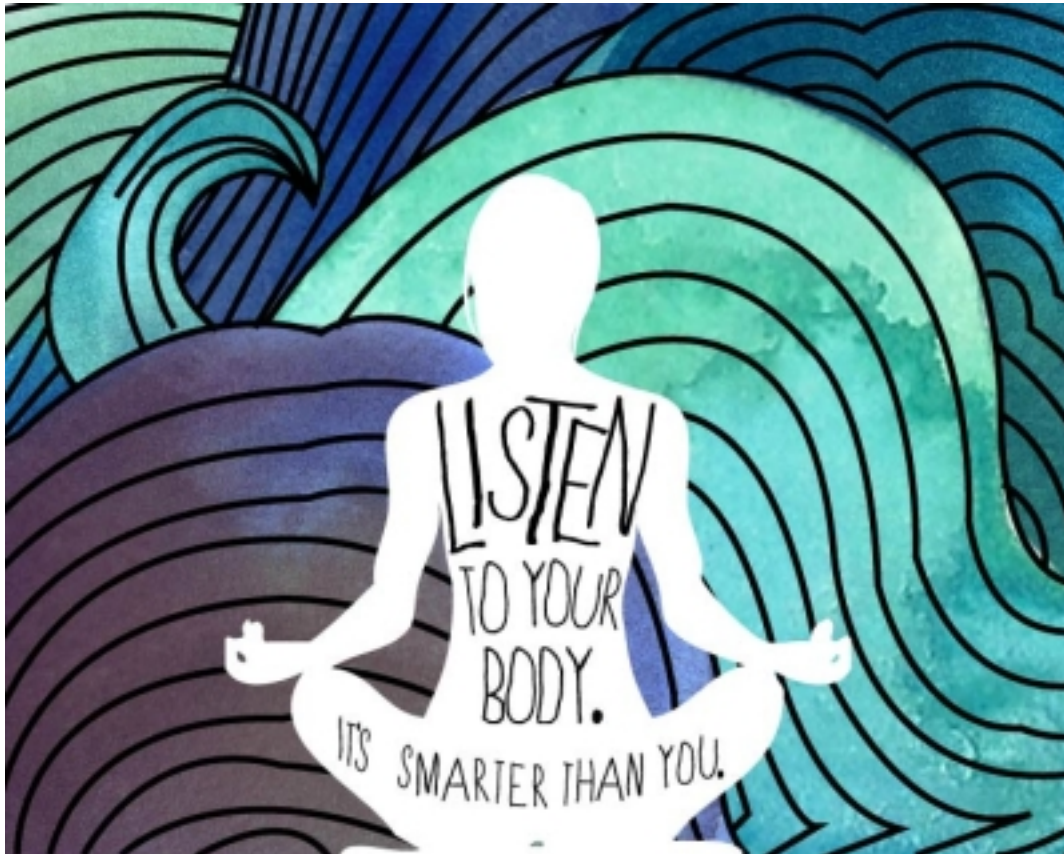


Bewustzijn van je lichaam na een CVA

Een case-study gericht op het lichaamsbewustzijn bij een vrouw na een CVA



Naam student:

Student nummer:

Begeleider afstudeeropdracht:

Beoordelaar afstudeeropdracht:

Opleiding:

School:

VOE-Code:

Studiejaar:

Datum:

Jolanda van Strien

51034761

Gerald Riedstra

Paul Verschuur

Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie

Hogeschool Windesheim.

HSK3AFS-B2V42

2014-2015

20-01-2015

Voorwoord

Hier is het dan uiteindelijk, de onderzoeksopdracht voor mijn afstuderen. Tijdens mijn stage ben ik nieuwsgierig geworden naar de doelgroep met een Cerebrovasculaire Accident (CVA). Deze doelgroep heeft bij mij een gevoelige snaar geraakt. Voornamelijk doordat er bij deze mensen opeens een grote verandering in hun leven heeft plaatsgevonden, zonder dat zij hier zelf invloed op hebben gehad. Nadat je een CVA hebt gehad krijg je last van de gevolgen. Deze gevolgen blijven vaak voor altijd aanwezig. Het is alleen de vraag, hoe ga je met de gevolgen om? Mijn nieuwsgierigheid was dan ook of ik voor deze mensen iets kon betekenen. Op dit moment is er binnen PMT nog weinig aandacht voor mensen met een CVA. Je ziet gelukkig langzamerhand steeds meer bekendheid van PMT in de revalidatie, maar dat is nog niet voldoende naar mijn mening. Hiermee hoop ik daaraan een steentje bij te dragen.

Om dit onderzoek te kunnen doen wil ik activiteitencentrum “De Trommel” waar ik mijn stage heb doorlopen, bedanken omdat zij de ruimte hebben geboden om daar mijn onderzoek te mogen uitvoeren. Daarnaast wil ik mijn stagebegeleidster Petra bedanken en natuurlijk Sabine, mijn cliënt die wilde meewerken aan het onderzoek.

Naast het praktische gedeelte moest het ook op papier gezet worden. Hiervoor wil ik mijn vriendin Simone erg bedanken omdat zij mij steeds ondersteund heeft door mijn afstudeeropdracht door te lezen en na te kijken op spellingsfouten. Verder wil ik mijn vriend Marco bedanken voor zijn steun en het vertrouwen.

Verder wil ik de volgende mensen bedanken die in mij geloven en mij hebben gesteund door mijn werk ook te lezen en mij tips hebben gegeven om dit onderzoek te kunnen schrijven: mijn scriptie begeleider Gerald Riedstra voor de kritische feedback, mijn beoordelaar Paul Verschuur, mijn studiematjes Diderik, Stephanie, Lisette en mijn familie.

Ik wens jullie veel leesplezier.

Jolanda van Strien

Januari 2015

Samenvatting

In deze kwalitatieve case study wordt uitgezocht of bij mensen die een cerebrovasculair accident (CVA) hebben gehad, door middel van psychomotorische therapie (PMT) verandering kan ontstaan in het lichaamsbewustzijn.

De cliënt heeft zeven weken lang, elke week een behandeling van 45 minuten gevolgd. Er is gebruik gemaakt van Scale of Body Connection (SBC) (Maas, van der, 2007) vragenlijst die gericht is op het contact met het lichaam. De SBC is onder te verdelen in twee subschalen: het lichaamsbewustzijn en lichaamsdissociatie. Er is een nul- en een eindmeting gedaan. Daarnaast is er gebruik gemaakt van de Cliënt Directed Outcome Informed (CDOI) (Crouzen, 2010). De CDOI is onderverdeeld in twee eenvoudige vragenlijsten: de Outcome Rating Scale (ORS) die aan elke sessie vooraf wordt ingevuld en de Session Rating Scale (SRS) die naderhand wordt ingevuld. Daarnaast is er nog een lijst toegevoegd waarbij de ORS ingevuld wordt, maar dan gericht op het lichaamsbewustzijn.

Zowel de nulmeting als de eindmeting van de SBC laat een gemiddelde score zien van 3.3. Dit laat zien dat er geen verandering heeft plaatsgevonden. Bij de subschaal lichaamsbewustzijn is te zien dat er wel verandering plaatsvindt in de beantwoording van de vragen, maar niet in de totale score van het lichaamsbewustzijn. Wat verder opvallend is de zeer wisselende van de scores op de ORS en SRS per sessie. Dat impliceert een steeds veranderd lichaamsbewustzijn.

Conclusie is dat er geen verandering ontstaat gezien het meetresultaat bij het lichaamsbewustzijn van deze cliënt met een CVA door middel van lichaamsgerichte interventie.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	2
SAMENVATTING.....	3
1. INLEIDING.....	5
1.1. PROBLEEMSTELLING:	5
1.2. DOELSTELLING VAN HET ONDERZOEK:	5
1.3. VRAAGSTELLING:.....	6
1.4. LEESWIJZER:	6
2. THEORETISCH KADER	7
2.1. WAT IS EEN CVA?	7
2.2. DE SOORTEN HERSTELFASES	7
2.3. WAT ZIJN DE GEVOLGEN NA EEN CVA?	8
2.4. WAT IS DE DEFINITIE VAN HET LICHAAMSBEWUSTZIJN?	10
2.5. PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE EN DE GEBRUIKTE INTERVENTIE	10
DE INTERVENTIE:	11
3. METHODE	13
3.1. ONDERZOEKSMETHODE:	13
3.2. ONDERZOEKSGROEP:	13
3.3. ONDERZOEK MEETINSTRUMENTEN	13
3.4. STATISCHE ANALYSE.....	14
4. RESULTATEN.....	16
4.1. RESULTATEN MEETINSTRUMENT.....	16
5. DISCUSSIE EN CONCLUSIE	19
5.1. DISCUSSIE	19
5.2. CONCLUSIE:	20
6. AANBEVELINGEN	22
7. LITERATUURLIJST	23
BIJLAGE 1:	25
BIJLAGE 2:	26
BIJLAGE 3:	28
BIJLAGE 4:	29
BIJLAGE 5:.....	30
BIJLAGE 6:	31

1. Inleiding

In de instelling van stichting InteraktContour, locatie activiteitencentrum (AC) "De Trommel" komen mensen met niet aangeboren hersenletsel (NAH). De grootste groep cliënten die naar het AC komen zijn personen die een cerebrovasculair accident (CVA) hebben gehad. Een CVA valt onder de doelgroep NAH. In de volksmond wordt een CVA ook wel een beroerte genoemd (Palm, 2003). Een CVA is letterlijk een ongeluk met de hersenvaten. Het krijgen van een CVA kan aanzienlijke gevolgen hebben. Dit hangt vooral samen met de plaats in de hersenen waar de CVA zich bevindt. Elk deeltje van de hersenen stuurt namelijk een ander gedeelte van het lichaam aan (Cranenburgh, 2009).

In 2013 is door D. Rorije een literatuur onderzoek gedaan naar "PMT na een CVA". In het onderzoek van Rorije (2013) komt naar voren dat een interventie op lichaamsbeleving kan aansluiten bij mensen met een CVA. Door te werken aan het contact met het lichaam in het hier en nu. Lichaamsbeleving wordt vaak als overkoepelende term gebruikt, lichaamsbewustzijn valt hier ook onder (Scheffers, Rekkers, Boscher, 2006). Wierstra (2013) heeft ook een onderzoek gedaan en schrijft dat mensen met niet aangeboren hersenletsel (NAH) een lager lichaamsbewustzijn hebben en dat het een aangrijpingspunt kan zijn voor de psychomotorische therapie (PMT).

