is daarom onmogelijk om een gesloten groep binnen dit PMT moduul te handhaven. Het voordeel van een open groep is dat de nieuwe cliënten mee kunnen gaan met het niveau van de cliënten die al wat langer hebben deelgenomen aan het PMT moduul. Een voordeel voor een open groep kan ook zijn dat men leert nieuwe contacten te leggen en te onderhouden. Als gekeken wordt naar het aandachtsgebied communicatie en interactie, kan er veel geobserveerd worden binnen een open groep.

3.2.7 Werkboek cliënten

Alle cliënten krijgen een werkboek (zie bijlage 2). Hier staat hun PMT-intake in en de opgestelde persoonlijke doelen. Per bijeenkomst krijgt men een werkblad. Hier wordt het volgende gevraagd:

- Bij aanvang van de bijeenkomst een spanningsmeter in te vullen; Hoeveel spanning ervaar je op dit moment in en aan je lichaam? Zit deze spanning in het denken, voelen of handelen?
- Na de bijeenkomst een ervaring opschrijven die de meeste indruk op jou gemaakt heeft m.b.t. het thema.

- Na de bijeenkomst invullen aan welke persoonlijke doelen je hebt gewerkt en hoe dat naar voren is gekomen. Hoe heb je eraan gewerkt?
- Aan het einde ook weer een spanningsmeter invullen; Hoeveel spanning ervaar je op dit moment in en aan je lichaam? Zit deze spanning in het denken, voelen of handelen?

3.2.8 Spanningsmeter

De spanningsmeter is een subjectieve manier van het meten van spanning in en aan het lichaam, net zoals de pijn ook een subjectieve persoonlijke ervaring is. Bij de spanningsmeter kan de therapeut zien of de cliënt de ervaringen en spanningen los kan zien van de pijn, of dat de pijn de beïnvloedende factor is van de hoeveelheid spanning. Door de spanningsmeter aan het begin en aan het einde van de bijeenkomst in te vullen, kan zowel de cliënt als de therapeut zien wat de bijeenkomst met hem of haar gedaan heeft.

3.2.9 Rapportages cliënten

Als psychomotorische therapeut maak je aan het einde van elke bijeenkomst over iedere cliënt een rapportage. Hierin wordt de spanningsmeter aangegeven, algemeen hoe de cliënt heeft meegedaan, wat hij ervaren heeft en een observatie opschrijven m.b.t. het thema. Dit alles wordt gekoppeld aan de persoonlijke doelen van de cliënt. Binnen de psychomotorische therapie kan de LECS-methode gebruikt worden. Hierbij wordt het lichamelijke, het emotionele, het cognitieve en het sociale aspect geobserveerd en gerapporteerd.

3.3 Meetmethoden

In schema 2 is de beschrijving van de meetmethoden van het onderzoek te vinden. Ook wordt er beschreven wat er wordt gemeten en hoe het wordt gemeten.

Meetmethoden	Wat wordt er gemeten?	Hoe wordt het gemeten?
Evaluatieformulier cliënten (zie bijlage 2, blz. 88) Bron: van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007, p.69	In het algemeen wat men van de PMT-module vindt: ▪ Wat men van het ervaringsgericht werken vond? ▪ Hoe men het werken met persoonlijke doelen vond? ▪ Of de module een meerwaarde is binnen de behandeling van chronische pijn? ▪ Of men meer inzicht heeft gekregen in bepaalde aspecten als lichaamssignalen en emoties.	D.m.v. een vragenlijst kunnen de cliënten een vraag beantwoorden met de volgende keuzes: ▪ Zeer mee oneens ▪ Mee oneens ▪ Mee eens ▪ Zeer mee eens Vragen als of men de module een meerwaarde vindt binnen de behandeling, worden afgesloten met een toelichting.
Vragenlijst fysiotherapeuten en bewegingsagogen (zie bijlage 3, blz. 91)	In het algemeen wordt er gevraagd wat men van de PMT-module vindt: ▪ Of men de aandachtsgebieden vindt aansluiten bij de huidige behandeling? ▪ Of men de thema's vindt aansluiten bij de huidige behandeling? ▪ Of men het ervaringsgericht werken een meerwaarde vindt? ▪ Of de PMT een meerwaarde is binnen de huidige behandeling?	In een vragenlijst worden open vragen gesteld, waarbij men met 'ja' of met 'nee' kan antwoorden. Daarbij wordt er gevraagd om een toelichting te geven op het gegeven antwoord.

Schema 1: Beschrijving meetmethoden onderzoek; PMT en chronische pijn.

3.4 Dataverwerking

De data uit de evaluatieformulieren van de cliënten worden verwerkt in grafieken (verwerkt in Excel). Hierbij kan op een systematische wijze getoond worden hoeveel mensen het met iets eens zijn en hoeveel mensen niet. De antwoorden op de vraag naar de toelichting van de meerwaarde van de module zijn onder elkaar genoteerd als citaten.

De data uit de vragenlijsten van de therapeuten kunnen niet verwerkt worden in grafieken. Bij de verwerking van de antwoorden zullen de toelichtingen bij de vragen onder elkaar genoteerd worden als 'citaten'.

Hoofdstuk 4: De psychomotorische therapeut

Als psychomotorische therapeut heb je enige kennis nodig over hoe mensen te bejegenen en hoe en wanneer welke interventies toe te passen om een cliënt in de juiste ervaring te zetten. In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de interventies die je als therapeut binnen de revalidatie (en dus ook binnen de chronische pijn) kunt gebruiken. Tenslotte worden er nog een aantal referentiekaders weergegeven van waaruit de therapeut deze moduul moet kunnen aanbieden.

4.1 Interventies therapeut

Binnen de revalidatie moet de psychomotorische therapeut een optimistische attitude gecombineerd met een begripvol, maar tot aanpakken aanzettend gedrag bezitten. Het op een dergelijke manier aanbieden van activiteiten waarbij de cliënt, binnen zijn mogelijkheden, adequaat 'in beweging' kan komen, is bijvoorbeeld een van de krachtige middelen van de psychomotorische therapeut om ervaringgericht nieuwe copingstrategieën te verkennen en te beheersen (Hekking & Fellingner, 2011).

Psychomotorische therapie in de revalidatie heeft naast haar specialistisch karakter, een nadrukkelijk generalistisch karakter (gericht op het vergroten van de activiteitsmogelijkheden en participatie van cliënten in hun leefomgeving). De belangrijkste behandelrichtlijnen voor de psychomotorische therapie zijn een combinatie van praktisch oefenen met en verbetering van instrumentele en functionele vaardigheden enerzijds en intrapsychische, interactionele en groepsdynamische vaardigheden anderzijds.

Het feit dat de psychomotorische therapeut zich zo gemakkelijk op het vlak van lichamelijke en bewegen kan begeven, is binnen dit werkveld een voordeel. De cliënt werkt graag aan het verbeteren van zijn conditie, lichamelijk herstel en (nieuwe) bewegingsvaardigheden. Binnen deze context is er vaak ook een grotere bereidheid om gerelateerde psychosociale thema's te verkennen en te beleven. Maar ook het behandelteam ziet de winst van het letterlijk kunnen uitproberen van aanpassingen in het gedrag en het zoeken naar manieren om met de nieuwe situatie om te gaan.

De psychomotorische therapeut is gespecialiseerd in het werken met psychosociale thema's als:

- bewustwording en leren accepteren van de 'nieuwe' lichamelijke van een cliënt
- de vaak veranderde intimiteit en seksualiteit
- de veranderde lichamelijke interactie in de zin van aanraken en gezien worden
- het verwerken van psychotraumata
- het omgaan met het spanningsveld tussen autonomie en afhankelijkheid

Binnen de revalidatie ligt de kracht van de psychomotorische therapie in het gegeven dat direct invloed wordt uitgeoefend op het niveau van het bewegend functioneren en de lichaamsbeleving van de cliënt. Daarmee kan de overgang naar het (weer) vaardig worden in bepaalde activiteiten gemakkelijk gemaakt worden. Doordat de psychomotorische therapeut het totale LECS-spectrum van het gedrag zal meenemen in de behandeling, wordt ook altijd aandacht besteed aan intrapsychische, interactionele en groepsdynamische factoren die belemmerend of bevorderend zijn voor de participatiemogelijkheden van de cliënt.

Juist het feit dat de psychomotorische therapeut enerzijds een bewegings- en lichaamsgerichte achtergrond heeft en anderzijds is ingevoerd in de behandeling van psychosociale problematiek maakt hem bij uitstek deskundig om op het grensvlak van soma en psyche de revalidatie van mensen mede te begeleiden (Hekking & Fellingner, 2011).

4.2 Referentiekaders

De kracht van een psychomotorische therapeut is het werken vanuit verschillende referentiekaders. Elke cliënt is uniek en dus heeft elke cliënt een andere benaderingswijze nodig binnen de therapie. De een heeft er wat meer aan om geconfronteerd te worden en de ander heeft een meer structurerende benaderingswijze nodig. Binnen dit modulair wordt de client centered, de psychodynamische en de cognitief gedragstherapeutische aanpak gebruikt.

4.2.1 *Client centered*¹

De therapeut ondersteunt de cliënt bij het ontdekken en accepteren van zichzelf. Hij geeft de cliënt datgene wat hij heeft gemist, namelijk (Weerman, 2006):

- Positieve onvoorwaardelijke acceptatie: therapeut accepteert alles wat de cliënt ervaart
- Empathie: therapeut leeft zich concreet in de belevingswereld van de cliënt
- Echtheid: therapeut moet volledig openstaan voor zichzelf (interne congruentie), maar niet volledig transparant moet zijn t.o.v. de cliënt. De therapeut hoeft dus niet volledig open te zijn jegens de cliënt.

4.2.2 *Cognitief gedragstherapeutisch*²

Binnen de cognitief gedragstherapeutische houding moet men congruent, empathisch en betrokken zijn. De cliënt moet zich niet aangevallen of afgewezen voelen. De relatie is die van een samenwerking; samenwerken aan het veranderen van gedachten en gedrag (Weerman, 2006).

4.2.3 *Psychodynamisch*³

De houding van de therapeut is bij de meer steunende benadering en actiever en minder neutraal dan bij de openleggende vormen van therapie. De therapeut is verzorgender. Hij vult iets aan wat de cliënt heeft moeten ontberen. Belangrijke interventies en houdingsaspecten zijn: steunen, structureren, benoemen, angsten van de cliënt kunnen opvangen en verdragen, cliënt een veilige omgeving bieden, het verhelderen van gevoelens en interpreteren (Weerman, 2006).

¹ Begrippenlijst, nr. 1, voor gedetailleerdere informatie referentiekader

² Begrippenlijst, nr. 2, voor gedetailleerdere informatie referentiekader

³ Begrippenlijst, nr. 3, voor gedetailleerdere informatie referentiekader

5. Beschrijving van de bijeenkomsten PMT module

Binnen de werkwijze van de PMT-bijeenkomsten wordt een vaste volgorde aan gehouden. In dit hoofdstuk wordt deze volgorde besproken. De cliënt krijgt voor aanvang van de eerste PMT-bijeenkomst een intake gesprek waarin persoonlijke doelen gemaakt worden. Tijdens de PMT-bijeenkomsten wordt ook een vaste volgorde aangehouden als de spanningsmeter invullen, intro van het thema, activiteiten, evaluatie en als laatste weer de spanningsmeter invullen.

5.1 Intake PMT

In een intakegesprek met de PMT'er en cliënt, worden de persoonlijke doelen besproken. Er wordt een vragenlijst afgenomen waarop de cliënt kan aangeven aan welke doelen hij of zij wil werken. Door de doelstelling van het moduul wat algemener te houden en de persoonlijke doelen concreet, sluit het programma beter aan bij de werkpunten van elke individuele cliënt. In het intakegesprek leert de cliënt de PMT'er beter kennen en omgedraaid. Hier wordt al begonnen met het opbouwen van een vertrouwensband en een veilige omgeving voor de cliënt. Het intakegesprek vindt plaats voor de PMT bijeenkomst en duurt ongeveer 30 minuten.

5.2 Bijeenkomsten PMT moduul

Bij alle PMT-bijeenkomsten wordt een vaste werkvolgorde gehanteerd. Deze wordt hier stapsgewijs besproken:

	Wat?	Wie?
1.	Bij aanvang van de bijeenkomst een spanningsmeter in te vullen; Hoeveel spanning ervaar je op dit moment in en aan je lichaam? Zit deze spanning in het denken, voelen of handelen?	De cliënten
2.	Small talk, mental set (thema bespreking) en rationale bespreken.	Therapeut samen met cliënten
3.	Uitvoeren activiteiten en ervaringen opdoen.	De cliënten
4.	Activiteiten evalueren	Therapeut samen met cliënten
5.	Na de bijeenkomst een ervaring opschrijven die de meeste indruk op jou gemaakt heeft m.b.t. het thema.	De cliënten
6.	Na de bijeenkomst invullen aan welke persoonlijke doelen je hebt gewerkt en hoe dat naar voren is gekomen. Hoe heb je eraan gewerkt?	De cliënten
7.	Aan het einde ook weer een spanningsmeter invullen; Hoeveel spanning ervaar je op dit moment in en aan je lichaam? Zit deze spanning in het denken, voelen of handelen?	De cliënten
8.	Huiswerkopdracht: Aan het einde van elke bijeenkomst wordt er door de therapeut een vraag gesteld m.b.t. het thema en of men de ervaringen in de zaal ook in de thuissituatie tegenkomt. De cliënten worden aan het denken gezet.	Therapeut samen met cliënten

5.3 Evaluatie PMT-module

Wanneer een cliënt aan het einde van zijn behandeling zit, wordt hem gevraagd en evaluatie in te vullen over zijn ervaringen met het PMT-moduul.

5.4 Rapportages cliënten

Als psychomotorische therapeut maak je aan het einde van elke bijeenkomst over iedere cliënt een rapportage. Hierin wordt de spanningsmeter aangegeven, algemeen hoe de cliënt heeft meegedaan, wat hij ervaren heeft en een observatie opschrijven m.b.t. het thema. Dit alles wordt gekoppeld aan de persoonlijke doelen van de cliënt. Binnen de psychomotorische therapie kan de LECS-methode gebruikt worden. Hierbij wordt het lichamelijke, het emotionele, het cognitieve en het sociale aspect geobserveerd en gerapporteerd.

Deze rapportages worden naar de fysiotherapeuten van de pijnafdeling en de bewegingsagogen gestuurd.

A A N D A C H T S G E B I E

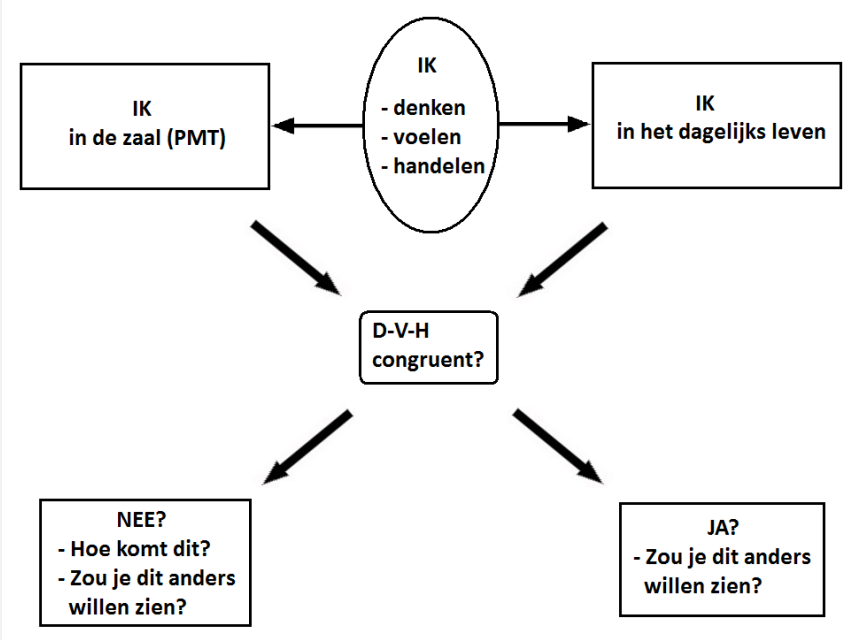
ONDERNEMEN VAN ACTIVITEITEN

De angst om meer pijn te krijgen is vaak de reden dat veel mensen met chronische pijn niet durven te bewegen. Dit leidt uiteindelijk tot een vicieuze cirkel waarin verminderde activiteit te zien is. Deze vermindering leidt tot verminderde conditie, verminderde lichamelijke capaciteiten en een grotere kans op meer pijn. Dit versterkt vervolgens weer de bewegingsangst.

Parallel hieraan kan er catastroferend denken ontstaan. Hierbij denkt de cliënt negatief over zijn mogelijkheden van functioneren in het heden en in de toekomst. Hij denkt niet meer te kunnen en ook niet te kunnen verbeteren. Deze manier van denken beïnvloedt zijn zelfbeeld negatief en kan samen met het verminderde bewegen leiden tot een depressie.

Het kan zijn dat de cliënt probeert om te functioneren zoals dat was voordat de pijn zich manifesteerde. In het gedrag laten mensen met pijn zien dat ze de balans kwijt zijn tussen de mate van bewegen en de intensiteit ervan (draaglast) ten opzichte van hun draagkracht. Op dagen dat de pijn minder is zal de cliënt zichzelf overvragen en op dagen dat de pijn meer is wordt er minder bewogen. Deze manier van coping heeft weer meer pijn als gevolg (Tumlin, 2001, 2004).

