



Ik en MS, wat nu?

Wat kan psychomotorische therapie betekenen voor mensen die de diagnose multiple sclerose krijgen.

Student: Karlijn Oude Egberink

studentnummer: 302290

Begeleider: Dhr. Ad van de Ven

Beoordelaar: Dhr. Paul Hekking

School: School of Human movement and sports

Opleiding: Psychomotorische therapie en bewegingsagogie

Datum: 16-12-2009

Voorwoord

Deze scriptie dient als afsluiting van mijn opleiding tot psychomotorisch therapeut en bewegingsagoog en is gemaakt door Karlijn Oude Egberink student aan de hogeschool Windesheim te Zwolle. Tijdens mijn opleiding heb ik mijzelf kunnen ontwikkelen tot een psychomotorische therapeut junior. Ik ben veel te weten gekomen over de verschillende behandelmogelijkheden van diverse psychische klachten. Ook heb ik tijdens deze periode bij verschillende instellingen stage gelopen zoals mijn eindstage bij revalidatie centrum Viareva te Apeldoorn. Hier ben ik met verschillende doelgroepen in contact gekomen, zoals mensen met whiplash, kinderen met een dwarslaesie, kinderen met een aangeboren afwijking en mensen met multiple sclerose.

Aan de hand van mijn stage kwam ik erachter dat sommige mensen met multiple sclerose moeite hebben hun ziekte te accepteren en hier maar moeilijk mee om kunnen gaan. Hierdoor raakte ik geïnteresseerd voor dit onderwerp. Ik heb dan ook stage gelopen met de casus die later in deze scriptie beschreven staat. Helaas heb ik niet veel psychomotorische oefeningen met haar kunnen uitvoeren, want mijn stage liep ten einde.

Ik wil graag nog mijn begeleider Ad van de Ven bedanken voor de begeleiding tijdens het maken van deze casestudy en ook wil ik Dineke Jol bedanken die mij heeft geholpen wat betreft de theorie.

Deze scriptie geeft een duidelijk overzicht van wat psychomotorisch therapie kan betekenen voor mensen met multiple sclerose en dat in deze scriptie duidelijk leesbaar is door welke aspecten en theorieën ik tot deze conclusie gekomen ben. Veel lees plezier.

Inhoudsopgave

H1 INLEIDING	3
1.1 INLEIDING	3
H2 MULTIPLE SCLEROSE.....	5
2.1 ALGEMENE BESCHRIJVING	5
2.2 DE HERSENEN	5
2.3 OORZAAK MULTIPLE SCLEROSE.....	6
2.4 GEVOLGEN MULTIPLE SCLEROSE.....	6
2.4.1 Vermoeidheid.....	8
2.4.2 Pijn	9
2.5 REVALIDATIE PROCES.....	10
H3 CASUÏSTIEK	12
3.2 CASUS M.JANSEN.....	12
3.2 CLASSIFICERENDE DIAGNOSTIEK.....	13
3.3 HERMENEUTISCHE DIAGNOSTIEK.....	14
3.5 CONCLUSIE	15
H4. METHODEN EN THEORETISCHE KADERS.....	16
4.1 MODALITEITEN PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE	16
4.2 REFERENTIEKADER COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE.....	17
4.3 GEDRAGSTHERAPIE EN COGNITIEVE THERAPIE SAMEN COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE	18
4.4 SENSORY AWARENESS.....	18
4.5 KOPPELING HULPVRAAG AAN PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE.....	19
H5 BEHANDEL STRATEGIEËN	21
5.1 THERAPEUTISCH ATTITUDE.....	21
5.2 OPBOUW VAN DE THERAPIE	21
H6 CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	23
6.1 CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN.....	23
LITERATUURLIJST	25
BIJLAGE.....	27

H1 Inleiding

1.1 Inleiding

Mijn titel is Ik en MS, wat nu?

Mijn vraagstelling is, Wat kan een psychomotorische therapeut betekenen voor mensen die verder moeten leven met een lichamelijke beperking MS? *Volwassen die te horen krijgen dat ze multiple sclerose hebben lopen vaak tegen het probleem aan dat ze dit niet willen accepteren. Ze moeten hun hele leven en toekomst aan gaan passen aan hun ziekte. Dit blijkt erg lastig te zijn in de praktijk.*

Subvragen die ik ga beantwoorden bijbehorend bij dit onderwerp zijn;

- Wat is de definitie van multiple sclerose met de oorzaak en gevolgen?
- Wat is het revalidatie proces van een persoon met multiple sclerose?
- Wat kun je met Psychomotorische therapie betekenen voor mensen met multiple sclerose
- Welke theoretische kaders passen en bij de therapie gericht op multiple sclerose
- Welke behandel strategie pas je toe?

In hoofdstuk 1 wordt uitlegt worden waardoor deze casestudy tot stand is gekomen. Ook zal er uitgelegd worden op welke manier deze casestudy in elkaar zit. In hoofdstuk 2 zal er een algemene beschrijving worden gegeven van de ziekte multiple sclerose. Daarin zullen de oorzaken en gevolgen aan de hand van de motorische, sociale en psychische aspecten uitgelegd worden. Ook komt in dit hoofdstuk het stuk revalidatie proces aanbod. Hierin wordt uitgelegd welke therapie vormen diegene ondergaat binnen het centrum.

Hoofdstuk 3 zal een verhelderende blik geven op de casus die beschreven is met de uitwerkingen daarvan in verschillende diagnostische benaderingen. Hoofdstuk 4 geeft uitleg over de referentiekaders waarvan psychomotorische therapie principes gebruikt. Hierin wordt de cognitieve gedragstherapie nader belicht en uitgewerkt en ook zal de koppeling worden gemaakt naar de casus. Hoofdstuk 5 geeft een beeld van hoe de therapie eruit moet komen te zien aan de hand van therapeutische attitude en interventie mogelijkheden. Als laatste hoofdstuk 6 waarin de uiteindelijke conclusie geveld wordt met de aanbevelingen.

1.2 Verantwoording vraagstelling

Binnen mijn stage heb ik gewerkt met mensen met multiple sclerose. In het centrum werkt men als bewegingsagoog en voegt men steeds meer aspecten van psychomotorische therapie eraan toe. In enkele gevallen past men psychomotorische therapie toe omdat de cliënt hiervoor in aanmerking komt door een depressie. Ik merkte dat mensen met multiple sclerose veel moeite hadden om zich neer te

leggen bij de ziekte die zij hadden. De vrouwen met wie ik heb gewerkt, hadden moeite om hun levenssituatie en stijl aan te passen aan de ziekte die zij nu bij zich dragen. Ze hadden moeite om hun grenzen aan te geven en te accepteren dat zij de alledaagse bezigheden van eerder niet meer konden uitoefenen. Dit onderwerp interesseerde mij waardoor ik het heb gekozen voor mijn scriptie. Wat kan psychomotorische therapie voor deze mensen betekenen?