Naast de onderzoeken van Rorije (2013) en Wierstra (2013) is er een hulpvraag gekomen vanuit de persoonlijk ondersteuner en ambulant begeleider van stichting InteraktContour. Het betreft een vrouw die richt zich òf meer op de omgeving, òf juist helemaal op zichzelf. Wat de medewerkers van het AC opvalt, is dat deze vrouw zich niet bewust lijkt te zijn van haar gedrag en de emoties die ze vertoont. Wanneer er naar aanleiding van de observatie in de activiteiten wordt gevraagd wat er bij haar gebeurde of hoe zij zich op dat moment voelde, kan zij niet onder woorden brengen hoe zij dat moment heeft ervaren. Verder lijkt het dat deze vrouw niet stil staat bij het lichaam.

Het lichaamsbewustzijn wordt beschreven als het bewustzijn van het eigen lichaam, de positie van de eigen ledematen, de lichaamssensaties en de subjectieve, gevoelsmatige ervaring van het eigen lichaam. Het herkennen, voelen en differentiëren van lichamelijke sensaties in relatie tot gevoelens en emoties worden hier ook onder gerekend (Emck, Hemmink en Bosscher, 2007).

Naar aanleiding van de onderzoeken van Rorije (2013), Wierstra (2013) en de hulpvraag van de persoonlijk ondersteuner en ambulant begeleider is er interesse om verder uit te zoeken wat het effect van psychomotorische therapie (PMT) is op het lichaamsbewustzijn van mensen na een CVA. Dit zal gebeuren doormiddel van een onderzoek waar gebruik gemaakt wordt van een casestudy. De casestudy zal zich richten op deze vrouw om te kijken of deze vrouw zich bewuster wordt van haar lichaam en haar emoties beter kan uiten na interventies gericht op het lichaamsbewustzijn.

1.1. Probleemstelling:

Na het zoeken binnen de literatuur is er gebleken dat er weinig tot geen kennis is over het feit, of het lichaamsbewustzijn te beïnvloeden is bij mensen met een CVA. Kneebone en Lincoln (2012) concluderen dat het onderzoek naar psychologische middelen om de preventie en behandeling van emotionele problemen na een beroerte te behandelen, in de kinderschoenen staat. Terwijl het er op lijkt dat het lichaamsbewustzijn gedaald is en het een belangrijke functie heeft bij het herkennen van het gedrag en emoties. Het zou dus interessant zijn als er aangetoond kan worden dat PMT een bijdrage kan leveren in het beïnvloeden van het lichaamsbewustzijn, zodat de cliënt meer inzicht krijgt in haar gedrag/gevoel.

1.2. Doelstelling van het onderzoek:

Het doel van het onderzoek is om te onderzoeken of PMT interventies invloed hebben op het lichaamsbewustzijn bij een cliënt met een CVA.

1.3. Vraagstelling:

Is het lichaamsbewustzijn bij een cliënt met een CVA in de chronische fase, van het activiteitencentrum "De Trommel", door lichaamsgerichte interventie binnen de psychomotorische therapie veranderd?

1.4. Leeswijzer:

In hoofdstuk 2 wordt het theoretische kader beschreven. Binnen dit hoofdstuk wordt er gekeken wat een CVA is, welke fases er zijn binnen de revalidatie, welke gevolgen er zijn na een CVA met daarbij en de gevolgen voor het lichaamsbewustzijn. Tot slot wordt er gekeken wat PMT inhoud, waarbij er inzicht wordt gegeven in de lichamelijke interventie gericht op het lichaamsbewustzijn. In hoofdstuk 3 wordt de methode die is gebruikt binnen het onderzoek behandeld. Hier wordt de onderzoeksgroep beschreven, de meetmethode wordt uitgelegd en tot slot wordt de statische analyse beschreven. In hoofdstuk vier wordt er gekeken naar de resultaten van de meetinstrumenten, deze worden weergegeven in grafieken met daarbij de relevante resultaten. In hoofdstuk 5 vindt de discussie plaats waarbij de resultaten worden bekritiseerd waar uitsluitend antwoord wordt gegeven op de vraagstelling. Tot slot wordt er in hoofdstuk 6 een aanbeveling gedaan.

De casus voor deze casestudy betreft een vrouw van 64 jaar oud die in 2000 een ICVA gehad. Binnen het onderzoek wordt deze vrouw Sabine genoemd. Sabine komt al jaren naar het activiteiten centrum "De Trommel" van stichting InteraktContour. Vanuit de persoonlijke ondersteuner zijn er al enige tijd wat vragen over haar gedrag. Naar aanleiding hiervan is er voor Sabine gekozen. Verderop in het onderzoek zal er een toelichting worden gegeven over de gevolgen van het CVA van Sabine.

2. Theoretisch Kader

2.1. Wat is een CVA?

Een Cerebrovasculair accident (CVA) wordt in de volksmond ook wel een beroerte genoemd (Palm, 2003). Jaarlijks worden er ongeveer 44.000 mensen met een CVA opgenomen in ziekenhuizen in Nederland (Hartstichting, 2003). Dat betekent meer dan 100 mensen per dag. Bij 7.000 mensen hiervan volgt binnen een jaar nog een beroerte. In Nederland leven er naar schatting 216.500 mensen met de gevolgen van een CVA. Het percentage mensen dat een beroerte krijgt neemt sterk toe naarmate de leeftijd toeneemt. (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2009; Hersenstichting Nederland, 2010).

Een CVA is een acute verstoring van de bloedsomloop in de hersenen. De bloedvoorziening binnen de hersenen raakt gestoord, de hersenen ontvangen op bepaalde gebieden te weinig of zelfs helemaal geen bloed. Deze gebieden krijgen dan te weinig zuurstof en glucose, wat onmisbaar is voor een goede werking van de hersenen. Als de bloedtoevoer te laag is in een gebied, treedt er functieverlies op (Palm, 2012). Een oorzaak hiervan kan een bloeding (hersenbloeding) zijn of een afsluiting van een bloedvat (herseninfarct). 80% van de gevallen wordt veroorzaakt door een herseninfarct, slechts 20% wordt veroorzaakt door een hersenbloeding.

Een hersenbloeding kan ontstaan door een lek in een hersenbloedvat. Wanneer een lek is ontstaan stopt het meestal vanzelf door stolling of tegendruk. Door de bloeding kan de druk op de schedel toenemen met als gevolg inklemming van de hersenen (Cranenburgh, 2009; Hersenstichting, 2010; Palm, 2012).

Een herseninfarct is een zogeheten onbloedig CVA (ischaemisch CVA, ICVA). Er is sprake van een afsluiting van een bloedvat in de hersenen. De oorzaak is vaak dat de vaten zijn vernauwd door het dicht slijmen van een bloedvat. Ook kan het ontstaan doordat een bloedpropje, wat op een andere plek in het lichaam is gevormd, los schiet en in de hersenen terecht komt. Het kan zelfs voorkomen dat je een tumor hebt waardoor de bloedvaten worden dichtgeknepen (Palm, 2012).

Sabine heeft een ICVA gehad. Dat betekent dat ze een herseninfarct heeft gehad, waardoor een vernauwing is ontstaan. Binnen het onderzoek houden we het op een CVA.

2.2. De soorten herstelfases

De gevolgen van een CVA bestaan uit meerder fases. De eerste fase betreft de acute fase waar direct moet worden gehandeld. Deze fase vindt plaats in het ziekenhuis, waar de diagnose plaatsvindt. Daarop volgend wordt direct gehandeld om nog meer beschadiging te voorkomen. Na de acute fase start de revalidatiefase, daar wordt meer aandacht besteed aan de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zoals eten, wassen en aankleden. Tijdens deze fase kun je ook denken aan logopedie voor het verbeteren van de spraak en fysiotherapie voor het verbeteren van het bewegen. In deze fase is het van belang om alles weer op te pakken, omdat het grootste herstel tussen de eerste zes tot twaalf maanden optreedt. Wanneer er geen duidelijke verbetering meer is, ben je aangekomen in de chronische fase. Deze fase richt zich op de verwerking zoals het leren omgaan met blijvende beperking(en), acceptatie en ondersteuning van de mantelzorg (Palm, 2003). In het AC komen vooral cliënten die in deze chronische fase zitten. Zij trainen hun vaardigheden, om ze in stand te houden en te verbeteren.

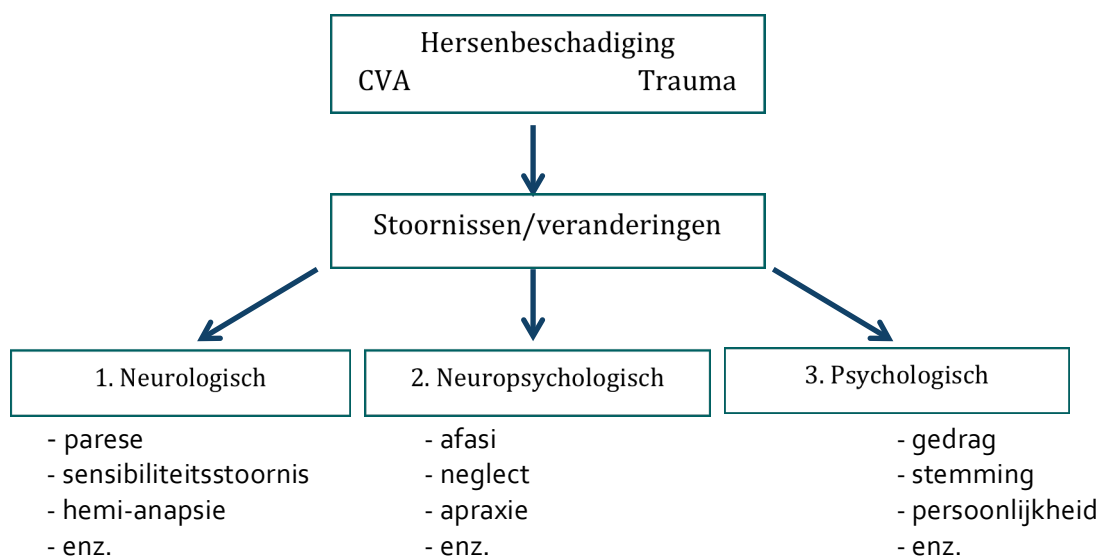
In de chronische fase zijn de gevolgen uiteindelijk een blijvende beperking. In de eerste periode vindt het meeste en het grootste herstel plaats, maar na een aantal maanden vlakt dit herstel af. Nadat er geen herstel meer is, wil dat niet zeggen dat het functioneren van CVA-patiënten in de jaren na de beroerte stabiel is. De problemen kunnen in de loop van tijd verergeren. De beperkingen komen namelijk in het dagelijks leven pas na langere tijd naar voren. Dan realiseren cliënten zich pas dat er grenzen zijn aan het herstel en worden ze zich bewust van de consequenties. Vaak komen de problemen ook naar voren doordat de dagbesteding of de werk- of gezinssituatie veranderd, of door nieuwe medische problemen (Willems, de Boer-Fleischer, Schepers, van de Port, & Visser-Meily, 2012).

