

School of Human Movement and Sports

Afdeling: Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie

Sta jij stevig in je schoenen?

Over de toegevoegde waarde van psychomotorische therapie in de behandeling van volwassen obesitas patienten



Afstudeeropdracht **Casestudy**

Linda Kloppenberg 4BB

Januari 2009

Begeleidend docent: AJGM. van de Ven

Beoordelend docent: MGB. Uijting

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeeropdracht, die tot stand is gekomen naar aanleiding van mijn eindstage bij het revalidatiecentrum 'Beatrixoord', te Haren. Hier liep ik stage op de longafdeling en op de diabetes/ obesitas afdeling.

De doelgroep obesitas vond ik vanaf het begin al erg interessant en leuk om mee te werken. Aangezien er weinig ruimte was voor deze patiënten, qua individuele therapieën en/of groepstherapieën voor psychomotorische therapie, ben ik gaan onderzoeken of dit niet heel erg van belang zou kunnen zijn bij deze doelgroep. Door patiënten te interviewen en navraag te doen bij andere disciplines, ben ik erachter gekomen dat voor vele patiënten, psychomotorische therapie (PMT) een goede aanvulling op de totale behandeling zou kunnen zijn. In het bijzonder op het gebied van grenzen, assertiviteit, zelfbeeld en omgaan met stress. Ik heb dus een klein onderzoek gedaan en vanuit het resultaat van dit onderzoek ben ik gaan handelen. Ik heb een casestudy gekozen als afstudeeropdracht, omdat ik met een individuele patiënt de zaal in ben gegaan, om te werken aan verschillende hulpvragen van deze patiënt. Het resultaat hiervan kunt u nader in dit verslag lezen. Deze casus dient onder andere ter ondersteuning van deze gehele afstudeeropdracht, specifiek ter ondersteuning van mijn ontworpen behandelplan voor volwassen obesitas patiënten.

Bij deze wil ik alle mensen bedanken die wat bij hebben gedragen aan mijn casestudy. Hieronder vallen voornamelijk de obesitas patiënten van het Beatrixoord, mijn stagebegeleider Guus van Bochove, die mij geholpen heeft met het bedenken van bepaalde activiteiten en het begeleiden van mij als stagiaire. Tevens wil ik de andere disciplines van de afdeling obesitas bedanken en natuurlijk mijn begeleider vanuit school Ad van de Ven. Ik hoop dat u veel plezier beleeft bij het lezen van deze afstudeeropdracht!

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Inleiding.....	4
Probleem- en vraagstelling.....	5
1. Theoretische onderbouwing en praktijkervaringen.....	6
§ 1.1 Obesitas, wat is dat?	6
§ 1.2 Behandeling obesitas	7
§ 1.3 Bewegingsagogie	8
§ 1.4 Psychomotorische therapie	9
§ 1.5 Interview obesitas patiënten Beatrixoord	9
§ 1.6 Mijn observaties	10
§ 1.7 Korte samenvatting	11
2. Casuïstiek.....	12
§ 2.1 Casus	12
§ 2.2 Classificerende invalshoek	13
§ 2.3 Hermeneutische invalshoek	15
§ 2.4 Kritische invalshoek	15
3. Methodiek en behandelplan.....	17
§ 3.1 Oefenen	17
§ 3.2 Ervaren	18
§ 3.3 Ontdekken	19
§ 3.4 Behandelplan psychomotorische therapie voor volwassen obesitas patiënten	20
4. Resultaten.....	24
Conclusie.....	26
Discussie.....	28
Aanbevelingen.....	29
Bijlagen.....	30
Literatuurlijst.....	36

Inleiding

Het doel van deze casestudy, is tot een soort van behandelplan te komen voor psychomotorische therapie, voor de behandeling van volwassen obesitas patiënten, binnen de obesitasrevalidatie.

Op pagina 5 staat de probleem- en vraagstelling met de bijbehorende verantwoording van deze vraagstelling geformuleerd.

Hoofdstuk 1 bevat een theoretische verdieping over de doelgroep in het algemeen en het bevat theoretische onderbouwingen voor een eventuele behandeling. Daarna wordt omschreven wat bewegingsagogie en psychomotorische therapie inhouden en wat het verschil is tussen deze twee. Ook staat hier het interview die ik met verschillende patiënten gehouden heb en de resultaten daarvan. Tevens heb ik een opsomming van mijn observaties weergegeven. Tot slot volgt er een korte samenvatting van dit hoofdstuk.

In hoofdstuk 2 is de casus weergegeven en deze casus wordt beschreven door middel van drie invalshoeken.

In hoofdstuk 3 worden de modaliteiten van psychomotorische therapie en het ontwikkelde behandelplan weergegeven.

Hoofdstuk 4 gaat over de resultaten van deze casestudy. Dit zijn resultaten aan de hand van de literatuurstudie, interviews, observaties en resultaten van de behandeling van mijn individuele patiënt. Tevens bevat het een aantal citaten van de patiënt.

Vervolgens volgt er een conclusie waarin een antwoord op mijn vraagstelling wordt gegeven. Gevolgd door een evaluatie van de doelstelling van deze casestudy en de hoofdpunten van deze casestudy worden ook nog even kort weergegeven,. Dan volgt er nog een discussie waar ik reflecteer op de methode, resultaten en conclusies. En als laatste, volgen er aanbevelingen die aansluiten op het doel van deze casestudy.

Probleem- en vraagstelling

Aangezien er weinig ruimte binnen mijn stage was voor obesitas patiënten, qua individuele therapieën en/of groepstherapieën voor psychomotorische therapie, heb ik een klein onderzoekje gedaan of psychomotorische therapie een goede aanvulling zou kunnen zijn, in de behandeling van obesitas patiënten.

Met name om het feit dat heel veel van de obesitas patiënten, vroeg of laat weer een terugval krijgen, was ik benieuwd of psychomotorische therapie hier wat verandering in kon brengen. Ik had namelijk het idee dat door het aanbieden van psychomotorische therapie er veel meer te bereiken valt met een obesitas patiënt, vooral op het gebied van 'omgaan met'. Hier bedoel ik mee:

- omgaan met stress en emoties
- omgaan met grenzen van jezelf en de ander
- omgaan met assertiviteit
- omgaan met jezelf (zelfbeeld speelt hier een belangrijke rol in)

Helaas had ik de tijd er niet voor om uit te zoeken of psychomotorische therapie daadwerkelijk bijdraagt aan het aantal terugvallen, maar wat ik wel kon uitproberen is of psychomotorische therapie sowieso wat kan betekenen in de behandeling van obesitas patiënten. En zo ben ik op onderstaande vraagstelling gekomen.

Vraagstelling

In deze casestudy wordt er ingegaan op en wordt er een antwoord gezocht naar de volgende vraagstelling:

Wat is de toegevoegde waarde van psychomotorische therapie, in de behandeling van volwassen obesitas patiënten, binnen de obesitasrevalidatie?

Verantwoording vraagstelling

Mede door mijn interviews en observaties (zie §1.5 en §1.6) ben ik erachter gekomen dat de meeste obesitas patiënten moeite hebben met vele verschillende thema's, zoals het thema grenzen. In hoofdstuk 1 staan meerdere thema's omschreven, waar obesitas patiënten moeite mee kunnen hebben.

Het leek mij interessant om met bepaalde thema's en met deze patiënten aan de slag te gaan. Zo heb ik een individuele patiënt in behandeling gekregen die veel moeite had op het gebied van grenzen, voornamelijk op sociaal gebied. Ook kwamen er in de andere hulpvragen van deze patiënt, de in hoofdstuk 1 genoemde thema's voor.

Als aankomende bewegingsagoog en psychomotorisch therapeut, was ik benieuwd wat psychomotorische therapie aan extra's kon bieden in de behandeling van volwassen obesitas patiënten, die moeite hebben, met de in hoofdstuk 1 genoemde thema's. Vandaar dat ik op deze vraagstelling ben gekomen, over wat de toegevoegde waarde is van psychomotorische therapie, in de behandeling van volwassen obesitas patiënten, binnen de obesitasrevalidatie. En zo ben ik aan de slag gegaan met de behandeling van deze individuele patiënt, om te kijken wat de toegevoegde waarde is van psychomotorische therapie.

Daarbij heb ik ondersteuning gevonden door middel van literatuurstudie. Er is nog niet zoveel literatuur te vinden over deze doelgroep in combinatie met een pmt-behandeling, maar de grote lijnen voor de behandeling waren voldoende te achterhalen. Door middel van deze casestudy hoop ik dus tot een soort van behandelplan voor psychomotorische therapie te komen voor volwassen obesitas patiënten, ondersteund door de literatuur, interviews, observaties en ondersteund door de behandeling van mijn individuele patiënt.

1. Theoretische onderbouwing en praktijkervaringen

§ 1.1 Obesitas, wat is dat?

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) omschrijft obesitas als volgt:

“Het is een chronische ziekte waarbij er een zodanige overmatige vetstapeling in het lichaam bestaat dat dit aanleiding geeft tot gezondheidsrisico's.”

Vetzucht, zwaarlijvigheid en overgewicht zijn enkele synoniemen van obesitas. Het woord komt uit het Latijn en betekent letterlijk ‘veel eten’. Maar dit is niet altijd de oorzaak van obesitas, daarom zou Adipositas, wat ‘veel vet’ betekent, een beter woord ervoor zijn. In de medische wereld wordt deze term er al vaker voor gebruikt.¹

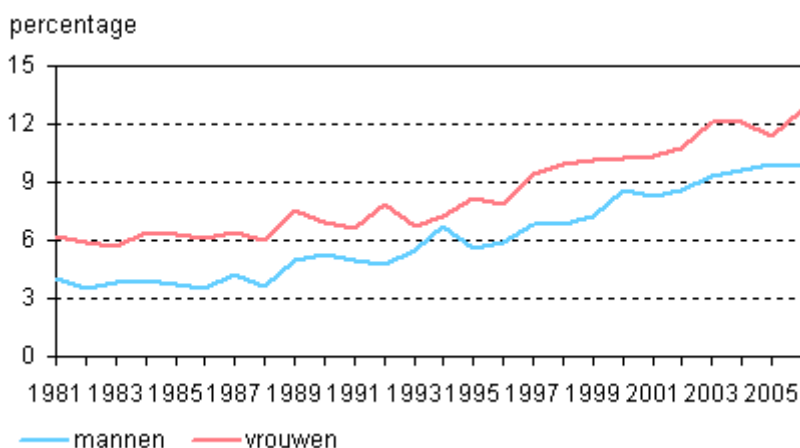
Obesitas ontstaat door een verstoorde energiebalans. Dit houdt in dat mensen dagelijks meer calorieën (energie) opnemen dan het lichaam verbruikt. Wanneer men een lange tijd achter elkaar meer energie opneemt dan nodig is, worden deze overbodige calorieën omgezet in vetweefsel. Het vet hoopt zich dan op in het lichaam, waardoor iemand dikker wordt. Samen met een gebrek aan lichaamsbeweging, zorgt deze ongezonde leefgewoonte ervoor dat het gewicht (vetpercentage) toeneemt.

Maar, obesitas is niet alléén het gevolg van een teveel aan inname van voedsel en te weinig beweging. Erfelijke factoren kunnen ook bijdragen bij het ontstaan van overgewicht en obesitas. Tevens is na onderzoek gebleken dat het de omgevingsfactoren zijn, die van doorslaggevende betekenis zijn voor het ontstaan van overgewicht en obesitas. Tenslotte kan bepaald medicijngebruik en stofwisselingsziekten ook een oorzaak zijn van obesitas. Een voorbeeld hiervan is, een te traag werkende schilkklier (hypothyreoïdie). Dit is vast te stellen via een bloedonderzoek.²

Samenvattend zouden de volgende factoren bijdragen aan obesitas: eetgedrag, bewegingsgedrag, erfelijke factoren, gewoonten en opvoeding, omgevingsfactoren, medicatie en stofwisselingsziekten.

Overgewicht en obesitas neemt wereldwijd snel toe. (zie figuur 1). Volgens de ‘lokale en nationale monitor gezondheid’, heeft in 2005-2006 de helft van de Nederlandse bevolking, tussen 18 en 70 jaar te maken met overgewicht, waarvan 12% kampen met ernstig overgewicht. Dit is gebleken uit onderzoek van GGD Nederland.³

Figuur 1. Percentage mensen (20 jaar en ouder) met ernstig overgewicht (ofwel obesitas) in de periode 1981-2006, gestandaardiseerd naar leeftijds- en geslachtverdeling in 1981 (Bron: POLS, gezondheid en welzijn, 2007).



Vanwege deze enorme groei is het een zeer actueel onderwerp geworden van deze tijd.

Het staat veel in de schijnwerpers, met name door de vele gevolgen die overgewicht en obesitas met zich meebrengen. Obesitas kan namelijk leiden tot o.a.:

- hart- en vaatziekten
- diabetes
- bepaalde vormen van kanker
- galziekten
- problemen met spieren en gewrichten (bijvoorbeeld artrose)
- ademhalingsproblemen
- jicht
- verminderde vruchtbaarheid

Naast deze lichamelijke gevolgen, kan obesitas ook leiden tot psychosociale problemen. De kans is groot dat deze mensen in een sociaal en maatschappelijk isolement terecht komen. Met als gevolg deze mensen depressieve klachten krijgen. Deze depressieve klachten ontstaan vaak door oordelende negatieve gedachten over zichzelf, denkfouten en te weinig deelnemen aan het sociale leven. Anders gezegd: de kwaliteit van leven wordt door obesitas ernstig aangetast.⁴

§ 1.2 Behandeling obesitas

Veelal is de behandeling van obesitas voornamelijk gericht op drie componenten, namelijk: preventie van ongewenste gewichtstoename en gewichtsbehoud, behandelen van klachten en aandoeningen als gevolg van obesitas en gewichtsreductie van tenminste 10%. Deze componenten probeert men te realiseren door obesitas patiënten een actievere en gezondere leefstijl te laten ontwikkelen.