Deze negatieve ervaringen bevestigen steeds de catastroferende pijn cognities die men heeft. Een belangrijke doelstelling voor de PMT is om in relatie met de context te komen tot een nieuw evenwicht in soort, duur en intensiteit van bewegen en daarin plezier te beleven (van der Meijden & Bosscher, 2007).

Thema Ver-, her- en erkennen van mogelijkheden en beperkingen in activiteiten	
Theoretische achtergrond	Clïënt centered
Therapeutische attitude	Empathisch, steunend en structurerend
Rationale	In de te ondernemen activiteiten gaat ieder individu in de groep ervaren wat zowel mogelijkheden in een activiteit zijn als beperkingen. Dus wat ervaar je als persoon als mogelijkheden in een spel en wat ervaar je als beperkingen in een spel. Als de persoon dit voor zichzelf duidelijk heeft, herkent hij dan ook die mogelijkheden en beperkingen? Kijk bijvoorbeeld naar je dagelijks leven. Hierbij wordt er dus de transfer gemaakt naar thuis. De groep zal op deze manier gaan ontdekken/ervaren of ze het gedrag en de handelingen wat ze in hun privéleven uiten, wel of niet zien terugkeren in de zaal. 
Activiteiten	Sport- en spelactiviteiten (variatie in duur en intensiteit) of fitnessactiviteiten.

PMT-bijeenkomst

Small talk, mental set en rationale

De therapeut start de bijeenkomst door iedereen te begroeten en door te vragen of iedereen de spanningsmeter wil invullen. Na een kleine small talk zal de therapeut het (nieuwe) thema dat aangeboden gaat worden activeren door gebruik te maken van een van de manieren die bij een mental set horen (metafoor, zelfonthulling, informatieve inleiding, enz.). Tenslotte geeft de therapeut de rationale van deze bijeenkomst. Hij geeft aan wat de reden is van de te ondernemen activiteiten. Hiervoor kan het schema op de vorige bladzijde gebruikt worden.

Activiteit: Ringhockey

Door de persoon in verschillende variërende situaties te brengen (interpersoonlijk, intrapsychisch en groepsdynamisch) en deze te laten ervaren, kan hij verkennen wat zijn mogelijkheden en beperkingen zijn in de activiteit. Vervolgens kan hij ze herkennen door de vele situaties die aangeboden worden. Tenslotte wordt de transfer gemaakt naar het dagelijks leven en komen we bij het erkennen uit.

	Activiteit	Evaluatievragen
Individueel	Iedereen staat op een lijn en probeert d.m.v. de stok de ring vooruit te schuiven. Het is de bedoeling dat de ring op de eerst volgende aangewezen lijn komt te liggen. Doe dit tot aan de overkant van de zaal en weer terug.	- Wat doet het met je wanneer het je wel lukt? - Wat doet het met je als het je niet lukt? - Ben je alleen bezig met je zelf of ben je ook bezig met wat de ander doet? - Ben je tijdens dit spel meer introvert of extravert?
In tweetallen	In tweetallen gaat men één ring naar elkaar schuiven over een bepaalde afstand. Bij deze basisopstelling komen een aantal variaties: - Ring over één lijn schuiven. - Ring tussen twee kegels schuiven. - Probeer zo vaak mogelijk (binnen 1 minuut) de ring over te schuiven, zonder dat er een kegel om valt. Valt er een kegel om, moet je weer bij '0' beginnen te tellen.	- Wat doet het met je wanneer het je wel lukt? - Wat doet het met je als het je niet lukt? - Hoe werk je samen? Volg je of leidt je? - Ben je alleen bezig met je zelf of ben je ook bezig met wat de ander doet? - Ben je tijdens dit spel meer introvert of extravert? - Wat gebeurt er als er het wedstrijdelement bij komt kijken? - Voelde je je schuldig wanneer je een kegel omstootte?
Verdedigen en aanvallen	In het middelste vak komen een X aantal personen staan. Dit zijn de verdedigers. In vak één komen een X aantal personen staan die de	- Wat doet het met je wanneer het je wel lukt? - Wat doet het met je als het je niet lukt?

	aanvallers zijn. Zij proberen met z'n allen één ring (d.m.v. overspelen en verplaatsen) naar de overkant te schuiven. Wanneer de aanvallers in het verdedigingsvak komen, mogen de verdedigers de ring proberen te onderscheppen en de aanvallers het zo moeilijk mogelijk maken.	- Hoe werk je samen? Volg je of leidt je? - Ben je alleen bezig met je zelf of ben je ook bezig met wat de ander doet? - Ben je tijdens dit spel meer introvert of extravert? - Wat gebeurt er met je als een verdediger/aanvaller op je afkomt??
Wedstrijd	Er zijn twee teams. Ieder team krijgt een bepaald vak aangewezen. In dit vak staan op de achterlijn 5 kegels. Het is de bedoeling om bij je tegenstander deze 5 kegels om te schieten. Dit door middel van een aantal ringen die in het spel komen. Het maximaal aantal ringen is drie. Variatie: De teams mogen nu beide vakken gebruiken en dus kris kras door elkaar lopen.	- Merk je verschil met de vorige oefening? - Waar zit het verschil? - Ben je nog bewust bezig met jezelf als er een wedstrijdelement bij komt kijken? - Ben je bezig met je zelf of ben je ook bezig met wat de ander doet? - Hoe communiceer jij in het spel? - Ben je hier een volger of een leider? - Was je meer introvert of extravert?

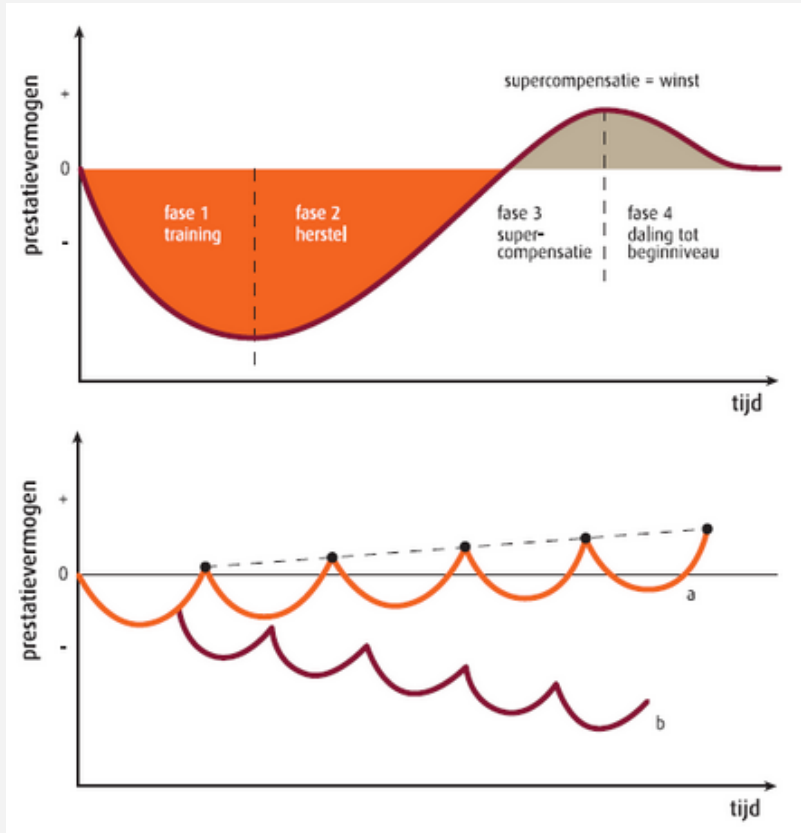
Afsluiting

Aan het einde van de bijeenkomst wordt het schema (die aan het begin van de bijeenkomst te zien was) erbij gehaald. Door middel van dit schema wordt er de vraag gesteld of het gedrag wat men in de zaal laat zien ook in het dagelijks leven terug te zien is. Het antwoord op die vraag zal voor iedereen verschillend zijn.

Vervolgens krijgen de cliënten de tijd om hun werkboek in te vullen en dus ook de spanningsmeter. De groep krijgt de volgende vraag mee naar huis waar ze over na kunnen denken: Wat heb je, kijkend naar persoonlijke ervaringen en gedrag, ervaren als een last en zou je heel graag willen veranderen? We hebben het hier dan wel over haalbare doelen. Kijk eens of deze lasten overeenkomen met de PMT-doelen die je voor jezelf gesteld hebt.

Benodigdheden bijeenkomst

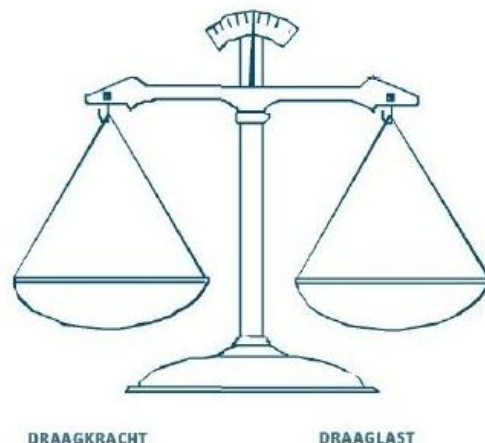
Materiaal	Aantal
De sportzaal	1x
Houten stokken	Aantal = aantal deelnemers
Plastic ringen	Aantal = aantal deelnemers
Kegels	Aantal = aantal deelnemers maal twee
Pylonen	Eventueel om grootte speelveld aan te geven

Thema Balans vinden in rust en activiteit	
Theoretische achtergrond	Cliënt centered Cognitief gedragstherapeutisch
Therapeutische attitude	Empathisch, licht confronterend, steunend, samenwerken
Rationale	Allemaal stoeien we wel eens met dit thema; balans vinden in rust en activiteit. Wanneer weet je dat je teveel gedaan hebt? Je hebt ergens pijn, ben je dan toch te lang doorgestaan of juist niet? Let ik de lat voor mezelf te hoog? Dit zijn allemaal vragen die je je kunt stellen als we aan dit thema denken. In hoeverre kun jij je energie doseren om de hele dag door te komen? Wanneer je lichamelijk beweegt, train je je lichaam. Na deze training heeft je lichaam tijd nodig om te herstellen. Krijgt je lichaam deze rust niet dan overvraag je je eigen lichaam. Zie onderste plaatje lijn B. Wat voel jij aan je eigen lichaam tijdens training en weet je hoe ver je kunt gaan? Wat voel je tijdens het herstel? Voel je aan je lichaam wanneer je volledig herstelt bent? Wat voel je dan? 
Activiteiten	Sport- en spelactiviteiten (bewegingsactiviteiten), grenzen aangeven en lichaamssignalen.

PMT-bijeenkomst

Small talk, mental set en rationale

De therapeut start de bijeenkomst door iedereen te begroeten en door te vragen of iedereen de spanningsmeter wil invullen. Na een kleine small talk zal de therapeut het (nieuwe) thema dat aangeboden gaat worden activeren door gebruik te maken van een van de manieren die bij een mental set horen (metafoor, zelfonthulling, informatieve inleiding, enz.). Tenslotte geeft de therapeut de rationale van deze bijeenkomst. Hij geeft aan wat de reden is van de te ondernemen activiteiten. Hiervoor kan het schema op de vorige bladzijde gebruikt worden.



Ook is het belangrijk om het draagkracht-draaglast principe uit te leggen. De draagkracht is de belastbaarheid van ieder individu. De draaglast is de belasting die elk individu krijgt. De draagkracht en draaglast moeten in evenwicht zijn. Zo niet, dan is de kans op 'overbelasting' groot. Hierbij valt te denken aan burn-out, overspannen of depressie. Hierbij zou bij de weegschaal de draaglast te zwaar zijn en dus naar beneden hangen. Er is te weinig draagkracht om de draaglast te dragen. Hoe bewust ben jij je van je eigen draagkracht?

Activiteit: Jatspel

Door de groep dit spel te laten spelen kunnen ze duidelijke verschillen ervaren tussen actief bezig zijn en rust. Het is de bedoeling dat iedereen een matje in een bepaalde ruimte legt. Per matje komen er vijf verschillende spullen te liggen. Het is de bedoeling dat iedereen zo veel mogelijk spullen van de ander probeert te jatten. Men mag maar één voorwerp per beurt meenemen. Dus je rent bijv. naar je buurman, pakt daar een voorwerp en rent terug naar je eigen matje om het erop te leggen.

Variatie: 5 dezelfde voorwerpen proberen te verzamelen.

Activiteit	Evaluatievragen
Zoveel mogelijk spullen proberen te verzamelen. Voel wat je tijdens het actieve gedeelte voelt aan lichaamssignalen en doe dit ook wanneer je lichaam in rust is.	- Wat doe je als jou iets lukt? - Wat doe je als iets niet lukt? - Heb jij je energie verdeeld gedurende het spel? Hoe dan? - Wat voel je wanneer je actief bezig bent? Waar voel je dat? - Wat voel je als je lichaam rust krijgt? Is het herstel te voelen in het lichaam? - Als je voor jezelf rust gecreëerd hebt in het actieve spel, heb je die keuze volledig van jou eigen grenzen en lichaamssignalen laten afhangen. Of heb je het gebaseerd op wat de ander/de groep deed?

5 dezelfde voorwerpen proberen te verzamelen en ga nu eens voor jezelf na welke overwegingen je in het spel maakt m.b.t. lichaamssignalen en grenzen.

Voel wat je tijdens het actieve gedeelte voelt aan lichaamssignalen en doe dit ook wanneer je lichaam in rust is.

- Dezelfde vragen als hierboven.
- Is er iets veranderd in jou handelen ten opzichte van het vorige spel.
- Was je je bewust van overwegingen die je maakte tijdens de activiteit? Zo ja, welke en waar heb je ze op gebaseerd (denken, voelen of handelen)?
- Heb je je rust nu wel genomen, ook al ging het spel door, en hoe heb je dit dan gedaan?

Activiteit: Basketbal meppen (als er nog tijd over is)

Deze activiteit wordt alleen gedaan als er nog tijd over is. In het midden van de zaal komen twee basketballen te liggen (een gele en een rode). Er worden twee teams gemaakt die ieder achter de afgesproken lijn staan. Elk team krijgt één kleur bal aangewezen. Per team krijg je een aantal tennisballen. Met deze tennisballen moet er tegen de juiste basketbal gegooid worden. Probeer de basketbal rollende te houden. Het team dat de bal het eerste over de achterlijn krijgt heeft gewonnen.

In dit spel is het belangrijk om je energie goed te verdelen. In dit spel is goed te observeren hoe iedereen dit doet (bijv. het maken van afspraken onderling of het nemen van pauzes).

Variatie: één persoon is de joker en wordt aan de zijlijn gezet. Wanneer iemand geen energie meer heeft, mag hij of zij de joker in zetten.

Evaluatievragen

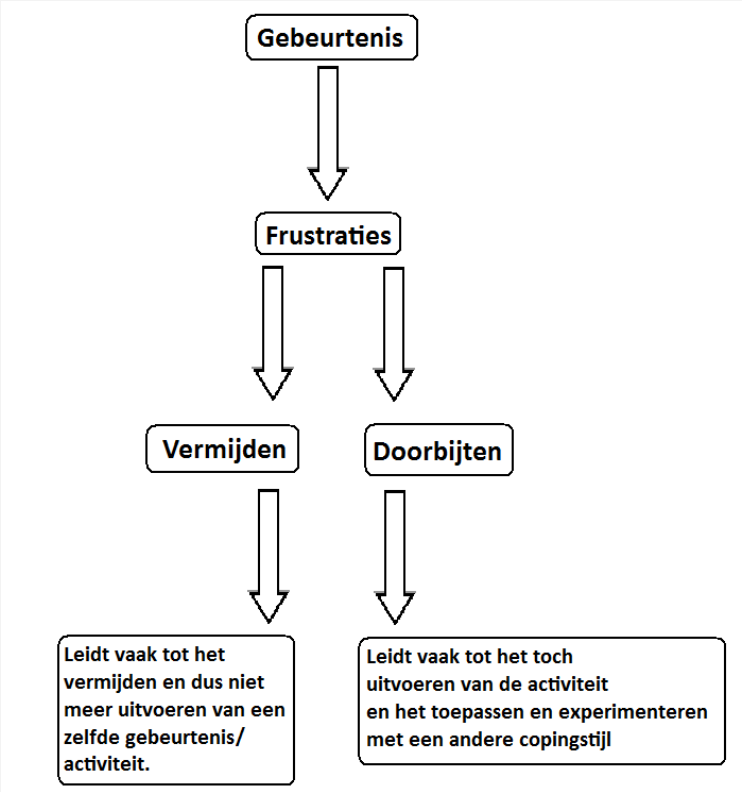
- Wat doe je als jou iets lukt?
- Wat doe je als iets niet lukt?
- Heb jij je energie verdeeld gedurende het spel? Hoe dan?
- Wat voel je wanneer je actief bezig bent? Waar voel je dat?
- Wat voel je als je lichaam rust krijgt? Is het herstel te voelen in het lichaam?
- Als je voor jezelf rust gecreëerd hebt in het actieve spel, heb je die keuze volledig van jou eigen grenzen en lichaamssignalen laten afhangen. Of heb je het gebaseerd op wat de ander/de groep deed?
- Is er meer draagkracht of draaglast bij jou te zien? Leg uit.