Voor mijn scriptie ben ik bezig geweest om te kijken welke principes ik uit de cognitieve gedragtherapie kan gebruiken binnen de psychomotorische therapie en ook wil ik aspecten van lichaamsbewustwording toepassen. Ook wil ik een stuk yoga gebruiken in mijn behandelplan, omdat je tijdens deze oefeningen vaak met je aandacht volledig bij je eigen lichaam moet zijn. Ik ben mij gaan verdiepen in de sensory awareness. Doordat de patiënten zich meer gaan richten op hun eigen lichaam, zullen zij eerder hun eigen grenzen voelen en dit eerder kunnen aangeven. Ook zal de ziekte ervoor zorgen dat grenzen verlegd moeten worden, ook hier zal ik nadruk op leggen. Ze leren omgaan met hun ziekte door hun energie te verdelen over de gehele dag en vooruit te kijken naar de rest van de week. Op deze manier zal men beter om kunnen gaan met deze ziekte en in zekere zin multiple sclerose accepteren.

H2 Multiple sclerose

In dit hoofdstuk zal eerst een helder beeld geschetst worden van de problematiek en ziekte van de cliënt die later in deze casestudy wordt uitgewerkt.

2.1 algemene beschrijving

Multiple sclerose is de meest voorkomende neurologische ziekte onder jong volwassenen. In Nederland lijden ongeveer 16.000 mensen aan MS. Wereldwijd is dit aantal 2.500.000 (Chorus A., et. al., 2006). Multiple sclerose is een chronische, progressieve aandoening van het centrale zenuwstelsel. Aan het einde van de ziekte valt het lichaamsafweersysteem de eigen zenuwen van het lichaam aan (Hintzen R.Q., et al., 1998).

3 vormen die binnen deze ziekte belangrijk zijn:

- Relapsing- remitting : wanneer de patiënt na een terugval of herstelperiode gedeeltelijk of zelfs volledig hersteld. Ongeveer 80% van de mensen met MS heeft deze vorm in het begin van de MS (Chorus, A. et. al., 2006).
- Secundair- progressief: wanneer de schade tussen de terugval of herstelperioden niet hersteld of verslechterd. Dit gebeurt vaak nadat het relapsing- remitting proces geweest is (Chorus, A. et. al., 2006).
- Primair- progressief: wanneer de schade en symptomen geleidelijk erger worden en er geen terugval of herstel momenten meer aanwezig zijn. Deze vorm komt bij minder dan 15% voor (Chorus, A.. et. al., 2006).

De ziekte begint vaak al in de jonge jaren, maar de diagnose wordt meestal vastgesteld tussen de 20e en de 40e levensjaren (Hintzen R.Q., et al., 1998).

2.2 De hersenen

De woorden multiple sclerose betekenen: harde plekken die op meerdere plaatsen voorkomen. Deze harde plekken bevinden zich in de hersenen en in het ruggenmerg (Weber, W.E.J et. al., 2001). Het centrale zenuwstelsel bestaat uit 2 onderdelen namelijk; de hersenen en het ruggenmerg. Hier vandaan lopen zenuwen naar het perifere zenuwstelsel. Het zenuwstelsel bestuurt ons reageren, organen en zorgt ervoor dat we kunnen voelen en denken. De zenuwen maken verbinding tussen hersenen en ruggenmerg en het gehele lichaam. De signalen die vanuit de hersenen ons lichaam worden ingestuurd, worden doorgegeven via de axon. Veel van deze axons worden beschermd door een isolerend laagje, myelineschede genoemd (Weber, W.E.J et. al. 2001).

Door ontstekingen rond de uitlopers wordt de myelineschede afgebroken. Deze ontstekingen ontstaan, omdat immuuncellen geactiveerd zijn om de myeline op te ruimen. Bij MS kunnen de immuuncellen niet goed het onderscheid maken tussen lichaamseigen stoffen en lichaamsvreemde stoffen. De littekens die ontstaan doordat de myeline wordt afgebroken om de uitlopers, worden ook wel 'plaque' genoemd. Doordat de myeline wordt afgebroken of vernietigd leidt dit ertoe dat prikkels minder snel of helemaal niet doorgegeven worden. Op deze plaatsen in de hersenen vallen, soms gedeeltelijk, functies uit. De coördinatie verloopt niet meer soepel of de controle over de bewegingen is weg (Blakeney P. et al., 2006). De zenuwen worden niet aangetast bij MS. Door de harde plekken die door MS worden veroorzaakt werkt het centrale zenuwstelsel niet zoals het behoort te functioneren. Daardoor ontstaan allerlei klachten zoals verlamningsverschijnselen en verstoringen in het gevoel (Weber, W.E.J et. al. 2001).

2.3 Oorzaak Multiple sclerose

Het precieze ontstaan van de ziekte is nog onbekend. Wel is gebleken dat hoe verder je van de evenaar woont hoe groter de kans is dat je deze ziekte krijgt. Verenigde staten, Europa, zuid – oosten van Australië zijn continenten en landen waar mensen een verhoogd risico lopen op MS (multiple sclerose, 2006). Volbloed Eskimo's, Bantoos en autochtone Amerikaanse indianen zijn groepen waar MS helemaal niet voorkomt. Ook is er uit onderzoek gebleken dat vrouwen een verhoogde kans lopen op MS, dit staat verhouding van 3 op 2 (Burnfield A., 1989).

Zoals hierboven beschreven staat is dé oorzaak van MS nog niet gevonden. Wel zijn er enkele veronderstellingen. Men heeft bedacht dat het ook mogelijk zou kunnen zijn dat MS ontstaat vanuit een virus. Dit virus zou lijken op het mazelenvirus. Het ontstaat in een vroeg stadium en in een later stadium komt het pas tot uiting. Dit heeft men nooit kunnen bewijzen. Wel hebben ze een verhoogde afweerstof gevonden in het centrale zenuwstelsel van mensen met MS. Alleen zijn deze afweerstoffen niet tegen één bepaalde virus gericht (Moors-Mommers, 1991)

Ook hebben ze onderzoek gedaan naar de mogelijke erfelijkheidsfactoren. Uit onderzoek is gebleken dat het niet erfelijk zou zijn, maar het komt wel zevenmaal vaker voor bij families waarin MS voorkomt. Het zou dus kunnen zijn dat men bepaald weefseltype overdraagt en dat het weefsel gevoeliger zou zijn voor MS. Ook zou het kunnen zijn dat het leefpatroon mee zou kunnen helpen aan het vergroten van de kans op MS (Moors-Mommers, 1991).