Een adequate obesitas behandeling moet zoveel mogelijk op het individu afgestemd worden. Goede voedings-, bewegings- en gedragsadviezen zijn hier van belang. Daarnaast kunnen bepaalde medicijnen en chirurgische therapie bijdragen aan de totale behandeling.⁵

Maar dit is niet het enige waar obesitas patiënten tegenaan lopen. De meesten hebben moeite met de volgende aspecten (thema's):

Grenzen, assertiviteit

Mede door de afkeurende en beschuldigende houding van de maatschappij tegenover dikke mensen, worden deze mensen onzeker gemaakt. De omgeving heeft vaak vooroordelen over dikke mensen en deze vooroordelen gaan deze mensen dan geloven, waardoor normen en waarden vanuit de omgeving geïnternaliseerd worden. Ze worden eigen gemaakt door het dikke mens, met als gevolg het ontwikkelen van een negatief zelfbeeld. Het weerbaarder maken van obesitas patiënten ten opzichte van hen omgeving en de maatschappij kan vaak een belangrijk aspect zijn om aan te werken.⁶

Een psychomotorisch therapeut kan werken aan de weerbaarheid van een patiënt door te oefenen met zelf keuzes te leren maken, assertiever te worden en grenzen leren (her)kennen en uiten.⁷

Zelfbeeld, zelfvertrouwen, lichaamsbeeld, lichaamssignalen

Vanwege de maatschappij, oordelende negatieve gedachten (bijv. 'ik ben waardeloos') en denkfouten (bijv. 'ik moet alles kunnen') die obesitas patiënten maken, hebben ze een negatief zelfbeeld ontwikkeld. Ook door schaamtegevoelens over het eigen lichaam, bestaat de kans dat ze een negatief zelfbeeld ontwikkelen. Het ontbreekt hen aan voldoende zelfvertrouwen.⁸

De oordelende negatieve gedachten en denkfouten die gemaakt worden, kunnen aangepakt worden. Er wordt hiervoor veelal gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie. Dit is

vooral het werk van een gedragstherapeut en ook wel van een psycholoog. Door middel van deze therapie, wordt er geprobeerd de negatieve gedachtes en denkfouten in kaart te brengen. Tevens doet hij een poging om deze gedachtes in positieve gedachtes om te zetten en probeert hij denkfouten weg te nemen. Ook wel realistisch denken genoemd.⁹

Een psychomotorisch therapeut daarentegen kan het door middel van oefeningen in de praktijk brengen. Marlies Rekkers vertelt in haar boek 'gewichtige lichamen'¹⁰ dat door middel van bewegingsarrangementen, patiënten in de zaal kunnen oefenen met, ervaren en ontdekken van wat het effect is van alternatieve gedachten, gevoelens en gedrag. Rekkers beweert, dat een psychomotorisch therapeut door bepaalde bewegings- en/of lichaamsgerichte oefeningen, je kan leren, om weer positief naar jezelf te kijken, jezelf de moeite waard te vinden, waardoor het zelfbeeld weer wat positiever wordt. Bovendien kan hij een positieve bijdrage leveren aan het lichaamsbeeld wat vaak verstoord is bij obesitas patiënten. Je leert om weer in contact te komen met je lichaam en het lichaam als iets positiefs te zien. Je wordt weer bewust gemaakt van je lichaam, waardoor je lichaamssignalen eerder leert waarnemen en kan interpreteren.

Het is zeer belangrijk dat obesitas patiënten het lichaam niet alleen op het uiterlijk gaan beoordelen, waardoor ze alleen maar een negatiever zelfbeeld krijgen. Het lichaamsbeeld moet losgekoppeld worden van het zelfbeeld. Enerzijds moeten mensen leren beseffen dat onvolmaaktheden in het uiterlijk zich niet minder waardevol maken als persoon, zeker niet voor de mensen uit hen directe omgeving. Anderzijds moeten zij leren dat door een mooier uiterlijk, een gebrek aan zelfvertrouwen maar zeer weinig gecompenseerd kan worden.¹¹

Omgaan met stress en emoties

Veel obesitas patiënten geven aan dat ze gaan eten als ze zich niet prettig voelen, wanneer ze zich niet lekker in hen vel vinden zitten. In het boek 'Leven met obesitas', schrijft Peter Daansen¹² "Onlustgevoelens zoals spanningen, stress, somberheid, boosheid of angsten, die in vele situaties optreden, vereisen vaardigheden om daarmee om te gaan. Niet altijd zijn de daarvoor benodigde vaardigheden aanwezig. Zo worden de onlustgevoelens gewoon weggegeten. Eetbuien kunnen, bij gebrek aan de juiste vaardigheden, een belangrijke functie hebben om het gevoelsleven te reguleren." Daansen noemt dit 'de emotionele eter' en geeft aan dat eten tot aangename gevoelens leidt en de negatieve gevoelens zo onderdrukt worden. Maar direct daarna krijgen deze emotionele eters last van schaamte- en schuldgevoelens, met als gevolg ze weer gaan eten. Het cirkeltje is rond.

De behandeling zal gericht moeten zijn op het leren herkennen, verdragen en reguleren van gevoelens, om het ongewenste eetgedrag te stoppen. Kortom: De obesitas patiënt moet leren anders met stress en emoties om te gaan. En daar kan de psychomotorisch therapeut hulp bij bieden.

§ 1.3 Bewegingsagogie

Op mijn stageadres werd er in principe alleen gesproken van bewegingsagogie, terwijl de bewegingsagoog ook af en toe psychomotorische therapie gaf. Het is belangrijk om te weten dat je deze twee disciplines niet in zijn geheel kan onderscheiden. Ze lopen soms tijdens een therapie door elkaar heen en in elkaar over.

De taak van de bewegingsagoog is gericht op het kijken naar de (bewegings)mogelijkheden van de patiënt. Dit gebeurt samen met de patiënt. Deze weet namelijk vaak niet meer goed hoe hij zich kan of mag bewegen. Tijdens de therapie gaat de patiënt veel bewegen om zijn lichaam beter te leren kennen. Hij leert om te gaan met zijn beperkingen en kan (weer) plezier beleven aan het bewegen, waardoor het vertrouwen in zijn mogelijkheden groter wordt. De bewegingsagoog begeleidt hem hier in en maakt daarbij gebruik van verschillende faciliteiten,

zoals de sporthal, het zwembad of de fitnessruimte, waarin bewegingsactiviteiten uitgevoerd kunnen worden.

Obesitas patiënten leren dus door bewegingsagogie wat hun mogelijkheden zijn met het eigen lichaam, wat betreft bewegen. Ze leren onder andere hoe ze op een verantwoorde manier kunnen sporten (bewegen), met als doel gewicht te verliezen en/of op een bepaald gewicht te blijven.

§ 1.4 Psychomotorische therapie

Men probeert binnen het Centrum voor Revalidatie een aparte sectie psychomotorische therapie op te richten. Met name omdat blijkt, men er toch wel veel baat bij te hebben. Zoals eerder vermeld, wordt er nu dus wel wat psychomotorische therapie gegeven, maar het heeft nog geen eigen plek/ status binnen het revalidatiecentrum. De vraag is nu wat psychomotorische therapie nou meer kan bieden, specifiek aan obesitas patiënten, dan bewegingsagogie.

De taak van de psychomotorisch therapeut is het leren anders met klachten om te gaan. Want door een bepaalde ziekte of aandoening kunnen er klachten in het psychosociaal functioneren van de patiënt ontstaan, zoals onzekerheid of spanningen. Deze klachten kunnen zowel het revalideren, als het 'normale' functioneren van de patiënt belemmeren. Een psychomotorisch therapeut leert de patiënt meer inzicht te krijgen in hoe hij met taken en verantwoordelijkheden omgaat, de patiënt krijgt zicht op zijn problemen en mogelijkheden. Door deze zelfkennis leert de patiënt vervolgens te experimenteren met een andere manier van doen en deze ervaring kan hij weer gebruiken in zijn dagelijks leven. De psychomotorisch therapeut maakt gebruik van diverse oefenvormen, zoals ademhalingsoefeningen, ontspanningsoefeningen en bewegingsactiviteiten.

Obesitas patiënten leren dus door psychomotorische therapie, anders omgaan met ontstane klachten, bijvoorbeeld onzekerheid, waardoor ze minder last ervaren van deze klachten. Het is tevens de bedoeling dat deze klachten van de patiënt afnemen of zelfs verdwijnen. Maar dit is niet altijd mogelijk. Het geleerde (de ervaring), opgedaan bij psychomotorische therapie, probeert de patiënt te laten integreren in zijn dagelijks leven.

Het mag dus duidelijk zijn dat psychomotorische therapie, meer dan alleen bewegen is. Er wordt dieper op de problemen/ klachten van de patiënt ingegaan dan bij bewegingsagogie. Ook wordt er niet alleen gebruik gemaakt van bewegingsactiviteiten.

Binnen de psychomotorische therapie wordt er gewerkt met verschillende thema's, zoals grenzen en zelfbeeld. Afhankelijk van de klachten die de patiënt heeft, wordt er binnen een bepaald thema, aan deze klachten gewerkt.

§ 1.5 Interview obesitas patiënten Beatrixoord

Tijdens mijn stage heb ik verschillende obesitas patiënten geïnterviewd. Van de acht geïnterviewde patiënten waren er vijf mensen die bepaalde hulpvragen hadden voor PMT. Deze mensen waren allemaal boven de 35 jaar en het waren zowel mannen als vrouwen. Nadat deze patiënten ongeveer 3 maanden aan het revalideren waren, heb ik ze geïnterviewd. De vragen die ik gesteld heb, zijn:

Algemeen

- Wat zijn uw doelen voor de revalidatie?
- Wat is het verschil tussen hoe u zich voelde bij de start van de revalidatie en nu?
- Wat is er verbeterd en wat is er juist niet verbeterd?
- Welke doelen heeft u al wel behaald en welke (nog) niet? Hoe komt dat?

Grenzen

- Wanneer u begon met revalideren, wist u toen waar uw grenzen lagen?
- Wanneer u begon met revalideren, kon u toen *aanvoelen* waar uw grenzen lagen? Zo ja, hoe merkte u dat? Zo nee, hoe kwam dit?
- Wat heeft u hier geleerd op het gebied van grenzen?
- Wat wilt u nog leren op het gebied van grenzen?

Lichaamssignalen

- Was u bewust van uw lichaamssignalen voordat u hier kwam en hoe is dat nu?
- Wat deed u en wat doet u nu met deze lichaamssignalen? Negeren, toestaan, meteen stoppen, etc.

Zelfbeeld/ zelfvertrouwen

- Hoe kijkt u naar zichzelf? Positief, negatief, normaal...
- Wat voor een invloed heeft de maatschappij op u, met betrekking tot 'dik zijn'?
- Bent u wel eens onzeker over u zelf? Waar heeft dit dan mee te maken?

Assertiviteit

- Kunt u goed voor uzelf opkomen en waar blijkt dat uit?

Spanning/ stress

- Heeft u wel eens last van spanning en waar merkt u dat aan?
- Wat doet u vervolgens om weer tot ontspanning te komen?
- Lukt dat goed? En wat vindt u van deze manier?

De meeste patiënten hadden hulpvragen op het gebied van grenzen en het herkennen van lichaamssignalen. Ze vonden het moeilijk om goed naar het eigen lichaam te luisteren en hadden moeite met het in acht houden van eigen grenzen. Vaak ging dit gepaard met weinig zelfvertrouwen, waardoor ze niet goed voor zichzelf durfden op te komen. Wat mij opviel is dat deze mensen over het algemeen een vrij negatief zelfbeeld hebben, mede door bepaalde opmerkingen en opvattingen vanuit de maatschappij en/of omgeving over 'dik zijn'. Als laatste gingen de vragen over spanning/ stress. Drie van de ondervraagden hadden geregeld last van spanning en konden niet op een adequate manier omgaan met deze spanning. Ze probeerden de spanning dan weg te eten, weg te sporten of weg te krijgen door alleen maar in bed te liggen.

§ 1.6 Mijn observaties

Sommige antwoorden die ik verkregen heb door de interviews, zag ik ook daadwerkelijk terug in mijn observaties, dus in de praktijk. Dit hield in dat ik enkele patiënten té fanatiek zag sporten, té veel hen best wilden doen, dan ze eigenlijk konden. Wanneer er iets van hen gevraagd werd en ze hadden het liever niet, deden ze het toch. Achteraf zeiden ze dan wel dat ze het liever niet gedaan zouden hebben, maar ze durfden op dat moment niet goed voor zichzelf op te komen.

Ook zag ik vaak grenzeloos gedrag, deze patiënten hielden geen rekening met anderen, voornamelijk tijdens een spelsituatie in het zwembad. Dan werd er zo iemand onder water geduwd, of zomaar iemand vastgehouden. Daarnaast zag ik dat bepaalde patiënten dit niet prettig vonden, maar er niets van durfden te zeggen. Assertiviteit bleef achterwege. Vaak werden eigen grenzen ook niet herkend, of niet naar geluisterd, ze gingen alsmaar door, terwijl ze al veel te vermoeid waren.

In gesprek kwam vaak naar voren dat deze patiënten moeite hadden om zich te vertonen in bijvoorbeeld een regulier zwembad en sportschool. Tevens wanneer ze bijvoorbeeld een keer uit eten gingen, hadden ze ieder het idee dat ze aangestaard werden. Mede door dit gegeven, kregen ze minder zelfvertrouwen en ontwikkelden ze een minder positief zelfbeeld. Wanneer we een bewegingsactiviteit deden en er mislukte iets, zag je dat ze van zichzelf baalden, ze gaven zichzelf de schuld van het falen.