Sabine bevindt zich in de chronische fase. Sabine is nog steeds bezig om te leren gaan met haar beperkingen en deze te accepteren. Sabine loopt nog dagelijks tegen de gevolgen van het CVA aan. Bijvoorbeeld als Sabine haar container terug moet zetten thuis. Dan moet ze met de container de stoep op en dat is lastig voor haar, omdat ze dan vaak uit balans raakt waardoor haar angst om te vallen naar boven komt. Ze is al eerder gevallen wat die angst heeft versterkt. Een ander voorbeeld van de gevolgen die Sabine ondervindt is dat ze dagelijks de thuiszorg over de vloer krijgt om haar steunkousen aan te trekken en aan het einde van de dag om ze weer uit te trekken. Je ziet dat bij Sabine in de chronische fase dat de beperkingen niet stabiel zijn. Sabine merkt dat ze de ene keer meer last van vermoeidheid heeft dan de andere keer. Wanneer Sabine wat minder gaat bewegen heeft dat negatieve gevolgen op haar energie level en haar vertrouwen in haar eigen lichaam. Na 14 jaar is ze nog altijd bezig met de gevolgen van haar CVA.

2.3. Wat zijn de gevolgen na een CVA?

De gevolgen verschillen bij iedereen die een CVA heeft gehad. Dat heeft onder andere te maken met de plaats in de hersenen waar de beschadiging optreedt en de mate van de beschadiging. Daarnaast spelen algemene factoren ook een rol. Hierbij kun je denken aan de persoonlijkheid van de cliënt voor het CVA en de sociale achtergrondsituatie. Men blijft hinder ondervinden van de gevolgen, dat heeft een bepaalde impact (Palm, 2012).

Cranenburg (2009) geeft de gevolgen van een CVA weer in een vast raamwerk, dat geeft een classificatiesysteem voor verschillende verschijnselen weer. Hierin wordt gebruik gemaakt van een indeling in drie stoornisgroepen zie figuur 2.3.1.



Figuur 2.3.1. De stoornissen verdeeld onder de drie stoornisgroepen (Cranenburg, 2009).

Palm (2012) heeft de stoornissen onderverdeeld onder dezelfde drie punten. De neurologische gevolgen zijn door Palm (2012) nog verder verdeeld in motorische- en sensorische stoornissen, epilepsie en vermoeidheid. Bij motorische stoornissen kan gedacht worden aan: hemiplegie, hemiparese en facialisparese. Bij sensorische stoornissen kun je denken aan het verlies van zintuigelijke registratie: smaak, tast, reuk, gezichtsvermogen en gehoorfunctie die kunnen gestoord zijn. Epilepsie treedt vaak het eerste jaar op en wordt door medicatie afgeremd. Vermoeidheid treedt vooral in de eerste periode regelmatig op, al bestaat er een grote kans dat de vermoeidheid altijd aanwezig blijft, dit kan zorgen voor negatieve beïnvloeding bij het dagelijks leven van een cliënt (Palm, 2012).

Neuropsychologische stoornissen zijn stoornissen die moeilijk te zien zijn aan de buitenkant. Het gevolg is vaak dat mensen met neuropsychologische stoornissen worden overschat. Zie een aantal voorbeelden in figuur 2.3.1. Daarnaast is er sprake van amnesie (geheugenstoornis) (Cranenburg, 2009). Zo heeft Palm (2012) het over amnestische afasie, dat is een geheugenstoornis voor namen van voorwerpen. Wanneer de beschadiging aan de linkerzijde is ontstaan, is het vaak moeilijk om de informatie en de volgorde van gebeurtenissen goed te verwerken, er kunnen tevens problemen optreden bij het zich herinneren van de chronologie van het eigen leven. De geheugenstoornissen komen frequent voor bij cliënten met een CVA (Hochstenbach, Donders, Mulder, van Limbeek & Schoonderwaldt, 1996). Het geheugen is het vermogen om informatie in te prenten, te onthouden (bewaren) en later weer toe te passen, zowel bij het opdiepen (reproducen), als bij het herkennen (recognitie) (Berg & Deelman, 1997). Ze belemmeren de revalidatie bij het herleren of aanleren van nieuwe vaardigheden.

Wat eerder al genoemd is, is dat de gevolgen afhankelijk zijn van de plaats in de hersenen waar de beschadiging is opgetreden. Uit onderzoek blijkt dat aantal neuronen in samenspraak is met het aantal hersengebieden. We hebben een enorm netwerk in ons hoofd dat bestaat uit zenuwcellen. De samenwerking van de specifieke hersengebieden zorgt voor de basis van het bewustzijn. De functionele verbinding tussen elk hersengebied zorgt gezamenlijk voor een nieuwe 'emergente' functie (Swaab, 2010). Prof. Victor Lamme Hupthes is van mening dat de bewustzijnsneuronen van de prefrontale en pariëtale hersenschors, informatie moeten terugsturen naar de hersenschors. Deze terugkerende verwerking strekt zich uit van de sensorische gebieden tot in de motorische gebieden. Door slechts enkele voorwerpen selectieve aandacht te geven, zorgt dit voor een terugkerende verwerking. Dit kan er toe leiden dat deze stimuli onze aandacht krijgt en we dit kunnen rapporteren en ons van de rest niet bewust zijn. Het hebben van een bewustzijn van de omgeving en van een zelfbewustzijn komt vooral tot uiting in sociale interacties. Bijvoorbeeld bij het waarnemen en het voortdurend interpreteren van hoe jouw situatie is ten opzichte van anderen en het leren van de fouten die je daarbij maakt. Wanneer de hersengebieden beschadiging oplopen, kan dit bijvoorbeeld het proces van het bewustzijn verstoren (Swaab, 2012). Volgens Craig (2009) vertegenwoordigt het insula (een gedeelte in de hersenen) de emotionele expressie en zelfbewustzijn. Wanneer er verstoring ontstaat bij de insula kan dat gevolgen hebben bij het bewust worden van bepaalde lichaamssignalen, bijvoorbeeld koud, of hartkloppingen. Ook zijn bepaalde geheugenprocessen gevoelig voor achteruitgang na een hersenbeschadiging (Kessels, 2005).

Naast de neurologische en neuropsychologische gevolgen zijn er nog psychologische gevolgen. Vooral aan het begin heb je te maken met verwarring omdat alles anders is, of niet meer functioneert. Een CVA overkomt iemand en van het een op het andere moment is deze persoon opeens iemand met een beperking. Er kunnen veranderingen in het gedrag plaats vinden en men is veranderd als mens (Palm, 2012).

Prinsen (2008) geeft aan dat mensen met NAH soms onvoldoende in staat zijn om emoties te benoemen en te koppelen aan bepaald gedrag. Wat verder naar voren komt door Kneebone & Lincoln (2012) is dat het identificeren van emotionele problemen na een beroerte kan worden

gecompliceerd door de overlap tussen de symptomen van een beroerte en de symptomen van psychische stoornissen, evenals door beperkingen in cognitieve en communicatie vaardigheden. De cliënt is op zoek naar een nieuwe balans en probeert zijn eigenwaarde terug te vinden (Morris, 2011).

2.4. wat is de definitie van het lichaamsbewustzijn?

Eerder is er al gesproken over de definitie van Emck, et.al. (2007). Het lichaamsbewustzijn wordt opgevat als het bewustzijn van het eigen lichaam, de positie van de eigen ledematen, de lichaamssensaties en de subjectieve, gevoelsmatige ervaringen van het eigen lichaam. Het herkennen, voelen en differentiëren van lichamelijke sensaties in relatie tot gevoelens en emoties worden hier ook onder gerekend.

Naast deze definitie heb je nog vele andere zo hebben Mehling, Gopisetty, Doubenmier, Price Hecht & Stewart (2009) het er over dat het lichaamsbewustzijn gaat om de aandacht, focus en de bewustwording van innerlijke lichamelijke gewaarwordingen.

Price en Thompson (2007) geven aan dat lichaamsbewustzijn veelzijdig is. Het gaat om het zintuiglijke bewustzijn en het vermogen om de innerlijke gevoelens van het lichaam te identificeren en te ervaren (bijv. spieren die strak staan) en de algemene fysiologische/emotionele toestand van het lichaam (bijv. tijd, ontspannen). Het lichaamsbewustzijn geeft lichamelijke informatie over het dagelijks leven. Zo merk je lichamelijke veranderingen en reactie op de emotie. Price en Thompson (2007) noemen ook nog het begrip lichamelijke dissociatie wat gekenmerkt wordt door het vermijden van interne ervaringen. Het heeft ervaringsgerichte aspecten, waaronder normaal alledaagse ervaringen, zoals afleiding van lichamelijke ervaring. Zo kun je denken aan de scheiding van je lichamelijke zelf of lichamelijke ervaringen en emotionele ontkoppeling.

In dit onderzoek wordt de definitie van Emck et al. (2007) als leidend gebruikt. In hoofdstuk 2.3. wordt al aangegeven dat de gevolgen van een CVA impact heeft op hun identiteit. Dat het lichaam verandert en het gevoel bij sommige lichaamsdelen is veranderd. Tot slot vinden mensen het moeilijk om hun emoties te benoemen en te plaatsen bij bepaald gedrag.

2.5. Psychomotorische therapie en de gebruikte interventie

Binnen in de therapiewereld wordt psychomotorische therapie ook wel PMT genoemd. PMT is een therapievorm die gedefinieerd wordt als:

"een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag (Beroepsprofiel NVPMT, 2009)".

De interventies binnen de PMT zijn gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag. De therapeut probeert de cliënt zowel figuurlijk als letterlijk in beweging te laten komen. Daarbij probeert de therapeut de cliënt stil te laten staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag en/of de cliënt zich te laten richten op de beleving van het eigen lichaam.

Dit onderzoek richt zich vooral op de beleving van het eigen lichaam. Binnen dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van lichaamsgerichte interventie. Dit is een handelstrategie waarbij het accent van de interventies ligt op het beleven van de cliënt. Hierdoor wordt er door de cliënt gefocust op haar lichaamssensaties, -gawaarwordingen en -ervaringen. Het gaat daarbij om de betekenisverlening en de consequenties daarvan (Hekking & Fellingier, 2011).

Er blijkt verder zeer beperkt literatuur te vinden over lichaamsinterventies na een CVA. Wel geeft Lincoln, Kneebone, Macniven & Morris (2012) aan dat gedragsmatige strategieën in aanmerking kunnen komen waarbij functionele analyse van het gedrag effectief kunnen zijn. Zo blijkt verder uit

reviews dat cognitieve revalidatie effectief kan zijn bij cognitieve stoornissen (Cicerone, Dahlberg, Malec, Langenbahn, Felicetti Kneipp, et al, 1998-2002; Rees, Marshall, Hartridge, Mackie & Weiser, 2007). Hier wordt aangegeven dat cognitieve revalidatie inzicht geeft in het ziektebeeld (psycho-educatie) en het aanleren van strategieën ter compensatie van cognitieve tekorten (Visser-meily, van Heugten, Scheppers & van den Bos, 2007).