Er is in ieder geval wel iets duidelijk geworden uit verschillende onderzoeken en dat is dat het immuumsysteem wordt geactiveerd bij deze ziekte, maar hoe dat precies gebeurt weet nog niemand.

2.4 Gevolgen multiple sclerose

Multiple sclerose kent vele klachten, sommige klachten komen vaker voor dan anderen. Ook komen ze niet bij iedereen tot uiting.

Motorische klachten

- Spierzwakte, pijn en trillingen. Er treedt demyelinisatie op in het cerebellum. Het cerebellum regelt de bewegingen en coördinatie. Dit leidt tot licht krachtverlies of zelfs tot spierverslaving. Ook kan het zijn dat er trillingen ontstaan (intentietremor). Deze verschijnselen komen vaker voor bij de benen dan bij de armen en zijn vaak eenzijdig (Hintzen R.Q., et al., 1998). Ook kan er pijn ontstaan in de spieren en gewrichten. Dit is vaak het gevolg van de spierzwakte en stijfheid. Andere spieren nemen de activiteit over van de verzwakte spier of door de spasmen kan er vergroeiing ontstaan (Moors-Mommers, 1991).
- Aangezichtspijn. Het wordt veroorzaakt doordat de zenuw voor gevoelswaarneming wordt aangetast in de hersenen. Het zijn onplezierige, stekende pijnscheuten in het gezicht (Burnfield A., 1989).
- Coördinatie problemen. Demyelinisatie in het cerebellum kan ervoor zorgen dat je evenwichtsproblemen krijgt. Bij coördinatie problemen is het moeilijk om de bewegingen van de hand en vingers goed te doseren, dit kan leiden tot beven (Moors-Mommers, 1991).
- Bij ernstige problematiek loopt iemand met MS als een dronkenman, wijdbeens en slingerend. Ook kan het zijn dat je ogen snel heen en weer gaan flitsen, ook wel nystagmus genoemd, dit kan zorgen voor duizeligheid (Burnfield A., 1989).
- Oogklachten. Dit wordt ook wel Optische Neuritis genoemd. Het wordt veroorzaakt door demyelinisatie aan één of aan beide ogen. Dit kan lijden tot wazig zicht of zelfs tot totale verblindheid. Ook is het mogelijk dat er dubbel zich optreedt, dit komt doordat er demyelinisatie optreedt in het ruggenmerg. Daardoor wordt de boodschap uit de gewrichten geblokkeerd (Burnfield A., 1989).
- Pijn. Het kan veroorzaakt worden doordat er spierkrampen optreden of doordat mensen een andere lichaamshouding aannemen door MS. Het kan dan ook overal in het lichaam voorkomen (Moors-Mommers, 1991). Later wordt hier meer aandacht aan besteed.
- Vermoeidheid. Doordat vele activiteiten extra inspanning vergt kost dit meer energie en zijn mensen met MS dus eerder vermoeid. (Moors-Mommers, 1991). Ook kan het te maken hebben met de lichaamstemperatuur. Veel mensen met MS merken dat ze in de namiddag, begin van de avond vaak extra vermoeid zijn. Op deze uren is de lichaamstemperatuur van de mens vaak hoger dan op de rest van de dag (Burnfield A., 1989).

Sociale klachten

- Relatie en gezinsproblematiek. Niet iedereen heeft een partner of kinderen. Voor mensen zonder kinderen kan het moeilijk zijn om elke keer een vreemde te vragen of die de ander wil helpen. Binnen een gezin speelt acceptatie een rol. Partners of kinderen kunnen het er moeilijk mee hebben dat de lichamelijke van de persoon met MS elke keer wat achteruit gaat. Men kan niets meer vooruit plannen, de ander wordt steeds afhankelijker. Het leven wat men dacht te hebben valt uiteen (Moors-Mommers, 1991)

- Sociale contacten. Mensen met MS moeten door hun ziekte vaak activiteiten die ze voorheen deden laten vallen. Dit zou bijvoorbeeld sporten kunnen zijn. Veel mensen doen aan sport omdat het lichamelijk goed is, maar ook om mensen te ontmoeten. Mensen met MS moeten vaak deze activiteiten opzeggen, dit kan ten koste gaan van de sociale contacten. Ook zijn vele huizen, zoals van vrienden, niet toegankelijk voor rolstoel gebruikers. Hierdoor kan het zijn dat je minder bij hen op bezoek gaat. Hierdoor raken mensen met deze ziekte soms in een isolement als ze zelf geen initiatieven nemen om contacten aan te gaan op een andere manier (Moors-Mommers, 1991).

Psychische klachten

- Stemmingsstoornissen. Dit is niet een direct gevolg van MS. Het is logisch dat mensen met een chronische ziekte vaak neerslachtig zijn. Emoties die hierbij een rol spelen zijn vooral angst en onzekerheden, omdat het toekomstbeeld van de ziekte vaak onzeker is. Doordat de ziekte elke keer een achteruitgang doormaakt moet men elke keer weer een rouwproces doormaken, dit maakt het moeilijk (Moors-Mommers, 1991).

2 van de vele klachten zijn belangrijk voor de casus in deze scriptie. Deze klachten zijn pijn, vermoeidheid. Doordat dit veel voorkomende klachten zijn zal ik deze nader uitleggen.

2.4.1 Vermoeidheid

Vermoeidheid is een normaal verschijnsel na een zware inspanning. Het is iets anders dan futloosheid, door futloosheid begin je niet eens aan een activiteit. Vermoeidheid treedt op na een activiteit. Mensen die ziek zijn merken vaak dat de vermoeidheid abnormaal is, doordat ze bijvoorbeeld de rest van de dag geen energie meer hebben om andere dingen te gaan doen of, nog erger, om bijvoorbeeld je boodschappen tas uit te pakken. Dit geldt voor mensen met MS (Weber W.E.J. et al., 1996).

Mensen met multiple sclerose hebben vaak last van een abnormale vermoeidheid. De vermoeidheid treedt in snellere en ergere mate op dan bij mensen die niet ziek zijn en dan hebben we het vooral over MS patiënten (Moors-Mommers, 1991).