Verder heb ik met de patiënt waarmee ik verschillende sessies heb uitgevoerd, af en toe veel spanning vernomen. Dit werd zichtbaar in het zeer actief en te fanatiek deelnemen aan een bewegingsactiviteit. Wanneer ik dit haar terug gaf, gaf ze toe dat ze op dat moment veel last van spanning had en dat ze op deze manier probeerde, de spanning kwijt te raken.

§1.7 Korte samenvatting

Mede door de literatuurstudie, de interviews die ik met meerdere patiënten gehouden heb en door mijn observaties, kan ik onderstaande concluderen:

- Obesitas patiënten vinden het lastig om eigen grenzen (en die van anderen) te herkennen en dus ook te kennen. Met als gevolg ze vaak over grenzen gaan, van zichzelf en vaak ook die van de ander. Na een aantal patiënten geïnterviewd te hebben en door observaties, is mij duidelijk geworden dat vele patiënten moeite hebben om de eigen grenzen te kennen en ze in acht te nemen. Ook ondersteunt de literatuur dit gegeven.
- Obesitas patiënten hebben vaak een negatief zelfbeeld, een lage zelfwaardering. Dit komt mede door de vele vooroordelen die de maatschappij heeft over deze mensen. En doordat de patiënten deze vooroordelen gaan geloven, kunnen ze een negatief zelfbeeld gaan ontwikkelen. Het zichzelf de schuld geven van het mislukken van een activiteit, is in mijn observaties goed naar voren gekomen. Vaak vinden en voelen deze mensen zich minderwaardig als andere mensen en zo kunnen ze een negatief zelfbeeld ontwikkelen. De literatuur geeft aan dat deze mensen het negatieve zelfbeeld vooral te danken hebben aan de maatschappij/ omgeving van de patiënt.
- Deze patiënten vinden, mede door hen negatieve zelfbeeld en onzekerheid, het moeilijk om voor zichzelf op te komen. En vinden het moeilijk om duidelijk te maken wat ze nou echt willen. Vaak zijn ze onvoldoende assertief. Tijdens mijn interviews kwam al naar voren dat deze mensen het moeilijk vinden om eigen grenzen in acht te nemen, dus om voor zichzelf op te komen. Wanneer ze het niet eens zijn met iets, durven ze daar nauwelijks wat van te zeggen. Dit zag ik ook in mijn observaties van bewegingsactiviteiten. De literatuur zegt dat deze mensen minder weerbaar zijn en daardoor vaak geen grenzen durven aan te geven. Ook wordt er in de literatuur aangegeven dat het van belang is, om deze mensen weerbaarder te maken, met name voor de opmerkingen vanuit de maatschappij/ omgeving van de patiënt.
- Obesitas patiënten hebben vaak moeite met het omgaan van stress. Ze kunnen moeilijk tot ontspanning komen, waardoor ze vaak veel spanning ervaren. Met als gevolg dat de meesten de spanning proberen weg te eten. In de interviews gaven een aantal patiënten aan dat ze zich moeilijk konden ontspannen. In mijn observaties was de spanning ook wel eens te merken. Met name door het zeer extra hen best doen bij bewegingsactiviteiten, gaf grotendeels aan dat deze mensen gespannen waren. De literatuur geeft aan dat deze mensen slecht met stress en emoties om kunnen gaan en daardoor niet (op een adequate manier) tot de gewenste ontspanning kunnen komen.

Deze ‘conclusies’ gebruik ik als basis voor mijn behandelplan voor psychomotorische therapie, voor de behandeling van volwassen obesitas patiënten. (zie 3.4 ‘behandelplan psychomotorische therapie voor volwassen obesitas patiënten’)

2. Casuïstiek

§ 2.1 Casus

Wegens privacyredenen is de naam van de patiënt gefingeerd.

Anja is een vrouw van 55 jaar, die obesitas heeft. Daarbij heeft ze ook nog diabetes mellitus type 2 en hypertensie. Ze heeft kenmerken van het binge-eating disorder, oftewel (vr)eeetbuien. Anja is 1.62m en weegt 102 kilo. Haar BMI is 39. Haar voornaamste doel voor revalidatie is dan ook afvallen. Daarbij, heeft ze nog allerlei andere hulpvragen. Thema's, passend bij de psychomotorische therapie, die naar voren kwamen tijdens het intakegesprek; emoties leren uiten, negatief zelfbeeld, luisteren naar lichaamssignalen, grenzen kennen en aangeven, assertiviteit en ontspanning.

Anja geeft aan dat het vaak alles of niets is bij haar (denkfout), ze kan hierin onvoldoende doseren. Ze heeft een erg veroordelende houding ten opzichte van haar zelf en legt de lat dikwijls te hoog.

Tevens kan ze slecht omgaan met stress en emoties, want dan begint ze te eten of heel hard te fietsen.

Ze is getrouwd en haar kinderen zijn het huis al uit. Een dochter heeft smetvrees, waardoor het contact met deze dochter erg lastig is voor Anja. Ze ervaart hier veel onrust van.

In haar thuissituatie zijn ze niet gewend om emoties te uiten en hoe hier mee om te gaan.

Anja werkt in de zorg en draait zowel dag- als nachtdiensten. Ze ervaart veel druk op haar werk, waardoor ze genoodzaakt is minder te gaan werken.

Verder houdt ze erg van zwemmen en wandelen (in de bergen). En gaat 2 keer per week naar de fitness.

Deze patiënt was net een paar weken in behandeling, toen ik stage kwam lopen op het Beatrixoord. Haar voornaamste doel was om op een adequate manier af te vallen. Tijdens gesprekken met haar en observaties die ik heb gedaan, kwam naar voren dat Anja eigenlijk meer wilde dan alleen afvallen. Ze gaf aan dat ze het moeilijk vond om haar grenzen aan te geven en ze vaak onzeker was. Samen met mijn stagebegeleider hebben we haar uitgenodigd voor een intake voor psychomotorische therapie. En zo zijn we op enkele van onderstaande hulpvragen gekomen. Tijdens de eerste paar sessies, zijn er nog hulpvragen bij gekomen.

Hulpvragen:

1. Mevr. heeft moeite met het reguleren van haar emoties.
2. Mevr. vindt het moeilijk om te luisteren naar lichaamssignalen.
3. Mevr. heeft moeite met het herkennen van haar grenzen en het duidelijk aangeven van haar grenzen naar anderen. (heeft moeite met assertief zijn)
4. Mevr. kijkt vaak met een negatieve veroordelende houding naar zich zelf, waardoor ze een negatief zelfbeeld heeft ontwikkeld.
5. Mevr. vindt het moeilijk om zich te ontspannen.

Aan de hand van deze hulpvragen, hebben we samen de volgende einddoelen opgesteld:

Einddoelen:

1. Mevr. heeft een andere manier gevonden om haar emoties te reguleren. Dit uit zich niet meer in het weg-eten van de emotie of in heel hard gaan sporten.
2. Mevr. is zich meer bewust van haar lichaamssignalen, kan deze lichaamssignalen interpreteren en kan hier vervolgens naar handelen.

3. Mevr. durft haar grenzen aan te geven, grenzen te uiten en kan hierbij duidelijk communiceren naar anderen wat ze wil. (is assertief)
4. Mevr. kijkt minder met een veroordelende houding naar zichzelf. Hierdoor heeft ze meer zelfvertrouwen gekregen, haar zelfbeeld is positiever geworden.
5. Mevr. heeft een passende manier gevonden om zich te kunnen ontspannen.

§ 2.2. Classificerende invalshoek

→ *Technisch, persoon staat centraal*

Door gebruik te maken van het international classification of functioning model, ook wel ICF-model genoemd (zie figuur 3) is het mogelijk, via dit begrippenkader, het functioneren van mensen en de eventuele problemen die mensen in het functioneren ervaren, te beschrijven. Tevens geeft het factoren weer die van invloed zijn op dit functioneren. Er wordt gekeken naar functies en anatomische eigenschappen, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten, participatieproblemen, externe en persoonlijke factoren. Binnen het ICF- model zijn vooral de onderlinge relaties tussen de verschillende perspectieven van belang. Hierdoor is het ook belangrijk dat deze perspectieven niet los van elkaar gezien worden, want dan kan een verkeerd beeld ontstaan.¹³

Anja is 1.62m en weegt 102 kilo. De Body Mass Index (BMI) is een medisch verantwoorde manier om te bepalen of je lichaamsgewicht in verhouding is met je lichaamslengte. Wanneer deze niet in verhouding is kan er sprake zijn van onder- of overgewicht. Anja haar BMI is 39. Een BMI boven de 30 staat voor obesitas en een BMI van 39 staat voor obesitas klasse 1. (zie figuur 2)

Figuur 2. Classificatie van het BMI ¹⁴

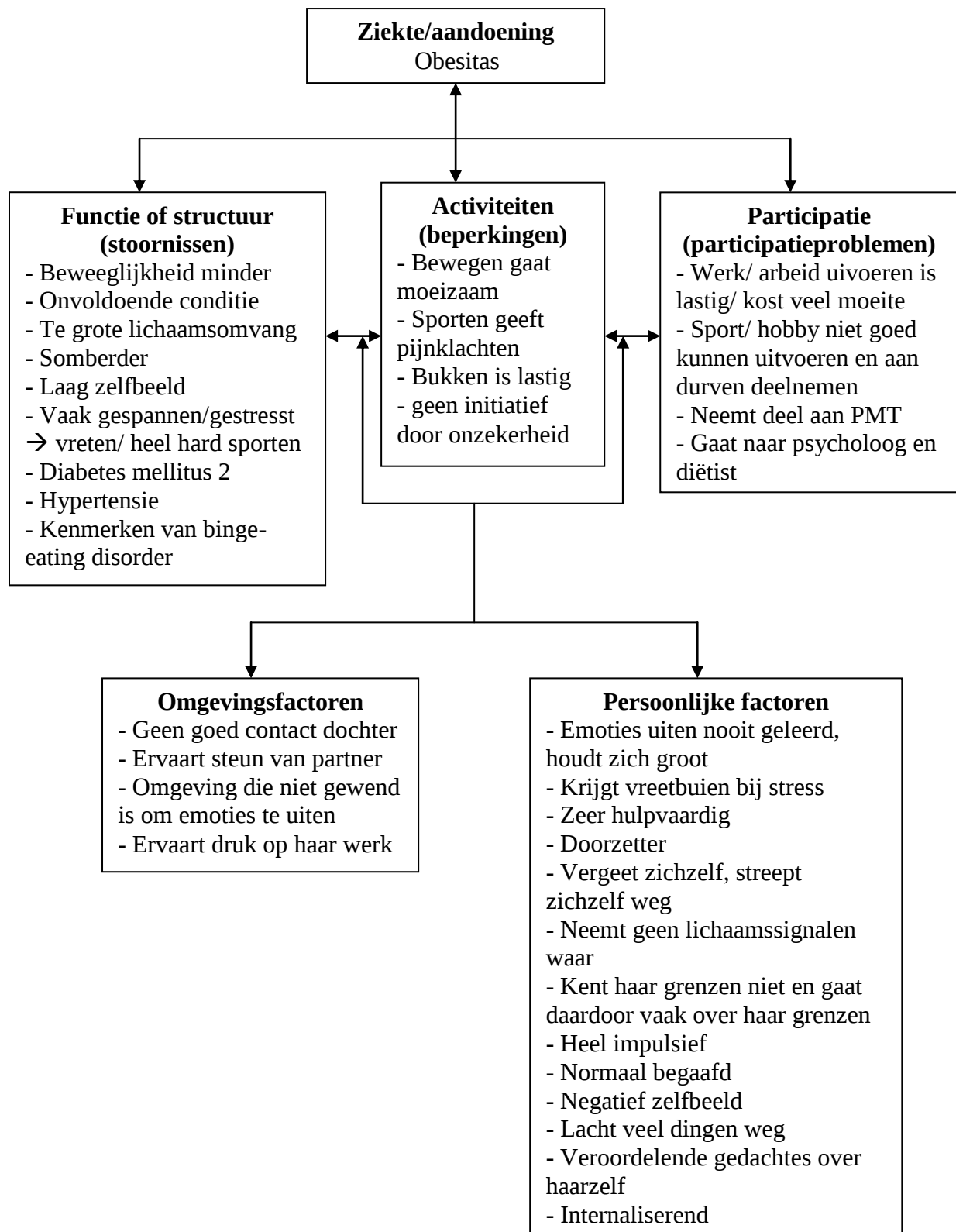
BMI	Classificering
Onder 20 (19 voor vrouwen)	= ondergewicht
Tussen 20 en 24.99	= normaal gewicht
Tussen 25 en 29.99	= overgewicht
Tussen 30 en 34.99	= obesitas
Tussen 35 en 39.99	= obesitas klasse 1
40 en daarboven	= obesitas klasse 2: extreme - morbide - obesitas

Opmerking:

- Obesitas Klasse 1 houdt in dat je veel te zwaar bent, het risico dat je als gevolg hiervan ziek wordt groot is, en dat je zeker 5 tot 10 procent gewichtsverlies nodig hebt.
- Obesitas Klasse 2 houdt in dat het risico dat je als gevolg van het overgewicht ziek wordt zeer groot is, en dat je hier zelfs aan kunt overlijden! Aangeraden wordt om contact op te nemen met de dokter.

Zoals te zien in het schema en aan de hand van de opmerkingen eronder, moet Anja haar gewicht gaan reduceren, vanwege het grote gezondheidsrisico.

Figuur 3. Ingevuld ICF model



§ 2.3 Hermeneutische invalshoek

→ *Relatie persoon- omgeving.*

Door informatie te verzamelen via deze invalshoek, krijgt men zicht op wat de invloed is van de problemen van Anja in relatie met haar omgeving. Deze omgeving kan zowel met mensen als met materiaal zijn.