Afsluiting

Aan het einde van de bijeenkomst wordt het schema (die aan het begin van de bijeenkomst te zien was) erbij gehaald. Door middel van dit schema wordt er de vraag gesteld of het gedrag wat men in de zaal laat zien ook in het dagelijks leven terug te zien is. Het antwoord op die vraag zal voor iedereen verschillend zijn.

Vervolgens krijgen de cliënten de tijd om hun werkboek in te vullen en dus ook de spanningsmeter. De groep krijgt de volgende vraag mee naar huis waar ze over na kunnen denken: Ga deze week voor jezelf na of zich deze week een bewegingssituatie voordoet, waarin zowel jou draaglast als draagkracht in evenwicht zijn. Wat heeft ervoor gezorgd dat dit in evenwicht is? Probeer dit zo beknopt mogelijk op te schrijven.

Benodigdheden bijeenkomst	
Materiaal	Aantal
De sportzaal	1x
Matjes (yogamatjes)	Aantal = aantal deelnemers
Kegels	Aantal = aantal deelnemers
Pittenzakjes	Aantal = aantal deelnemers
Plastic ballen	Aantal = aantal deelnemers
Pylonen	Aantal = aantal deelnemers
Tennisballen	Onbeperkt
Basketballen	2x

Thema Frustraties hanteren (vermijders en bijters)	
Theoretische achtergrond	Cognitief gedragstherapeutisch Psychodynamisch therapeutisch
Therapeutische attitude	Empathisch, samenwerken, steunend, structureren.
Rationale	Het vermijders en bijters principe is aan de hand van het vreesvermijdingsmodel van Vlaeyen uit te leggen. Hierbij worden dan niet de begrippen 'catastroferen' en 'geen angst' gebruikt, maar de begrippen 'vermijders' en 'bijters'. Wanneer de vermijders eenzelfde gebeurtenis nog eens meemaken, zullen ze ook die situatie vermijden. De doorbijters daarentegen zullen de situatie niet vermijden, maar een andere manier vinden om er mee om te gaan (andere copingstijl). Wanneer raak je gefrustreerd? Wat zou je het liefste willen doen? Wat als je de situatie vermijdt, zou dit jou in de toekomst helpen? Wat als je de uitdaging en de frustraties aangaat? Probeer eens te experimenteren met ander gedrag.  <pre> graph TD A[Gebeurtenis] --> B[Frustraties] B --> C[Vermijden] B --> D[Doorbijten] C --> E[Leidt vaak tot het vermijden en dus niet meer uitvoeren van een zelfde gebeurtenis/ activiteit.] D --> F[Leidt vaak tot het toch uitvoeren van de activiteit en het toepassen en experimenteren met een andere copingstijl] </pre>
Activiteiten	Confronteren en uitdagen in bewegingsactiviteiten en onderzoeken van en experimenteren met copingstijlen.

PMT-bijeenkomst

Small talk, mental set en rationale

De therapeut start de bijeenkomst door iedereen te begroeten en door te vragen of iedereen de spanningsmeter wil invullen. Na een kleine small talk zal de therapeut het (nieuwe) thema dat aangeboden gaat worden activeren door gebruik te maken van een van de manieren die bij een mental set horen (metafoor, zelfonthulling, informatieve inleiding, enz.). Tenslotte geeft de therapeut de rationale van deze bijeenkomst. Hij geeft aan wat de reden is van de te ondernemen activiteiten. Hiervoor kan het schema op de vorige bladzijde gebruikt worden.

Activiteit: Tennisballen in hoepels rollen

Dit is een mikspel dat op verschillende manieren gespeeld kan worden. De bedoeling is om lichte frustratie (last) op te roepen bij de revalidanten. Het kan hier zowel gaan over de frustraties van je eigen, of omdat de ander je frustreert.

Iedereen gaat achter een aangewezen lijn staan en moet in zijn of haar hoepel een aantal balletjes rollen. Iedereen krijgt 5 verschillende ballen.

- Heb je tijdens de activiteit een frustrerend gevoel bij jezelf of bij de ander gemerkt?
- Wat gebeurt er als je een bal mis gooit?
- Ga je door, of stop je? En waarom maak je deze keuze?
- Zie je jouw reactie in het spel terugkomen in het dagelijks leven?
- Zou je dit graag anders willen zien?

Er worden twee teams gemaakt. Afhankelijk van de hoeveelheid spelers, worden er hoepels naast elkaar gelegd. Het is de bedoeling dat één persoon bij de eerste hoepel begint. Hij of zij moet proberen om een bal in de hoepel te rollen. Pas als er een bal in de hoepel ligt, mag de volgende in het team een bal in de tweede hoepel proberen te rollen. Het team dat als eerste een bal in de laatste hoepel weet te rollen, wint.

- Heb je tijdens de activiteit een frustrerend gevoel bij jezelf of bij de ander gemerkt?
- Wat gebeurt er als je een bal mis gooit?
- Ga je door, of stop je? En waarom maak je deze keuze?
- Zie je jouw reactie in het spel terugkomen in het dagelijks leven? Zou je dit graag anders willen zien?
- Wat gebeurt er met je wanneer het presteren van een team afhangt van jou? Komen er dan sneller frustraties naar boven?
- Is er een verschil met wat je voelt en denkt t.o.v. het eerste spel?

Als er nog tijd is: Iedereen speelt weer voor zichzelf. Er liggen 3 tot 5 hoepels in een schuine rij. De eerste hoepel ligt dus het dichtste bij de revalidant en de laatste het verste. Wanneer de revalidant een bal in de eerste hoepel rolt, mag hij pas door naar de tweede, enz. Diegene die als eerste een bal in de laatste hoepel kan rollen, heeft gewonnen.

- Heb je tijdens de activiteit een frustrerend gevoel bij jezelf of bij de ander gemerkt?
- Wat gebeurt er als je een bal mis gooit?
- Ga je door, of stop je? En waarom maak je deze keuze?
- Zie je jouw reactie in het spel terugkomen in het dagelijks leven? Zou je dit graag anders willen zien?
- Is er een verschil te merken in jou ervaringen t.o.v. het vorige spel?

Activiteit: Rond de wereld basketbal

Er staan 6 pylonnen in een halve cirkel om de basket. Men begint bij pylon 1, en eindigt bij de eindpylon. Dit wordt aangegeven door de therapeut. Je gooit om de beurt de basketbal richting de basket. Gaat hij erin, dan mag je een pylon omschuiven.

Evaluatievragen

- Merk je frustraties? Waar komen deze uit voort, frustratie dat het je niet lukt, of frustratie omdat de anderen steeds een pylon verder mogen?
- Ga je ondanks de frustraties toch door? Zo ja, heb je geprobeerd om andere gedragingen/handelingen toe te passen, of ben je doorgedaan zoals je bezig was?
- Omdat je nu zo bewust bezig bent met frustraties hanteren, veranderd dit iets m.b.t. jou handelen? Zou je dit ook in de thuissituatie kunnen toepassen?
- Wat stel je je zelf als doel? Hoe snel ben jij gefrustreerd en waar komt dat door?

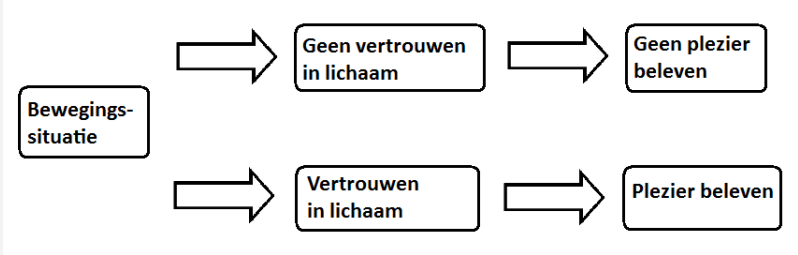
Afsluiting

Aan het einde van de bijeenkomst wordt het schema (die aan het begin van de bijeenkomst te zien was) erbij gehaald. Door middel van dit schema wordt er de vraag gesteld of het gedrag wat men in de zaal laat zien ook in het dagelijks leven terug te zien is. Het antwoord op die vraag zal voor iedereen verschillend zijn.

Vervolgens krijgen de cliënten de tijd om hun werkboek in te vullen en dus ook de spanningsmeter. De groep krijgt de volgende vraag mee naar huis waar ze over na kunnen denken: Heeft zich deze week een situatie voorgedaan waarbij er frustraties naar boven kwamen, en waarbij je niet op de automatische piloot hebt gereageerd, maar bewust overwegingen hebt gemaakt wat het beste zou zijn om te doen. In dit geval dus bijten of vermijden?

Benodigdheden bijeenkomst

Materiaal	Aantal
De sportzaal	1x
Tennisballen	Aantal = aantal deelnemers
Foamballen	Aantal = aantal deelnemers
Gekleurde ballen (met water)	Aantal = aantal deelnemers
Houten ballen	Aantal = aantal deelnemers
Plastic ballen	Aantal = aantal deelnemers
Hoepels	Allemaal
Baskets	2
Basketballen	Aantal = aantal deelnemers
Pylonen	12

Thema Vertrouwen herwinnen en plezier beleven	
Theoretische achtergrond	Cliënt centered
Therapeutische attitude	Empathisch, begeleidend, steunend, sturend.
Rationale	In het leven bestaan er tal van bewegingssituaties (of algemenere situaties) waarin het je niet lukt om datgene te bereiken wat je graag had willen bereiken. Je krijgt misschien last van je lichaam (pijn), ervaart beperkingen in de vaardigheden, krijgt steeds te horen dat je iets niet goed doet, enz. Dit zijn allemaal aspecten die ervoor kunnen zorgen dat je geen vertrouwen meer in jezelf en je lichaam hebt. Misschien weet je dat je iets eigenlijk wel kunt doen, maar wordt dat nu beperkt door de beperkingen die je op dit moment ervaart. Misschien zijn het wel niet alleen de lichamelijke beperkingen, maar zijn er ook discognities en een tal van emoties die ervoor zorgen dat je geen vertrouwen meer hebt in je lichaam. De altijd maar negatieve ervaringen in een bepaalde context (bijv. sporten) zorgen ervoor dat het gevoel hebt niks te kunnen, waardoor je dus geen vertrouwen kunt ervaren in je eigen. Op die momenten ervaar je vaak geen plezier. Echter als we die situaties nu om zouden zetten in situaties waarin je plezier ervaart, succes ervaart en je weer trots op jezelf kunt zijn. Zou het vertrouwen dan weer wat meer terugkomen? We gaan deze bijeenkomst kijken en bewust worden van wat jij nodig hebt om weer plezier te kunnen ervaren en weer vertrouwen krijgt in jezelf.  <pre> graph LR A[Bewegings-situatie] --> B[Geen vertrouwen in lichaam] B --> C[Geen plezier beleven] A --> D[Vertrouwen in lichaam] D --> E[Plezier beleven] </pre>
Activiteiten	Succeservaringen arrangeren in bewegingsactiviteiten

PMT-bijeenkomst

Small talk, mental set en rationale

De therapeut start de bijeenkomst door iedereen te begroeten en door te vragen of iedereen de spanningsmeter wil invullen. Na een kleine small talk zal de therapeut het (nieuwe) thema dat aangeboden gaat worden activeren door gebruik te maken van een van de manieren die bij een mental set horen (metafoor, zelfonthulling, informatieve inleiding, enz.). Tenslotte geeft de therapeut de rationale van deze bijeenkomst. Hij geeft aan wat de reden is van de te ondernemen activiteiten. Hiervoor kan het schema op de vorige bladzijde gebruikt worden.

Activiteit: Volleybal met opblaasbare strandbal

Tijdens de bijeenkomst worden er verschillende activiteiten aangeboden met de opblaasbare strandvolleybal. Een strandvolleybal roept meestal positieve gedachten en gevoelens op en wordt geassocieerd met vakantie, strand en lol hebben met elkaar. Deze context zal er al meer voor zorgen dat men in succeservaringen en plezierervaringen gezet wordt. Tenslotte is de opblaasbare strandbal zacht en licht, waardoor er makkelijker gespeeld en bewogen kan worden.

In tweetallen overspelen:

- Bal hoog houden met z'n tweeën. Probeer eens op verschillende manieren met elkaar over te spelen (onderhands en bovenhands).
- Wedstrijdje: hoe vaak kun jij in het tweetal de bal hooghouden, binnen 1 minuut.

- Ga eens bij jezelf na of je plezier ervaren hebt. Wat heeft gemaakt dat je wel of geen plezier ervaren hebt? Wat heb jij als persoon nodig?
- Ga ook eens bij jezelf na of je vertrouwen in jezelf ervaren hebt. Wat heeft gemaakt dat je wel of geen vertrouwen in jezelf ervaren hebt? Wat heb jij als persoon nodig?

In viertallen overspelen:

- De bal naar elkaar overspelen. Probeer de bal zo hoog mogelijk te slaan, en roep de naam van diegene die hem daarna moet wegslaan, enz.
- Hetzelfde, maar nu steeds een andere naam noemen (dus namen die niet aanwezig zijn in de ruimte). Je moet hier wel diegene goed aanspelen.
- Welk team kan de bal het langste hooghouden, zonder dat de bal de grond raakt?

Hier ook weer dezelfde vragen:

- Ga eens bij jezelf na of je plezier ervaren hebt. Wat heeft gemaakt dat je wel of geen plezier ervaren hebt? Wat heb jij als persoon nodig?
- Ga ook eens bij jezelf na of je vertrouwen in jezelf ervaren hebt. Wat heeft gemaakt dat je wel of geen vertrouwen in jezelf ervaren hebt? Wat heb jij als persoon nodig?
- Ervaar je meer plezier/vertrouwen wanneer het team waar je mee samenspeelt groter wordt?

Wedstrijd: Er worden twee teams

Hier ook weer dezelfde vragen:

gevormd en gaan in hun eigen veld staan. Het volleybalnet wordt opgehangen. In dit spel mag alles. Je mag de bal met je handen, hoofd, voeten, benen, enz. raken. De bal mag je ook vangen en dan overgooien. Echter, gelden er wel een aantal regels:

- Als de bal uit het veld valt is het buitenspel (punt voor de ander).
- Bal moet over net gespeeld worden.
- Echter moet men eerst de bal 3x keer overspelen in het eigen team, voordat hij naar het andere team gespeeld mag worden.

- Ga eens bij jezelf na of je plezier ervaren hebt. Wat heeft gemaakt dat je wel of geen plezier ervaren hebt? Wat heb jij als persoon nodig?
- Ga ook eens bij jezelf na of je vertrouwen in jezelf ervaren hebt. Wat heeft gemaakt dat je wel of geen vertrouwen in jezelf ervaren hebt? Wat heb jij als persoon nodig?
- Ervaar je meer plezier/vertrouwen wanneer het team waar je mee samenspeelt groter wordt?
- Wat zorgde in dit spel voor plezier/vertrouwen, voor jou?

Afsluiting

Aan het einde van de bijeenkomst wordt het schema (die aan het begin van de bijeenkomst te zien was) erbij gehaald. Door middel van dit schema wordt er de vraag gesteld of het gedrag wat men in de zaal laat zien ook in het dagelijks leven terug te zien is. Het antwoord op die vraag zal voor iedereen verschillend zijn.

Vervolgens krijgen de cliënten de tijd om hun werkboek in te vullen en dus ook de spanningsmeter. De groep krijgt de volgende vraag mee naar huis waar ze over na kunnen denken: In de zaal ben je vandaag bewust bezig geweest met welke aspecten jij als persoon nodig hebt om plezier/vertrouwen te ervaren. Zet deze zelf voor je op een rijtje en ga eens na of je deze aspecten ook in het dagelijks leven kunt creëren?

Benodigheden bijeenkomst

Materiaal	Aantal
De sportzaal	1x
Volleybalnet	1x
Strandvolley ballen	Aantal = aantal deelnemers : 2

A
A
N
D
A
C
H
T
S
G
E
B
I
EINTERACTIE
EN
COMMUNICATIE

Vaak als pijn aanhoudt, kan deze tussen de persoon in kwestie en zijn omgeving komen te staan. De pijn en het daarbij behorende pijngedrag heeft niet alleen invloed op de persoon met pijn zelf, maar ook op de relatie met partner, gezinsleden, familie en vrienden, werk en sociale verbanden als sport en vrije tijd. Het evenwicht van de wisselwerking tussen de persoon met pijn en zijn omgeving raakt verstoord. De pijn beïnvloedt posities en relatieverbanden.

De persoon met pijn kan in de positie van slachtoffer gaan zitten en zichzelf daardoor en daarmee op de achtergrond of juist op de voorgrond plaatsen. De persoon trekt zich enerzijds terug wat betreft het gangbare functioneren en stelt zich anderzijds juist op de voorgrond met de pijn. De relatie met de ander wordt beladen met pijn en de persoon loopt het risico uit allerlei verbanden weg te vallen.

Pijngedrag kan negatieve gevolgen hebben, maar kan ook wat opleveren in situaties en relaties in de vorm van ziektewinst (Neerincx, 2001). Niet de vraag waar de pijn door komt is dan relevant, maar wat men met de pijn in relaties doet is belangrijk. Er wordt gewerkt met de vraag: 'Hoe krijgt de pijn een plek in het aangaan en onderhouden van relaties?' (van der Meijden & Bosscher, 2007).