Binnen de PMT kan er gebruik gemaakt worden van de psychologische stromingen. Een van die stromingen die aansluit op de cognitieve revalidatie is de cognitief-gedragstherapeutische benadering. Deze therapie is gericht op het veranderen van het denken en het aanleren en/of stimuleren van nieuw gedrag aan de cliënt (Weerman, 2006).

Bij het uitvoeren van de PMT behandeling wordt er gebruik gemaakt van modaliteiten. Zo past bij de cognitieve gedragstherapeutische benadering de oefengerichte modaliteit. Deze oefengerichte modaliteit gaat om het opdoen van bewegings- en/of lichaamservaringen, het vergroten van waarnemings-, belevingsvermogen en het gedragsrepertoire, waarbij je in contact blijft met de omgeving en/of het lichaam. Het accent ligt binnen de oefening in het hier en nu. De therapeut zorgt voor verdere structuur en veiligheid.

Naast deze modaliteiten zijn er nog twee modaliteiten namelijk de ervaringsgerichte en ontdekkingsgerichte. De modaliteit ervaren gaat over het experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven op zijn/haar gedrag en in relatie tot zijn omgeving. Verder is het werken aan het vergroten zelfstructurend vermogen en het zicht krijgen op eigen gedrag. Hier zal het accent van de therapie in het hier, nu en daar liggen.

Tot slot is de modaliteit ontdekken gericht op het onverwerkte, verdrongen herinneringen, emoties en intrapsychische conflicten die verwijzen naar trauma. Verder gaat het om het ontdekken van de conflicten en de impact hiervan op de huidige problemen. Ook het ontdekken van conflicten, het ervaren, uiten, benoemen en integreren zijn onderdelen van therapie. Zo probeer je de cliënt inzicht in adequate gedrag in sociale verbanden te geven. Het accent zal zich in het hier, nu, daar en toen liggen (Hekking & Fellingner, 2011).

De interventie:

De modaliteit oefenen, sluit aan bij de gevolgen van de CVA. Naar aanleiding van de geheugen problematiek die kan ontstaan, geef je structuur aan bij mensen met een CVA. Dit is ook bij de onderzochte casus gedaan. Bij binnenkomst is er steeds begonnen met het invullen van de meetinstrumenten en gevraagd hoe de persoon er bij zit. Er vind een korte samenvatting plaats van wat er de vorige keer is gedaan en/of gebeurd is. Dit wordt in samenspraak gedaan met de cliënt. De lichaamsgerichte interventie richt zich op het contact met het lichaam. In de therapie is de keuze gemaakt om continue stil te staan bij de lichaamssignalen in bewegingssituaties. Hierbij kan er gedacht worden aan bijvoorbeeld controlled approach oefeningen (Pesso), trap lopen etc. Er zijn veel oefeningen herhaald in de opvolgende therapie sessie. De rationale werd steeds herhaald en er werd gevraagd de gedachten te richten in het hier en nu. Dit zorgt voor de focus binnen de therapie. Er moet rekening worden gehouden met de eventuele overlap tussen de symptomen van psychische stoornissen, maar ook met de beperkingen in de cognitieve, communicatie vaardigheden en de emotionele problemen. (Kneebone & Lincoln, 2012).

Tijdens de therapie heeft de therapeut de observatie methode LECS (Lichamelijk, emotie, cognitief en sociaal aspecten) toegepast (Hekking & Fellingner, 2011). Met behulp hiervan is het gedrag dat de cliënt liet zien gereflecteerd. Er werd gekeken naar de lichaamssignalen die zichtbaar zijn voor de omgeving, bijvoorbeeld een rood gezicht krijgen, het toenemen van de spierspanning, onrustig lopen, etc.

Verder kunnen er voor mensen met een CVA gevolgen zijn op motorisch gebied, zoals halfzijdige verlamming en niet kunnen lopen zonder hulpmiddelen (rollator, driepoot, etc.). Tijdens de oefening is hier rekening mee gehouden, zowel in de uitvoering van opdracht als in de duur van de oefening.

Om de cliënt te leren luisteren naar het eigen lichaam is ook gebruik gemaakt van LECS methode. Bijvoorbeeld wanneer de cliënt niet zelf in de gaten heeft dat ze moe word, dan wordt de LECS toegepast om de cliënt bewust te maken van datgene wat er op dat moment gebeurt.

Binnen dit onderzoek is gekozen voor lichaamsgeoriënteerde methodieken om Sabine in beweging te zetten. Op deze manier is het de bedoeling tot een betere lichaamsbewustwording komen. Deze keuze is gemaakt, omdat de concentratieboog van Sabine erg laag is. Naast de concentratieproblemen heeft Sabine informatieverwerkingsproblemen. Je moet bij haar veel herhalen voordat iets echt tot haar doordringt en ze het daadwerkelijk kan toepassen. Door Sabine in beweging te zetten willen we haar stil laten staan om zich bewust te worden bij wat er gebeurt in haar lichaam. Hierbij kun je denken aan lichaamssignalen, zoals klamme handen, warm worden, spierspanning etc. Op deze manier willen we het mogelijk maken voor Sabine om het herkennen, voelen en differentiëren van lichamelijke sensaties in relatie te brengen tot haar gevoelens en emoties (Emck et. al., 2007).

Op motorische gebied werd het soms zwaar voor Sabine, maar dit had Sabine niet in de gaten, omdat ze er nooit bij stil stond. Tijdens de oefening werd daar gebruik van gemaakt door LECS toe te passen om haar zo bewust te laten worden van de lichaamssignalen. Zo begon ze langzamerhand iets meer te begrijpen wat met lichaamssignalen werd bedoeld en had ze in de gaten dat óók haar lichaam deze signalen gaf.

3. Methode

3.1. Onderzoeksmethode:

Het betreft een casestudy die gericht is op kwalitatief onderzoek met een pre-experimenteel onderzoekdesign (Bakker & van Buuren, 2009), omdat er geen controle groep is. De periode waarbinnen het onderzoek plaatsvond duurde zeven weken, elke week een sessie van 45 minuten. De eerste bijeenkomst was een kennismaking, hierin is de nulmeting afgenomen. Het programma is daarna vervolgd waarbij er rekening gehouden moest worden met herhalingen, omdat het geheugen van iemand na een CVA aangetast kan zijn. In sessie zeven is de nameting gedaan.

3.2. Onderzoeksgroep:

Het onderzoek richt zich op één cliënte die een CVA heeft gehad. Er heeft een overleg plaats gevonden om te beslissen of Sabine mee zou kunnen draaien met het onderzoek. Dit overleg heeft plaatsgevonden met de psychomotorische therapeut, persoonlijk ondersteuner en de ambulant begeleider van Sabine.

Om mee te kunnen doen aan dit onderzoek, is er gekeken naar de volgende inclusiecriteria:

- De cliënt moet een CVA hebben gehad;
- De cliënt moet tijdens het overleg worden ingeschat als iemand met een laag lichaamsbewustzijn;
- Er moet worden ingeschat of de cliënt ervoor open staat om inzicht te krijgen in zijn/haar lichaamsbewustzijn en of hij/zij open staat voor het aanleren van nieuw gedrag.

De vraag is vanuit de persoonlijk ondersteuner en ambulant begeleider gekomen, maar er werd alsnog bekeken of de hierboven beschreven punten van toepassing zijn bij Sabine.

Als de cliënt voldoet aan de criteria zoals hierboven is beschreven, wordt er contact met de cliënt gezocht. Tijdens het gesprek wordt er aangegeven dat de cliënt in aanmerking komt om mee te doen aan het onderzoek gericht op het lichaamsbewustzijn. Daar wordt vervolgens informatie gegeven over tijd, datum, plaats en het doel van de therapie. Tijdens het gesprek wordt duidelijk afgesproken dat het individueel is en dat alles wat er tijdens de therapie wordt besproken, vertrouwelijk is. Indien het nodig is, wordt er in overleg met de cliënt besproken of het gedeeld moet worden met de persoonlijke ondersteuning en/of ambulant begeleider. Dit is van belang om de veiligheid van de cliënt te waarborgen. De cliënt heeft toestemming gegeven door het informed consent-formulier te ondertekenen. Zie bijlage 1.

3.3. onderzoek meetinstrumenten

De onderzoeksvraag wordt onderzocht door middel van een vragenlijst. Voor het meten van het lichaamsbewustzijn wordt er gebruik gemaakt van de Scale of Body Connection (SBC) (van der Maas, 2007) Deze bestaat uit twintig items verdeeld over twee subschalen. Twaalf items meten de body awareness, daar worden de bewuste sensorische signalen gemeten die gericht zijn op de lichamelijke gesteldheid. Acht items meten de body dissociation, daar wordt gemeten in welke mate de mensen zich distantiëren van hun emoties en lichaam. Het SBC zal gescoord worden op een 5-punts Likert schaal. 1 betekent "helemaal niet" en 5 betekent "altijd". Zie voorbeeld figuur 3.3.1. waarmee de vraag beantwoord kan worden. In bijlage 2 zie je het gehele meetinstrument.

Helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

figuur. 3.3.1. voorbeeld SBC vragenlijst beantwoording.

Hoe hoger de score op de subschaal body awareness hoe hoger de bewuste aandacht voor het lichaam. Als de subschaal body dissociation een hoge score heeft is er sprake van distantie van de emoties en het lichaam. De totale score geeft de body connection aan, wat aangeeft of iemand in contact is met zijn/haar lichaam. In dit onderzoek wordt de analyse gericht op het

lichaamsbewustzijn. Verder wordt de score van de hele schaal en lichaamsdissociatie wel meegenomen ter ondersteuning.

Dit meetinstrument is vertaald van de Engelse versie naar het Nederlands. Uit onderzoek blijkt dat de Engelstalige versie een interne betrouwbaarheid kent (Price & Thompson, 2007). Van der Maas (2007) heeft het vertaald naar het Nederlands. Daaruit blijkt dat de interne betrouwbaarheid van het deel lichaamsbewustzijn goed bevonden is en het dissociatie gedeelte zwak tot voldoende. Over de Nederlandstalige versie zijn nog geen gegevens bekend (Maas, Bosscher, Köke & Peters, z.d.).