Door haar grote lichaamsomvang ervaart Anja beperkingen bij het bewegen. Ook is haar conditie onvoldoende, waardoor ze veel activiteiten niet zo goed vol kan houden. Ze schaamt zich hiervoor, waardoor ze onzeker is in contacten leggen. Ze neemt geen initiatief en komt daardoor wat afwachtend over.

Anja heeft een negatief zelfbeeld ontwikkeld ten opzichte van haar lichaam en is hierdoor somber en verdrietig geworden. Ze kan niet zo goed meer genieten van allerlei dingen in het leven. Daarentegen is er nog lang geen sprake van een depressie. 'Daarvoor moet nog heel wat gebeuren', vertelt ze. De somberheid is niet zo zeer merkbaar in contact met Anja maar het verdriet is soms duidelijk merkbaar. Ze sluit zich dan af voor contacten en gaat sporten. Ook vindt ze het moeilijk om voor zichzelf op te komen, zoals ze zelf zegt: 'ik ben niet sterk genoeg om 'nee' te zeggen en daar maken mensen misbruik van.'

Doordat ze niet gewend is om haar emoties te uiten/ te delen, gaat ze haar emoties voornamelijk weg-eten. Wanneer ze hier geen mogelijkheid voor heeft, is ze druk en komt ze heel impulsief over. Ook gaat ze heel veel lachen, waardoor het lijkt of ze enorm veel schik aan iets beleefd. Als we hier mee aan de slag gaan met Anja zal ze haar obesitas beter in bedwang kunnen houden. In plaats van haar emoties weg te eten, leren we haar om emoties te uiten en bespreekbaar te maken. Mocht dit niet werken, moeten we op zoek naar een andere manier om om te gaan met emoties.

Tevens krijgt Anja vreetbuien als ze gestresst is. Ze heeft verder geen andere manier om zich te ontspannen dan eten of sporten. Ze komt vaak gestresst en heel impulsief over bij anderen. Hopelijk kan ze door het aanbieden van ontspanningstechnieken beter met stress om gaan en zich op een 'gezonde' wijze ontspannen.

Anja is vaak grenzeloos bezig. Ze heeft een enorm vlotte babbel en vaak is dit tè. Verder is ze grenzeloos in contact, tijdens het bewegen en met eten. Het is moeilijk haar hier in af te remmen, omdat ze dit al heel lang op deze manier doet. Ze heeft de neiging om vrijuit over haar privé leven te vertellen, waar iedereen bij is. Tevens gaat ze soms grenzeloos om met andermans grenzen. En tijdens een spelsituatie is ze vaak erg impulsief bezig.

§ 2.4 Kritische invalshoek

→ *Omgevingsfactoren die tot een probleem lijden*

Via deze invalshoek kijk je naar hoe de omgeving van Anja eruit ziet en hoe ze daar met 'haar problemen' omgaat. Zo krijg je zicht op de invloed die haar omgeving op haar kan hebben of heeft gehad.

Het contact met een dochter verloopt niet goed, waardoor Anja veel spanning ervaart. Zou deze oorzaak aangepakt kunnen worden, zou ze al veel minder stress hebben. Elke keer als haar dochter op visite komt, of wanneer ze afsprekt met haar dochter wordt ze heel gespannen. Gedurende het contact zakt de spanning wel iets, maar is nog wel in overvloed aanwezig.

Haar omgeving is niet gewend om emoties te uiten en met emoties om te gaan. Dit maakt het voor Anja dan ook moeilijker om hier een verandering in op te laten treden. Doordat ze haar emoties niet durft/ kan uiten, kropt ze al haar emoties op, totdat de drempel is bereikt. Dan barst ze los en meestal uit dit zich in het weg-eten van haar emoties, of gaat ze heel hard fietsen op de hometrainer.

Haar echtgenoot steunt haar in het proces die ze op dit moment doormaakt en staat open voor wat Anja in het revalidatiecentrum leert. Wel geeft hij aan Anja aan dat hij het lastig vindt om

met emoties om te gaan. Maar hij zegt dat hij dit ook wel kan leren. Hierdoor wordt het veranderen voor haar iets makkelijker gemaakt.

Anja ervaart erge druk op haar werk, dit omdat ze het moeilijk vind om aan te geven dat ze iets niet aan kan of liever niet wil doen. (niet assertief). Doordat het allemaal wat teveel werd, is ze minder gaan werken, maar wil dit wel weer oppakken.

3. Methodiek en behandelplan

Binnen de psychomotorische therapie wordt er gewerkt met drie modaliteiten, ofwel behandelingsstrategieën. Dit zijn oefenen, ervaren en ontdekken. Hieronder staan ze per paragraaf beschreven, ter verduidelijking staat er per modaliteit een terugkoppeling naar Anja. Hierbij moet vermeld worden dat deze modaliteiten in relatie staan met elkaar en eigenlijk niet los van elkaar gezien kunnen worden. Ze gaan als het ware vloeiend in elkaar over en ze zijn per oefening, alle drie in meer of mindere mate aanwezig. Het ligt er ook net aan welke interventies de psychomotorische therapeut doet. Een bepaalde interventie kan net iets extra's toevoegen, waardoor de patiënt in een andere modaliteit terecht komt.

De sessies die ik heb uitgevoerd met Anja, heb ik verdeeld onder de drie modaliteiten, maar zoals ik hierboven al heb vermeld, zijn alle drie de modaliteiten binnen een oefening altijd aanwezig. Maar het accent ligt wel weer meer bij de desbetreffende modaliteit, mede door de interventies die ik wel of niet heb gedaan. Ik heb voor deze strategieën gekozen, omdat ik benieuwd was of het op deze manier 'makkelijker' en duidelijker was om zo aan de patiënt zijn hulpvragen te werken. In de bijlagen zijn de uitgevoerde sessies met Anja uitvoerig weergegeven.

Tevens heb ik soms wat gebruik gemaakt van cognitieve therapie. Maar dit heb ik meer in een activiteit verwerkt, waardoor Anja meer zicht krijgt op haar negatieve gedachtes over haar zelf en de denkfouten die ze maakt. Anja maakte bijvoorbeeld als denkfout: 'ik moet alles (alleen) kunnen' en de negatieve gedachte die ze vaak over zichzelf had was: 'als het niet lukt is het mijn schuld'. Deze kwamen tot uiting bij het uitvoeren van een activiteit en daar ben ik toen verder op ingegaan. Ik heb haar, de denkfout die ze maakte en de negatieve gedachte die ze over zichzelf had, uitgelegd en ze herkende het. Vervolgens heb ik haar gevraagd hoe we deze denkfout en negatieve gedachte om konden zetten, in iets waar zij zich beter bij zou voelen. Dus in wat positiefs en eigenlijk ook in een wat realistischer gedachte. Dit was niet makkelijk en je verandert een denkfout of negatieve gedachte niet zomaar. Anja heeft in eerste instantie zicht gekregen op haar denkfouten en negatieve gedachtes. Uiteindelijk is het haar gelukt om deze twee aspecten om te zetten in een positievere vorm. Dus 'ik moet alles (alleen) kunnen' is geworden: 'ik mag best hulp vragen' en 'als het niet lukt is het mijn schuld' is geworden: 'het hoeft niet altijd mijn fout te zijn'.

Na de uitleg van de modaliteiten, volgt er een soort van behandelplan voor psychomotorische therapie, voor de behandeling van volwassen obesitas patiënten, binnen de obesitasrevalidatie.

§ 3.1 Oefenen (hier-en-nu)

Binnen deze modaliteit wordt geprobeerd om de patiënt oefenend te confronteren met bewegings-/lichaamservaringen. De patiënt krijgt zicht op zijn eigen denken, voelen en handelen en wordt hier tijdens de activiteit als het ware mee geconfronteerd. Problemen worden hierdoor zichtbaar, worden getoond. Het waarnemingsvermogen, belevingsvermogen en gedragsrepertoire wordt vergroot. Het is de bedoeling dat de patiënt in contact komt en blijft met zijn omgeving en/of lichaam.¹⁵ Voor de psychomotorische therapeut is het bieden van structuur en veiligheid van belang.

Anja moest zich eerst bewust worden van haar lichaam. Ze had een negatieve kijk op haar zelf en op haar lichaam, waardoor ze niet zoveel stilstond bij zichzelf, ze vergat zich zelf als het ware. Om Anja in contact te laten komen met haar lichaam, was het noodzakelijk om bij

zichzelf stil te staan. Daarbij moest ze steeds weer nagaan wat haar lichaam aangaf, wat ze voelde en wat dit kon betekenen. Door de verschillende bewegings- en lichaamsgerichte oefeningen werd ze oefenend geconfronteerd met haar manier van denken, voelen en handelen. Ze heeft zicht gekregen op haar eigen manier van doen en laten en de gevolgen hiervan. (zie bijlagen oefening 1, 2, 3, 4 onder 'terugblik oefening')

De attitudes van de psychomotorische therapeut zijn begeleidend, ondersteunend, structurerend, directief en confronterend.

Oefening 1: grenzen, hulp vragen, lichaamssignalen

Activiteit: Bouw een 'brug' van materialen, vanaf het materialenhok naar de middenlijn. Je mag maar 1 keer hetzelfde materiaal gebruiken. Het geheel moet helemaal aansluiten en je mag geen stap naast de brug zetten. Het mag maximaal 10 min. duren.

Doelstelling: Kijken of patiënt hulp vraagt of alles zelf doet. Het is vooral een oefening om te verkennen, wat hij doet met zijn grenzen en of hij luistert naar zijn lichaamssignalen. En wat voor een oordeel hij heeft over zichzelf bij mislukken/slagen.

Oefening 2: lichaamssignalen, in contact komen en blijven met je lichaam, ontspanning

Activiteit: Buikademhalingsoefening

Doelstelling: Proberen puur de aandacht te blijven richten op waar je mee bezig bent, door zich alleen te richten op het lichaam, waardoor lichaamssignalen worden waargenomen. Spanning waarnemen in het lichaam, met het uiteindelijke doel zich te kunnen ontspannen.

Oefening 3: lichaamssignalen waarnemen, interpreteren en ernaar handelen.

Activiteit: Loop met je ogen dicht naar de muur en probeer zo dicht mogelijk bij de muur te eindigen. Houdt je ogen dicht en probeer lichaamssignalen te voelen.

Doelstelling: Luisteren naar je lichaam, daarbij moeten grenzen herkent en aangegeven worden. In contact komen en blijven met je lichaam.

Oefening 4: grenzen, assertiviteit, zelfbeeld

Activiteit: Patiënt krijgt zoveel mogelijk spullen die hij vast moet houden, ze mogen niet vallen.

Doelstelling: Patiënt zijn grenzen laten aangeven en dit op een duidelijke manier communiceren naar mij. Assertief zijn. Hij leert zijn gevoelens, gedachtes en wensen uit te spreken.

§ 4.2 Ervaren (hier-en-nu en daar)

In deze modaliteit leert de patiënt te experimenteren met gedragsalternatieven en wat de effecten zijn van deze alternatieven op zijn gedrag, in relatie tot zijn omgeving. Het zelfstructurerend vermogen wordt vergroot. Het is de bedoeling dat de patiënt zicht krijgt op zijn eigen gedrag. Voor de psychomotorische therapeut is het bieden van veiligheid en uitdaging van belang.

Anja is door de oefeningen geconfronteerd met haar gedrag. Ze is in contact gekomen met haar lichaam en heeft meer zicht gekregen op haar manier van denken, voelen en handelen. Nu dit tot stand was gekomen, kon Anja gaan experimenteren met andere soort gedrag, zowel in de zaal als daar buiten. Ze ervaart wat dit nieuwe gedrag teweegbrengt bij de ander en bij haarzelf en wat haar 'oude' gedrag met zich teweegbracht. (zie bijlagen oefening 5, 6, 7, 8 onder 'terugblik oefening')

De attitudes van de psychomotorische therapeut zijn sturend, uitdagend, motiverend en helpend.

Oefening 5: assertiviteit, veeleisende gedachten, zelfbeeld, grenzen

Activiteit: Zoveel mogelijk ballen aan het rollen houden in 1 minuut

Doelstelling: Voor jezelf opkomen, grenzen aangeven. Inzicht krijgen in de veeleisende gedachten van patiënt. Herhalen oefening met ander gedrag.

Oefening 6: assertiviteit, grenzen, spelen met houding

Activiteit:

Partijtje hockey, ieder een andere stick en een andere grootte van goal. Tijdens activiteit mag je aan de ander vragen of hij wil wisselen van stick en/of goal. Antwoorden mogen verschillen.

Doelstelling: Voor jezelf opkomen, grenzen aangeven, oefenen met houding

Oefening 7: lichaamssignalen, aandacht richten op je lichaam, ontspanning

Activiteit: Jacobson

Doelstelling: Proberen puur de aandacht te richten op waar je mee bezig bent, door zich alleen te richten op het lichaam, waardoor lichaamssignalen worden waargenomen. Het verschil voelen tussen spanning en ontspanning, met het uiteindelijke doel zich te kunnen ontspannen.

Oefening 8: Herhaling van oefening 7

Activiteit: Jacobson

Doelstelling: Inzicht in de oude manier van omgaan met stress/ emoties en integreren van de ontspanningstechniek.