Thema Contact maken	
Theoretische achtergrond	Cliënt centered Psychodynamisch therapeutisch
Therapeutische attitude	Empathisch, transparant, begeleidend, steunend
Rationale	In het schema zijn er eigenlijk hier beneden is te zien dat communicatie uit non-verbale en verbale communicatie bestaat. Deze moeten op elkaar afgestemd zijn, anders kun je niet samenwerken. Bij samenwerken is er een gezamenlijk resultaat. Om dit gezamenlijk resultaat te bereiken is er een optimale afstemming nodig tussen eigen kwaliteiten en belangen en kwaliteiten en belangen van de groep/de ander. <pre> graph TD Comm[Communicatie] --> NV[Non-verbale communicatie; - uitdrukkingen - emoties - houding - alle communicatie zonder woorden] Comm --> V[Verbale communicatie; - gesprekken - vragen stellen - antwoord geven - alle communicatie met woorden] NV --> OA1[Optimale afstemming] V --> OA1 OA1 --> Sam[Samenwerken] Sam --> GR[Gezamenlijk resultaat] GR --> OA2[Optimale afstemming] OA2 --> EK[Eigen kwaliteiten en belangen] OA2 --> KB[Kwaliteiten en belangen van de groep / de ander] </pre> Kijk eens hoe je in je dagelijks leven communiceert en samenwerkt. Zou je dit graag anders willen zien? Ga in de zaal eens experimenteren met ander gedrag.
Activiteiten	Themagericht werken: samenwerken, leiden/volgen, initiatief nemen

PMT-bijeenkomst

Small talk, mental set en rationale

De therapeut start de bijeenkomst door iedereen te begroeten en door te vragen of iedereen de spanningsmeter wil invullen. Na een kleine small talk zal de therapeut het (nieuwe) thema dat aangeboden gaat worden activeren door gebruik te maken van een van de manieren die bij een mental set horen (metafoor, zelfonthulling, informatieve inleiding, enz.). Tenslotte geeft de therapeut de rationale van deze bijeenkomst. Hij geeft aan wat de reden is van de te ondernemen activiteiten. Hiervoor kan het schema op de vorige bladzijde gebruikt worden.

Activiteit: Non-verbaal en verbaal contact maken

Er worden tweetallen gemaakt en deze gaan tegenover elkaar staan. In deze tweetallen gaat men op verschillende manieren contact maken. Hierbij is het de bedoeling dat men gaat ervaren hoe men in het dagelijks leven doet communiceren.

Activiteit	Evaluatievragen
Overspelen: Ieder tweetal heeft één bal. Ieder tweetal mag op hun eigen manier de bal gooien, stuiten, rollen, enz. (Dus geen specifieke opdracht geven)	- Wat gebeurt er in de communicatie? - Ga voor jezelf eens na of je meer non-verbaal of meer verbaal hebt laten zien? - Waarom doe je dit op deze manier? - Doe je dit ook in het dagelijks leven zo?
Bal stuiten: Ieder tweetal heeft één bal. Deze bal moet via een stuit op de grond naar de ander gespeeld worden. Nu geen communicatie, iedereen kijkt naar de grond. Bal gooien: Hetzelfde, alleen nu de bal naar elkaar gooien.	- Wat doet het met je als er geen communicatie is? - Heb je wel eens in het dagelijks leven dat je niet wilt of kunt communiceren?
Bal stuiten: Ieder tweetal heeft één bal. Deze bal moet via een stuit op de grond naar de ander gespeeld worden. Deze keer alleen non-verbaal communiceren. Bal gooien: Hetzelfde, alleen nu de bal naar elkaar gooien.	- Wat doet het met je als je alleen maar non-verbaal mag communiceren? - Als dit een andere manier van communiceren voor jou is, hoe voelt dat dan aan? - Hoe heb jij non-verbaal gecommuniceerd?
Bal stuiten: Ieder tweetal heeft één bal. Deze bal moet via een stuit op de grond naar de ander gespeeld worden. Deze keer alleen verbaal communiceren. Bal gooien: Hetzelfde, alleen nu de bal naar elkaar gooien.	- Wat doet het met je als je alleen maar verbaal mag communiceren? - Als dit een andere manier van communiceren voor jou is, hoe voelt dat dan aan? - Hoe heb jij verbaal gecommuniceerd? - Is het mogelijk om alleen maar verbaal te communiceren?

Activiteit: Communiceren en samenwerken

Er worden tweetallen gemaakt en deze gaan tegenover elkaar staan. Ieder tweetal krijgt twee stokken in de handen, die ze aan de uiteinden moeten vasthouden. Op de twee stokken komt een bal te liggen. In deze activiteit wordt de overstap gemaakt van communiceren naar samenwerken.

Activiteit	Evaluatievragen
1. Laat de bal rollen over de stokken, zonder dat hij de handen aanraakt. 2. Probeer nu eens de bal omhoog te gooien en weer op te vangen met de stokken. 3. Gooi de bal omhoog, laat hem één keer stuiten op de grond en vang hem dan weer op met de stokken.	- Wat gebeurt er in de communicatie als er een gezamenlijk doel is (bijv. bal omhoog gooien en weer vangen)? - Als je kijkt naar de samenwerking? Was er veel miscommunicatie en hoe kwam dit? - Leidt jij meer of volg jij meer? Hoe is dit in het dagelijks leven?
Alle tweetallen gaan in een rij naast elkaar staan. We krijgen dus uiteindelijk twee rijen. Iedereen blijft de stokken vasthouden. Er wordt één bal op de stokken van het eerste tweetal in die rij gelegd. Het is de bedoeling dat de bal d.m.v. overgooien naar het laatste tweetal gaat en ook weer terug.	- Wat gebeurt er nu in de communicatie als er een gezamenlijk doel is die je met de hele groep wilt bereiken? - Als je kijkt naar de samenwerking? Was er veel miscommunicatie en hoe kwam dit? - Heb je meer geleid of gevolgd? Hoe vond je dit?

Activiteit: Met de strandvolleybal naar de overkant.

In deze activiteit gaat de groep actief een gezamenlijk doel bereiken. Men gaat met zijn allen achter een bepaalde lijn staan en het is de bedoeling om gezamenlijk, met de strandvolleybal, naar de overkant te gaan. Dit strandvolleybal moet constant in beweging zijn en dus overgespeeld worden. Iedereen moet de bal minstens 2 keer aangeraakt hebben.

Evaluatievragen

- Wat was jou rol in de samenwerking? Volgend, leidend, steunend?
- Als we het spel nog eens zouden spelen, zou je dan liever een andere rol willen aannemen?

Afsluiting

Aan het einde van de bijeenkomst wordt het schema (die aan het begin van de bijeenkomst te zien was) erbij gehaald. Door middel van dit schema wordt er de vraag gesteld of het gedrag wat men in de zaal laat zien ook in het dagelijks leven terug te zien is. Het antwoord op die vraag zal voor iedereen verschillend zijn.

Vervolgens krijgen de cliënten de tijd om hun werkboek in te vullen en dus ook de spanningsmeter. De groep krijgt de volgende vraag mee naar huis waar ze over na kunnen denken: Ga deze week eens kijken of je een situatie meemaakt waarin je trots bent over jou manier van communiceren. Misschien heb je wel met een andere manier van contact maken geëxperimenteerd en ben je daar heel trots op. Of misschien heb je wat meer de leider/volger rol op je genomen.

Benodigdheden bijeenkomst	
Materiaal	Aantal
De sportzaal	1x
Plastic ballen	Aantal = helft aantal deelnemers
Houten stokken	Aantal deelnemers
Opblaasbare strandvolleybal	1

Thema Communiceren over grenzen/wensen/belevingen van jezelf en de ander	
Theoretische achtergrond	Cliënt centered Psychodynamisch therapeutisch Cognitieve gedragstherapie
Therapeutische attitude	Accepterend, empathisch, betrokken, samenwerken, steunen, benoemen en structureren.
Rationale	Vorige keer hebben we geëxperimenteerd met hoe je contact maakt en hebben we ook al een vertaalslag gemaakt naar welke rol je inneemt tijdens de communicatie/samenwerken. Deze bijeenkomst gaan we het hebben over het communiceren over eigen grenzen, wensen en belevingen van jezelf en van de ander. In onze huidige maatschappij worden er heel veel dingen van ons gevraagd. Vaak doen we dit ook gewoon, zonder daar bij na te denken. Echter staan we helemaal niet stil bij wat het met ons doet en wat wij graag zouden willen. Hoe communiceer jij over je grenzen/wensen en belevingen van jezelf en van de ander. Laat je je hierin zelf duidelijk zien, of komt de ander op de eerste plaats? Hoe gaat dat in de samenwerking? Hoe vraag jij hulp of hoe ontvang jij hulp? Dit zijn allemaal vragen die tijdens deze bijeenkomst naar voren kunnen komen. <pre> graph TD A[Communiceren] --> B[Grenzen] A --> C[Wensen] A --> D[Belevingen] B --> B1["- Wat zijn mijn grenzen? - Wat zijn de grenzen van de ander? - Hoe laat ik de ander weten wat mijn grenzen zijn? - Hoe laat de ander mij weten wat zijn grenzen zijn?"] C --> C1["- Wat zijn mijn wensen? - Wat zijn de wensen van de ander? - Hoe laat ik de ander weten wat mijn wensen zijn? - Hoe laat de ander mij weten wat zijn wensen zijn?"] D --> D1["- Wat zijn mijn belevingen? - Wat zijn de belevingen van de ander? - Hoe laat ik de ander weten wat mijn belevingen zijn? - Hoe laat de ander mij weten wat zijn belevingen zijn?"] </pre>
Activiteiten	Leren communiceren, anders dan via de pijn. Bewustwording van en experimenteren met interacties (samenwerken, hulpvragen en ontvangen).

PMT-bijeenkomst

Small talk, mental set en rationale

De therapeut start de bijeenkomst door iedereen te begroeten en door te vragen of iedereen de spanningsmeter wil invullen. Na een kleine small talk zal de therapeut het (nieuwe) thema dat aangeboden gaat worden activeren door gebruik te maken van een van de manieren die bij een mental set horen (metafoor, zelfonthulling, informatieve inleiding, enz.). Tenslotte geeft de therapeut de rationale van deze bijeenkomst. Hij geeft aan wat de reden is van de te ondernemen activiteiten. Hiervoor kan het schema op de vorige bladzijde gebruikt worden.

Activiteit: Oefencircuit

Binnen het oefencircuit worden allerlei oefenvormen aangereikt, waarbij communiceren met grenzen, wensen en belevingen centraal staat. De revalidant wordt uitgenodigd om voor zichzelf te onderzoeken hoe hij/zij communiceert en hoe de ander communiceert met hem/haar. Hoe doe je het op dit moment, hoe doe je het in de thuissituatie en hoe zou je het graag willen doen?

Activiteit	Evaluatievragen
<i>Stok; leiden/volgen</i> Men maakt tweetallen en pakt per tweetal een stok. Deze stok houdt men vast d.m.v. één vingertop. - Men loopt door de ruimte zonder opdracht. - Je wisselt van rol, eerst iemand de leider, dan de volger (zodat iedereen elke rol heeft gehad). - Iedereen neemt in gedachten een plek in de zaal. Dat is jouw eindpunt. Jij wilt naar jouw eindpunt, maar je partner heeft ook een eindpunt in gedachten. Wie kan bij zijn/haar eindpunt komen zonder dat de stok valt?	- Als we kijken naar volgen en leiden, welke rol heb je in de eerste activiteit genomen, die van de leider of van de volger? Past deze rol bij jou? - Heb je gecommuniceerd over de grenzen/wensen/belevingen van jezelf of de ander? - Bij de laatste oefening heeft iedereen een doel. Is het moeilijk voor jou om de leidersrol op je te nemen of kun je misschien helemaal niet volgen? Wat heb je ervaren? - Heb je de ander laten weten wat jou grenzen/wensen/belevingen zijn? Hoe heb je dit gedaan?
<i>Blinddoekje</i> Er worden twee tot drie teams gemaakt (afhankelijk van de aantal revalidanten). In een bepaald vak liggen allemaal pittenzakjes (4 verschillende kleuren). Één iemand van het team wordt geblinddoekt en moet een pittenzakje gaan halen, de rest van het team blijft buiten het vak staan en moet mondeling aanwijzingen	- Welke rol heb jij tijdens dit spel op je genomen en hoe ervaarde je dat? - Hoe heb je gecommuniceerd? - Heb je in de communicatie rekening gehouden met de grenzen/wensen en belevingen van jezelf, of was je meer bezig met wat de ander wilde? - Datgene wat je hier ervaart en laat zien, is dat ook terug te zien in het dagelijks leven?

geven. Als men het zakje gepakt heeft, gaat men terug naar het beginpunt, legt het zakje in de hoepel en dan moet de volgende geblinddoekt worden, enz. Het is de bedoeling dat men van één kleur een X aantal zakjes verzamelt.	
<i>Boompje verwisselen (als er nog tijd over is)</i> Elke revalidant pakt een hoepel, en legt deze hoepel in een cirkel op de grond. Iedereen gaat in de hoepel staan. Één iemand die gaat in het midden staan, wat betekent dat er één hoepel vrij komt. Diegene die in het midden staat moet proberen een vrije hoepel te bemachtigen. Echter moet de groep ervoor zorgen dat diegene in het midden niet in een lege hoepel komt.	- Hoe heb jij tijdens dit spel communiceert en wat (wensen, grenzen, belevingen) heb je gecommuniceerd? - Is die communicatie duidelijk overgekomen? - Was je meer bezig met jezelf, of met de ander? - Datgene wat je hier ervaart en laat zien, is dat ook terug te zien in het dagelijks leven?

Afsluiting

Aan het einde van de bijeenkomst wordt het schema (die aan het begin van de bijeenkomst te zien was) erbij gehaald. Door middel van dit schema wordt er de vraag gesteld of het gedrag wat men in de zaal laat zien ook in het dagelijks leven terug te zien is. Het antwoord op die vraag zal voor iedereen verschillend zijn.

Vervolgens krijgen de cliënten de tijd om hun werkboek in te vullen en dus ook de spanningsmeter. De groep krijgt de volgende vraag mee naar huis waar ze over na kunnen denken: Deze bijeenkomst ben je bewust gaan ervaren hoe je communiceert m.b.t. wensen, grenzen en beleving van je zelf en van de ander. Dit zie je wel of niet terugkomen in het dagelijks leven. Kun je komende week eens nagaan hoe duidelijk jij bent in de communicatie, wanneer het over grenzen/wensen/belevingen gaat?

Benodigdheden bijeenkomst

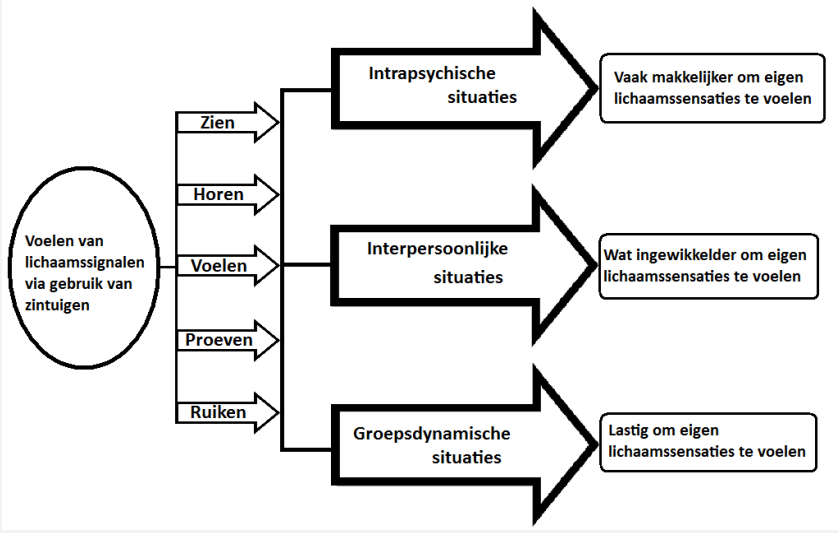
Materiaal	Aantal
De sportzaal	1x
Stokken	Aantal = aantal deelnemers : 2
Blinddoeken	2 tot 3
Pittenzakjes	Allemaal (5x van elke kleur)
Hoepels	Allemaal (minstens 10)

A
A
N
D
A
C
H
T
S
G
E
B
I
ELICHAAMS-
BELEVING

Door de aanhoudende pijn raakt de lichaamsbeleving verstoord. Lichamelijke pijn overheerst en er is steeds minder ruimte voor andere lichaamsbelevingen. Het lichaam wordt als negatief beleefd en men trekt zich gevoelsmatig terug uit zijn lijf. Het beleven van zintuiglijke ervaringen, anders dan pijn, raakt op de achtergrond.

De zintuigen worden niet gevoed en er komen steeds minder ervaringen om van te genieten. Ook het lichamenlijk contact met anderen vermindert. In het contact met voor de cliënt belangrijke personen wordt lichamenlijke intimiteit en seksualiteit steeds minder of niet meer beleefd.

Binnen PMT is het mogelijk om weer positieve zintuiglijke lichaamservaringen op te doen waardoor de cliënt de mogelijkheden heeft om deze ervaringen mee te nemen in het maken van positieve keuzes in het alledaagse functioneren (van der Meijden & Bosscher, 2007).