De vermoeidheid bij deze mensen is vaak constant aanwezig. Ook merken ze snel wanneer de vermoeidheid erger wordt. Het kan zo zijn dat mensen een stukje gaan lopen met de hond en dat ze na het wandelen de rest van de dag moeten gaan liggen om uit te rusten. Het gevoel uitgeput te zijn is vaak al een enorme handicap dat de dagelijkse verrichtingen niet meer uitgevoerd kunnen worden (Weber W.E.J. et al., 1996).

Dit fenomeen is onderzocht om uit te zoeken waar het vandaan komt, hier is nog weinig over bekend. Wel hebben ze speculaties dat de vermoeidheid kan voortkomen uit de pijn die mensen met MS hebben (Hintzen R.Q. et al., 1998).

Het is erg vervelend dat andere mensen niet kunnen zien dat deze mensen ziek zijn. Bij mensen stuit dit vaak op onbegrip. De ene week kan iemand met MS erg actief zijn, maar de week erop kan het maar zo zijn dat die persoon niets meer kan doen.

2.4.2. Pijn

Bij pijn maken cellen in het weefsel waar de pijn vandaan komt stofjes (onder invloed van cytokinen en mitogenen), die de zenuwuiteinden prikkelen waardoor een elektrisch signaal ontstaat.

Dit signaal wordt dan naar de hersenen gestuurd en daar ontvangen en vertaald als zijnde pijn.

Pijn is vaak een indirect gevolg van Multiple sclerose. Door MS kunnen er prikkelingen ontstaan in je ledematen wat weer voor pijn kan zorgen in je buik. Deze prikkelingen en verkrampingen kunnen ook pijn doen. Pijn heeft veel impact op het dagelijkse leven. Uit studies blijkt dat 44 % van de patiënten zegt dat pijn van invloed is op het slapen, 34% van de patiënten zegt dat de pijn van invloed is op relaties, 18% schaaft pijn bij de ergste drie symptomen, 5% vindt pijn het ergste symptoom. Slechts zeer weinig mensen worden doorverwezen naar een pijnspecialist (Smits S. MS centrum Nijmegen, 2007).

Pijn komt bij MS vaak in 3 vormen voor. Je hebt de kortdurende aanvallen, acute aanvallen en de chronische pijn. Hieronder zullen ze nader uitgelegd worden.

- Kortdurende aanvallen, ook wel paroxysmale aanvallen genoemd. De pijnen die onder deze groep vallen zijn aangezichtspijn en tik-achtige pijnen in armen en benen. Zoals al eerder benoemd bij aangezichtspijn komt de pijn vaak met stekende scheuten. Ze komen vaak aan één kant van het gezicht voor en dan vooral bij de neusvleugel en mondhoeken. Soms hebben MS cliënten ook wel een last van stekende pijnen rond de ogen. Dit komt weinig voor. De tic-achtige pijnen in armen en benen lijken op elektrische scheuten. Deze pijn treedt op tijdens een aanraking, temperatuur verschil of een beweging (pijnkliniek, Rotterdam).
- Acute aanvallen. Bij deze pijnsoort komt vooral pijn aan het oog en pijn bij de druk op een zenuw voor. Pijn aan het oog betekent een ontsteking aan de oogzenuw. De pijn is voelbaar achter het oog en vooral als het oog beweegt. Pijn bij druk op een zenuw ontstaan door beschadigingen aan de zenuw. Dit komt veel voor bij mensen die al in een rolstoel zitten. Bijvoorbeeld het vele leunen op je rechter arm, hierdoor treedt er beschadiging op en ontstaan er tintelingen aan de buitenkant van de onderarm (Moors-mommers, 1991).
- Chronische pijn. chronische pijn komt in vele vormen voor. Je hebt pijn in de armen en benen, pijn in de rug en pijnlijke spasmen in de benen. De pijn in de armen en benen komt door beschadiging in het ruggenmerg. Het pijngeleidend systeem in het ruggenmerg is verstoord, waardoor er pijnsignalen worden opgewekt en doorgestuurd naar de hersenen. Het is vaak een zeurend, kloppend en brandend gevoel wat vaker 's nachts voorkomt dan overdag. Waar de rugpijn vandaan komt is onbekend, waarschijnlijk komt het uit de spanning die de spieren ondergaan (pijnkliniek, Rotterdam). Mensen die deze pijn hebben, geven dit aan als een extreme pijn. Spasmen in de benen treden vaak op tijdens een

aanraking of tijdens een beweging. De pijn die voelbaar is wordt beschreven als trekkende en krampende pijn. Ook deze pijn komt voort vanuit het ruggenmerg (Smits. S., MS centrum Nijmegen,2007).

Zoals hierboven te lezen is zijn er vele aanpassingen nodig om echt om te kunnen gaan met MS. Dit blijkt echter erg lastig te zijn voor vele mensen. De activiteiten die ze voorheen deden willen ze graag weer oppakken en met dezelfde hoeveelheid energie en kracht uitoefenen. Wanneer blijkt dat dit niet meer kan zijn ze teleurgesteld en merken ze dat ze het lastig vinden om dit een plekje te geven.

2.5 Revalidatie proces

De basisdoelstellingen binnen een revalidatie proces zijn genezen en voorkomen van ziekten, binnen de revalidatie moeten deze basisdoelstellingen aangevuld worden met de preventie van invaliditeit en de preventie van handicaps (Krans D., 2008). Bij MS patiënten is de ziekte chronisch dus zal het onontkoombaar zijn dat er achteruit gang zit in het proces. Wel kan er binnen de revalidatie gezorgd worden dat het proces minder snel achteruit gaat en dat de persoon zelf leert hoe men het beste kan leven met deze ziekte. Allereerst zal er uitgelegd worden wat er nu gebeurt binnen een revalidatie centrum met mensen die de ziekte MS hebben.

MS kent meerdere facetten en meerdere aspecten van behandeling. Diagnostiek en directe behandeling kunnen meestal plaatsvinden vanuit de neurologische discipline. Gaat het echter over mobiliteit of het in stand houden van een bepaalde mate van activiteit, dan zijn fysiotherapie en revalidatie van belang (Weber W.E.J et.al. ,2001). Vanuit mijn ervaring wordt er binnen de revalidatie gewerkt op meerdere gebieden, een multidisciplinair team. Bestaande uit Ergotherapie, maatschappelijk werker, psycholoog, fysiotherapie, bewegingsagogie. Voor deze casestudy zijn er 3 die verder uitgelegd worden, dit omdat deze het meest van belang zijn. Deze 3 vakgebieden zijn; fysiotherapie, psycholoog en bewegingsagogie. Binnen deze 3 vakgebieden richt men de therapie op verschillende aspecten.