§ 3.3 Ontdekken (hier-en-nu, daar en toen)

Bij deze modaliteit staan onverwerkte, verdrongen herinneringen, emoties en intrapsychische conflicten centraal die verwijzen naar traumata. Deze conflicten kunnen ervoor zorgen dat het functioneren in sociale verbanden wordt beperkt of zelfs onmogelijk wordt gemaakt. Het is de bedoeling dat de patiënt de conflicten leert te ontdekken, uiten, benoemen en te integreren. Voor de psychomotorische therapeut is het de taak om de patiënt te helpen bij het bewust maken van zijn afweer en/of zijn overlevingsstrategieën in zijn sociale verbanden, oftewel; de patiënt bewust te laten worden van het inadequate gedrag in zijn sociale verbanden. Daarna krijgt de patiënt de mogelijkheid om adequaat gedrag te integreren.

Anja heeft geëxperimenteerd met nieuw gedrag, zowel in de zaal als daar buiten en heeft ervaren wat dit haar opbrengt. Ze ontdekt waarom en hoe haar ‘oude’ gedrag tot stand is gekomen. Doordat ze zo was aangekomen en door bepaalde opmerkingen van buitenaf is ze zichzelf ook daadwerkelijk als een minder persoon gaan zien (negatief zelfbeeld), met als gevolg ze zich ook minder durfde te laten zien en te horen (zelfvertrouwen werd laag, onvoldoende assertief). Ze trok zich dan terug en begon te sporten of juist heel veel te eten. Ze is zich bewust geworden van de oorzaken en gevolgen van haar gedrag. En probeert het geleerde gedrag, waarmee ze geëxperimenteerd heeft te integreren, eigen te maken. Mede door de transfers kwam Anja in de modaliteit ‘ontdekken’. Dit kwam doordat Anja in situaties buiten de zaal, ging oefenen met nieuw gedrag, die ze al wel in de zaal had toegepast. Zo is ze bewust geworden wat haar nieuwe gedrag haar oplevert in andere sociale verbanden. En probeert dit nieuwe gedrag te integreren.

De attitudes van de psychomotorische therapeut zijn vooral motiverend, bewustmakend en helpend.

Oefening 9: In kaart brengen welke ontwikkeling er heeft plaatsgevonden

Activiteit: Symbolisch weergeven wat je van deze sessies hebt geleerd. Maak duidelijk met een aantal voorwerpen welke ontwikkeling je hebt doorgemaakt, bijvoorbeeld wat betreft grenzen en veroordelende gedachten naar je zelf. Én pak een voorwerp wat symbool staat hoe je als persoon was toen je met de behandeling begon, hoe je nu bent en eventueel nog hoe je wilt worden.

Doelstelling: Bewust laten worden van de veranderingen die zijn opgetreden in manier van denken, voelen en handelen. Integreren van het geleerde nieuwe gedrag.

§ 3.4 Behandelplan psychomotorische therapie voor volwassen obesitas patiënten

Door middel van de theoretische onderbouwing, mijn eigen praktijk ervaringen, de diagnostiek van obesitas patiënten, de modaliteiten van psychomotorische therapie en de uitgevoerde behandeling met Anja, kan ik tot een plan van aanpak komen voor psychomotorische therapie, voor de behandeling van volwassen obesitas patiënten, binnen de obesitasrevalidatie. De eerder genoemde conclusies, die naar voren kwamen door de literatuurstudie, de interviews en mijn observaties, heb ik in dit behandelplan verwerkt. (voor de conclusies zie §1.7 'korte samenvatting'). De thema's die hier naar voren kwamen heb ik verwerkt in het behandelplan.

De activiteiten die ik met Anja heb uitgevoerd, heb ik in het behandelplan verwerkt en ik heb nog enkele toevoegingen van activiteiten gedaan. Dit zijn immers voorbeelden van activiteiten. Hiermee wil ik zeggen, dat er vele andere activiteiten bestaan, waarin gewerkt kan worden aan de verschillende thema's. Deze activiteiten dienen slechts ter verduidelijking van het behandelplan.

Het blijft natuurlijk *een soort* van plan van aanpak, omdat je de behandeling altijd moet afstemmen op het individu. Dus je moet het afstemmen op de hulpvragen van de patiënt, oftewel: je bent geacht de behandeling te individualiseren. Per patiënt moet je dus kijken welke activiteiten aan sluiten bij zijn hulpvragen. Binnen een activiteit kunnen meerdere thema's aan bod komen. Bij de ene patiënt zal het ene thema meer naar voren komen dan bij een andere patiënt. Ook kan het aantal benodigde sessies per patiënt verschillen, kunnen er bepaalde sessies omgedraaid worden en zouden bepaalde thema's nog een keer aan bod kunnen komen.

Tot slot heb ik de modaliteiten niet weergegeven in het behandelplan, omdat je deze modaliteiten niet van te voren al vast kan leggen. Dit is afhankelijk van de patiënt die je voor je hebt en welke modaliteit voor de patiënt op dat moment helpende is. Wel, wordt er in de eerste sessies altijd begonnen met oefenen en krijgen de sessies geleidelijk aan, vaak een andere modaliteit als uitgangspunt.

Het behandelplan

Aantal sessies: 10

Duur van elke sessie: 30 minuten

Frequentie: 1 keer per week

Sessie 1

Kennismaken, verkennen van grenzen, hulp vragen

Activiteit: Activiteit naar keuze, ter kennismaking.

Let op: lichaamssignalen patiënt, hoe patiënt beweegt, met welke intensiteit er bewogen wordt, initiatief nemen van patiënt.

Activiteit: Bouw een 'brug' van materialen, vanaf het materialenhok naar de middenlijn.

Let op: lichaamssignalen patiënt, grenzen en of de patiënt hulp vraagt. Ga na waarom patiënt

eventueel geen hulp vraagt. Kent de patiënt andere situaties, buiten de zaal, waar het verstandiger was geweest om wel hulp gevraagd te hebben?

Sessie 2

Lichaamssignalen waarnemen, interpreteren en ernaar handelen, grenzen, assertiviteit

Activiteit: Loop met je ogen dicht naar de muur en probeer zo dicht mogelijk bij de muur te eindigen. Houdt je ogen dicht en probeer lichaamssignalen te voelen. (eventueel nog 3 grote passen naar voren laten lopen, nadat patiënt stil staat)

Let op: lichaamssignalen patiënt, het over grenzen gaan en het niet (durven) aangeven van grenzen, (het niet) vertrouwen op eigen kunnen. Herkent de patiënt een situatie, buiten de zaal, waar hij ook over zijn grenzen ging en/of niet luisterde naar zijn lichaamssignalen?

Activiteit: Klim zo hoog mogelijk in het klimrek.

Let op: idem als vorige activiteit en maakt de patiënt denkfouten en heeft de patiënt negatieve gedachten over zichzelf bij het niet lukken? Bij het lukken, waar ligt dat dan aan, aan de patiënt zelf of de situatie?

Activiteit: Je krijgt zoveel mogelijk spullen die je vast moet houden, ze mogen niet vallen.

Let op: komt patiënt voor zichzelf op, luistert deze naar lichaamssignalen, maakt de patiënt denkfouten en heeft de patiënt negatieve gedachten over zichzelf bij het niet lukken? Bij het lukken, waar ligt dat dan aan, aan de patiënt zelf of de situatie? Herkent de patiënt zich hierin? Patiënt moet nadenken over: in welke situatie, buiten de zaal, het ook verstandig is om aan te geven dat iets genoeg is geweest? Patiënt laten oefenen met gedragsalternatieven en deze ook proberen toe te passen, in situaties buiten de zaal.

Sessie 3

Lichaamssignalen, in contact komen en blijven met je lichaam, ontspanning

Activiteit: Buikademhalingsoefening

Let op: Eerst navragen wat de patiënt fijn vindt, wat betreft de opstelling in de ruimte, de patiënt zelf en de therapeut. Kan de patiënt zich puur richten op het lichaam en gedachten etc. even als het ware vergeten? Is de eventuele ontspanning daadwerkelijk te merken/zien bij de patiënt? Hoe voelt de patiënt zich hierbij? Laat de patiënt deze oefening ook thuis eens uitproberen, wanneer deze zich erg gespannen voelt.

Sessie 4

Lichaamssignalen, in contact komen en blijven met je lichaam, ontspanning

Activiteit: Buikademhalingsoefening (herhaling vorige keer).

Let op: Eerst navragen of de patiënt nog wat wil veranderen, wat betreft de opstelling in de ruimte, de patiënt zelf en de therapeut. Komt de patiënt echt in contact met zijn lichaam en kan hij dit contact even vasthouden? Is er sprake van verschil, wat betreft (ont)spanningsgevoel vóór de oefening en er na?

Activiteit: Andere ontspanningsoefening, bijv. geleide fantasie (afhankelijk van de wensen van de patiënt).

Let op: Bij getraumatiseerde patiënten is het niet verstandig om deze oefening uit te voeren, in verband met herbelevingen. Het gaat er vooral om, om een gepaste manier te vinden om zich te kunnen ontspannen. Afstemming op patiënt is hierbij belangrijk! Welke oefening zou de patiënt, buiten de zaal, kunnen en willen toepassen en wanneer?

Sessie 5

Tussenevaluatie

Let op: wat is er al bereikt, wat wil de patiënt nog meer bereiken, wat voor een wensen heeft de patiënt en wat zou de patiënt graag anders zien en/of gedaan hebben?

Sessie 6

Assertiviteit, grenzen, veeleisende gedachten, zelfbeeld, zelfvertrouwen

Activiteit: Houdt zoveel mogelijk ballen aan het rollen, in 1 minuut.

Let op: luistert patiënt naar zijn lichaamssignalen, gaat deze over grenzen, maakt de patiënt denkfouten en heeft de patiënt negatieve gedachten over zichzelf bij het niet lukken? Bij het lukken, waar ligt dat dan aan, aan de patiënt zelf of de situatie? Hoe zie de patiënt zichzelf na de activiteit en hoe zou deze de activiteit liever gedaan hebben → uitspreken van wensen en gedachten. De patiënt leert nadenken over wat hij fijn zou vinden en dit bespreekbaar te maken. In welke situatie buiten de zaal, kan het voor de patiënt ook verstandig zijn om zijn wensen uit te spreken? Laat de patiënt dit toepassen, in een situatie buiten de zaal. Laat hem bijvoorbeeld beginnen in zijn persoonlijke omgeving, om vervolgens dit ook bijvoorbeeld op het werk te laten doen.

Activiteit: Partijtje hockey, ieder een andere stick en een andere grootte van goal. Tijdens activiteit mag je aan de ander vragen of hij wil wisselen van stick en/of goal. Antwoorden mogen verschillen. Spelen met verschillende houdingen en stemintonatie.

Let op: durft de patiënt aan te geven wat hij het liefst zou willen, durft de patiënt 'nee' te zeggen, dus voor zichzelf op te komen en zich niet over zijn grenzen te laten trekken door een ander? Heeft de patiënt door wat het effect is van een andere houding en andere stemintonatie? Draagt dit, weerbaarder worden, bij aan het zelfvertrouwen van de patiënt? Hoe zou dit in het dagelijks leven geïntegreerd kunnen worden: In welke situatie zou de patiënt zich ook weerbaarder willen voelen? Laat de patiënt, het geleerde van deze activiteit, toepassen in deze situatie.

Activiteit: Eigen keuze, gewoon doen waar je je goed bij voelt.

Let op: wat voor een activiteit kiest de patiënt en waarom is dat? Voelt de patiënt zich (zichtbaar) zekerder bij deze activiteit? Verandert het zelfbeeld (tijdelijk) van de patiënt in deze activiteit? Durft de patiënt het aan te geven als hij het niet met iets eens is, dus komt hij voor zichzelf op? Kan en durft de patiënt, buiten de zaal, ook eigen keuzes te maken, waar hij zich goed bij voelt?

Sessie 7

Lichaamssignalen, in contact komen en blijven met je lichaam, ontspanning

Activiteit: Jacobson

Let op: Eerst navragen wat de patiënt fijn vindt, wat betreft de opstelling in de ruimte, de patiënt zelf en de therapeut. Is de eventuele ontspanning daadwerkelijk te merken/zien bij de patiënt? Hoe voelt de patiënt zich hierbij? Welke lichaamsdelen vindt hij fijn en welke minder fijn om aan te spannen en te ontspannen? Het gaat er vooral om, om het verschil tussen spanning en ontspanning te voelen door middel van in contact te blijven met het lichaam. Gedachten mogen er zijn, maar er wordt geen oordeel aan gegeven, de patiënt probeert geen aandacht aan de eventuele gedachten te schenken, zodat deze weer verdwijnen.

Sessie 8

Lichaamssignalen, in contact komen en blijven met je lichaam, ontspanning

(integreren van ontspanningstechniek)

Activiteit: Jacobson

Let op: kan de patiënt voor de oefening al aangeven, welke lichaamsdelen wat gespannen aan voelen en kan hij deze door de oefening (in meer of mindere mate) tot ontspanning laten komen? Kan de patiënt gedachtes, gevoelens even vergeten en zich puur richten op het lichaam? Kan de patiënt de oefening zo zelfstandig uitvoeren, dat hij zich meer ontspannen gaat voelen? Wat is het effect van de oefening en hoe en wanneer zou de patiënt deze oefening buiten de zaal kunnen gebruiken?

Sessie 9

Lichaamssignalen, grenzen, assertiviteit, hulp vragen, zelfbeeld, zelfvertrouwen

Activiteit: Op de kast rondrijden, waarbij je duidelijk aangeeft wat jij wil.

Let op: spreekt de patiënt ook duidelijk uit hoe hij het wil en wat hij wil? Let hij hierbij op zijn lichaamssignalen en neemt hij zijn grenzen in acht, bij het overtreden van zijn grenzen (door de therapeut)? Welke houding en stemintonatie gebruikt hij om zijn grenzen duidelijk aan te geven? Heeft de patiënt meer zelfvertrouwen gekregen bij het aangeven van zijn grenzen? In welke situatie, buiten de zaal, heeft hij (beter) durven aangeven dat iemand over zijn grenzen ging en had hij hier achteraf een goed gevoel aan over gehouden?