Thema Zintuiggebruik en voelen van lichamelijke signalen	
Theoretische achtergrond	Cliënt centered Psychodynamisch therapeutisch
Therapeutische attitude	Empathisch, transparant, begeleidend, steunend
Rationale	Lichaamssensaties zijn de hele dag aanwezig. Het voelen van warmte, kou, tintelingen, stijfheid, pijn, enz. zijn voorbeelden van sensaties. We zijn vaak geneigd om alleen maar de negatieve dingen te voelen, terwijl er zoveel positieve signalen te voelen zijn. We gaan in drie verschillende situaties (intrapsychisch⁴, interpersoonlijk⁵ en groepsdynamisch⁶) ervaren welke signalen jij kunt voelen.  <pre> graph LR A([Voelen van lichaamssignalen via gebruik van zintuigen]) --> B[Zien] A --> C[Horen] A --> D[Voelen] A --> E[Proeven] A --> F[Ruiken] B --> G[Intrapsychische situaties] C --> G D --> H[Interpersoonlijke situaties] E --> H F --> I[Groepsdynamische situaties] G --> J[Vaak makkelijker om eigen lichaamssensaties te voelen] H --> K[Wat ingewikkelder om eigen lichaamssensaties te voelen] I --> L[Lastig om eigen lichaamssensaties te voelen] </pre>
Activiteiten	Zintuiglijke waarnemingen in bewegings- en lichaamserverings situaties.

⁴ Begrippenlijst, nr. 4⁵ Begrippenlijst, nr. 5⁶ Begrippenlijst, nr. 6

PMT-bijeenkomst

Small talk, mental set en rationale

De therapeut start de bijeenkomst door iedereen te begroeten en door te vragen of iedereen de spanningsmeter wil invullen. Na een kleine small talk zal de therapeut het (nieuwe) thema dat aangeboden gaat worden activeren door gebruik te maken van een van de manieren die bij een mental set horen (metafoor, zelfonthulling, informatieve inleiding, enz.). Tenslotte geeft de therapeut de rationale van deze bijeenkomst. Hij geeft aan wat de reden is van de te ondernemen activiteiten. Hiervoor kan het schema op de vorige bladzijde gebruikt worden.

Ook zou bij dit thema een mooie metafoor gebruikt kunnen worden, omdat de cliënten op te halen met hun gedachten naar het thema. Ik geef iedereen van te voren een snoepje en zeg daar verder niks over. Als ik het thema heb uitgelegd, kom ik terug op het snoepje. Hierbij stel ik de vragen wie vooral met zijn zintuigen bij het snoepje was? Wie er met zijn zintuigen vooral bij de uitleg was? Of men bewust was van lichaamssignalen?

Activiteit: Lopen door de ruimte

Het is de bedoeling dat iedereen een voorwerp naar keuze pakt uit de materialenkast waarmee hij door de hele zaal kan lopen.

Activiteiten (varianties)	Evaluatievragen
Intrapsychisch: Ga door de ruimte lopen. Je mag met het voorwerp dat je in je handen hebt doen wat je wilt. Je mag geen contact maken met iemand anders. Je blijft bij jezelf.	- Ga voor jezelf eens na welke zintuigen er op dit moment aangesproken worden. Probeer hier ook bewust van te worden. - Je weet dat als een bal stuitert, hij geluid maakt. Echter ben je je er ook echt bewust van dat je het hoort? - Van hoeveel zintuigen ben jij je op dit moment bewust van? - Hoe zit het met je lichaamssignalen? Wat is er allemaal te voelen aan je lijf? Dit kunnen aanrakingen met de vloer en het voorwerp zijn, dit kan warmte of juist kou zijn, of iets anders. - Van welke signalen ben je je op dit moment bewust van en welke zijn er tegelijk te voelen? Of is het moeilijk om alle signalen te voelen? - Kun je je ook richten op alleen de positieve lichaamssignalen?
Interpersoonlijk: Ga door de ruimte lopen en maak contact met één iemand. Jullie hebben beide een voorwerp in de hand. Ga nu eens samen met deze twee voorwerpen een	- Ga voor jezelf eens na welke zintuigen er op dit moment aangesproken worden. Probeer hier ook bewust van te worden. - Je weet dat als een bal stuitert, hij geluid maakt. Echter ben je je er ook echt bewust

spel/oefening bedenken en uitvoeren.	van dat je het hoort? - Van hoeveel zintuigen ben jij je op dit moment bewust van? - Hoe zit het met je lichaamssignalen? Wat is er allemaal te voelen aan je lijf? Dit kunnen aanrakingen met de vloer en het voorwerp zijn, dit kan warmte of juist kou zijn, of iets anders. - Van welke signalen ben je je op dit moment bewust van en welke zijn er tegelijk te voelen? Of is het moeilijk om alle signalen te voelen? - Vind je het moeilijker of makkelijker om je lichaamssignalen te voelen? Hoe zou dit komen? - Kun je je ook richten op alleen de positieve lichaamssignalen?
Groepsdynamisch: Ga door de ruimte lopen en maak contact met de hele groep. Iedereen heeft een voorwerp in de hand. Ga nu eens samen met al deze voorwerpen een spel/oefening bedenken en uitvoeren.	- Ga voor jezelf eens na welke zintuigen er op dit moment aangesproken worden. Probeer hier ook bewust van te worden. - Je weet dat als een bal stuitert, hij geluid maakt. Echter ben je je er ook echt bewust van dat je het hoort? - Van hoeveel zintuigen ben jij je op dit moment bewust van? - Hoe zit het met je lichaamssignalen? Wat is er allemaal te voelen aan je lijf? Dit kunnen aanrakingen met de vloer en het voorwerp zijn, dit kan warmte of juist kou zijn, of iets anders. - Van welke signalen ben je je op dit moment bewust van en welke zijn er tegelijk te voelen? Of is het moeilijk om alle signalen te voelen? - Vind je het moeilijker of makkelijker om je lichaamssignalen te voelen? Hoe zou dit komen? - Kun je je ook richten op alleen de positieve lichaamssignalen?

Activiteit: Korfbal

In een klein veld, aangepast aan het aantal personen (en beweegbaarheid), worden twee korfbalpalen gezet. We spelen met twee teams en men moet bij de tegenstander in de korf proberen te scoren. Lichamelijke aanrakingen mogen niet en probeer samen te spelen. Je mag niet lopen met de bal, dus iedereen die niet in het bezit van de bal is moet zich vrij lopen om de bal te kunnen ontvangen. De speler die de bal vast heeft mag alleen op zijn plek wisselen van voet.

Evaluatievragen

- Probeer eens na te gaan of je tijdens het spel bewust was van het zintuiggebruik en het voelen van lichaamssignalen?

- Zo ja, wat heb je hiermee gedaan?
- Wat was er allemaal te voelen? Waren er meer positieve of negatieve lichaamssignalen? Wat doe je hier dan mee?

Afsluiting

Aan het einde van de bijeenkomst wordt het schema (die aan het begin van de bijeenkomst te zien was) erbij gehaald. Door middel van dit schema wordt er de vraag gesteld of het gedrag wat men in de zaal laat zien ook in het dagelijks leven terug te zien is. Het antwoord op die vraag zal voor iedereen verschillend zijn.

Vervolgens krijgen de cliënten de tijd om hun werkboek in te vullen en dus ook de spanningsmeter. De groep krijgt de volgende vraag mee naar huis waar ze over na kunnen denken: Je hebt het een en ander ervaren en gevoelt, met jezelf, met de ander en met de groep. Ga eens voor jezelf na hoe dit is in de thuissituatie. Ben je daar ook bewust bezig met je lichaamssignalen en wat doe je hier dan mee? Is er verschil te zien in wanneer je iets alleen doet of met een groep?

Benodigdheden bijeenkomst

Materiaal	Aantal
De sportzaal	1x
Materialenkast	-
Korfbalpalen	2x
Korfbal/basketbal	1x
Lintjes	Afhankelijk van aantal deelnemers

Thema Ver-, her- en erkennen van lichaamsbewustzijn	
Theoretische achtergrond	Cliënt centered Cognitief gedragstherapeutisch
Therapeutische attitude	Accepteren, empathisch, transparant, samenwerken
Rationale	Wanneer je een goed ontwikkeld lichaamsbewustzijn hebt, dan ben je in staat naar de signalen die jou lichaam je geeft te luisteren. Je staat open voor wat jouw lichaam vertelt over jezelf en de dingen die je doet. Kortom, iemand die lichaamsbewust is, merkt (mede) aan zijn lichaam hoe het met hem gaat. Ons lichaam en onze geest beïnvloeden elkaar constant. Wanneer men zich fit en gezond voelt, zit men vaak goed in zijn vel. Als je somber of angstig bent, heb je vaak weinig energie. Wanneer we negatieve sensaties voelen aan ons lichaam als energieverlies, hartkloppingen, pijn, opgejaagd gevoel, slapte, enz., is het vaak te laat. Alarmsignalen zijn al in een eerder stadium te voelen en te herkennen. Een groter lichaamsbewustzijn zorgt ervoor dat je die signalen dat er 'iets niet lekker zit' veel eerder kunt opmerken. Daarbij kan een goed ontwikkeld lichaamsbewustzijn je eigen zelfinzicht en zelfvertrouwen vergroten. Je merkt sneller of jou iets energie kost of juist energie geeft. Je kunt hier dan direct iets mee doen, zoals een grens stellen of uit de buurt blijven van een bepaald persoon. Ook zul je je lichaam beter kunnen inzetten in communicatie en presentatie, en zichtbaarder zijn bij anderen (Medic Info, 2010).
Activiteiten	Bewegingsactiviteiten waarbij men moet stilstaan bij zijn of haar denken en voelen en bij zichzelf moet nagaan wat men ermee doet.

PMT-bijeenkomst

Small talk, mental set en rationale

De therapeut start de bijeenkomst door iedereen te begroeten en door te vragen of iedereen de spanningsmeter wil invullen. Na een kleine small talk zal de therapeut het (nieuwe) thema dat aangeboden gaat worden activeren door gebruik te maken van een van de manieren die bij een mental set horen (metafoor, zelfonthulling, informatieve inleiding, enz.). Tenslotte geeft de therapeut de rationale van deze bijeenkomst. Hij geeft aan wat de reden is van de te ondernemen activiteiten. Hiervoor kan het schema op de vorige bladzijde gebruikt worden.

Activiteit: Positief en negatief

Gedurende de hele bijeenkomst staan er in de zaal 2 banken tegenover elkaar. Één bank is de positieve bank en de andere bank is negatief. Er worden een aantal activiteiten aangeboden en tijdens de activiteiten wordt af en toe het spel stop gezet. Men krijgt een opdracht van de therapeut en moet dan op de negatieve of positieve bank gaan staan.

Activiteit	Evaluatievragen
Estafette; Het is de bedoeling dat de hele groep een bepaald parcours aflegt (onder een stok kruipen, slalommen met een hockeystick en hockeybal, 5x scoren in de korf, enz.). Het is de bedoeling dat iedereen aan het werk is. Dus iedereen begint bij een ander onderdeel. Als iedereen klaar is met het onderdeel wordt er doorgeschoven. Dus je moet op elkaar wachten. Ben je je bewust van wat je denkt, voelt en hoe je handelt en doe je er dan ook iets mee?	- Ga eens in het 'voelen' na of je op dit moment meer positief of meer negatief voelt? Ga op de bank staan en geef aan wat er dan te voelen is. Ga na of je iets met dat gevoel gedaan hebt in het spel? - Ga eens in het 'handelen' na of je op dit moment meer positief of meer negatief ervaart? Ga weer op de bank staan en beargumenteer je keuze. Ga na of je iets met die ervaring gedaan hebt in het spel? - Ga eens in het 'denken' na of je op dit moment meer positieve of meer negatieve gedachten hebt. Ook nu ga je op de bank staan en beargumenteer je je keuze. Heb je iets met deze gedachten gedaan?
Ballen verwisselen; tikspel. Iedereen krijgt een bal, behalve 2 personen. Een van deze twee personen is de tikker. De tikker moet proberen om de persoon zonder bal te tikken. Het is aan de groep om dit tegen te houden, door diegene zonder bal een bal te geven. Wanneer de tikker iemand getikt heeft, worden de rollen omgedraaid. De revalidanten krijgen nu opdrachten waarbij ze verplicht op de positieve of negatieve bank moeten gaan staan. Ook hier de vraag: Ben je je bewust van wat je denkt, voelt en hoe je handelt en doe je er dan ook iets mee?	- Ga op de 'positieve' bank staan en ga eens na wat je positief ervaart in het denken, voelen en/of handelen. Heb je hiermee iets gedaan in het spel? - Ga op de 'negatieve' bank staan en ga eens na wat je negatief ervaart in het denken, voelen en/of handelen. Heb je hiermee iets gedaan in het spel? Herken je het gedrag wat je hier in de zaal laat zien met je thuissituatie? Kun je je bewust zijn van andere dingen aan je lichaam, dan alleen de pijn? Hoe doe je dat?

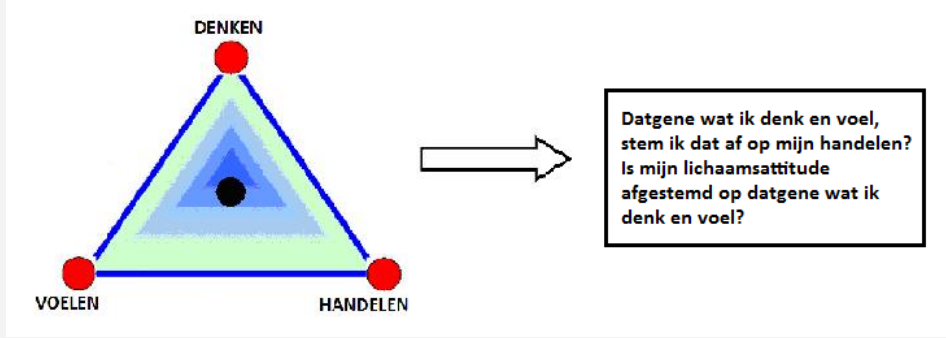
Afsluiting

Aan het einde van de bijeenkomst wordt het schema (die aan het begin van de bijeenkomst te zien was) erbij gehaald. Door middel van dit schema wordt er de vraag gesteld of het gedrag wat men in de zaal laat zien ook in het dagelijks leven terug te zien is. Het antwoord op die vraag zal voor iedereen verschillend zijn.

Vervolgens krijgen de cliënten de tijd om hun werkboek in te vullen en dus ook de spanningsmeter. De groep krijgt de volgende vraag mee naar huis waar ze over na kunnen denken: Hoe bewust ben jij van je lichaam (denken, voelen en handelen) en kun jij op dit moment ook andere dingen voelen, dan alleen de pijn? Hoe doe je dit?

Benodigheden bijeenkomst

Materiaal	Aantal
De sportzaal	1x
Pylonen	12x
Houten stokken	6x
Kegels	10x
Hockeysticks	2x
Tennisballen	2x
Basketbal	2x
Ringvanger (plateau met stokken waar je ringen in kunt gooien)	2x
Ringen	Hele doos
Plastic ballen	Aantal = aantal deelnemers

Thema Ver-, her- en erkennen van lichaamsattitude	
Theoretische achtergrond	Cliënt centered Cognitief gedragstherapeutisch
Therapeutische attitude	Ondersteunend, acceptatie, empathie, echtheid en betrokken
Rationale	Lichaamsattitude is eigenlijk het gedrag wat je laat zien en laat overkomen aan de ander. Welke attitude neem ik met mijn lichaam aan? Laat ik mijn attitude afhangen van de pijn die ik ervaar, of juist niet? Zou ik hier anders mee willen omgaan? Welke overwegingen en keuzes maak ik tijdens de activiteiten en laat ik hierbij de juiste attitude zien? Is de zwarte stip in onderstaande afbeelding in evenwicht?  Datgene wat ik denk en voel, stem ik dat af op mijn handelen? Is mijn lichaamsattitude afgestemd op datgene wat ik denk en voel?
Activiteiten	Bewegingsactiviteiten waarbij men moet stilstaan bij zijn of haar denken, voelen en hoe zich dat uit in het gedrag (congruent of incongruent).

PMT-bijeenkomst

Small talk, mental set en rationale

De therapeut start de bijeenkomst door iedereen te begroeten en door te vragen of iedereen de spanningsmeter wil invullen. Na een kleine small talk zal de therapeut het (nieuwe) thema dat aangeboden gaat worden activeren door gebruik te maken van een van de manieren die bij een mental set horen (metafoor, zelfonthulling, informatieve inleiding, enz.). Tenslotte geeft de therapeut de rationale van deze bijeenkomst. Hij geeft aan wat de reden is van de te ondernemen activiteiten. Hiervoor kan het schema op de vorige bladzijde gebruikt worden.

Activiteit: Badminton

In sportactiviteiten ziet men duidelijk de lichaamsattitude van mensen naar voren komen. Dus zo ook binnen het badminton. Eerst wordt er in tweetallen gespeeld en vervolgens een wedstrijd dubbel.

- Ga binnen de verschillende vormen bij het badminton na welke lichaamsattitude jij aanneemt? Zie je ook welke attitude de anderen aannemen?
- Pas jij jou lichaamsattitude aan op de ander? Of moet de ander zich aanpassen aan jou?
- Ben je je bewust van wat je denkt en voelt en hoe je jou handelen daarop aanpast?
- Ben jij iemand die met zijn lichaamsattitude er als persoon staat of ben je iemand die zichzelf wegcijfert? Komt dit terug in het spel?