Binnen de fysiotherapie zal men de therapie voornamelijk richten op het lichamelijke aspect, de coördinatie en pijn problematiek die de cliënt ondervind. Bij bewegingsagogie kijkt men vooral naar de bewegingsgerelateerde activiteiten, zoals de vermoeidheid en de mogelijkheden die er voor deze cliënt open liggen en opgestart kunnen worden na de therapie. Bij de psycholoog zal men vooral kijken naar de psyche van de cliënt, het sociale leven wat de cliënt nog heeft naast haar ziekte en het thema acceptatie zal hier meer aan bod komen.

Zoals hierboven beschreven staat richt men bij fysiotherapie de therapie voornamelijk op het lichamelijke aspect. Het lichaam moet in beweging blijven en lichaamsdelen die gedeeltelijk uitgevallen zijn zullen getraind moeten worden door verschillende oefeningen. Het gaat er bij multiple sclerose niet om dat de fysiotherapeut probeert om de conditie en neurologische symptomen te verbeteren, maar het gaat erom dat het bestaande functioneren wordt gehandhaafd en onderhouden (Weber W.E.J et. al.,2001). Bij deze oefeningen zullen zij zich meer bezig houden met de coördinatie van de benen en de armen door middel van loop oefeningen en arm oefeningen, zoals een bal gooien.

Een bewegingsagoog houdt zich bezig met het opnieuw, nieuw of anders aanleren van

bewegingsvaardigheden en of bewegingsgedrag. Hiervoor worden vooral sport en spelsituaties gebruikt. Deze sport en spelsituaties dienen als doel of als middel ingezet te worden. Het plezier in het bewegen, samen met andere staat centraal. De bewegingsagoog probeert de context zodanig te manipuleren, opdat de revalidant zijn of haar eigen weg vindt, zonder aan haar te trekken. Wat heeft zij nodig om haar gewenste richting op te gaan. Zij zullen bij patiënten met MS ingaan op de bewegingsmogelijkheden van de patiënt. Welke sportdoelen liggen er nog voor haar open en welke zijn niet meer haalbaar (Krans D. 2008). Ook zorgt de bewegingsagoog ervoor dat het bewegingsgedrag aangepast wordt. Mensen met MS hebben een verminderde conditie en zijn erg snel vermoeid. Ook kampen ze, zoals al eerder beschreven is met pijn klachten. Door deze klachten zijn zij in mindere staat sport activiteiten uit te voeren, maar door middel van gedragsverandering en verandering in bewegingsvaardigheden zullen sommige activiteiten nog haalbaar zijn. Door deze activiteiten zal de patiënt leren omgaan met haar lichamelijke conditie.

De psycholoog zal zich vooral richten op het psychische aspect van de patiënt. Naast de ziekte heeft de patiënt ook nog een sociaal leven en nu een leven met de ziekte. Dit is een enorme omslag en hier moet de patiënt mee leren omgaan. Door middel van verschillende modellen en theorieën zullen deze zaken besproken worden en zal geprobeerd worden om de ziekte zo dragelijk mogelijk te maken. Een neuropsychologisch onderzoek heeft aangetoond dat vermoeidheid als meest hinderlijkste beperking hoort bij symptomen van MS, ook kwam hieruit naar voren dat een depressieve gestemdheid een comorbiditeit is van MS (Deelman B.G., et. al. ,2004). Het is dan ook van belang dat psychologen ervoor zorgen dat ze het zelfvertrouwen van de cliënt en de zelfbepaling optimaliseren (Deelman B.G., et al. ,2004).

Maar waarom pmt als de psycholoog ook al bezig is met de psyche van de cliënt. Juist omdat psychomotorische therapie ook bezig gaat met het lichaam. Geest en lichaam blijken het een mooie toegevoegde waarde te zijn!

De vraag die voor deze casestudy wordt gebruikt komt nu aan orde. In bovenstaande komt geen psychomotorische therapie voor, maar zou deze therapie vorm wel kunnen worden toegepast binnen de revalidatie en dan specifiek voor mensen met multiple sclerose?

H3 Casuïstiek

Om duidelijkheid te krijgen over de casus wordt in dit hoofdstuk de casus uitgelegd en verder geanalyseerd door middel van verschillende benaderingen. Deze zijn de classificerende, hermeneutische en kritische benadering.

3.2 Casus M.Jansen

Er wordt gebruik gemaakt van 1 casus, van mevrouw M. Jansen. Zij heeft voor een langere tijd poliklinisch gerevalideerd, 2 keer in de week 2 uur therapie, in het revalidatie centrum ViaReva. Het normale revalidatie programma duurt 6 weken. Waarna een tussen evaluatie wordt gehouden om het proces te bespreken. Als dit voldoende blijkt te zijn stopt het revalidatieproces. Als dit onvoldoende blijkt te zijn wordt het proces met 6 weken verlengd tot de volgende tussen evaluatie.

** De casus die gebruikt is, is gebaseerd op een echt verhaal, de naam is echter fictief in verband met de privacy.*

Casus: Mevrouw Marian Jansen is 34 jaar woont samen met haar vriend en heeft multiple sclerose. Deze diagnose is in januari 2008 vastgesteld. Het begon bij haar met verlamningsverschijnselen in haar linker been en linker arm. Ze kon niet meer opstaan en merkte dat ze geen gevoel meer had in haar been. Zij is direct opgenomen in het ziekenhuis waarna de diagnose werd gesteld. Nadat ze ontslagen was uit het ziekenhuis heeft ze altijd een verminderde functie in haar linker been en haar linker arm gehouden. Ook kreeg ze last van extreme vermoeidheid. Ze merkte dat ze hier erg veel moeite mee had. September 2008 kwam ze terecht in het revalidatie centrum waarna ze behandeld is. Ze wil heel graag haar oude leven weer oppakken. Vroeger liep ze veel hard en ze was erg sportief, door haar ziekte kan ze deze activiteiten niet meer doen. Inmiddels is ze verhuisd naar een ander huis, wat meer toekomst bied voor haar. Er zijn vele aanpassingen mogelijk zoals een stoeltjes lift. Ze wil er zo min mogelijk aan denken. Haar vriend heeft af en toe moeite met haar ziekte. Je ziet niets aan haar, maar toch is ze erg moe, soms vind hij het moeilijk om hier mee om te gaan. Ook vrienden van haar merken dat ze op het ene moment erg actief kan zijn, maar niet veel later geen puf meer heeft om nog een verjaardag bij te wonen. Mevrouw E. Jansen heeft dan het gevoel dat ze niet serieus genomen wordt en dat haar vrienden haar in de steek laten. Terwijl ze af en toe ook heel meelevend zijn en haar een bed aanbieden om uit te rusten. Door deze gebeurtenissen voelt ze zich soms best eenzaam.