Naast de SBC wordt er gebruik gemaakt van de Cliënt Directed Outcome Informed (CDOI) (Crouzen, 2010). Dit is een Routine Outcom Monitoring (ROM) methode, daarin speelt de directe, systematische feedback een centrale rol, om zodoende de effectiviteit van de therapie te verbeteren of te meten. Daarbij kan tijdens het onderzoek ook het proces in beeld gebracht worden. Dit levert een bijdrage aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. De CDOI bestaat uit twee delen 'Client-Directed' en 'Outcome-Informed'. 'Client-Directed' betekent dat de therapeut de rol aanneemt die de cliënt hem/haar geeft. Daarmee wordt bedoeld dat de therapeut rekening houdt met het oordeel over de relatie en verandering van de cliënt. 'Outcom-Informed' betekent dat het veranderingsproces van de cliënt aan het begin van elke sessie wordt gemeten en op deze manier voor de therapeut duidelijke aanwijzingen oplevert hoe verder te kunnen gaan. Door op deze manier een diagnose van het behandelproces weer te geven wordt de therapeut door het CDOI in staat gesteld om het eigen handelen gericht bij te sturen en stagnatie in het therapeutisch proces bijtijds te ontdekken ongeacht het therapiemodel. Hierin wordt er gebruik gemaakt van twee eenvoudige vragenlijsten; "Outcome Rating Scale (ORS)" en de "Session Rating Scale (SRS)". Deze methode is valide te noemen door de groeiende hoeveelheid onderzoek (Miller, 2012).

De Outcome Rating Scale (ORS) (Crouzen, 2010) is een korte vragenlijst die aan het begin van de therapie wordt ingevuld. Deze wordt onderverdeeld in vier subschalen; individueel, relationeel, sociaal en algeheel. De cliënte geeft aan hoe het de afgelopen week met haar is gegaan door op een horizontale lijn een streepje te zetten. Helemaal links betekent laag (minder goed), uiterst rechts betekent hoog (goed). zie figuur 3.3.2. een voorbeeld van één subschaal en zie bijlage 3 voor het gehele meetinstrument.

Individueel (persoonlijk welbevinden)

|-----|

Figuur 3.3.2. voorbeeld ORS vragenlijst

Om het lichaamsbewustzijn zichtbaar te maken vult de cliënt de ORS nog een keer in, deze keer met de vraag: "Hoe bewust bent u van uw lichaam?" De cliënt geeft voor alle vier de gebieden aan hoe bewust de cliënt zich van zijn lichaam was afgelopen week. Helemaal links betekent laag (niet), uiterst rechts betekent hoog (helemaal) (bijlage 4).

Na afloop van de therapie wordt er gekeken hoe de persoon het heeft ervaren, door de Session Rating Scale (SRS) (Crouzen, 2010) in te vullen. Deze lijst geeft weer hoe de behandeling was die dag. Deze wordt eveneens in vier subschalen weergegeven; Relatie, doelen en onderwerpen, aanpak en/of werkwijze en algeheel. Deze lijst wordt afgenomen, omdat het kan helpen de behandeling af te stemmen op de cliënt of de therapeutische relatie kan verbeteren. Zie bijlage 5 voor het gehele meetinstrument.

3.4. Statistische analyse

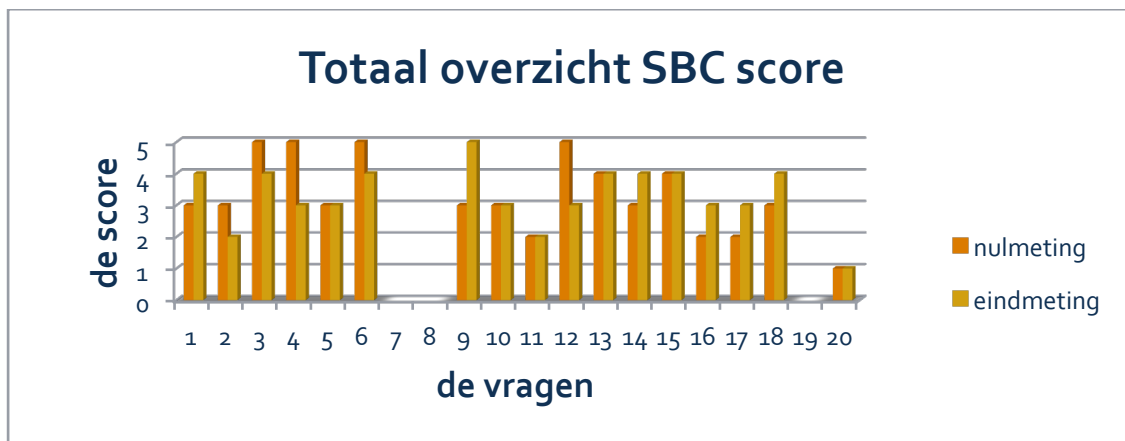
Om duidelijk inzicht te krijgen of lichaamsgerichte interventie binnen de PMT gericht op het lichaamsbewustzijn bij een cliënt een positief invloed heeft, wordt er gebruik gemaakt van drie

onderzoeksinstrumenten. Er wordt gebruik gemaakt van de SBC, ORS en SRS om te meten of de PMT aansluit bij de persoon en invloed heeft op het lichaamsbewustzijn bij de cliënt. De scores van de SBC zijn opgeteld en de gemiddelden van de nulmeting en de eindmeting zijn met elkaar vergeleken. Verder is de SBC onderverdeeld in twee subschalen, het lichaamsbewustzijn en de lichaamsdissociatie. Bij de totale score van de SBC worden de vragen van de subschaal body dissociatie omgescoord. Vervolgens worden daaruit de conclusies getrokken, met ondersteuning van de gegevens uit de ORS en SRS. Voor de verwerking van de resultaten is er gebruik gemaakt worden van Excel.

4. Resultaten

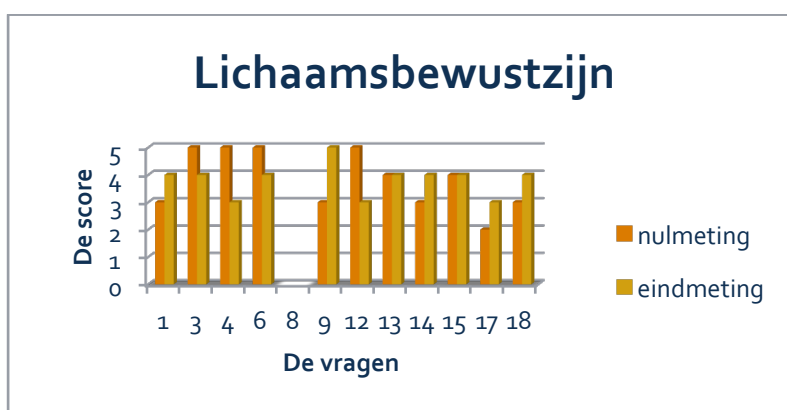
4.1. Resultaten meetinstrument

De meetresultaten van de SBC zijn weergegeven in figuur 4.1.1. Hierin staat de nulmeting naast de eindmeting in het staafdiagram. Bij beide metingen komt naar voren dat het Body Connection (mate van verbinding met het lichaam) een gemiddelde laats zien van 3.3. Dat houdt in dat ze boven de 3 punten scoort dus dat ze aangeeft dat ze vaker dan 'soms' maar nog niet 'regelmatig' in contact is met het lichaam. Wanneer je van alle vragen de scores optelt, blijkt dat de nul- en eindmeting precies dezelfde score heeft. Uit het staafdiagram blijkt dat er wel veranderingen zijn in de beantwoording van de vragen. De Body Connection is onder te verdelen in twee subschalen. De body awareness (het lichaamsbewustzijn) en de body dissociatie (het lichaamsdissociatie)



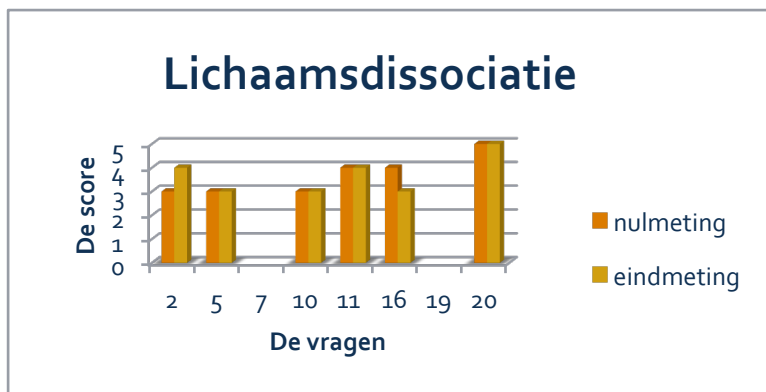
figuur 4.1.1. Totale score overzicht SBC.

Bij de SBC subschaal lichaamsbewustzijn (figuur 4.1.2.) is de score zowel bij de nulmeting als bij de eindmeting 3,8. Dat houdt in dat Sabine een vrij hoge score behaald heeft, maar dat er nog geen sprake is van 'regelmatig' bewuste aandacht voor het lichaam volgens de SBC. Er is wel een verschil geconstateerd in de beantwoording van de vragen. De scores op vraag 4 en 12 zijn het meest gedaald. Deze vragen hebben betrekking op de emotionele reactie bij een zorgzame aanraking. Tijdens de therapie is dit veel ter sprake gekomen. Vraag 9 laat de grootste stijging zien. Deze vraag heeft betrekking op het verbonden zijn met het lichaam. Vraag 14 en 17 laten ook een iets hogere score zien dan de nulmeting. Hier gaat het over het luisteren naar informatie van het lichaam. Vraag 8 is niet beantwoord, omdat Sabine op geen enkele wijze seksueel actief is. Dan hoeft er op deze vraag geen antwoord worden gegeven.