Activiteit: Uitbeelden

Er worden twee teams gevormd. Voor elk team staat aan het einde van de zaal een vierkant met 6 pylonnen. Onder elke pylon ligt een kaartje met een dier op. Het is de bedoeling dat de persoon die het kaartje omdraait het dier moet uitbeelden (zonder geluiden). De groep moet raden wat het is. Vervolgens rent die persoon weer terug naar de groep en wordt het stokje doorgegeven. Een andere persoon gaat nu het volgende uitbeelden.

Variatie: Voorwerpen of bekende personen uitbeelden.

- Ga na welke lichaamsattitude je deze keer hebt laten zien.
- Je moet andere karakters neerzetten hoe was dat voor jou en zag de groep daar je eigen lichaamsattitude in terug komen?
- Wat dacht en voelde je en was dit aan de buitenkant te zien?
- Van wat liet jij je lichaamsattitude afhangen?

Afsluiting

Aan het einde van de bijeenkomst wordt het schema (die aan het begin van de bijeenkomst te zien was) erbij gehaald. Door middel van dit schema wordt er de vraag gesteld of het gedrag wat men in de zaal laat zien ook in het dagelijks leven terug te zien is. Het antwoord op die vraag zal voor iedereen verschillend zijn.

Vervolgens krijgen de cliënten de tijd om hun werkboek in te vullen en dus ook de spanningsmeter. De groep krijgt de volgende vraag mee naar huis waar ze over na kunnen denken: Zie je jou lichaamsattitude in de zaal terugkomen in je thuissituatie? Zou je hier iets in willen veranderen? Zo ja, wat dan? Wie ben jij eigenlijk en wat laat je de ander daarvan zien in je lichaamsattitude?

Benodigdheden bijeenkomst

Materiaal	Aantal
De sportzaal	1x
Badmintonnet	1x
Badmintonrackets	Aantal = aantal deelnemers
Shuttle's	4x
Pylonen	12
Kaartjes	12 met dieren 12 met voorwerpen 12 met bekende personen

Thema Ver-, her- en erkennen van lichaamsgrenzen	
Theoretische achtergrond	Cliënt centered Cognitief gedragstherapeutisch
Therapeutische attitude	Ondersteunend, acceptatie, empathie, echtheid en betrokken.
Rationale	Iedereen komt elke dag wel zijn of haar grenzen tegen. Vragen als ben ik over mijn grens heen gegaan, wat zijn mijn grenzen, wat zijn lichaamssignalen die mijn grensgebied aangeven, klinken ons bekend in de horen. Lichaamsgrenzen zijn grenzen die jou lichaam aangeven. Hierbij gaat het om 'Wat laat ik lichamelijk toe en wat niet?'. We kunnen al heel gemakkelijk over onze grenzen heen gaan, maar hoe kunnen we dit voorkomen? In onderstaande tekening heb je de rode lijn (de grens). Echter voordat je over je grens heen gaat, kom je in het grensgebied. In de grensgebied zul je allerlei lichaamssignalen ervaren aan en in het lichaam, die jou laten weten dat je in het 'alarm-gebied' zit. Zodra je weet wat die lichaamssignalen en grenzen zijn, kun je bewuste afwegingen en keuzes maken. GRENS <pre> graph TD A[GRENS] --- B[GRENSGEBIED = lichaamssignalen] B --> C[Als je je bewust bent van je lichaamssignalen, kun je bewuste overwegingen en keuzes maken. Je handelt minder vanuit de automatische piloot en kan experimenteren met andere gedragingen en handelingen.] </pre>
Activiteiten	In bewegingsactiviteiten stilstaan bij eigen lichaamsgrenzen. Durven stop te zeggen of juist durven door te gaan?

PMT-bijeenkomst

Small talk, mental set en rationale

De therapeut start de bijeenkomst door iedereen te begroeten en door te vragen of iedereen de spanningsmeter wil invullen. Na een kleine small talk zal de therapeut het (nieuwe) thema dat aangeboden gaat worden activeren door gebruik te maken van een van de manieren die bij een mental set horen (metafoor, zelfonthulling, informatieve inleiding, enz.). Tenslotte geeft de therapeut de rationale van deze bijeenkomst. Hij geeft aan wat de reden is van de te ondernemen activiteiten. Hiervoor kan het schema op de vorige bladzijde gebruikt worden.

Activiteit: Grenzenkring

Deze activiteit is vooral een lichaamsgerichte activiteit. Hierbij gaat er één iemand in de kring staan. De anderen gaan stap voor stap naar diegene in de cirkel toe lopen. Eerst met de rug en dan met het gezicht naar de persoon toe. Diegene in het midden geeft aan wanneer men moet stoppen en geeft aan waarom hij of zij voor dat moment koos. Proberen om dit iedereen te laten ervaren.

Met de ruggen naar je toe:

- Waarom moest de groep stoppen op dat moment dat jij dat aangaf?
- Wat was er in en aan het lichaam te voelen/merken?
- Ben je over je eigen grens heen gegaan, zit je in het grensgebied, of zit je nog niet eens in het grensgebied?

Met de gezichten naar je toe:

- Welk verschil ervaar je met de vorige oefening? Wat vind je prettiger en waarom?
- Waarom moest de groep stoppen op dat moment dat jij dat aangaf?
- Wat was er in en aan het lichaam te voelen/merken?
- Ben je over je eigen grens heen gegaan, zit je in het grensgebied, of zit je nog niet eens in het grensgebied?

Activiteit: Blokjesvoetbal (met kegels)

Blokjesvoetbal is een activiteit waarbij je je eigen grenzen kunt aangeven, waarbij je je grenzen onder controle kunt houden en waarbij je wordt uitgedaagd om uit je comfortzone te stappen. Iedereen pakt een plastic kegel en zet deze ergens in de zaal. Het is de bedoeling om jou eigen kegel te verdedigen en de andere kegels om te stoten met de voetbal.

Variatie: Twee teams. Ieder team zet 5 gekleurde kegels in een aangegeven vak. Het rode team moet de rode kegels om stoten en het gele team de gele kegels. Het rode team moet de gele kegels verdedigen en het gele team moet de rode kegels verdedigen.

- Wat was er in en aan het lichaam te voelen/merken?
- Ben je over je eigen grens heen gegaan, zit je in het grensgebied, of zit je nog niet eens in het grensgebied? Wat doe je hiermee in het handelen?
- Wat was je grens/grensggebied en wat heb je daarin ervaren?
- Ben je uit je comfortzone gekomen?

Afsluiting

Aan het einde van de bijeenkomst wordt het schema (die aan het begin van de bijeenkomst te zien was) erbij gehaald. Door middel van dit schema wordt er de vraag gesteld of het gedrag wat men in de zaal laat zien ook in het dagelijks leven terug te zien is. Het antwoord op die vraag zal voor iedereen verschillend zijn.

Vervolgens krijgen de cliënten de tijd om hun werkboek in te vullen en dus ook de spanningsmeter. De groep krijgt de volgende vraag mee naar huis waar ze over na kunnen denken: Ga eens voor jezelf na of je bewust bent van je eigen lichaamsgrenzen en of je je eigen lichaamssignalen vroegtijdig kunt voelen (in het grensgebied). Welke keuze/overweging maak je dan? Ga je door, stop je of ga je op een andere manier door?

Benodigdheden bijeenkomst

Materiaal	Aantal
De sportzaal	1x
Kegels	Aantal = Aantal personen x 2
Voetbal	1x

Begrippenlijst

Nr.	Begrip	Definitie
1.	Cliënt centered	Cliëntgerichte zijn optimisten. Zij gaan ervan uit dat elk mens een aangeboren kracht heeft om zichzelf te ontwikkelen in een richting die goed is voor hemzelf en anderen. Mensen willen zichzelf ontplooiën. De grondleggers van deze benadering zijn Maslow en Rogers. Met cliëntgericht wil men aangeven dat de unieke manier waarop de cliënt de dingen beleeft, centraal staat in de therapie en dat de cliënt de therapie stuurt. Begrippen als zelfontplooiing, onvoorwaardelijke acceptatie en incongruentie (vervreemd van anderen en van onszelf) staan binnen deze benadering centraal (Weerman, 2006).
2	Cognitief gedragstherapeutisch	Binnen de cognitief gedragstherapeutische benadering ziet men een stoornis als een denk- en gedragsprobleem. De therapie richt zich dan ook op het veranderen van het denken van de cliënt en op het aanleren van of stimuleren tot nieuw gedrag (Weerman, 2006).
3	Psychodynamisch therapeutisch	Bij de psychoanalytische psychotherapie wordt er van uitgegaan dat we ons vaak niet bewust zijn van onze drijfveren van ons gedrag. We voelen ons soms angstig, onzeker of gedeprimeerd zonder dat we begrijpen waar dit vandaan komt. Een tweede uitgangspunt van is dat het beeld dat we van onszelf en van anderen hebben sterk wordt bepaald door de ervaringen met ouders en verzorgers in onze vroege jeugd. Een gevoel van verlating dat iemand heeft wanneer zijn partner twee dagen weg is, kan zijn terug te voeren op vroege ervaringen van verlies of verlating. Maar ook latere ervaringen kunnen hun sporen achterlaten. De therapie biedt de mogelijkheid in een veilige omgeving belangrijke gevoelens te ervaren, te onderzoeken en te verwerken. Het doel van de therapie is het bewust maken van verborgen gedachten en gevoelens. Dat maakt het mogelijk om psychische problemen beter te begrijpen en te verwerken⁷.
4	Intrapsychische communicatie	Is het gesprek dat je voert met jezelf, van binnen. Bepalend daarbij zijn je eigen bevindingen en gewaarwordingen, zonder daar, op dat moment, in beïnvloed te worden door impulsen van buitenaf. In je intrapersonlijke communicatie kun je echter wel eerdere invloeden van buitenaf in beschouwing nemen, waarbij je zou kunnen besluiten deze invloed te integreren of los te laten. Er kan in dit proces sprake zijn van innerlijke tegenstrijdigheden. Dit

⁷ Atalanta, Psychotherapie Praktijk. *Psychodynamische benadering*. Geraadpleegd op het World Wide Web op 17 maart 2012: http://www.praktijkatalanta.nl/werkwijze_vorm1.php

		proces is niet altijd stop te zetten of aan te zwengelen wanneer je dat zou willen ⁸ .
5	Interpersoonlijke communicatie	De interactie die je hebt met een ander persoon, een invloed van buitenaf. Deze invloed van buitenaf kan jouw innerlijke proces beïnvloeden en je zelfs een andere kant op sturen dan je zou willen. Je hebt geen controle over deze invloed van buitenaf en dus ook niet over wat deze persoon uitzendt naar je. Of beter gezegd hoe je dat ontvangt. Dit proces kun je stopzetten door de interactie die ontstaan is te verbreken ⁹ .
6	Groepsdynamisch	De interactie die je hebt met een groep en de invloed die de groep op jou uitoefent. Deze invloed kan jouw innerlijke proces beïnvloeden en je zelfs een andere kant opsturen dan je zou willen. Je hebt geen controle over deze invloed van buitenaf en dus ook niet over wat deze persoon uitzendt naar je. Of beter gezegd hoe je dat ontvangt. Dit proces kun je stopzetten door de interactie die ontstaan is te verbreken ¹⁰ .

⁸ Astroaspect. *Wat is het verschil tussen intrapersonlijke en interpersoonlijke communicatie?* Geraadpleegd op het World Wide Web op 18 maart 2012: http://www.astroaspect.nl/mijnlifecompass/index.php?option=com_content&view=article&id=129:wat-is-het-verschil-tussen-intrapersonlijke-en-interpersoonlijke-communicatie&catid=50:communicatie&Itemid=191

⁹ Astroaspect. *Wat is het verschil tussen intrapersonlijke en interpersoonlijke communicatie?* Geraadpleegd op het World Wide Web op 18 maart 2012: http://www.astroaspect.nl/mijnlifecompass/index.php?option=com_content&view=article&id=129:wat-is-het-verschil-tussen-intrapersonlijke-en-interpersoonlijke-communicatie&catid=50:communicatie&Itemid=191

¹⁰ Bron: Zelfkennis.

Literatuurlijst

- Bair, M., Robinson, R., et al (2003). *Depression and pain comorbidity: a literature review*. Archives of internal medicine, 163(20), 2433-2445.
- Banks, S., & Kerns R. (1996). *Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework*. Psychological Bulletin, 119(1), 95-110.
- Blackburn-Munro, G., & Blackburn-Munro, R. (2001). *Chronic pain, chronic stress and depression: coincidence or consequence?* Journal of neuroendocrinology, 13(12), 1009-1023.
- Burns, J., Johnson, B., et al (1998). *Cognitive and physical capacity process variables predict long-term outcome after treatment of chronic pain*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66(2), 434-439.
- Burns, J., Kubilus, A., Bruehl, S., Harden, R., & Lofland, K. (2003). *Do Changes in Cognitive Factors Influence Outcome Following Multidisciplinary Treatment for Chronic Pain? A Cross-Lagged Panel Analysis*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(1), 81-91.
- Cieza, A., Stuckie, G., Weigl, M., Kullmann, L., Stoll, T., Kamen, L., Kostanjsek, N. & Walsh, N. (2004). *ICF core sets for chronic widespread pain*. Verkregen op 30 april 2012 via: https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:DLO1cmsxy7cJ:www.medicaljournals.se/irm/content/download.php?doi%3D10.1080/16501960410016046+ICF-core+sets+chronic+pain&hl=nl&gl=nl&pid=bl&srcid=ADGEESiERi6FPRVpmwEvLtGGfgJV49sCDvKppGQB70lwiPZ71UfCNMEFxoT7OWDHBj76K0zJ60eBuLetOms6e6uwwkfXWmrJ5Pzjp-5zV5Kbcuk1V9sxCGUvDt0xIskv-nM2lCBWZ7crB&sig=AHIEtbTPXnPhuvwwzJ_dleaBoMnjROMSlg
- Damasio, A. (2003). *Het gelijk van Spinoza*. Wereldbibliotheek, Amsterdam.
- Emck, C. & Bosscher R. (2004). *Psychomotorische interventies: bewegingservaring op maat* in G. Pool e.a. *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen* (pp.) Koninklijke Van Gorcum, Assen.
- French, D., France, C., Vigneau, F., French, J., & Evans, R. (2007). *Fear of movement/(re)injury in chronic pain: A psychometric assessment of the original English version of the Tampa scale for kinesophobia (TSK)*. Pain, 127, 42-51
- Hekking, P. & Fellingier, P. (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Holzberg, A., Robinson, M., et al (1996). *The effects of depression and chronic pain on psychosocial and physical functioning*. The Clinical journal of pain, 12(2), 118-125.
- Jensen, M., Nielson, W., Turner, J., Romano, J., & Hill, M. (2003). *Readiness to self-manage pain is associated with coping and with psychological and physical functioning among patients with chronic pain*. Pain, 104(3), 529-537.
- Keefe, F., Rumble, M., Scipio, C., Giordano, L., & Perris L. (2004). *Psychological Aspects of Persistent Pain: Current State of the Science*. Journal of Pain, 5(4), 195-211.
- Kori, S., Miller, R., & Todd, D. (1990). *Kinisophobia: a new view of chronic pain behavior*. Pain Management, (1-2), 35-43.
- McCaffrey M. (1979). *Nursing management of the patient with pain*. Philadelphia: IC Lippincott.
- McCahon, S., J. Strong, et al. (2005). *Self-Report and Pain Behavior Among Patients With Chronic Pain*. Clinical Journal of Pain 21(3): 223-231.
- McCracken, L., Spertus, I., et al (1999). *Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: Pain-related anxiety and acceptance*. Pain, 80(1-2), 283-289.
- McCracken, L., Vowles, K., et al (2004). *Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method*. Pain, 107(1-2), 159-166.
- McQuade, K., Turner, J., et al (1988). *Physical fitness and chronic low back pain. An analysis of the relationships among fitness, functional limitations, and depression*. Clinical orthopaedics and related research, 233, 198-204.
- Medic Info (2010). *Lichaamsbewustzijn*. Geraadpleegd op 18 maart 2012 op het World Wide Web: <http://www.eigengezondheid.nl/%7B41e85f34-83b8-44e0-b2ed-c65806d4efd2%7D?c=%7Baf7d04d4-c129-4572-ba1a-4de9ee6579ed%7D>

- Mengerling, B. (2003). *Revalidatie Psychomotorische Therapie*. Interne publicatie. UMCG, Groningen.
- Merskey H., Bogduk N., & Sloan P. (1994). *Classification of chronic pain (intern publication)*, IASP press Seattle.
- Neerinx E.R. (2001). *Psychomotorische therapie bij psychosomatische klachten*. In J. de Lange & R.J. Bosscher (red.), *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie*. Zeist: Cure & Care.
- NVPMT (2009). *Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut*. Verkregen op 14 maart 2012 via: http://www.nvpmt.nl/component/option,com_phocadownload/Itemid,97/id,7/view,file/
- NVPMT (z.d.). *Visie omtrent Psychomotorische Therapie in de Revalidatiesetting*. Verkregen op 14 maart 2012 via: http://www.nvpmt.nl/component/option,com_phocadownload/Itemid,111/id,7/view,category/
- RIVM (2002). *ICF*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Romano, J., & Turner, J. (1985). *Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship?* Psychological Bulletin, 97(1), 18-34.
- Samwel, H.J.A., Evers, A.W.M., Crul, B.J.P., & Kraaimaat, F.W. (2006). *The role of helplessness, fear of pain, and passive pain-coping in chronic pain patients*. Clinical Journal of Pain, 22, 245-251.
- Smith, B., & Zautra, A. (2008). *The effects of anxiety and depression on weekly pain in women with arthritis*. Pain, 138(2), 354-361.
- Swinkels-Meewisse, I., Roelofs, J., Oostendorp, R., Verbeek, A., & Vlaeyen, J. (2006). *Acute low back pain: pain-related fear and pain catastrophizing*. Pain, 120, 36-43.
- Tumlin, T. (2001). *Treating Chronic-Pain Patients in Psychotherapy*. Psychotherapy in Practice, 57, 1277-1288.
- Tumlin, T. (2004). *Psychotherapeutic issues encountered in the psychotherapy of chronic pain patients*. Current Science, 8, 124-129.
- Van der Meijden-van der Kolk, H. & Bosscher, R.J. (2007). *Psychomotorische Therapie voor mensen met chronische pijn. Een methodisch raamwerk*. Zwolle, Christelijke Hogeschool Windesheim.
- Viane, I., Crombez, G., et al (2003). *Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: Empirical evidence and reappraisal*. Pain, 106(1-2), 65-72.
- Viane, I., Crombez, G., et al (2004). *Acceptance of the unpleasant reality of chronic pain: Effects upon attention to pain and engagement with daily activities*. Pain, 112(3), 282-288.
- Vlaeyen, J., Kole-Snijders, A., Boeren, R., & van Eek, H. (1995). *Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioural performance*. Pain, 62, 363-372.
- Vlaeyen, J., Kole-Snijders, A., et al (1995). *Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioural performance*. Pain, 62(3), 363-372.
- Vlaeyen, J., Kole-Snijders, A. & van Eek, H. (1996). *Chronische pijn en revalidatie; Praktijkreeks gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vlaeyen, J., & Linton, S. (2000). *Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art*. Pain, 85(3), 317-332.
- Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen & één cliënt*. Soest: Uitgeverij Nelissen.