Activiteit: Zoveel mogelijk ballonnen hooghouden en om hulp vragen als het je niet meer lukt.

Let op: geeft patiënt op tijd zijn grenzen aan en vraagt hij op tijd hulp? Draagt het hulp vragen niet bij aan het zelfbeeld van de patiënt? Dus ziet de patiënt in, dat 'het niet goed lukken' van een activiteit, niet aan hem hoeft te liggen? In welke situatie, buiten de zaal, gaat de patiënt nu ook hulp vragen? → volgende sessie op terug komen.

Activiteit: Keuze maken uit 2 activiteiten: 1. Probeer zoveel mogelijk ballen in de basket te gooien, je mag zelf kiezen vanuit welke hoepel je wilt gooien. 2. Probeer zoveel mogelijk paaltjes om te schoppen/gooien/rollen, je mag zelf kiezen vanuit welke hoepel je wilt schoppen/gooien/rollen.

Let op: op welke criteria baseert hij zijn keuze? Wat merkt hij bij zichzelf bij het raken en het niet raken van het doelwit? Met welk resultaat is de patiënt tevreden? Krijgt hij meer zelfvertrouwen door het raken van het doelwit en het bereiken van een bepaald resultaat? Kan de patiënt een situatie bedenken, buiten de zaal, waar hij heel trots op het resultaat kan zijn, door zijn inbreng? Kan hij in het dagelijks leven nu ook makkelijker de keus maken, waar hij zich prettiger bij voelt?

Sessie 10

Eindevaluatie, in kaart brengen welke ontwikkelingen er hebben plaatsgevonden (afscheid nemen)

Activiteit: Symbolisch weergeven wat je van deze sessies hebt geleerd. Maak duidelijk met een aantal voorwerpen welke ontwikkeling je hebt doorgemaakt, bijvoorbeeld wat betreft grenzen en veroordelende gedachten naar je zelf. En pak een voorwerp wat symbool staat hoe je als persoon was toen je met de behandeling begon, hoe je nu bent en eventueel nog hoe je wilt worden.

Let op: de patiënt moet ruim de tijd krijgen om er zelf over na te denken. Ga er als therapeut niet bij staan wachten, blijf wel in de buurt, maar ga wat anders doen en geef dit aan.

4. Resultaten

In de literatuur staat beschreven, met welke problemen volwassen obesitas patiënten vaak te maken hebben. Deze problemen kunnen onderverdeeld worden in bepaalde thema's. Deze thema's zijn ook mede door mijn interviews met patiënten en mijn observaties naar voren gekomen. Met psychomotorische therapie kan er door middel van bewegings- en lichaamsgerichte activiteiten, gewerkt worden aan de volgende thema's:

- omgaan met stress en emoties/ ontspanning
- impulscontrole
- lichaamssignalen waarnemen, interpreteren en ernaar luisteren (in contact komen en blijven met je lichaam)
- grenzen (van jezelf en de ander)
- assertiviteit
- lichaamsbeeld
- zelfbeeld
- zelfvertrouwen

Resultaten casus

Tijdens het behandelen van Anja, heeft de behandeling een heel andere richting gekregen. We begonnen met assertiviteit en omgaan met grenzen. Naar mate de behandeling vorderde, kwamen thema's aan bod die bij de intake niet zo nadrukkelijk naar voren kwamen. Deze thema's waren vooral negatief zelfbeeld en het niet in contact zijn/ komen met zichzelf. Naast de sessies, heb ik Anja enkele huiswerkopdrachten gegeven, deze dienden ter ondersteuning van de sessies. Met name om de opgedane ervaring in de PMT -setting te integreren in haar dagelijks leven.

Tijdens de evaluatie zijn de volgende dingen naar voren gekomen:

Anja verteld veel meer zelfvertrouwen te hebben, omdat ze natuurlijk behoorlijk is afgevallen, maar ook is ze eerder tevreden met iets. Haar veeleisende gedachten en haar veroordelende houding naar zichzelf zijn een stuk verminderd, waardoor ze meer rust heeft gekregen. Haar zelfbeeld is vergroot en Anja durft daardoor meer voor zichzelf op te komen, is assertiever geworden. Anja ziet in dat haar zelfvertrouwen niet alleen ligt aan haar uiterlijk, van hoe ze eruit ziet, maar dat het ook met haar als geheel persoon te maken heeft. Ze heeft haar lichaamsbeeld als het ware wat losgekoppeld van haar zelfbeeld.

Doordat ze eerder stilstaat bij zichzelf, weet ze wat ze graag wel of niet zou willen en kan dat eerder en makkelijker aangeven. Dus haar grenzen heeft ze beter leren herkennen en kennen, plus dat ze deze grenzen ook duidelijk heeft leren uiten naar anderen. Tijdens een spel, vindt Anja het nog wel lastig om op haar grenzen te letten, omdat ze dan helemaal in het spel opgaat.

Als laatste heeft Anja geleerd om op een andere manier om te gaan met stress en emoties. Ze heeft ook geleerd dat emoties uiten iets 'normaals' is, dat het mag.

Volgens Anja waren alle doelen behaald. Onder elk doel staat beschreven wat ze heeft verteld over wat ze geleerd heeft:

1. Mevr. heeft een andere manier gevonden om haar emoties te reguleren. Dit uit zich niet meer in het weg-eten van de emotie of in heel hard gaan sporten.

'Nu weet ik hoe ik met emoties om kan gaan. Ik heb geleerd dat emoties eigenlijk de normaalste dingen van het leven zijn, ze horen erbij. Dit maakt het voor mij makkelijker om mijn emoties te laten zien aan anderen. Het lucht mij af en toe echt op om mijn verdriet en/of geïrriteerdheid te uiten. Wanneer ik soms een ontspanningstechniek toe pas,

zijn mijn emoties vaak ook weer wat afgezaakt. Ik heb minder tot geen behoefte meer aan het weg-eten of het heel hard weg te sporten van mijn emoties.'

Aan dit doel heeft Anja vooral bij de psycholoog gewerkt. De verschillende ontspanningstechnieken heeft ze door middel van psychomotorische therapie geleerd.

2. Mevr. is zich meer bewust van haar lichaamssignalen, kan deze lichaamssignalen interpreteren en kan hier vervolgens naar handelen.

*'Ik ben een stuk bewuster geworden van mijzelf, ik heb **ontdekt** waarom ik sommige dingen doe, zoals ik ze doe. Bijvoorbeeld het weglachen van onzekerheid en spanning, ik had nooit gedacht dat het daar mee te maken zou kunnen hebben. Ik let nu meer op wat mijn lichaam aangeeft en probeer daar naar te luisteren, dit maakt mij sterker.'*

3. Mevr. durft haar grenzen aan te geven, grenzen te uiten en kan hierbij duidelijk communiceren naar anderen wat ze wil. (is assertief)

'Ik ben zelfs een beetje geschrokken van mijzelf dat ik mijn grenzen heb durven aangeven, maar het levert mij veel meer op. Af en toe vind ik het nog lastig om echt op mijn strepen te blijven staan, maar ik ben al een stuk sterker geworden hierin. Doordat ik beter naar mijzelf ben gaan luisteren wat ik wil, kan ik dit ook beter aangeven aan anderen.'

4. Mevr. kijkt minder met een veroordelende houding naar zichzelf. Hierdoor heeft ze meer zelfvertrouwen gekregen, haar zelfbeeld is vergroot.

'Ik ben een heel ander mens geworden, in mijn doen en laten, maar ook in mijn voorkomen. Ik maak eerder contact met mensen, ik praat makkelijker met ze, omdat ik nu wel durf, dit was eerst niet zo. Ik heb veel meer zelfvertrouwen gekregen, mijn zelfbeeld is positiever geworden, dit komt met name omdat ik positiever naar mijzelf ben gaan kijken. En ik heb niet zo snel meer een schuldgevoel, ik realiseer mij dat het soms ook aan de ander kan liggen en niet alleen aan mij!'

5. Mevr. heeft een passende manier gevonden om zich te kunnen ontspannen.

'Ik heb geleerd om stil te staan bij mijn lichaam en kan nu lichaamssignalen van spanning (en ontspanning) herkennen. Door het toepassen van bepaalde ontspanningstechnieken kom ik vaak weer goed tot ontspanning.'

Persoonlijk woord patiënt

Om duidelijk te maken wat de resultaten zijn met de patiënt, volgt er hieronder een terugblik op de laatste activiteit, welke Anja heeft uitgevoerd. (zie bijlagen 'Oefening 9')

Anja pakte voor de eerste opdracht waar ze met voorwerpen uit moest beelden wat ze geleerd had van deze sessies, een heleboel ballen. Ze vertelt: *'Eerst zou en moest ik alles zelf kunnen, ik eiste heel veel van mijzelf en als het niet lukte, lag het aan mij.'* Toen liet ze een heleboel ballen vallen en vertelt: *'Nu eis ik niet zoveel meer van mijzelf, ik ben eerder tevreden en als het niet lukt, hoeft het niet altijd aan mij te liggen. Ik doe wat voor mij fijn voelt.'*

Als laatste moest ze met voorwerpen uitbeelden, hoe ze als persoon was toen ze met de behandeling begon, hoe ze nu is en eventueel hoe ze nog zou willen worden. Anja had een heel wankel poppetje gemaakt van voorwerpen en vertelt daarbij: *'Dit was ik eerst, ik hoefde maar een klein 'zetje' te krijgen, dan was het gebeurd met me. Mensen konden zo over mij heen lopen.'* Vervolgens maakte ze een wat smaller poppetje, welke wat steviger stond en daarnaast legde ze wat gewichten. Hierover vertelt ze: *'Ik ben behoorlijk wat afgevallen, ik sta steviger in mijn schoenen, ik heb meer weerstand gekregen, ik ben een krachtiger persoon geworden!!!'* Bij de vraag hoe ze nog wilde worden, verteld ze: *'Het enige is dat ik nog wat smaller wil worden, maar over mijn persoon ben ik nu verder heel tevreden.'*

Conclusie

In deze casestudy werd er ingegaan op en werd er een antwoord gezocht naar de volgende vraagstelling:

Wat is de toegevoegde waarde van psychomotorische therapie, in de behandeling van volwassen obesitas patiënten, binnen de obesitasrevalidatie?

Aan de hand van de resultaten die bereikt zijn (zie hoofdstuk 5 'resultaten') door middel van literatuuronderzoek, interviews, observaties en de behandeling van mijn individuele patiënt, kan ik concluderen dat psychomotorische therapie zeker een toegevoegde waarde heeft in de behandeling van volwassen obesitas patiënten, binnen de obesitasrevalidatie. Thema's waarbinnen gewerkt kan worden, zijn:

- omgaan met stress en emoties/ ontspanning
- impulscontrole
- lichaamssignalen waarnemen, interpreteren en ernaar luisteren (in contact komen en blijven met je lichaam)
- grenzen (van jezelf en de ander)
- assertiviteit
- lichaamsbeeld
- zelfbeeld
- zelfvertrouwen

Obesitas patiënten leren door psychomotorische therapie, anders om te gaan met eigen klachten, waardoor ze minder last ervaren van deze klachten. De psychosociale klachten kunnen ook wat afnemen of zelfs verdwijnen door psychomotorische therapie. Anders gezegd: obesitas patiënten leren op een meer adequate manier om te gaan met hun ziekte.

Psychomotorische therapie leert deze patiënten dus vaardigheden om hun ziekte beter in bedwang te houden en dus ook om beter om te leren gaan met deze ziekte. En dit is precies de toegevoegde waarde van psychomotorische therapie: Patiënten werken door bewegings- en lichaamsgerichte oefeningen (binnen bepaalde thema's), aan eigen psychosociale klachten/ problemen en hierdoor leren ze beter met obesitas om te gaan.

Door middel van deze casestudy hoopte ik tot een soort van behandelplan te komen voor psychomotorische therapie, voor de behandeling van volwassen obesitas patiënten, binnen de obesitasrevalidatie. Dit werd ondersteund door de literatuur, interviews, observaties, de diagnostiek van obesitas patiënten, de modaliteiten van psychomotorische therapie, maar met name de behandeling van Anja.

Ik denk dat dit goed gelukt is. De activiteiten sloten goed bij Anja haar hulpvragen aan. Het was voor mij en voor anderen merkbaar dat Anja 'sterker' was geworden. Ik zag een 'ander soort' Anja, vergeleken bij het begin van de behandeling. Je kon merken dat ze meer rust heeft gevonden, door op een andere manier met stress, emoties en met haar zelf om te gaan. Aan de voorbeelden die Anja gaf over haar grenzen aangeven, kon ik eigenlijk wel concluderen dat ze een stuk assertiever is geworden. Het was in contact merkbaar/ voelbaar dat ze meer zelfvertrouwen heeft gekregen.

Vele activiteiten die ik met Anja heb gedaan, kunnen ook toegepast worden bij andere obesitas patiënten. Hierbij moet ik vermelden dat elke patiënt anders is, dus je moet je therapie blijven afstemmen op het individu, je moet de behandeling individualiseren!

In de literatuur staat omschreven waar vele obesitas patiënten mee te maken hebben en wat het doel/ de doelen van de behandeling kan/kunnen zijn. Deze heb ik min of meer in het behandelplan verwerkt. Ik heb door middel van de literatuur, meer zicht gekregen op bepaalde hulpvragen van Anja, waardoor ik nog beter kon aansluiten bij haar hulpvragen. Ik heb de literatuur, methodiek en de praktijk van de psychomotorische therapie geïntegreerd.

Ik denk doordat ik gewerkt heb met de modaliteiten van de psychomotorische therapie, er een goede integratie van de opgedane ervaringen heeft plaats gevonden. Deze ervaringen waren vooral in de zaal, maar ook in Anja haar eigen omgeving, zoals op haar werk en thuis. Mede door deze integratie, ben ik er van overtuigd dat, door te werken via de modaliteiten van de psychomotorische therapie, dus oefenen, ervaren en ontdekken, dit een grote bijdrage heeft geleverd aan de beoogde resultaten.