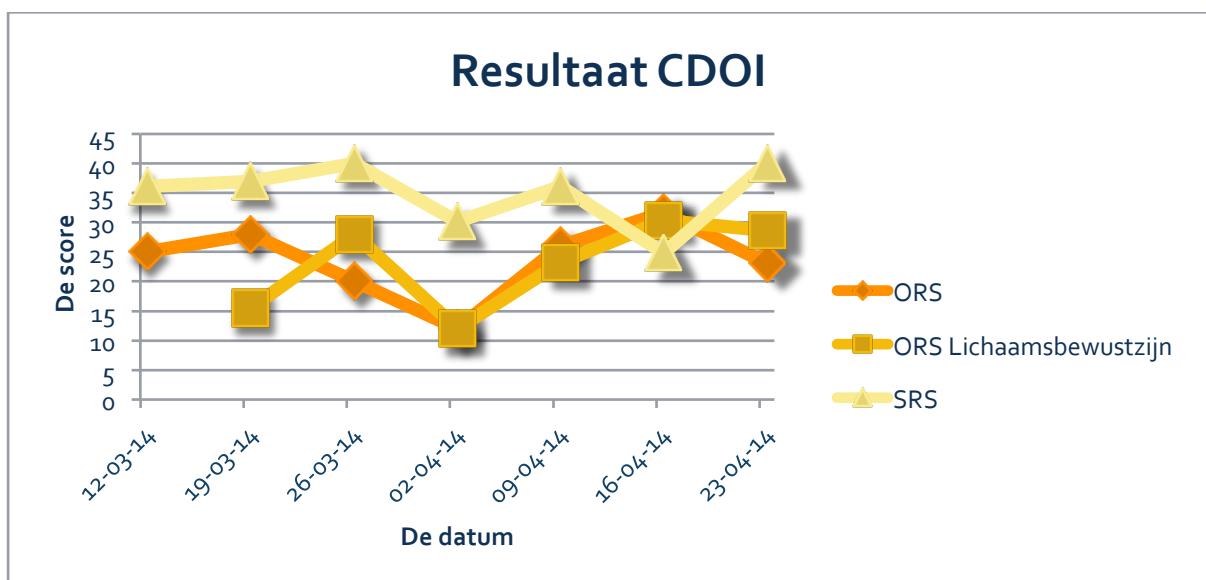
Figuur 4.1.2. SBC: Lichaamsbewustzijn

Bij de lichaamsdissociatie (figuur 4.1.3.) scoort Sabine zowel bij de nulmeting als bij de eindmeting een score van 3,7. Deze score is niet omgescoord en geeft een redelijk hoge score weer, dit wil zeggen dat ze 'soms' tot 'regelmatig' dissocieert van haar lichaam en emoties. Hier is ook een verschil te zien in de beantwoording van de vragen. Vraag 2 geeft een hogere score weer bij de eindmeting. Sabine geeft hiermee aan dat ze het makkelijker vindt om emoties te herkennen. Vraag 7 is niet beantwoord, omdat Sabine de vraag niet wist te beantwoorden. Vraag 16 geeft een dalende score weer bij de eindmeting. Sabine geeft hier aan dat ze zichzelf soms afleidt van gevoelens van het lichamelijk ongemak. Vraag 19 is niet beantwoord, omdat Sabine op geen enkele wijze seksueel actief is. Dan hoeft er op deze vraag geen antwoord op worden gegeven.



figuur 4.1.3. SBC: lichaamsdissociatie

Naast het meetinstrument SBC is er gebruik gemaakt van de ORS, ORS gericht op het lichaamsbewustzijn en de SRS. Zie figuur 4.1.4 voor de resultaten die de totale score per sessie weergeeft. Voor uitgebreide informatie: zie de verdere gegevens in de tabel in bijlage 6. Wat het meest opvalt in de uitslagen is dat die fluctueren. Daarbij valt de vierde sessie erg op omdat er dan bij alle drie de vragenlijsten duidelijk lager is gescoord. Naast de vierde sessie is sessie zes ook opvallend, omdat de SRS lager scoort dan de ORS. De andere sessies wordt de SRS lijst altijd hoger gescoord dan de ORS.



Figuur 4.1.4. weergave ORS, ORS lichaamsbewustzijn en de SRS.

Sabine heeft het meetinstrument SBC in de eerste therapie ingevuld. Sabine wist vooraf wat de bedoeling was. Tijdens het eerste gesprek is gevraagd of ze er voor open stond om mee te doen met het onderzoek gericht op haar lichaamsbewustzijn. Tijdens de eerste sessie bleek dat ze vergeten was wat de behandeling ook weer inhield. Na een korte herhaling van het laatste gesprek zijn we het SBC gaan invullen. De therapeut heeft ondersteund door samen de vragen langs te gaan. Sabine gaf aan het prettig te vinden dat het voorgelezen werd en vroeg geregeld om verduidelijking van bepaalde begrippen en wat er bedoeld werd met de vragen.

Daarop volgend vulde ze de ORS in. Om de ORS zo goed mogelijk in te vullen zijn er op de lijn streepjes gezet met de waardebepaling. Deze keuze is gemaakt in verband met de geheugenproblematiek van Sabine. Voor het gevoel van Sabine was het makkelijker om een waarde aan te geven dan zomaar een streepje te zetten in het niets. Hierdoor kon ze beter haar gevoel verwoorden en er een waarde aan geven. De ORS moet worden ingevuld over de afgelopen week. Sabine probeerde dit wel, alleen beoordeelde ze eigenlijk alleen de gedachten die op dat moment bij haar boven kwamen. Sabine vond het moeilijk om over de gehele week een beoordeling te geven.

Aan het einde van de therapie vulde Sabine de SRS in over hoe ze de therapie heeft ervaren. De daarop volgende sessies vulde ze beide ORS formulieren in en de SRS. In de laatste sessies heeft ze de eindmeting gedaan door het SBC in te vullen met daarbij de ondersteuning van de therapeut.

5. Discussie en Conclusie

5.1. Discussie

Onderzocht is of het lichaamsbewustzijn bij een cliënte met een CVA in de chronische fase, door lichaamsgerichte interventie binnen de psychomotorische therapie verandert. Dit onderzoek kan als basis worden gezien voor een vervolg. Dit omdat deze study één cliënt betreft waardoor er geen vergelijking kan worden gemaakt met andere cliënten.

Wat tijdens het literatuuronderzoek naar voren kwam is dat de gevolgen van een CVA erg kunnen verschillen per persoon. Dit is afhankelijk van de plaats waar de beschadiging in de hersenen plaatsvindt. Wanneer er beschadiging in de Insula plaats vind kan dat invloed hebben op de signaalverwerking en gevolgen hebben op het emotioneel gebied en het zelfbewustzijn (Swaab, 2010; Craig, 2009). Daarnaast kan er geheugen- en informatieverwerkingsproblematiek aanwezig zijn. Verder heb je ook nog te maken met psychologische gevolgen (figuur 2.3.1.). Deze zijn vaak onzichtbaar voor de omgeving. Daarnaast kan het gecompliceerd zijn door de overlapping tussen de symptomen van de beroerte en de symptomen van psychische stoornissen met daarbij de beperking in cognitieve en communicatie vaardigheden Kneebone en Lincoln (2012). Eén van deze factoren kan invloed gehad hebben op het proces.

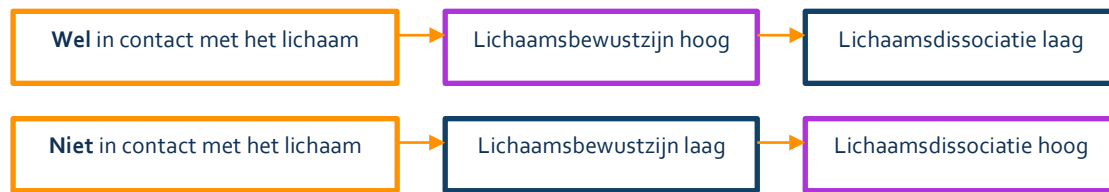
Binnen dit onderzoek is er gekozen voor lichaamsgerichte interventie, deze richt zich op het lichaamsbewustzijn van de cliënt. Hierbij is er gebruik gemaakt van de meetmethode SBC (van der Maas) en de ROM methode CDOI (Crouzen, 2010).

Bij de CDOI, waaronder de ORS en SRS vallen, komt naar voren dat de uitslagen fluctueren. Opvallend is de vierde sessie waarbij er een flinke daling te zien is. Dit was een moment waarbij de cliënt aangaf veel spanning te ervaren en aan veel dingen tegelijk te denken. Bij de ORS gericht op het lichaamsbewustzijn zie je ook dat de uitslagen fluctueren. Hier zie je dat er in sessie vier een daling plaats vindt. Na sessie vier zie je een stijging ontstaan en bij sessie zeven daalt het weer een beetje. De uitslagen van de SRS fluctueren ook continu. Er is te zien dat haar score over het algemeen vrij hoog is, bij sessie vier zie je dat het iets gedaald is. Bij sessie zes valt het op dat het flink is gedaald, hier is de score zelfs lager dan de ORS. De ORS die in sessie zes hoger is gescoord geeft aan dat ze zich goed voelt, maar aan de lage SRS score zie je dat ze het niet leuk vond. Dit komt doordat dit de sessie was waarbij er veel bij haar los kwam.

Naast de CDOI is er nog de SBC die geeft zowel bij de nul- en eindmeting hetzelfde resultaat weer (zie bijlage 2). Het resultaat geeft met een score van 3.3 weer dat Sabine 'soms' tot 'regelmatig' in contact is met het lichaam. Dat zou inhouden dat ze lichaamsbewust is en dat er geen sprake is van lichaamsdissociatie.

Door deze gegevens te vergelijken met de gegevens die de CDOI laat zien, kunnen er vraagtekens worden gezet bij het feit of de cliënt werkelijk in contact is met haar lichaam. Gezien de fluctuerende uitslagen met soms wel 15 punten verschil in een week tijd. Het zou een momentopname kunnen zijn van de cliënt. Naast het feit dat de ORS steeds een verschil weergeeft, is dat de het lichaamsbewustzijn bij de SBC zowel bij de nul- en eindmeting een score weergeeft van 3.8, wat betekend dat ze bijna 'regelmatig' lichaamsbewust is. De lichaamsdissociatie geeft een ander signaal weer, deze geeft zowel bij de nul-als de eindmeting een score van 3.7 weer. Dat houdt in dat de cliënt zich 'soms' tot 'regelmatig' van haar lichaam dissocieert. Ze zegt eigenlijk dat ze de interne ervaring van het lichaam en emoties vermijdt (Price en Thompson, 2007).

Concluderend kan gesteld worden dat de uitslag weergeeft dat Sabine in het totale plaatje van de SBC zegt 'soms' tot 'regelmatig' in contact te zijn met haar lichaam, maar dat de uitslagen van het lichaamsbewustzijn en lichaamsdissociatie een tegenstrijdig signaal weergeven. In figuur 5.1.1. is te zien dat er verschil moet zijn in de uitslagen hoog en laag. Dat is nu niet het geval en zorgt voor een tegenstrijdig resultaat in de totale score van de SBC.



figuur 5.1.1. overzicht Scale of Body Connection

In het onderzoek is er gebruikt gemaakt van valide meetinstrumenten. Er moeten wel kanttekeningen worden geplaatst bij dit onderzoek. Met name of de SBC wel aansluit op het niveau van deze cliënt, vooral omdat er ondersteuning nodig was van de therapeut om uitleg te geven aan de betekenis van de vragen. Dit zorgt ervoor dat de betrouwbaarheid van het onderzoek minder wordt. Verder is de ORS aangepast door 0 tot en met 10 op de lijn aan te geven van. Deze keuze is gemaakt om de scores duidelijker te maken voor de cliënt.

5.2. Conclusie:

Na alle gegevens in ogenschouw te hebben genomen, wordt antwoord gegeven op de volgende vraag;

"Is het lichaamsbewustzijn bij een cliënt met een CVA in de chronische fase, van het activiteitscentrum "De Trommel" door lichaamsgerichte interventie binnen de psychomotorische therapie veranderd?"