Vroeger hebben haar ouders erg gehamerd op het feit dat ze hard moet werken om iets te bereiken. Prestatie was altijd erg belangrijk, in het sociale leven, op het werk maar ook op sport gebied. Mevrouw M. Jansen heeft altijd veel gewerkt. Doordat ze verlamningsverschijnselen kreeg en de diagnose MS is ze minder gaan werken. Ze begeleid jongeren binnen een instelling.

Ze vindt het moeilijk om dit werk los te laten. Dit alles maakt dat ze opkijkt tegen de toekomst. Het zal alleen nog maar erger worden. Al met al zit ze in een negatieve spiraal en vind het moeilijk om hier uit te komen.

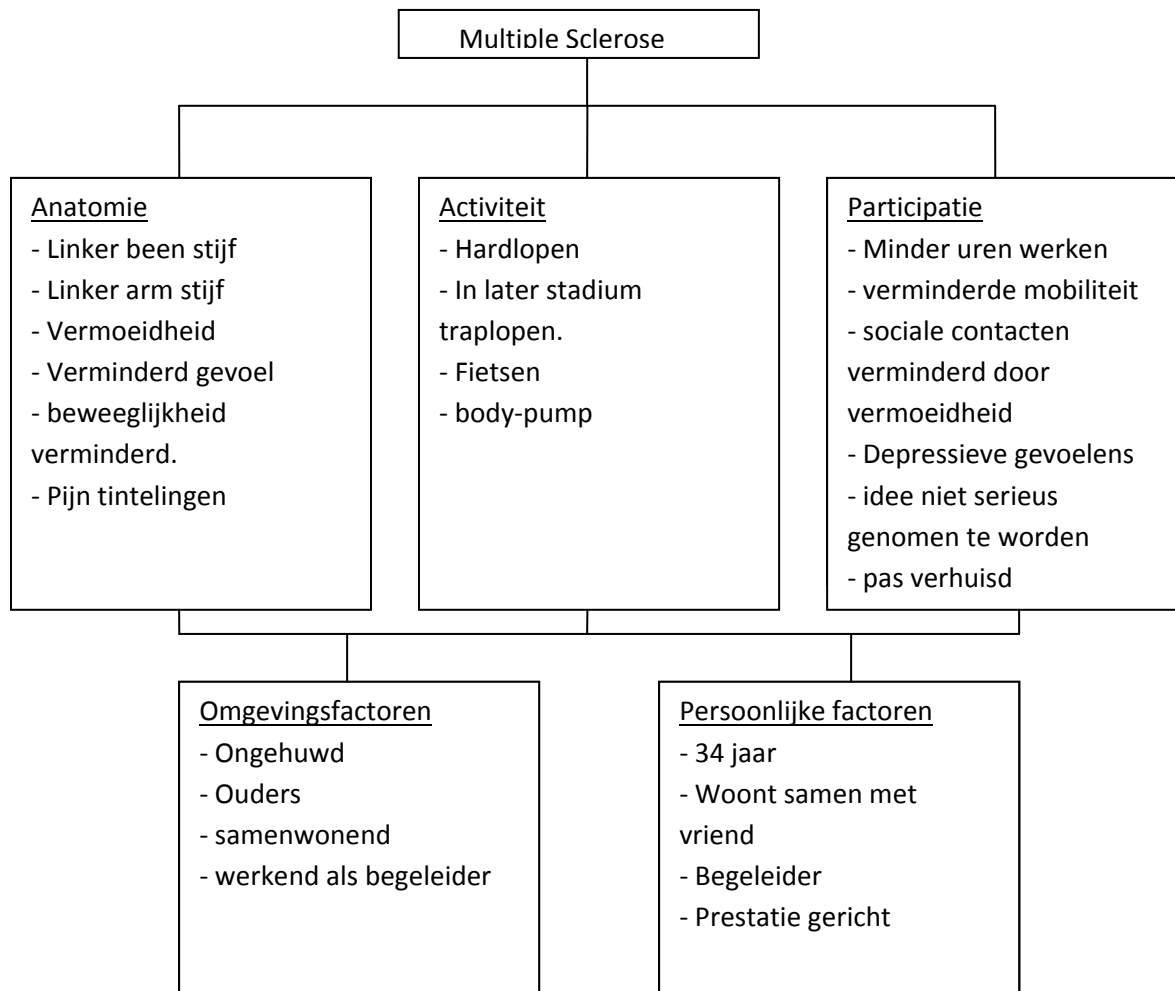
Om tot een goed behandelplan en diagnose te komen maakt men gebruik van 3 invalshoeken. Namelijk; Classificerende invalshoek, Hermeneutische invalshoek en Kritische invalshoek. Met deze invalshoeken probeert men de informatie die men van de cliënt heeft te analyseren om zo het probleem / hulpvraag naar voren te halen.

3.2 Classificerende Diagnostiek

Bij de classificerende diagnostiek kan men gebruik maken van verschillende modellen. Bij deze casus wordt gebruik gemaakt van het ICF-model. Dit model wordt veel toegepast binnen de revalidatie. ICF-model is een afkorting van de Engelse benaming "*International Classification of Functioning, Disability en Health*". Het wordt wereldwijd gebruikt binnen revalidatie centra. Doel ICF-model is om doormiddel van het in kaart brengen van begrippen op dat terrein een basis te leggen voor een gemeenschappelijke basistaal (World Health organization, 2002).

ICF model bestaat uit 2 componenten namelijk:

- Anatomie, activiteit en Participatie. Deze wordt bekeken vanuit het perspectief het menselijk functioneren in de maatschappij.
- Externe en persoonlijke factoren. Deze wordt bekeken vanuit het perspectief van het functioneren en de problemen daarmee.