Discussie

Ik denk dat ik zeer tevreden mag zijn wat betreft de resultaten die geboekt zijn. Mede doordat ik zelf ook gemerkt heb dat Anja veranderd is, vind ik datgene wat ze verteld heeft over de resultaten, meer betrouwbaar. Iemand kan natuurlijk ook gewoon zeggen dat ze vooruit is gegaan, bijvoorbeeld om de therapeut niet teleur te stellen. Nu twijfel ik er niet aan, omdat ik zelf, andere disciplines en andere mensen hebben waargenomen dat ze veranderd is.

Mede door de beoogde resultaten, ben ik tevreden over de manier van werken, over de methode die gehanteerd is. Door te werken via de modaliteiten heb ik gemerkt dat het voor mij ‘makkelijker’ en duidelijker is om zo aan de patiënt zijn hulpvragen te werken.

Deze patiënt was voor mij een enorme uitdaging, omdat ik nog niet zoveel ervaring als aankomend psychomotorisch therapeut had. Ik was benieuwd of ik voldoende kennis en vaardigheden in huis had, om deze patiënt te helpen bij zijn hulpvragen. Gezien de resultaten ben ik zeer tevreden en ook stiekem wel een beetje trots op mijzelf, dat ik dit bijna geheel zelfstandig voor elkaar heb gekregen. Ik denk dat ik een goed plan van aanpak, ofwel behandelplan heb weten te ontwikkelen voor psychomotorische therapie, voor de behandeling van volwassen obesitas patiënten, binnen de obesitasrevalidatie. De literatuur geeft aan dat psychomotorische therapie wat kan betekenen voor deze patiënten en de resultaten van de behandeling van mijn individuele patiënt bevestigt dit nogmaals. Ik vind dat ik mijzelf mede door het behandelen van deze patiënt, geprofileerd heb als beginnend psychomotorisch therapeut.

Psychomotorische therapie heeft dus zeker een toegevoegde waarde in de behandeling van volwassen obesitas patiënten. Het helpt de patiënten op een betere/andere manier om te gaan met obesitas, waardoor ze minder last ervaren van psychosociale klachten. Geen enkele andere therapie werkt met bewegings- én lichaamsgerichte oefeningen, wat juist wel heel erg van belang blijkt, in de behandeling van volwassen obesitas patiënten. Door deze oefeningen kunnen patiënten in de verschillende modaliteiten komen: oefenen, ervaren en ontdekken. Met als gevolg de patiënten kunnen experimenteren met nieuw, aangeleerd gedrag, waardoor ze minder last ervaren van psychosociale problemen in het dagelijks leven. Het nieuwe, aangeleerde gedrag die deze patiënten in de zaal hebben toegepast, wordt onder andere door de transfers, ook buiten de zaal geïntegreerd.

Aanbevelingen

Ik hoop dat door middel van deze casestudy duidelijk is geworden dat er nog veel meer te bereiken valt met obesitas patiënten, dan tot nu toe bereikt is. Psychomotorische therapie kan hier een belangrijke bijdrage aan leveren:

- Het is belangrijk dat men niet alleen op het lichamelijke gaat zitten, dus niet alleen als doel 'afvallen' hebben. Er zijn nog vele andere aspecten waar men aan kan werken met deze mensen. Een negatieve lichaamsbeleving, een gebrek aan zelfwaardering en het niet voor jezelf kunnen opkomen, gaan vaak gepaard met deze eetstoornis. Door aan dit soort thema's te werken door middel van onder andere psychomotorische therapie, worden obesitas patiënten 'sterker'. Met als gevolg ze op een meer adequate manier om kunnen gaan met hun ziekte. Psychomotorische therapie leert ze vaardigheden om deze ziekte beter in bedwang te houden en dus ook om beter om te leren gaan met deze ziekte.
- Obesitas patiënten krijgen veel vooroordelen naar hun hoofd geslingerd en door het aanleren van bepaalde vaardigheden kunnen ze hier beter mee over weg. Tevens probeert psychomotorische therapie bij te dragen aan een groter zelfvertrouwen, waardoor deze mensen minder last hebben van schaamtegevoelens wat betreft het uiterlijk.
- Het is van uitermate groot belang dat deze mensen het lichaam niet alleen op hun uiterlijk gaan beoordelen, het lichaam is meer dan dat. Het lichaamsbeeld moet losgekoppeld worden van het zelfbeeld. Enerzijds moeten mensen leren beseffen dat onvolkomenheden in het uiterlijk hen niet minder waardevol maken als persoon, zeker niet voor de mensen uit hun directe omgeving. Anderzijds moeten zij leren dat een gebrek aan zelfvertrouwen maar zeer weinig gecompenseerd kan worden door een mooier uiterlijk. Dit gaat niet zomaar, dit is een wekenlang, dan wel maandenlang proces die obesitas patiënten moeten ondergaan. En hier kan onder andere psychomotorische therapie een mooie bijdrage aan leveren.

Kortom, psychomotorische therapie heeft zeker een toegevoegde waarde in de behandeling van volwassen obesitas patiënten, binnen de obesitas revalidatie. Obesitas patiënten leren door psychomotorische therapie, vaardigheden, om psychosociale klachten te verminderen of weg te nemen en waardoor ze beter om kunnen gaan met deze eetstoornis.

Bijlagen

Uitgevoerde sessies met Anja Oefenen (hier-en-nu)

Sessie 1:

Vooraf een kennismakingsoefening om elkaar te leren kennen en vertrouwen te wekken bij Anja. Daarna een oefening om te verkennen: veiligheid bieden.

Oefening 1: grenzen, hulp vragen, lichaamssignalen

Activiteit: Bouw een 'brug' van materialen, vanaf het materialenhok naar de middenlijn. Je mag maar 1 keer hetzelfde materiaal gebruiken. Het geheel moet helemaal aansluiten en je mag geen stap naast de brug zetten. Het mag maximaal 10 min. duren.

Rationale: onderzoeken/ verkennen hoe je omgaat met je grenzen en hoe je die aangeeft.

Doelstelling: Kijken of mevr. hulp vraagt of alles zelf doet. Het is vooral een oefening om te verkennen, wat ze doet met haar grenzen en of ze luistert naar zijn lichaamssignalen. Wat voor een oordeel ze heeft over zichzelf bij mislukken/slagen.

Interventies:

- Ik ga er alleen bij staan kijken, pas als mevr. hulp vraagt help ik mee
- Wat zou je graag anders gedaan/ gezien hebben?
- Niks is goed of fout, soms kun je iets alleen makkelijker aanpakken, zodat je er minder last aan ervaart. Je hoeft niks af te leren, je leert er alleen iets bij. → Ingrijpen op veroordelende gedachtes van mevr.
- Transfer: in welke situatie buiten de zaal zou je beter een keer hulp gevraagd kunnen hebben?

Terugblik oefening:

Anja ging in haar eentje de brug maken, zonder hulp te vragen. Ook al was er een voorwerp te zwaar om in haar eentje te tillen, ze vroeg niet om hulp. Ze eiste van zichzelf dat ze het alleen moest doen/ kunnen. Wanneer ze dit voorwerp optilde begon ze al wat te lachen. Dit is een zeer passende manier voor Anja, om haar onzekerheid heel hard weg te lachen. Ze gaf achteraf pas aan dat het voorwerp te zwaar was en dat ze eigenlijk het voorwerp met zijn tweeën getild zou willen hebben. Ze herkende dat ze ging lachen uit onzekerheid, toen ik het haar teruggaf. Verder vertelde ze dat ze wel redelijk tevreden was over de manier van uitvoeren, het was immers gelukt...

Sessie 2:

Oefening 2: lichaamssignalen, in contact komen en blijven met je lichaam, ontspanning

Activiteit: Buikademhalingsoefening

Rationale: Stilstaan bij je lichaam, lichaamssignalen waarnemen wat betreft spanning, leren ontspannen (in contact komen en blijven met je lichaam)

Doelstelling: Proberen puur de aandacht te blijven richten op waar je mee bezig bent, door zich alleen te richten op het lichaam, waardoor lichaamssignalen worden waargenomen. Spanning waarnemen in het lichaam, met het uiteindelijke doel zich te kunnen ontspannen.

- Transfer: Als je komende week een keer gespannen en/of emotioneel bent, probeer deze oefening dan eens uit te voeren en ervaar wat het effect is.

Terugblik oefening:

Anja vond het een heerlijke oefening, ze werd er ontspannen door. Nadat ik haar had gevraagd waar ze met haar gedachtes zat, begon ze heel hard te lachen. Ze had ineens door dat ze zich nergens druk om maakte, omdat ze haar aandacht puur bij haar lichaam had. Met als gevolg ze alles even los kon laten. Ze is in contact gekomen met haar lichaam en ook een tijd in contact gebleven. Thuis zou ze gaan oefenen met de aandacht alleen te richten op waar ze mee bezig was. Dus bijvoorbeeld tijdens het eten de aandacht puur op het eten, op de smaak en de geur richten. Dus ook weer in contact met zichzelf komen en blijven. Door de transfer hoop ik dat ze beter leert om te gaan met spanning en emoties.

Sessie 3:Oefening 3: lichaamssignalen waarnemen, interpreteren en ernaar handelen.

Activiteit: Loop met je ogen dicht naar de muur en probeer zo dicht mogelijk bij de muur te eindigen. Houdt je ogen dicht en probeer lichaamssignalen te voelen.

Rationale: We gaan op zoek naar ‘wat zegt mijn lichaam, wat doe ik daarmee en komt dat overeen met elkaar?’

Doelstelling: Luisteren naar je lichaam, daarbij moeten grenzen herkent en aangegeven worden. In contact komen en blijven met je lichaam.

Interventies:

- Waar voel je je lichaamssignalen? Wat voel je? Wat kan dit betekenen?
- ‘Doe nou nog eens 2 grote passen vooruit.’ Wat doet mevr.? Grenzen...
- Op het moment dat je iets voelt, meteen stoppen en geen stap meer zetten
- Met een hoger tempo naar de muur lopen
- Rondjes draaien en dan richting kiezen, mevr. weet niet hoe ver de muur is
- Transfer: in welke situatie buiten de zaal zou het verstandig zijn om te luisteren naar je lichaam en je grenzen aan te geven?

Terugblik oefening:

Anja begon rustig te lopen naar de muur, op een gegeven moment ging ze wat voorzichtiger lopen en uiteindelijk raakte ze zachtjes de muur aan met een voet, daar schrok ze van. Toen ik haar vroeg wat ze voelde of had gevoeld tijdens de oefening, was deze vraag moeilijk te beantwoorden. Ze vertelde dat ze meer aan het nadenken was geweest, ze had haar lichaam als het ware gepasseerd. We deden de oefening nog een paar keer om echt in contact te komen met haar lichaam. Op het moment dat ze voorzichtiger ging lopen heb ik dit haar teruggegeven. Ze moest even stilstaan van mij en echt gaan voelen. Toen merkte ze pas dat ze wat sneller ademde en het wat warmer had gekregen.

Nu moest Anja met een hoger tempo naar de muur lopen, ze zei meteen toen ze haar ogen dicht had; ‘ik ben nu wel zenuwachtig hoor, ik krijg het heel warm en mijn vingers beginnen te tintelen.’ Ze kwam een stuk eerder stil te staan dan de vorige keren. Ik vroeg haar, nadat ze stil was komen te staan, om nog twee passen naar voren te doen, maar om goed te voelen of ze het inderdaad wilde of niet. Anja bleef even stil staan en zei toen dat ze ook zou blijven staan, het voelde niet goed voor haar om die twee passen te zetten. Ze heeft geluisterd naar haar lichaam, heeft haar grenzen aangegeven en heeft ze in acht genomen. Wel twijfelde ze eraan om het te doen, omdat dat immers de opdracht was... Na de oefening besproken te hebben was ze helemaal trots dat ze voet bij stuk had gehouden en ik heb haar daar ook op gecompimenteerd. Ze heeft *ervaren* wat haar ‘nieuwe’ gedrag haar oplevert. Nu is het de bedoeling dat ze dit ook buiten de zaal gaat toepassen en gaat *ontdekken* wat het verschil is tussen haar oude en nieuwe gedrag, dus wat het verschil in resultaat is.

Oefening 4: grenzen, assertiviteit, zelfbeeld

Activiteit: Ik geef mevr. zoveel mogelijk spullen aan die ze vast moet houden, ze mogen niet vallen.

Rationale: Het is de bedoeling dat je zoveel mogelijk spullen draagt. Maar let daarbij op je lichaamssignalen en wat ze betekenen. En probeer daar naar te handelen.

Doelstelling: Ik wil graag dat mevr. haar grenzen aangeeft en dit op een duidelijke manier kan communiceren naar mij. Assertief zijn. Ze leert haar gevoelens, gedachtes en wensen uit te spreken.

Interventies:

- Hoeveel spullen denk je vast te kunnen houden?
- 'ah kom op dit kan je ook nog wel dragen' Wat doet mevr.? Grenzen...
- Waar voel je je lichaamssignalen? Wat voel je? Wat betekenen ze?
- Wat zijn je gedachtes, gevoelens en wensen?
- Wat zou je graag anders gezien/ gedaan hebben?
- Heb je geluisterd naar wat je lichaam aan geeft? Waarom wel/niet?
- Hoe heb je gecommuniceerd? Was dit duidelijk genoeg?
- Rollen omdraaien, ik geef al heel snel duidelijk aan dat het genoeg is, hoe komt dat over?
- Mevr. de oefening nog een keer laten doen, maar dan hoe ze het echt zou willen, dus waar zij zich nog fijn bij voelt (ervaren)
- Transfer: in welke situatie buiten de zaal was het wel eens beter geweest dat je duidelijk aan gaf dat het genoeg voor je was?