Uit dit onderzoek is gebleken gezien de analyse van de verzamelde resultaten dat er geen verandering heeft plaats gevonden bij het lichaamsbewustzijn van deze cliënt met een CVA. De scores zijn gelijk gebleven bij de SBC waar wel een kanttekening geplaatst moet worden of het meetinstrument passend is geweest bij dit onderzoek. Om verder een beter en betrouwbaar antwoord te kunnen geven op de vraag die gesteld is in dit onderzoek, zal er een vervolgonderzoek moeten plaatsvinden. Om de betrouwbaarheid te verbeteren zou dit vervolgonderzoek dan uitgevoerd moeten worden met meer cliënten. Op die manier kan toeval worden uitgesloten.

De doelstelling van dit onderzoek was om te onderzoeken of PMT interventies invloed hebben op het lichaamsbewustzijn bij een cliënte met een CVA. Uit het onderzoek is gebleken dat je niet kan zeggen of de PMT interventies werkelijk invloed hebben op het lichaamsbewustzijn, omdat het resultaat weergeeft dat er geen verandering heeft plaatsgevonden.

Sabine heeft te maken met een aantal gevolgen van het CVA. Ze heeft te maken met geheugenproblematiek en informatieverwerking problematiek. Daarnaast kwam naar voren dat ze moeite heeft met haar concentratie, ze vindt het lastig om haar aandacht bij een onderwerp te houden. Sabine kan zomaar veranderen van onderwerp en later door ondersteuning weer terug komen op het onderwerp waar we het over hadden. Deze benoemde gevolgen van haar CVA kunnen invloed hebben gehad op het onderzoek. Mede omdat het er naar uitziet dat het elke keer een momentopname is geweest.

Een voorbeeld vanuit Sabine waaruit blijkt dat er eventueel sprake kan zijn dat er wel een verandering heeft plaatsgevonden op het gebied van het lichaamsbewustzijn. Is dat Sabine angst heeft opgelopen bij het traplopen, omdat ze vier jaar geleden van de trap is gevallen. Daarbij heeft ze haar enkel gebroken. Die angst beseft ze nauwelijks en ze ging als het moest stoer de trap op. Ze gaf in de vijfde sessie aan dat ze nu bang is voor de trap. Wanneer ze de trap oploopt voelt ze zich heel gespannen, dat uit zich bij Sabine in hartkloppingen, klamme handen en buikpijn. Sabine heeft dit nooit eerder naar voren gebracht in therapie. Ook bleek na een gesprek met haar broer dat ze halverwege de trap stil is komen te staan en niet meer verder durfde. Haar broer is naar het huis moeten komen, om haar te stimuleren om weer verder te gaan met trap lopen.

Daarnaast beseft Sabine nu veel meer wat er gebeurd en wat dat met haar doet. Na afloop van de zeven sessies gaf ze aan meer spanning te ervaren en zich onrustiger te voelen. We hebben haar een vervolg voorgesteld, maar op dit moment wil ze eigenlijk niet verder, omdat ze liever wil vluchten en de muur niet verder af wil breken. Dit heeft te maken met haar geschiedenis, die heeft zijn sporen nagelaten. Dit zou eventueel ook invloed gehad kunnen hebben op het onderzoek, omdat het geen fijne gedachten zijn. Nu we deze gevoelens bij haar hebben los gemaakt, weet ze niet goed hoe ze daarmee om moet gaan. Ze heeft veel weggestopt, op deze manier kon zij overleven en vechten om er te mogen zijn. Wel gaf ze aan meer vertrouwen te willen krijgen in haar lichaam. Vooral het lopen is achteruit gegaan en ze wil weer een rondje om het activiteiten centrum "De Trommel" kunnen lopen zonder rollator en spanning.

6. Aanbevelingen

Om een beter antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag en de doelstelling te kunnen halen is het van belang om een vervolg onderzoek te doen. Hierbij kan je denken aan een grotere onderzoeksgroep om het onderzoek betrouwbaarder te maken, want deze casus geeft wel aan dat er werkelijk een verandering kan plaatsvinden. Wanneer er ook gebruik gemaakt kan worden van een controlegroep kan toeval worden uitgesloten.

Cliënt keuze:

Het kan zo zijn dat vooraf niet voldoende is gekeken of de persoon past bij het onderzoek. Hier zou nog extra aandacht aan geschonken kunnen worden, vooral op het gebied van psychologische gevolgen, welke onzichtbaar zijn. Daarnaast zal er goed gekeken moeten worden hoe het gesteld is met de geheugen- en informatieproblematiek bij de cliënt. Dit is namelijk van belang om te bepalen of de persoon het proces kan volgen of dat het te moeilijk wordt om de cliënt in het proces mee te nemen. Deze punten moeten allemaal in acht worden genomen wanneer er wordt bepaald of de cliënt in staat is om de behandeling te kunnen volgen.

Meetinstrument:

Binnen het onderzoek is gebruik gemaakt van bepaalde meetinstrumenten. Uit de gegevens blijkt dat de uitslag niet overeenkomt met elkaar. Hier zou je kunnen zeggen dat het instrument niet passend is. Verder heeft de therapeut ondersteund bij het invullen van de vragen en zou dat invloed gehad kunnen hebben op het resultaat. Er zou daarom gekeken kunnen worden of er een meetinstrument is, of gemaakt kan worden, die gericht is op mensen met een hersenbeschadiging.

Binnen de therapiesessies komen er tijdens de observatiemomenten dingen naar voren die je zou kunnen plaatsen bij het verbeteren van het bewustzijn. Dit is echter niet meegenomen binnen dit onderzoek. Het zou in een vervolgonderzoek een idee kunnen zijn om de observatie mee te nemen, omdat een observatie bij deze doelgroep als ondersteuning kan dienen om de veranderingen beter in kaart te brengen.

Er is in dit onderzoek gekozen voor een nulmeting en een eindmeting. Voordat de eindmeting gedaan is, is er nog een therapie gegeven, gericht op het lichaamsbewustzijn. Dit zou invloed gehad kunnen hebben op het invullen van het meetinstrument. Om de verandering nog beter te kunnen meten zou je na een bepaalde periode nogmaals een kunnen meting doen, zodat je het effect zou kunnen meten op langer termijn.

Duur behandeling:

Het onderzoek heeft zeven sessies van 45 minuten geduurd. Het is nog niet duidelijk of dit past bij cliënten met een CVA, wanneer we rekening houden met de informatieverwerking, het geheugen en de motivatie. Hoeveel tijd er precies nodig is om iets te leren aan cliënten met een CVA is niet helemaal bekend, dit zou een aanleiding kunnen zijn om de tijdsduur van de behandeling beter te bestuderen en wellicht aan te passen.

Therapie module :

Tot slot is het advies om een module te ontwikkelen waarbij stil gestaan wordt bij het lichaamsbewustzijn en welke gericht is op mensen met een CVA. Door een dergelijke module zou er veel gerichter onderzocht kunnen worden of de behandeling werkelijk invloed heeft op het lichaamsbewustzijn.

7. Literatuurlijst

- Bakker, E. & Buuren, H. van (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/Houten: Noordhoff uitgevers bv.
- Balen, H. van (1992). *Mensen met een traumatisch hersenletsel: probleeminventarisatie*, rapport Maartenskliniek/Univ. Nijmegen.
- Berg, I. & Deelman, B. (1997). Geheugen. In: *Klinische neuropsychologie*. Red. Deelman, Eling et al. Boom: Amsterdam.
- Berlucchi, G. & Aglioti, S.M. (2009) *the body in the brain revisited*, Exp Brain Res 200:25-35. DOI 10.1007/s00221-009-1970-7
- Cicerone, K.D., Dahlberg, C., Malec, J.F., Langenbahn, D.M., Felicetti, T., Kneipp, S., et al. (2005) *Evidence based cognitive rehabilitation: updated review for literature from 1998 through 2002*. Arch Phys Med Rehabil. 86: 1681-92
- Commissie CVA-Revalidatie. (2001) Revalidatie na een beroerte, richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.
- Craig, AD. (2009) How do you feel-now? The anterior insula and human awareness. Nat Rev. Neurosci 10:59-70
- Cranenburgh, B. van (2009). *Neuropsychologie over de gevolgen van hersenbeschadiging*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Crouzen, M. (2010). Handleiding Client Directed Outcome Informed(CDOI)
- CVA, gevolgen en algemene kenmerken. (z.d.). Geraadpleegd in november 2013 van <http://www.btsn.nl/infobulletin/cva/Algemene%20kenmerken%20cva.html>
- De psychologische gevolgen van een CVA (2012)*. Psychopraktijk, 4(1), p. 39.
- Emck, C., Hammink, M. H., & Bosscher, R.J. (2007). PsyMot, Psychomotorische diagnostiek en indicatiestelling voor kinderen van 6 tot 12 jaar. Utrecht: 't Web
- Hekking, P. & Fellingier, P., (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam: Boom
- Hersenstichting Nederland, (2010). *Leven na een beroerte*. Den Haag.
- Hoekenga, P.H., Thewissen, V., Bos A.E.R. & Willemse-van Son, A.H.P. (2010). Effectiviteit van een lichaamsgerichte interventie op lichaamsbeleving en PTSS-symptomen. *Psychologie en Gezondheid*, 38(5), 236-247.
- Kessels, R. (2005). Leren van je fouten? Onbewuste geheugenprocessen als hulpmiddel bij amnesie. *De psycholoog*, januari, 17-23.
- Kneebone, I. I., & Lincoln, N. B. (2012). Psychological Problems after stroke and Their Management: State of Knowledge. *Neuroscience & Medicine*, 3, 83-89. <http://dx.doi.org/10.4236/nm.2012.31013>