Bijlagen

Bijlage 1: WPN-niveaus	-60-
Bijlage 2: Werkboek cliënten	-62-
Bijlage 3: Vragenlijst fysiotherapeuten en bewegingsagogen	-91-

Bijlage 1: WPN-niveaus

De werkgroep pijnrevalidatie Nederland (WPN) heeft een indeling gemaakt naar complexiteit en zwaartecategorieën als hulpmiddel om te bepalen waar de cliënt het beste behandeld kan worden. Het pijnrevalidatieprogramma, zoals binnen Adelante Hoensbroek gehanteerd wordt, richt zich op WPN 3 en 4 niveau.

WPN-niveau 1

Volwassen cliënten met verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnklachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, langer dan 6 weken bestaand.

Inclusie criteria:

1. Pijnklachten in het houdings- en bewegingsapparaat
2. Pijnklachten bestaan langer dan 6 weken
3. Er bestaan (lichte) beperkingen in het functioneren
4. Anamnese en somatisch onderzoek leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek
5. Cliënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem
6. Cliënt kan voorlichting en instructie makkelijk in zich opnemen en toepassen in zijn/haar leefsituatie
7. Cliënt is sociaal en psychisch stabiel

Exclusie criteria:

1. Contra-indicaties zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg

WPN-niveau 2

Volwassen cliënten met verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnklachten, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat en langer dan 6 weken bestaand. Er bestaan problemen ten aanzien van overbelasting en ergonomie. Sociale en psychische factoren spelen geen onderhoudende rol.

Inclusie criteria:

1. Pijnklachten aan houdings- en bewegingsapparaat
2. Pijnklachten bestaan langer dan 6 weken
3. Er bestaan beperkingen in het functioneren
4. Behandeling gericht op omgaan met overbelasting en ergonomie is geïndiceerd
5. Anamnese en somatisch onderzoek leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek
6. Cliënt functioneert psychosociaal op een stabiel niveau
7. Cliënt getuigt van inzicht in de knelpunten van zijn functioneren
8. Cliënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem
9. Cliënt kan voorlichting en instructie makkelijk in zich opnemen en toepassen in zijn/haar leefsituatie

Exclusie criteria:

1. Contra-indicaties zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg

WPN-niveau 3

Volwassen patiënten met verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnklachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat en langer dan 6 weken bestaand. Sociale en psychische factoren zijn complex en spelen een belangrijke onderhoudende rol.

Inclusie criteria:

1. Pijnklachten aan houdings- en bewegingsapparaat
2. Pijnklachten bestaan langer dan 6 weken
3. Cliënt is medisch stabiel
4. Er bestaan beperkingen in het functioneren
5. Anamnese en somatisch onderzoek leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek en behandeling
6. Er bestaan ongewenste psychosociale consequenties gerelateerd aan het pijnprobleem, zoals dagbesteding, relaties, arbeid, sociale rol
7. Sociale en psychische factoren zijn complex en spelen een belangrijke onderhoudende rol
8. Cliënt getuigt van inzicht in de knelpunten van zijn functioneren
9. Cliënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem

Exclusie criteria:

1. Contra-indicaties zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg
2. Psychopathologie, die prevaleert boven de revalidatie-indicatie en/of revalidatie-belemmerend werkt
3. Ernstige twijfel aan de veranderbaarheid van de cliënt en/of het systeem

WPN-niveau 4

Volwassen cliënten met disfunctioneren bij pijnklachten (aspecifiek en specifiek), zich uitend in houdings- en bewegingsapparaat langer dan 6 weken bestaand. Sociale en psychische factoren zijn zeer complex en spelen de belangrijkste onderhoudende rol.

Inclusie criteria:

1. Pijnklachten aan houdings- en bewegingsapparaat
2. Pijnklachten bestaan langer dan 6 weken
3. Cliënt is medisch stabiel
4. Er bestaan beperkingen in het functioneren
5. Anamnese en somatisch onderzoek leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek en behandeling
6. Er bestaan ongewenste psychosociale consequenties gerelateerd aan het pijnprobleem, zoals dagbesteding, relaties, arbeid, sociale rol
7. Sociale en psychische factoren zijn complex en spelen de belangrijkste onderhoudende rol
8. Cliënt heeft de mogelijkheden om inzicht te ontwikkelen in de knelpunten van zijn functioneren
9. Cliënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem het systeem is bij de behandeling te betrekken

Exclusie criteria:

1. Contra-indicaties zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg
2. Psychopathologie, die prevaleert boven de revalidatie-indicatie ofwel revalidatie-belemmerend werkt
3. Ernstige twijfel aan de veranderbaarheid van de cliënt en het systeem

Bijlage 2: Werkboek cliënten

Werkboek PMT-module

Chronische pijn



Naam revalidant:.....

Datum:.....



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	-2-
Inleiding werkboek	-3-
Intake PMT	-5-
Aandachtsgebied: Ondernemen van activiteiten	7-14
Ver-, her- en erkennen van mogelijkheden en beperkingen in activiteiten	-7-
Balans vinden in rust en activiteit	-9-
Frustraties hanteren	-11-
Vertrouwen herwinnen en plezier beleven	-13-
Aandachtsgebied: Interactie en communicatie	15-18
Contact maken	-15-
Communiceren over grenzen/wensen/belevingen van jezelf en de ander	-17-
Aandachtsgebied: Lichaamsbeleving	19-26
Zintuiggebruik en voelen van lichaamssignalen	-19-
Ver-, her- en erkennen van het lichaamsbewustzijn	-21-
Ver-, her- en erkennen van de lichaamsattitude	-23-
Ver-, her- en erkennen van lichaamsgrenzen	-25-
Bijlage 1: Evaluatie PMT-pijnmodule	-27-
Bijlage 2: Voorbeelden PMT doelen	-29-

Inleiding werkboek

Psychomotorische therapie

Binnen de module Psychomotorische Therapie (PMT) wordt gewerkt vanuit een model waarin lichamelijke, psychische en sociale aspecten samenkomen. Binnen PMT wordt bewegen en lichaamservaring gebruikt als uitgangspunt voor het benaderen van problemen in het psychisch en sociaal functioneren.

Binnen dit PMTpijnprogramma richt de PMT zich op de volgende aandachtsgebieden:

- Ondernemen van activiteiten
- Interactie en communicatie
- Lichaamsbeleving

In deze aandachtsgebieden wordt gewerkt met bewegingsactiviteiten en oefeningen die op het lichamelijk ervaren zijn gericht.

Door samen een activiteit te ondernemen of heel bewust stil te staan bij uw lichamelijke ervaringen binnen een oefening zal u uw lichaamssignalen, gevoelens en gedragingen steeds meer en beter gaan herkennen en begrijpen. Hierna is er ruimte om te experimenteren met ander gedrag dan u gewend bent en te oefenen met dit andere gedrag. Vervolgens wordt gekeken hoe dit nieuwe gedrag gebruikt kan worden in uw leefsituatie.

Binnen het aandachtsgebied 'Ondernemen van activiteiten' wordt er gewerkt met de thema's ver-, her- en erkennen van mogelijkheden en beperkingen in activiteiten, balans vinden in rust en activiteit, frustraties hanteren en vertrouwen herwinnen en plezier beleven.

Binnen het aandachtsgebied 'Interactie en communicatie' wordt er gewerkt met de thema's contact maken en communiceren over grenzen/wensen/belevingen van jezelf en de ander.

Binnen het aandachtsgebied 'Lichaamsbeleving' wordt er gewerkt met de thema's zintuiggebruik en voelen van lichamelijke signalen, ver-, her- en erkennen van lichaamsbewustzijn, ver-, her- en erkennen van lichaamsattitude en ver-, her- en erkennen van lichaamsgrenzen.

Kleding

- Loszittende kleding waarin u zich makkelijk kunt bewegen.
- Sokken en/of gymshoenen/sportschoenen voor binnen.
- Geen sieraden.

Werkwijze werkboek

Bij elke bijeenkomst hanteren we dezelfde volgorde. Deze werkwijze ziet er als volgt uit:

1. Spanningsmeter invullen: Hoeveel spanning ervaart u bij aanvang en waar komt die spanning uit voort? Is dat vanuit het denken, het voelen of het handelen?
2. Thema-uitleg: De therapeut legt het thema uit aan de hand van een schema en geeft daarbij ook de rationale.
3. Activiteiten: De therapeut biedt een aantal activiteiten aan t.a.v. het thema. Na elke activiteit wordt er kort geëvalueerd wat men ervaren heeft en wat de therapeut geobserveerd heeft.
4. Ervaring invullen: Het is de bedoeling dat u één ervaring opschrijft die het meeste indruk op u gemaakt heeft m.b.t. het thema.
5. Persoonlijke doelen: Vervolgens gaat u na aan welke persoonlijke doelen (opgesteld tijdens het intake-gesprek) u gewerkt heeft binnen deze bijeenkomst. Ook schrijft u kort op hoe u aan deze doelen gewerkt heeft.
6. Spanningsmeter invullen: Hoeveel spanning ervaart u aan het einde van de bijeenkomst en waar komt die spanning uit voort?

7. Na elke bijeenkomst zal de therapeut u een vraag stellen of een opdracht meegeven waar u thuis over kunt nadenken of mee kunt gaan oefenen.

U wordt met deze manier van werken gestimuleerd om over uw ervaringen na te denken en woorden te geven aan de ervaringen. Dit is niet makkelijk, maar u zult zien dat het steeds meer als vanzelf gaat. Ook kunt u op deze manier terugkijken op uw leerproces. We werken met persoonlijke doelen, zodat u meer zicht krijgt op wat u leert op de afdeling en hoe u dat toepast in de zaal. Op deze manier krijgt het 'sporten' meer betekenis voor uw leerproces.

Einde behandeling

Wanneer u klaar bent met uw behandeling vraag ik u om de evaluatie van de PMT-pijnmodule in te vullen. Deze is te vinden in bijlage 1.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Kim Merk – Psychomotorische Therapeut (in opleiding)

Intake PMT	
Naam:	
Geboortedatum:	
Ecarisnummer:	
Datum intake PMT:	
Duur te volgen behandeling:	
Zijn er bijzonderheden die wij als bewegingsagoog/psychomotorische therapeut moeten weten m.b.t. ziektes, bewegingsbeperkingen, enz.?	
Welke ervaringen heeft u opgedaan tijdens de schoolgymnastiek en hoe heeft u dat beleefd?	
Heeft u buiten schoolverband iets aan sport gedaan? Zo ja, wat?	
Hoe ervaart u uw lichaam?	

Heeft u ten aanzien van de psychomotorische therapie nog bepaalde wensen of opmerkingen?

Zelfanalyse

Sterkte punten:

Werkpunten:

Persoonlijke doelen (PMT) (zie voor voorbeelden bijlage 2)

Doel 1;

.....

Doel 2;

.....

Doel 3;

.....

AANDACHTSGEBIED 'ONDERNEMEN VAN ACTIVITEITEN'
<u>Datum:.....</u>
Ver-, her- en erkennen van mogelijkheden en beperkingen in activiteiten

Spanningsmeter: bij aanvang van de bijeenkomst										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen spanning					Veel spanning					
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? (streek door wat niet van toepassing is)										
	Denken (gedachten)									
	Voelen (gevoelens)									
	Handelen (handelingen)									

Ervaringen
<i>Welke ervaring, tijdens deze bijeenkomst, heeft de meeste indruk gemaakt op jou en waarom?</i>

Persoonlijke doelen	
Aan welk(e) persoonlijk(e) doel(en) heb je deze bijeenkomst gewerkt? Kruis aan wat voor jou van toepassing is en leg dit kort uit. (Het schema loopt door op de volgende pagina!)	
Doel	Wat heb je ervaren/geleerd/veranderd m.b.t. deze bijeenkomst?
1	
2	
3	

Spanningsmeter: aan het einde van de bijeenkomst										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen spanning					Veel spanning					
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? (streep door wat niet van toepassing is)										
	Denken (gedachten)									
	Voelen (gevoelens)									
	Handelen (handelingen)									

Huiswerkopdracht
Wat heb je, kijkend naar persoonlijke ervaringen en gedrag tijdens deze bijeenkomst, ervaren als een last en zou je heel graag willen veranderen? We hebben het hier over haalbare doelen. Kijk eens of deze lasten overeenkomen met de PMT-doelen die je voor jezelf gesteld hebt?

AANDACHTSGEBIED 'ONDERNEMEN VAN ACTIVITEITEN'
<u>Datum:.....</u> Balans vinden in rust en activiteit

Spanningsmeter: bij aanvang van de bijeenkomst											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Geen spanning						Veel spanning					
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? <i>(streep door wat niet van toepassing is)</i>											
	Denken (gedachten)										
	Voelen (gevoelens)										
	Handelen (handelingen)										

Ervaringen
<i>Welke ervaring, tijdens deze bijeenkomst, heeft de meeste indruk gemaakt op jou en waarom?</i>

Persoonlijke doelen	
Aan welk(e) persoonlijk(e) doel(en) heb je deze bijeenkomst gewerkt? Kruis aan wat voor jou van toepassing is en leg dit kort uit. (Het schema loopt door op de volgende pagina!)	
Doel	Wat heb je ervaren/geleerd/veranderd m.b.t. deze bijeenkomst?
1	
2	
3	

Spanningsmeter: aan het einde van de bijeenkomst										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen spanning					Veel spanning					
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? (streep door wat niet van toepassing is)										
	Denken (gedachten)									
	Voelen (gevoelens)									
	Handelen (handelingen)									

Huiswerkopdracht
Ga deze week voor jezelf na of zich deze week een bewegingssituatie voordoet, waarin zowel jou draaglast als draagkracht in evenwicht zijn. Wat heeft ervoor gezorgd dat dit in evenwicht is? Probeer dit zo beknopt mogelijk op te schrijven.

AANDACHTSGEBIED 'ONDERNEMEN VAN ACTIVITEITEN'
<u>Datum:.....</u> Frustraties hanteren (vermijders, bijters)

Spanningsmeter: bij aanvang van de bijeenkomst											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Geen spanning										Veel spanning	
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? <i>(streep door wat niet van toepassing is)</i>											
	Denken (gedachten)										
	Voelen (gevoelens)										
	Handelen (handelingen)										

Ervaringen
<i>Welke ervaring, tijdens deze bijeenkomst, heeft de meeste indruk gemaakt op jou en waarom?</i>

Persoonlijke doelen	
Aan welk(e) persoonlijk(e) doel(en) heb je deze bijeenkomst gewerkt? Kruis aan wat voor jou van toepassing is en leg dit kort uit. (Het schema loopt door op de volgende pagina!)	
Doel	Wat heb je ervaren/geleerd/veranderd m.b.t. deze bijeenkomst?
1	
2	
3	

Spanningsmeter: aan het einde van de bijeenkomst										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen spanning					Veel spanning					
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? (streep door wat niet van toepassing is)										
	Denken (gedachten)									
	Voelen (gevoelens)									
	Handelen (handelingen)									

Huiswerkopdracht
Heeft zich deze week een situatie voorgedaan waarbij er frustraties naar boven kwamen, en waarbij je niet op de automatische piloot hebt gereageerd, maar bewust overwegingen hebt gemaakt wat het beste zou zijn om te doen. In dit geval dus bijten of vermijden?