Terugblik oefening:

Anja pakte alle spullen aan die ik gaf en probeerde zoveel mogelijk spullen vast te blijven houden. Af en toe vroeg ik haar of ze nog meer vast kon houden. Ze gaf mild aan dat het nou wel genoeg was. Toen ik mijn zin nog wat doordrong, liet ze het toch gebeuren. Ze had 8 voorwerpen gezegd als aantal, maar op het laatst had ze er 14 vast. Dit kan wat zeggen over haar zelfbeeld, dat ze zichzelf te laag inschat... Naar haar te vragen naar wat ze voelde en wilde, gaf ze aan dat ze zich niet echt prettig voelde, ze had een wat naar gevoel in haar buik. Ze mocht alle spullen weer terug leggen. Nu mocht zij mij spullen aangeven. Na een aantal voorwerpen zei ik heel duidelijk dat ik genoeg spullen vast had en ik er ook niet meer wilde vasthouden. Anja zei dat dit voor haar heel duidelijk over kwam. Nu mocht zij de oefening nog een keer doen, maar moest heel duidelijk communiceren naar mij wanneer ze genoeg voorwerpen vast had. Dit deed ze en ze heeft *ervaren* wat het effect hier van was. Door de transfer probeert ze buiten de zaal te *ontdekken* wat het verschil in resultaat is, wanneer ze haar oude en nieuwe gedrag vertoond.

Ervaren (hier-en-nu en daar)

Sessie 4:

Oefening 5: assertiviteit, veeleisende gedachten, zelfbeeld, grenzen

Activiteit: Zoveel mogelijk ballen aan het rollen houden in 1 minuut

Rationale: Assertiviteit + wat eis ik van mezelf en is dit realistisch?

Doelstelling: Voor jezelf opkomen, grenzen aangeven. Inzicht krijgen in de veeleisende gedachten van mevr.

Interventies:

- Hoeveel ballen denk je tegelijk aan het rollen te houden?
- Heel erg aanmoedigen, positief bekrachtigen
- 'ah joh, kan je niet meer ballen laten rollen?'

- Waarom heeft mevr. voor dit aantal ballen gekozen?
- Welke lichaamssignalen en gedachten heeft ze, wat zeggen deze? Wat heeft ze er mee gedaan?
- Opdracht nog een keer uitvoeren en het aantal ballen kiezen, wat voor haar nog prettig is.
- Transfer: als je deze week in een situatie terecht komt waar jij je niet fijn bij voelt, probeer datgene wat je vandaag hebt geleerd, toe te passen. Dus zeg dat je het genoeg vindt, geef je grens aan.

Terugblik oefening:

Anja rende de eerste keer achter alle ballen aan en was behoorlijk moe na een minuut. Ze had gedacht dat ze 6 ballen aan het rollen kon houden, dit waren er zelfs 10! Dit kan wat zeggen over haar zelfbeeld, dat ze zichzelf te laag inschat... Ze was tevreden met het aantal wat ze gehaald heeft. Tijdens de activiteit had ze gedacht 'waar ben ik mee bezig'. Ze was moe, maar ging toch door nadat ik haar heb aangemoedigd. Ze vond van zichzelf dat ze het moest volhouden, maar heeft niet geluisterd naar haar lichaamssignalen. Nu gingen we de oefening nog een keer doen, maar dan op zo'n manier, zodat het nog fijn en makkelijk te doen was voor haar. Anja vertelde dat ze nu veel meer rust kreeg, nu ze wist dat helemaal niets moest. Ze zit heel vaak in het iets moeten doen. Ze heeft *ervaren* dat haar nieuwe manier van doen (ander gedrag) haar veel meer rust geeft en ze eerder tevreden kan zijn. Toen ik zei dat ze nog wel wat meer ballen aan het rollen kon houden, zei ze heel duidelijk: 'nee, ik vind dit genoeg.' Ze gaf haar grens heel duidelijk aan. Door de transfer probeert ze buiten de zaal te *ontdekken* wat het verschil in resultaat is, wanneer ze haar oude en nieuwe gedrag vertoont, in sociale verbanden.

Oefening 6: assertiviteit, grenzen, spelen met houding

Activiteit:

Partijtje hockey, ieder een andere stick en een andere grootte van goal. Tijdens activiteit mag je aan de ander vragen of ze wil wisselen van stick en/of goal. Antwoorden mogen verschillen.

Rationale: Assertiviteit + grenzen + spelen met houding

Wat geeft meer effect, bij welke houding, stemgebruik, mimiek etc.

Doelstelling: Voor jezelf opkomen, grenzen aangeven, oefenen met houding

Interventies:

- Om te ruilen, eerst vriendelijk vragen en daarna wat dringender vragen (ikzelf voordoen, later mevr. hiermee laten oefenen)
- Veel scoren en mevr. hiermee uit laten lokken om verandering in het spel aan te brengen (ruilen van middelen) → grenzen + assertief
- Aangeven dat ik liever niet wil ruilen → voet bij stuk houden: 'nee, wil ik niet.'
- Ga rechtop staan, maak je groot en zeg dat je het niet wil en waarom niet. Wat merk je bij jezelf? Wat heeft meer effect denk je? (ik doe het voor om te laten ervaren wat het effect is)
- Transfer: In welke situatie was het verstandig geweest om een andere houding etc. aan te nemen, om meer effect te krijgen? Als je deze week in een situatie terecht komt waar jij je niet fijn bij voelt, probeer datgene wat je vandaag hebt geleerd, toe te passen. Dus neem een andere houding aan, zet een andere mimiek en stem op.

Terugblik oefening:

Anja wilde in het begin altijd wel ruilen met de sticks of het goal, als ik het vroeg. Wanneer zij een keer vroeg of ik wilde ruilen, zei ik 'nee'. Anja reageerde hier op met het gewoon maar laten gebeuren, ze ging door met het spel. Toen ik veelvuldig achter elkaar scoorde, gaf ze wat explicieter aan dat ze wilde wisselen van stick, omdat het zo niet eerlijk ging. Ik vond

het goed dat ze haar grens aangaf en wisselde de sticks om. Daarna wilde ik graag wisselen van goal, zodat ik het kleine goal kreeg. Ze zei dat ze dit liever niet wilde. Ik drukte mijn zin door, omdat ik dacht dat ik mijn zin toch wel kon krijgen bij haar. Dit heb ik Anja teruggegeven. We zijn gaan oefenen met het innemen van verschillende houdingen, mimiek en stemgebruik. Ik heb het eerst voorgedaan, zodat ze kon ervaren wat het voor een invloed heeft op haar. Ze vertelde dat een 'grotere' houding, strak gezicht en een wat zwaardere stem erge indruk op haar maakte. Nu was het haar beurt om te oefenen hiermee. Dit was moeilijk voor haar, maar uiteindelijk kwam ze heel krachtig over. Door de transfer probeert ze buiten de zaal te *ontdekken* wat het verschil in resultaat is, wanneer ze haar oude en nieuwe gedrag vertoont in sociale verbanden.

Sessie 5: oefenen/ ervaren

Oefening 7: lichaamssignalen, aandacht richten op je lichaam, ontspanning

Activiteit: Jacobson

Rationale: Aandacht richten alleen op je lichaam, verschil voelen tussen spanning en ontspanning, leren ontspannen. (in contact komen en blijven met je lichaam)

Doelstelling: Proberen puur de aandacht te richten op waar je mee bezig bent, door zich alleen te richten op het lichaam, waardoor lichaamssignalen worden waargenomen. Het verschil voelen tussen spanning en ontspanning, met het uiteindelijke doel zich te kunnen ontspannen.

- Transfer: Als je komende week een keer gespannen en/of emotioneel bent, probeer deze oefening dan eens uit te voeren en ervaar wat het effect is.

Terugblik oefening:

Anja vond dit een heerlijke oefening, ze dacht er daadwerkelijk veel aan te hebben. Haar gedachten waren puur bij haar zelf, bij haar lichaam. Ze voelde het verschil tussen gespannenheid en ontspannenheid. Ze werd bewust van haar lichaam, ze kon zich goed ontspannen door deze oefening. Door de transfer, hoop ik dat ze beter met stress en emoties om kan gaan dan hiervoor.

Sessie 6: oefenen/ ervaren

Oefening 8: Herhaling van oefening 7

Activiteit: Jacobson

Rationale: Bewust worden van het oude gedrag wat betreft het omgaan met stress/ emoties. Leren omgaan met stress/ emoties door in contact te komen met het lichaam en zich dan te ontspannen.

Doelstelling: Inzicht in de oude manier van omgaan met stress/ emoties en integreren van de ontspanningstechniek.

Terugblik oefening:

Anja heeft de oefening kort herhaald, hoe ze deze thuis had gedaan. Ze vond het toch prettiger als er een stem was die zei wat ze moest doen, want nu werd ze eerder afgeleid. Ik heb haar wat tips meegegeven. Ook hoe ze een gedeelte van deze oefening kan toepassen in een gespannen situatie. Bijvoorbeeld om in een gespannen situatie even hele harde vuisten te maken, om vervolgens weer te kunnen ontspannen.

Anja is zich bewust geworden van haar lichaam, ze merkt eerder op wanneer ze gespannen is en probeert dan weer te ontspannen door een gedeelte van de oefening toe te passen. Ze heeft

zicht gekregen op haar 'oude' manier van omgaan met stress en emoties en ze heeft *ontdekt* wat haar 'nieuwe' manier haar oplevert. Met als gevolg ze deze manier eigen heeft gemaakt.

Ontdekken (hier-en-nu, daar en toen)

Sessie 7:

Evaluatie, gevolgd door laatste afrondende oefening.

Oefening 9: In kaart brengen welke ontwikkeling er heeft plaatsgevonden

Activiteit: Symbolisch weergeven wat je van deze sessies hebt geleerd. Maak duidelijk met een aantal voorwerpen welke ontwikkeling je hebt doorgemaakt, bijvoorbeeld wat betreft grenzen en veroordelende gedachten naar je zelf. En pak een voorwerp wat symbool staat hoe je als persoon was toen je met de behandeling begon, hoe je nu bent en eventueel nog hoe je wilt worden.

Rationale: Welke verandering is opgetreden als persoon zijnde? Zelf bewust worden van de doorgemaakte ontwikkeling. Terugkijken.

Doelstelling: Bewust laten worden van de veranderingen die zijn opgetreden in manier van denken, voelen en handelen. Integreren van het geleerde nieuwe gedrag.

Terugblik oefening

Anja pakte voor de eerste opdracht waar ze met voorwerpen uit moest beelden wat ze geleerd had van deze sessies, een heleboel ballen. Ze vertelt: *'Eerst zou en moest ik alles zelf kunnen, ik eiste heel veel van mijzelf en als het niet lukte, lag het aan mij.'* Toen liet ze een heleboel ballen vallen en vertelt: *'Nu eis ik niet zoveel meer van mijzelf, ik ben eerder tevreden en als het niet lukt, hoeft het niet altijd aan mij te liggen. Ik doe wat voor mij fijn voelt.'*

Als laatste moest ze met voorwerpen uitbeelden, hoe ze als persoon was toen ze met de behandeling begon, hoe ze nu is en eventueel hoe ze nog zou willen worden. Anja had een heel wankel poppetje gemaakt van voorwerpen en vertelt daarbij: *'Dit was ik eerst, ik hoefde maar een klein 'zetje' te krijgen, dan was het gebeurd met me. Mensen konden zo over mij heen lopen.'* Vervolgens maakte ze een wat smaller poppetje, welke wat steviger stond en daarnaast legde ze wat gewichten. Hierover vertelt ze: *'Ik ben behoorlijk wat afgevallen, ik sta steviger in mijn schoenen, ik heb meer weerstand gekregen, ik ben een krachtiger persoon geworden!!!'* Bij de vraag hoe ze nog wilde worden, verteld ze: *'Het enige is dat ik nog wat smaller wil worden, maar over mijn persoon ben ik nu verder heel tevreden.'*

Literatuurlijst

-
- ¹ Elly Jeurissen & Mieke van Spanje (2001). *Rondom dik. Zin en onzin over zwaarlijvigheid*. Amsterdam: Ambo
- ² Dr. Pierre M.J. Zelissen (2001). *Obesitas en overgewicht. Oorzaken, gevolgen en behandeling*. Wormer: Inmerc bv.
- ³ http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1253n18950.html
- ⁴ <http://www.centrumovergewicht.nl/templates/RichContentZonder.aspx?PageID=28007>
- ⁵ Zie noot 2
- ⁶ Zie noot 2 en 5
- ⁷ Marlies Rekkers & Eljen Schoemaker (2002). *Gewichtige lichamen. Lichaamsbeleving en eetstoornissen*. Culemborg: Centraal Boekhuis bv
- ⁸ Peter Daansen (2005). *Leven met obesitas*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- ⁹ Hans Dagevos en Geert Munnichs (2007). *De obesogene samenleving. Maatschappelijke perspectieven op overgewicht*. © LEI -Wageningen Universiteit en Researchcentrum, Rathenau Instituut/ Amsterdam University Press.
- ¹⁰ Zie noot 7
- ¹¹ <http://www.naso-obesitas.nl/abstractboek%20.doc>
- ¹² Zie noot 8
- ¹³ Sandra Verbeeten (2007-2008). *Diagnostiek, indicatie en behandeling*, reader Windesheim G041
- ¹⁴ http://www.giantpt.com/Voeding/GIANT_Voeding_BMI.htm
- ¹⁵ Luuk W. Sietsma (2005-2006). *Bewegingagogie en psychomotorische therapie*, reader Windesheim G006