- Lincoln, N. B., Kneebone, I., Macniven, J. A. B., & Morris, R. C. (2012). *Psychological Management of Stroke*. Wiley & Stroke, Hoboken
- Maas, L. C. C. van der, Köke, A., Bosscher, R. J., & Peters, M. L. (in press). *The Scale of Body Connection: a reliability and sensitivity to change study of the Dutch version*.
- Mehling W. E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C. J., Hecht, F. M., & Stewart, A. (2009). Body awareness: Construct and Self- Report Measures. doi:10.1371/journal.pone.0005614
- Miller, S. D. (2012). The Outcome Rating Scale (ORS) and the Session Rating Scale (SRS). *Integrating science and practice*, 2 (2), 28-31.
- Morris, R. (2011). The Psychology of Stroke in Young Adults: The roles of Service Provision and Return to Work. *Stroke Research and Treatment*. doi:10.4061/2011/534812
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie. (2009). *Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut*. Geraadpleegd in februari 2014, <http://www.nvpmt.nl/bestuur/documente/file/7-beroepsprofiel-pmt.html>.
- Palm, J. (2003). *Leven na een beroerte*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Palm, J. (2012). *Omgaan met hersenletsel. Hulp bij een veranderd leven* (2nd ed.). Assen: van Gorcum.
- Price, C. J. & Thompson, E. A. (2007). Measuring dimensions of body connection: body awareness and bodyily dissociation. *The Journal of alternative and complementary medicine*, 13(9), 945-953.
- Prinsen, A. (2011). *Heb ik een probleem dan? Ziektebesef en interventies bij hersenletsel* (2nd ed.). InteraktContour.
- Rees, L., Marshall, S., Hartridge, C., Mackie, D., Weiser, M. (2007) *Cognitive interventions post acquired brain injury*. ERabi Groep. Brain inj. 21:161-200
- Rorije, D. (2013). *"PMT en een CVA"* (Bachelor thesis), PMT Windesheim.
- Scheffers, M., Rekkers, M., & Bosscher, R. (2006). Hoe meet ik lichaamsbeleving. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4, 21-30.
- Swaab, D. (2010). *Wij zijn ons brein van baarmoeder tot alzheimer*. Amsterdam: uitgeverij Contact.
- Vaartjes, I., Koopman, C., van Dis, I., Visseren, F. L. J., & Bots, M. L. (2013). Hart- en vaatziekten in Nederland 2013, cijfers over leefstijl, risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Hartstichting.
- Weerman, A. (2006) *zes psychologische stromingen en één cliënt*. Soest: uitgeverij Nelissen
- Wierstra, T. M. (2013). Contact met het lichaam. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 9 (1), 25-33.
- Visser-Meily, J.M.A., Heugten van, C.M., Scherppers, V.P.M., Bos van den, G.A.M. (2007) *Klinische les ook de chronische fase na een beroerte kent behandel mogelijkheden*. Ned.Tijdschr. Geneesk. 151:2753-7

Bijlage 1:



Toestemmingsverklaring:

Hiermee verklaar ik (*naam cliënt*), mee te willen doen aan het onderzoek van (*naam therapeut/onderzoeker*). Binnen het onderzoek wordt er onderzocht of PMT interventie een bijdragen kan leveren aan het lichaamsbewustzijn bij mensen met een CVA.

(*naam cliënt*) verklaart hierbij dat mijn gegevens en resultaten gebruikt mogen worden binnen het onderzoek, waarbij mijn naam niet wordt genoemd.

Cliënt:
Naam:

psychomotorische therapeut:
naam:

Datum:

Datum:

Handtekening cliënt

Handtekening therapeut

Bijlage 2:

Scale of Body Connection

Instructie: Deze vragenlijst bevat vragen over hoe bewust u zich bent van uw lichaam en hoe u reageert op dat bewustzijn. Omcirkel het cijfer dat het best weergeeft hoe u zich over het algemeen voelt.

Er zijn geen juiste antwoorden, antwoord zo eerlijk mogelijk.

Twee vragen hebben betrekking op seksuele activiteit; daaronder vallen alle vormen van seksuele activiteit, dus ook zelfbevrediging.

Als u op geen enkele wijze seksueel actief bent, hoeft u deze vragen niet te beantwoorden.

Uw antwoord moet betrekking hebben op de afgelopen twee maanden.

1. Als er spanning in mijn lichaam is, ben ik me bewust van deze spanning

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

2. Ik kan mijn emoties moeilijk herkennen

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

3. Ik merk dat mijn ademhaling oppervlakkig wordt wanneer ik nerveus ben

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

4. Ik ben bewust van mijn emotionele reactie wanneer iemand mij op een zorgzame manier aanraakt

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

5. Mijn lichaam voelt tijdens ongemakkelijke situaties verstijfd aan, alsof het verdoofd is

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

6. Ik merk hoe mijn lichaam verandert als ik boos ben

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

7. Ik heb het idee alsof ik van buitenaf naar mijn lichaam kijk

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

8. Tijdens seksuele activiteit ben ik me bewust van wat ik daarbij voel

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

9. Ik kan mijn adem door mijn lichaam voelen stromen als ik diep uitadem

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

10. Ik voel me niet verbonden met mijn lichaam

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

Engelstalige versie: Price & Thompson 2007

Nederlandstalige versie: Van der Maas, 2007

11. Het is moeilijk voor mij om bepaalde emoties te uiten

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

12. Om te begrijpen hoe ik me voel maak ik gebruik van wat ik in mijn lichaam waarneem

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

13. Wanneer ik mij lichamelijk ongemakkelijk voel, ga ik na wat de oorzaak van het ongemak zou kunnen zijn

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

14. Ik luister naar informatie van mijn lichaam over mijn emotionele toestand

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

15. Wanneer ik gestrest ben, ben ik me bewust van deze stress in mijn lichaam

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

16. Ik leid mezelf af van gevoelens van lichamelijk ongemak

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

17. Wanneer ik gespannen ben, let ik erop waar in mijn lichaam de spanning zich bevindt

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

18. Ik merk dat mijn lichaam anders aanvoelt na een rustgevende ervaring

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

19. Ik voel me niet verbonden met mijn lichaam tijdens seksuele activiteit

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

20. Het is moeilijk voor mij om aandacht te besteden aan mijn emoties

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

Engelstalige versie: Price & Thompson 2007

Nederlandstalige versie: Van der Maas, 2007

Bijlage 3:

Outcome Rating Scale: Hoe gaat het met u?

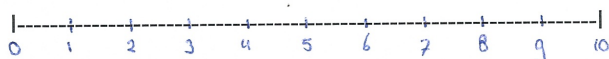
Naam: _____
Leeftijd: ____ jaar Geslacht: _____
Datum: ____ (dag) ____ (maand) 20 ____ (jaar) Behandelcontact nr. ____
Vult u dit formulier voor uzelf in? ja / nee Indien voor een ander: wat is uw relatie met deze persoon? _____

Hoe is het met u gegaan de afgelopen week, of sinds het laatste behandelcontact - inclusief vandaag -?

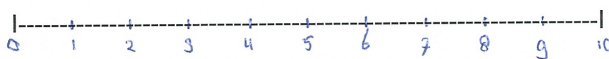
Zet op elke lijn een kruisje.

Links is 'laag' en rechts is 'hoog'.

Individueel (persoonlijk welbevinden)



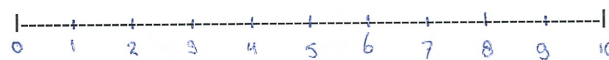
Relationeel (familie, intieme vrienden)



Sociaal (werk, opleiding, sociale contacten)



Algeheel (algemeen welbevinden)



International Center for Clinical Excellence

www.scottdmiller.com

© 2000, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

vertaling V.4.0: Frank Asmus, Mark Crouzen & Flip Jan van Oenen

Email: vertaling@yahoo.com

Licensed for personal use only

Bijlage 4:

Gericht op het lichaamsbewustzijn.

Outcome Rating Scale: Hoe gaat het met u?

Naam: _____
Leeftijd: ____ jaar Geslacht: _____
Datum: ____ (dag) ____ (maand) 20____ (jaar) Behandelcontact nr. ____
Vult u dit formulier voor uzelf in? ja / nee Indien voor een ander: wat is uw relatie met deze persoon? _____

Hoe is het met u gegaan de afgelopen week, of sinds het laatste behandelcontact - inclusief vandaag -?

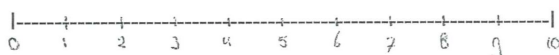
Zet op elke lijn een kruisje.

Links is 'laag' en rechts is 'hoog'.

De vraag: Hoe bewust bent u van uw lichaam?

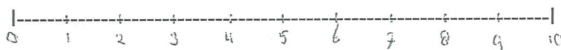
Individueel

(persoonlijk welbevinden)



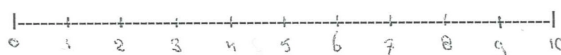
Relationeel

(familie, intieme vrienden)



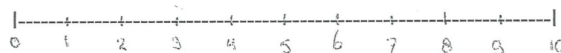
Sociaal

(werk, opleiding, sociale contacten)



Algeheel

(algemeen welbevinden)



International Center for Clinical Excellence

www.scottdmiller.com

© 2000, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

vertaling V.4.0: Frank Asmus, Mark Crouzen & Flip Jan van Oenen

Email: vertaling@yahoo.com

Licensed for personal use only

bijlage 5:

Session Rating Scale: Hoe vond u de bijeenkomst?

Naam: _____
Leeftijd: ____ jaar Geslacht: _____
Datum: ____ (dag) ____ (maand) 20____ (jaar) Behandelcontact nr. ____

Zet op elke lijn een kruisje bij de beschrijving die het beste past bij uw gevoel.

Relatie

Ik voelde me *niet* gehoord, begrepen en gerespecteerd.

|-----|

Ik voelde me gehoord, begrepen en gerespecteerd.

Doelen en Onderwerpen

We hebben *niet* gewerkt of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten.

|-----|

We hebben gewerkt of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten.

Aanpak en/of Werkwijze

De manier van werken van mijn behandelaar paste *niet* goed bij mij.

|-----|

De manier van werken van mijn behandelaar paste goed bij mij.

Algeheel

Er miste iets in het behandelcontact vandaag.

|-----|

Over het geheel genomen vond ik het behandelcontact van vandaag in orde.

International Center for Clinical Excellence

www.scottdmiller.com

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

vertaling: V.4.0: Frank Asmus, Mark Crouzen & Flip Jan van Oenen

Email: vertaling@yahoo.com

Bijlage 6:

Overzicht uitkomst ORS

Datum	individueel	Relationeel	Sociaal	Algeheel	Totaal
12-03-14	5	5	9	6	25
19-03-14	5	7	8	8	28
26-03-14	2	4	7	7	20
02-04-14	3	3	3	3	12
09-04-14	6	8	7	5	26
16-04-14	7,6	7,8	8,6	7,7	31,7
23-04-14	4,6	7	6,4	5,1	23,1

Overzicht uitkomst ORS gericht op het lichaamsbewustzijn

Datum	individueel	Relationeel	Sociaal	Algeheel	Totaal
12-03-14					
19-03-14	2	5	5	3,5	15,5
26-03-14	6	7	9	6	28
02-04-14	3	3	3	3	12
09-04-14	5,6	5,6	6,5	5,5	23,2
16-04-14	7,7	7,6	7,6	7,5	30,4
23-04-14	5,9	7,6	7,6	7,5	28,6

Overzicht uitkomst SRS

Datum	Relatie	Doel en Onderwerpen	aanpak en/of werkwijze	Algeheel	Totaal
12-03-14	10	10	7,9	8,2	36,1
19-03-14	10	7,4	9,7	9,9	37
26-03-14	10	10	10	10	40
02-04-14	7,2	7,9	7,2	7,8	30,1
09-04-14	9,3	9	8,7	9,1	36,1
16-04-14	7,8	8	3,1	5,9	24,8
23-04-14	10	10	10	10	40