3.3 Hermeneutische diagnostiek

Mevrouw E. Jansen woont samen maar haar vriend. Hij begrijpt haar niet altijd. Dit blijkt voor haar erg moeilijk te zijn. Ze houdt zich erg vast aan haar verleden. De bestedingen en activiteiten die zij vroeger met veel plezier uitvoerde en ervoer, lijken nu te moeilijk te zijn. Vanuit vroeger is ze opgegroeid in een prestatiegerichte cultuur. Ze moest veel dingen kunnen en het liefst een hoge opleiding volgen. Uiteindelijk is ze als begeleider in de jeugdzorg aan de slag gegaan. Haar ouders waren hier ook wel tevreden mee. Haar baas verwacht grote inzet van haar, dit wil ze dan ook graag waarmaken. Ondanks haar vermoeidheid durft ze geen nee te zeggen bij vragen van haar baas of andere mensen in haar omgeving. Hierdoor wordt het verleden achter je laten alleen nog maar moeilijker wordt. Hier loopt ze nu tegen aan.

Binnen de hermeneutische diagnostiek kan er ook gebruik gemaakt worden van de modellen uit de classificerende diagnostiek. Het is dan wel belangrijk dat deze op een beschrijvende manier op papier komen te staan. Hieronder staat de LECS beschreven. Een vorm die zich toespitst op het lichamelijke, emotionele, cognitieve en sociale aspect. Op deze manier wordt er een helder beeld geschetst van de problemen waar Marian tegenaan loopt.

L. Lichamelijk heeft Marian klachten, zoals verlamningsverschijnselen en pijn tintelingen, ook heeft ze erg veel last van extreme vermoeidheid na een activiteit.

E: Marian merkt dat ze zich soms onbegrepen voelt doordat ze snel vermoeid is. Ze merkt ook dat haar stemming vaak wisselt, deze is vaak negatief.

C: Marian wil graag alles goed doen in haar leven en is vanuit vroeger prestatie gericht opgevoed. Dit uit zich op haar werk en in haar sociale leven, zoals klaarstaan wanneer vrienden dit willen. Ze denkt vaak negatief, bijvoorbeeld: *als ik niet ga sporten dan vinden ze mij een afhaker*. Nee, zeggen durft ze niet, ook vanwege haar negatieve gedachten die zich toespitsen op zichzelf.

S: Marian woont samen met haar vriend. Ze hebben samen ook een vriendengroep waar ze wel eens mee uitgaan en waar ze komen op verjaardagen. Hier hebben ze niet altijd begrip voor haar ziekte.

3.4 Kritische diagnostiek

Haar vriend vindt het lastig om te accepteren dat zijn vriendin het ene op het andere moment niet meer mee kan gaan naar een feestje vanwege haar vermoeidheid. Het is niet aan haar te zien dat ze een ziekte/ beperking heeft want ze zit nog niet in een rolstoel. Ook haar vrienden snappen het soms niet en kunnen dan erg geïrriteerd reageren, terwijl ze soms ook wel meelevend zijn en op verjaardagen daar even op bed mag liggen.

Haar ouders hebben haar vroeger erg gepusht om alles eruit te halen wat erin zit. Vooral veel dingen aanpakken en kijken waar je uitkomt. Het was vroeger erg belangrijk om een sport uit te oefenen, maar ook erg belangrijk om hier erg goed in te zijn! Helemaal voor de sport gaan was vroeger erg normaal. Hierdoor merkt ze nu nog steeds dat ze erg prestatie gericht is en als ze bijvoorbeeld verliest of dingen niet aan kan pakken ze vindt het vervelend dat ze het gevoel heeft dat ze faalt. Dit gevoel is voor haar zelf, maar ook tegenover een ander.

3.5 conclusie

Uit bovenstaande is gebleken dat mevrouw M. Jansen tegen best wat problemen aanloopt. Zij heeft veel last van haar vermoeidheid, doordat ze vaak over haar energie niveau gaat. Draaglast weegt zwaarder dan de draagkracht. Ze vindt het moeilijk haar grenzen aan te geven en bewust te zijn van haar lichaamssignalen. Ze vindt het moeilijk om haar ziekte te accepteren met het zicht op de toekomst. Het is een neerwaartse spiraal. Hierdoor merkt ze dat ze zich soms somber en eenzaam voelt. Dit wordt bekrachtigd doordat ze vanuit haar omgeving soms onbegrip voelt. Ze wil dolgraag haar oude leven weer oppakken en verder gaan met de plannen die ze voor ogen had, maar dat gaat niet meer.

H4. Methoden en theoretische kaders

In dit hoofdstuk zal duidelijk worden welke methoden en theoretische kaders belangrijk zijn voor het behandelen van mevrouw M. Jansen binnen psychomotorische therapie. Dit wordt gedaan aan de hand van modaliteiten die een belangrijke rol spelen binnen de therapie en ook aan de hand van een referentiekader, waaruit aspecten worden gehaald die men kan toepassen binnen de therapie.

4.1 Modaliteiten psychomotorische therapie

Bij psychomotorische therapie wordt er gewerkt met verschillende modaliteiten die vorm geven aan de therapie en zo een rol spelen bij de behandeling van de cliënt. De modaliteiten zijn; Oefenen, Ervaren en Ontdekken

Aan de hand van de problematiek richt men zich eerst op één van bovenstaande modaliteiten.

Bijvoorbeeld bij mevrouw M. Jansen kan de therapeut ervoor kiezen om zich eerst te richten op Oefenen. Oefenen met ander gedrag. Oefenen met verschillende activiteiten en daarbij ander gedrag laten zien. Zoals gedrag waarbij ze haar eigen grenzen durft aan te geven. Gedrag waarin ze laat zien dat ze zich bewust is wat er in haar lichaam gebeurt. Bij een volgende sessie kunnen ze overgaan naar ervaren, wat ervaart zij in haar lichaam als zij ander gedrag laat zien en wat doet dat met haar als persoon.

Doordat er een vloeiende overgang zit bij het kiezen van de modaliteiten en de daaruit voortkomende activiteiten, zorgt de therapeut ervoor dat er altijd een aangepast aanbod is voor de cliënt wat zich richt op de problematiek.

De modaliteiten die voor deze casestudy gebruikt worden zijn Oefenen en Ervaren. Oefenen komt voort uit de behavioristische benadering en wordt gebruikt binnen de cognitieve gedragstherapie. Ervaren komt voort uit de humanistische benadering en wordt toegepast in de Cliënt Centered therapie (Sietsma L., 2004).

Bij modaliteit oefenen zorgt de therapeut voor een duidelijke structuur met oefeningen, binnen deze structuur wordt de cliënt geconfronteerd met haar eigen lichaamservaringen. Op deze manier probeert de therapeut het belevingsvermogen, waarnemingsvermogen te vergroten. Hoofddoel van deze modaliteit is dat de cliënt contact krijgt en contact houdt met zijn eigen lichaam en omgeving (Sietsma L., 2002).