AANDACHTSGEBIED 'ONDERNEMEN VAN ACTIVITEITEN'
Datum:..... Vertrouwen herwinnen en plezier beleven

Spanningsmeter: bij aanvang van de bijeenkomst												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Geen spanning										Veel spanning		
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? <i>(streep door wat niet van toepassing is)</i>												
	Denken (gedachten)											
	Voelen (gevoelens)											
	Handelen (handelingen)											

Ervaringen
<i>Welke ervaring, tijdens deze bijeenkomst, heeft de meeste indruk gemaakt op jou en waarom?</i>

Persoonlijke doelen	
Aan welk(e) persoonlijk(e) doel(en) heb je deze bijeenkomst gewerkt? Kruis aan wat voor jou van toepassing is en leg dit kort uit. (Het schema loopt door op de volgende pagina!)	
Doel	Wat heb je ervaren/geleerd/veranderd m.b.t. deze bijeenkomst?
1	
2	
3	

Spanningsmeter: aan het einde van de bijeenkomst										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen spanning					Veel spanning					
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? (streep door wat niet van toepassing is)										
	Denken (gedachten)									
	Voelen (gevoelens)									
	Handelen (handelingen)									

Huiswerkopdracht
In de zaal ben je vandaag bewust bezig geweest met welke aspecten jij als persoon nodig hebt om plezier/vertrouwen te ervaren. Zet deze zelf voor je op een rijtje en ga eens na of je deze aspecten ook in het dagelijks leven kunt creëren?

AANDACHTSGEBIED 'INTERACTIE EN COMMUNICATIE'
<u>Datum:.....</u> Contact maken

Spanningsmeter: bij aanvang van de bijeenkomst											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Geen spanning						Veel spanning					
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? <i>(streep door wat niet van toepassing is)</i>											
	Denken (gedachten)										
	Voelen (gevoelens)										
	Handelen (handelingen)										

Ervaringen
<i>Welke ervaring, tijdens deze bijeenkomst, heeft de meeste indruk gemaakt op jou en waarom?</i>

Persoonlijke doelen	
Aan welk(e) persoonlijk(e) doel(en) heb je deze bijeenkomst gewerkt? Kruis aan wat voor jou van toepassing is en leg dit kort uit. (Het schema loopt door op de volgende pagina!)	
Doel	Wat heb je ervaren/geleerd/veranderd m.b.t. deze bijeenkomst?
1	
2	
3	

Spanningsmeter: aan het einde van de bijeenkomst										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen spanning					Veel spanning					
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? (streep door wat niet van toepassing is)										
	Denken (gedachten)									
	Voelen (gevoelens)									
	Handelen (handelingen)									

Huiswerkopdracht
Ga deze week eens kijken of je een situatie meemaakt waarin je trots bent over jou manier van communiceren. Misschien heb je wel met een andere manier van contact maken geëxperimenteerd en ben je daar heel trots op. Of misschien heb je wat meer de leider/volger rol op je genomen.

AANDACHTSGEBIED 'INTERACTIE EN COMMUNICATIE'

Datum:.....

Communiceren over grenzen/wensen/belevingen van jezelf en de ander

Spanningsmeter: bij aanvang van de bijeenkomst

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen spanning						Veel spanning				
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? <i>(streep door wat niet van toepassing is)</i>										
	Denken (gedachten)									
	Voelen (gevoelens)									
	Handelen (handelingen)									

Ervaringen

Welke ervaring, tijdens deze bijeenkomst, heeft de meeste indruk gemaakt op jou en waarom?

Persoonlijke doelen

Aan welk(e) persoonlijk(e) doel(en) heb je deze bijeenkomst gewerkt? Kruis aan wat voor jou van toepassing is en leg dit kort uit. *(Het schema loopt door op de volgende pagina!)*

Doel	Wat heb je ervaren/geleerd/veranderd m.b.t. deze bijeenkomst?
1	
2	
3	

Spanningsmeter: aan het einde van de bijeenkomst										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen spanning					Veel spanning					
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? (streep door wat niet van toepassing is)										
	Denken (gedachten)									
	Voelen (gevoelens)									
	Handelen (handelingen)									

Huiswerkopdracht
Deze bijeenkomst ben je bewust gaan ervaren hoe je communiceert m.b.t. wensen, grenzen en beleving van je zelf en van de ander. Dit zie je wel of niet terugkomen in het dagelijks leven. Kun je komende week eens nagaan hoe duidelijk jij bent in de communicatie, wanneer het over grenzen/wensen/belevingen gaat?

AANDACHTSGEBIED 'LICHAAMSBELEVING'

Datum:.....

Zintuiggebruik en voelen van lichamelijke signalen

Spanningsmeter: bij aanvang van de bijeenkomst

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen spanning						Veel spanning				
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? <i>(streep door wat niet van toepassing is)</i>										
	Denken (gedachten)									
	Voelen (gevoelens)									
	Handelen (handelingen)									

Ervaringen

Welke ervaring, tijdens deze bijeenkomst, heeft de meeste indruk gemaakt op jou en waarom?

Persoonlijke doelen

Aan welk(e) persoonlijk(e) doel(en) heb je deze bijeenkomst gewerkt? Kruis aan wat voor jou van toepassing is en leg dit kort uit. (Het schema loopt door op de volgende pagina!)

Doel	Wat heb je ervaren/geleerd/veranderd m.b.t. deze bijeenkomst?
1	
2	
3	

Spanningsmeter: aan het einde van de bijeenkomst										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen spanning					Veel spanning					
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? (streep door wat niet van toepassing is)										
	Denken (gedachten)									
	Voelen (gevoelens)									
	Handelen (handelingen)									

Huiswerkopdracht
Je hebt het een en ander ervaren en gevoelt, met jezelf, met de ander en met de groep. Ga eens voor jezelf na hoe dit is in de thuissituatie. Ben je daar ook bewust bezig met je lichaamssignalen en wat doe je hier dan mee? Is er verschil te zien in wanneer je iets alleen doet of met een groep?

AANDACHTSGEBIED 'LICHAAMSBELEVING'

Datum:.....

Verkennen, herkennen en erkennen van het lichaamsbewustzijn

Spanningsmeter: bij aanvang van de bijeenkomst

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen spanning						Veel spanning				
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? <i>(streep door wat niet van toepassing is)</i>										
	Denken (gedachten)									
	Voelen (gevoelens)									
	Handelen (handelingen)									

Ervaringen

Welke ervaring, tijdens deze bijeenkomst, heeft de meeste indruk gemaakt op jou en waarom?

Persoonlijke doelen

Aan welk(e) persoonlijk(e) doel(en) heb je deze bijeenkomst gewerkt? Kruis aan wat voor jou van toepassing is en leg dit kort uit. *(Het schema loopt door op de volgende pagina!)*

Doel	Wat heb je ervaren/geleerd/veranderd m.b.t. deze bijeenkomst?
1	
2	
3	

Spanningsmeter: aan het einde van de bijeenkomst										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen spanning					Veel spanning					
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? (streep door wat niet van toepassing is)										
	Denken (gedachten)									
	Voelen (gevoelens)									
	Handelen (handelingen)									

Huiswerkopdracht
Denk eens na over de volgende vraag: 'Hoe bewust ben jij van je lichaam (denken, voelen en handelen) en kun jij op dit moment ook andere dingen voelen, dan alleen de pijn? Hoe doe je dit?'. Hoe zie je dit in de thuissituatie terugkomen?

AANDACHTSGEBIED 'LICHAAMSBELEVING'

Datum:.....

Verkennen, herkennen en erkennen van de lichaamsattitude

Spanningsmeter: bij aanvang van de bijeenkomst

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen spanning						Veel spanning				
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? <i>(streep door wat niet van toepassing is)</i>										
	Denken (gedachten)									
	Voelen (gevoelens)									
	Handelen (handelingen)									

Ervaringen

Welke ervaring, tijdens deze bijeenkomst, heeft de meeste indruk gemaakt op jou en waarom?

Persoonlijke doelen

Aan welk(e) persoonlijk(e) doel(en) heb je deze bijeenkomst gewerkt? Kruis aan wat voor jou van toepassing is en leg dit kort uit. *(Het schema loopt door op de volgende pagina!)*

Doel	Wat heb je ervaren/geleerd/veranderd m.b.t. deze bijeenkomst?
1	
2	
3	

Spanningsmeter: aan het einde van de bijeenkomst										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen spanning					Veel spanning					
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? (streep door wat niet van toepassing is)										
	Denken (gedachten)									
	Voelen (gevoelens)									
	Handelen (handelingen)									

Huiswerkopdracht
Ga deze week eens aan de slag met de volgende vraag: Zie je jou lichaamsattitude in de zaal terugkomen in je thuissituatie? Zou je hier iets in willen veranderen? Zo ja, wat dan? Wie ben jij eigenlijk en wat laat je de ander daarvan zien in je lichaamsattitude?

AANDACHTSGEBIED 'LICHAAMSBELEVING'

Datum:.....

Verkennen, herkennen en erkennen van de lichaamsgrenzen

Spanningsmeter: bij aanvang van de bijeenkomst

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen spanning						Veel spanning				
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? <i>(streep door wat niet van toepassing is)</i>										
	Denken (gedachten)									
	Voelen (gevoelens)									
	Handelen (handelingen)									

Ervaringen

Welke ervaring, tijdens deze bijeenkomst, heeft de meeste indruk gemaakt op jou en waarom?

Persoonlijke doelen

Aan welk(e) persoonlijk(e) doel(en) heb je deze bijeenkomst gewerkt? Kruis aan wat voor jou van toepassing is en leg dit kort uit. (Het schema loopt door op de volgende pagina!)

Doel	Wat heb je ervaren/geleerd/veranderd m.b.t. deze bijeenkomst?
1	
2	
3	

Spanningsmeter: aan het einde van de bijeenkomst										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen spanning					Veel spanning					
Zit de spanning of de ontspanning in jouw denken, voelen en/of handelen en leg dit kort uit? (streep door wat niet van toepassing is)										
	Denken (gedachten)									
	Voelen (gevoelens)									
	Handelen (handelingen)									

Huiswerkopdracht
Ga eens voor jezelf na of je bewust bent van je eigen lichaamsgrenzen en of je je eigen lichaamssignalen vroegtijdig kunt voelen (in het grensgebied). Welke keuze/overweging maak je dan? Ga je door, stop je of ga je op een andere manier door?

Bijlage 1: Evaluatie PMT-pijnmodule

	Ze er mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Ze er mee eens
1. De ruimte waar de module wordt gegeven ervaart u als prettig.	0	0	0	0
2. De begeleiding tijdens de module is passend voor u.	0	0	0	0
3. De opbouw van de module was goed voor u.	0	0	0	0
4. De opbouw binnen een bijeenkomst was goed voor u.	0	0	0	0
5. U heeft de groepsgenoten als steunend ervaren.	0	0	0	0
6. De thema's die aan bod zijn gekomen zijn belangrijk voor u (geweest):				
▪ Ver-, her- en erkennen van mogelijkheden en beperkingen in activiteiten.	0	0	0	0
▪ Balans vinden in rust en activiteit	0	0	0	0
▪ Frustraties hanteren	0	0	0	0
▪ Vertrouwen herwinnen en plezier beleven	0	0	0	0
▪ Contact maken	0	0	0	0
▪ Communiceren over grenzen/wensen/belevingen van jezelf en de ander	0	0	0	0
▪ Zintuiggebruik en voelen van lichamelijke signalen	0	0	0	0
▪ Ver-, her- en erkennen van lichaamsbewustzijn	0	0	0	0
▪ Ver-, her- en erkennen van lichaamsattitude	0	0	0	0
▪ Ver-, her- en erkennen van lichaamsgrenzen	0	0	0	0
7. Het opschrijven van uw ervaringen is van nut voor u:				
▪ Ervaringen van de sessie	0	0	0	0
▪ Ervaringen gedurende de week	0	0	0	0
8. De module heeft u meer inzicht gegeven in uw eigen:				
▪ Lichaamssignalen	0	0	0	0
▪ Emoties	0	0	0	0
▪ Gedragingen	0	0	0	0
▪ Wijze van contact met anderen	0	0	0	0

9. U kunt beter omgaan met uw....				
▪ Lichaamssignalen	☐	☐	☐	☐
▪ Emoties	☐	☐	☐	☐
10. Het contact met anderen is verbeterd.				
▪ U kunt uw eigen grenzen en wensen beter aangeven	☐	☐	☐	☐
▪ U kunt beter emoties delen met anderen	☐	☐	☐	☐
11. U heeft meer inzicht gekregen in....				
▪ Mogelijkheden en beperkingen in een activiteit	☐	☐	☐	☐
▪ Balans tussen activiteit en rust	☐	☐	☐	☐
▪ Dat u uw lichaam weer kunt vertrouwen	☐	☐	☐	☐
▪ Hoe u uw frustratie kunt hanteren	☐	☐	☐	☐
12. U hebt weer plezier kunnen beleven aan bewegingssituaties	☐	☐	☐	☐
13. Het werken met persoonlijke doelen binnen de PMT (binnen het sporten) heeft voor u een meerwaarde gehad.	☐	☐	☐	☐
14. U heeft behoefte aan vervolg in de groep.	☐	☐	☐	☐
15. U heeft behoefte aan vervolg individueel.	☐	☐	☐	☐
<u>16. Als u het met vraag 13 eens bent, waar zit die meerwaarde hem dan in? Zou u dit kunnen beargumenteren?</u>				
<u>Ruimte voor overige op- of aanmerkingen:</u>				

Bijlage 2: Voorbeelden PMT-doelen

Op dit formulier treft u een aantal doelstellingen aan waaruit u uiteindelijk de voor u drie belangrijkste doelen gaat uitkiezen. Tijdens de psychomotorische therapie (PMT) probeert u deze doelen als uitdaging te zien en probeert u deze doelen te bereiken.

U kunt uit de volgende doelen kiezen:

- 0 Ik wil mijn uithoudingsvermogen verbeteren.
- 0 Ik wil leren mijn energie goed te verdelen over de verschillende activiteiten.
- 0 Ik zou graag wat gewicht kwijt raken.
- 0 Ik zou graag meer mijn kracht ervaren.
- 0 Ik zou graag meer doorzettingsvermogen ervaren.
- 0 Ik wil PMT gebruiken om te leren ontspannen.
- 0 Ik gebruik PMT als afleiding van mijn vervelende gedachten.
- 0 Ik wil PMT gebruiken om te leren meer ruimte in te nemen.
- 0 Ik wil PMT gebruiken om een positiever of reëler beeld van mezelf te krijgen.
- 0 Ik wil me binnen PMT lekker uit kunnen leven.
- 0 Ik wil leren iets te zeggen van zaken die me niet aanstaan.
- 0 Ik wil leren mijn grenzen te herkennen en te respecteren.
- 0 Ik zou graag meer plezier beleven aan het bewegen.
- 0 Ik wil leren meer rekening te houden met anderen.
- 0 Ik wil leren meer rekening te houden met mezelf.
- 0 Ik zou graag beter leren samen te werken met anderen.
- 0 Ik wil reëlere eisen aan mezelf leren stellen.
- 0 Ik wil de PMT gebruiken om meer mijn gevoelens te laten zien en te leren uiten
- 0 Ik wil PMT gebruiken om mijn lichaamssignalen te herkennen.
- 0 Ik wil binnen de PMT leren om meer bewust te handelen en daarbij niet in mijn oude gedragspatroon terug te vallen.

Probeer de voor jou drie belangrijkste doelen aan te kruisen en deze samen met de psychomotorische therapeut of persoonlijke coach te bespreken.

Bijlage 3: Vragenlijst fysiotherapeuten en bewegingsagogen

VRAGENLIJST FYSIOTHERAPEUTEN AFDELING PIJN & BEWEGINGSAGOGEN	
Naam:	
Functie:	
Datum:	

Vraag 1: Vanaf september 2011 heb ik PMT-behandelingen gegeven. Heeft u op enigerlei wijze kennis kunnen nemen van wat PMT eigenlijk is?

Ja/nee, omdat.....

Vraag 2: Binnen het PMT-moduul werd gewerkt aan de hand van 3 aandachtsgebieden, t.w. *ondernemen van activiteiten, interactie & communicatie* en *lichaamsbeleving*. Binnen deze 3 aandachtsgebieden heb ik een tiental thema's (bijv. 'contact maken') aangeboden. Bent u van mening dat dit themagericht werken van meerwaarde kan zijn binnen de behandeling van chronische pijnklachten? Graag toelichten.

Ja/nee, omdat.....

Vraag 3: Een van de onderscheidende elementen van PMT is het ervaringsgericht werken (denken, voelen en handelen) aan de hand van persoonlijke doelen. Bent u van mening dat deze aanpak een meerwaarde biedt voor de behandeling van chronische pijnklachten? Graag toelichten.

Ja/nee, omdat.....

Vraag 4: Onderdeel van de stage was het gebruik maken van een formeel rapportage systeem (schriftelijk), voor zowel vastlegging alsook overdracht van informatie. De rapportages die u van mij over de revalidanten ontvangen heeft, boden deze voor u en/of het team een meerwaarde? Welke verbeterpunten zou u voorstellen?

Ja/nee, omdat.....

Vraag 5: Ziet u verschillen, en zo ja, welke, tussen de huidige bewegingsagogie zoals die wordt gegeven binnen Adelante en de psychomotorische therapie zoals ik die heb aangeboden binnen het moduul?

Ja/nee

Vraag 6: Bent u van mening dat de PMT-module van meerwaarde is voor de behandeling van chronische pijn binnen het pijnprogramma van Adelante Hoensbroek. Graag een toelichting.

Ja/nee, omdat.....

Vraag 7: Zijn er nog punten die u mij als PMT'er zou willen aanbevelen binnen het PMT-module?

Ja/nee, omdat.....

Overige op- of aanmerkingen?