ATTITUDE Van de therapeut bij modaliteit oefenen: Structuur en veiligheid om te oefenen. Ook mag de cliënt zelf structuren als de behandeling dit toelaat.

Bij modaliteit ervaren gaat het erom dat de cliënt leert om te experimenteren met gedragsalternatieven en de effecten van deze alternatieven op haar gedrag. De onderlinge aspecten als voelen, denken en handelen zijn met elkaar verweven (Sietsma L., 2002). Ook binnen deze modaliteit staat structuren

centraal, bij deze vorm richt men zich al wat meer op het zelf structureren. Want zodra de therapie afgelopen is zal zij zich buiten de therapiesessies ook zelf moeten structureren.

ATTITUDE: het leren zelf structureren, sturen en begeleiden.

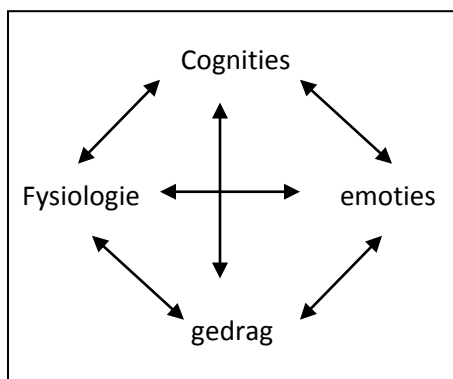
4.2 Referentiekader cognitieve gedragstherapie

De Cognitieve gedragstherapie is voortgekomen uit het behaviorisme en de cognitieve psychologie. De mens wordt gezien als een informatieverwerkend systeem, bepaalde interpretaties worden opgenomen en deze interpretaties beïnvloeden ons gedrag. Het is zo dat niet iedereen hetzelfde reageert, iedereen reageert verschillende op een situatie. De mens wordt niet verstoord door de dingen, maar door de manier waarop hij ze beschouwt aldus Beck, 1979. Deze interpretaties kunnen negatief, maar ook positief zijn, ze kunnen globaal (veelvoorkomend), maar ook specifiek zijn (alleen voor die situatie), ze kunnen intern (gericht op jezelf) of extern (gericht op een ander) zijn. Deze interpretaties worden ook wel attributie genoemd (Weerman A., 2006).

Bij cognitieve gedragstherapie is het erg belangrijk dat de therapeut behulpzaam is aan de cliënt bij het controleren of de cliënt een bepaalde situatie op de meeste rationele manier uitlegt en zij hierbij het gedrag vertonen wat overeenkomt met de uitleg (Scott M.J., et. al. 1998). Uiteindelijk worden de disfunctionele ideeën en wijzen van informatie verwerken veranderd en omgebogen. (Beck A.T., 1993).

Mevrouw M, Jansen heeft veel last van dergelijke disfunctionele gedachten dat dit haar dagelijks functioneren beïnvloed. Gedachten die bij Marian zouden kunnen horen zijn; *Ik moet wel hard werken anders zal de baas mij wel een lui persoon vinden, Ik moet veel naar de sportschool om goed in vorm te blijven en het is erg gezond voor mijn lichaam, ik moet wel naar alle verjaardagen anders verlies ik mijn vrienden, Ik kan geen nee zeggen anders denkt de baas dat ik geen initiatieven neem etc. Ik moet goed mijn best doen, anders waarderen mijn ouders mij niet en zijn zij niet trots op mij.* Zo zouden we er nog wel meer op kunnen noemen.

Cognitief model door Beck & Ellis (M.J.Scott 1998) *vicieuze cirkel, wederzijdse beïnvloeding.*



Dit zijn allemaal vormen van interpretaties (attributie) die wij waarnemen en vervolgens uiten in ons gedrag. Het is als een vicieuze cirkel. Het is erg moeilijk om hier uit te komen. De cognities beïnvloeden

je emotie wat leidt tot een bepaald gedrag. Dit gedrag zorgt weer voor verschillende emoties en fysiologische klachten, wat weer kan leiden tot bepaalde cognities. Een vicieuze cirkel. Vanuit hier kunnen we starten met een therapie en cognitieve gedragstherapie principes gebruiken in de psychomotorische therapie. Irrationele gedachten ombuigen is moeilijk, vooral als je ermee bent opgegroeid. Daarom is het belangrijk om na te denken over een mogelijk vervolg.

Binnen de cognitieve gedragstherapie maakt men ook veel gebruik van het G-schema. Dit schema maakt een overzicht van wat de gedachten en gevoelens van een persoon zijn, door een helder overzicht te maken van gebeurtenis, gevoel, gedrag, gevolgen en geef oplossing. Met dit schema wil de therapeut duidelijk maken dat gedachten en gevoel je gedrag beïnvloeden en dan deze irrationele gedachten ook vervangen kunnen worden door betere, positievere gedachten (Weerman A., 2006).

4.3 gedragstherapie en cognitieve therapie samen cognitieve gedragstherapie

Gedragstherapie en cognitieve therapie zijn samen gegaan en is cognitieve gedragstherapie geworden. Ook kunnen we deze twee benaderingen van elkaar onderscheiden.

Gedragstherapie komt voort uit het behaviorisme, die zich uitsluitend bezig hielden met waarneembaar gedrag. Deze vorm ontstaan in de jaren 50. Deze vorm van therapie richt zich dus meer op het gedrag van de cliënt. De therapeut probeert binnen de therapie door middel van veel doen gedragsverandering op te laten treden. Men gaat ervan uit dat men verkeerd gedrag heeft aangeleerd (Scott M.J., et. al. 1998). Doordat men verkeerd gedrag heeft aangeleerd ontstaan er allerlei emotionele problemen, die opgelost kunnen worden door ander gedrag aan te leren (Weerman A., 2006)

Cognitieve psychologie ontstond in de jaren 60 van de vorige eeuw. Elk iets wat een persoon waarneemt wordt door iedereen op een verschillende manier geïnterpreteerd. En deze interpretatie kunnen functioneel of disfunctioneel. Binnen de cognitieve therapie probeert men de disfunctionele waarnemingen of ook wel stimuli genoemd, te veranderen naar een beter manier van waarnemen, denken of stimuli (Weerman A., 2006). Bij cognitieve therapie is de therapeut meer gericht op het toetsen van gedachten en krijgen van nieuwe informatie. Op deze manier worden de gedachten bijgesteld, waardoor het gedrag veranderd (Scott M.J., et al. , 1998).

4.4 Sensory Awareness

Sensory awareness werd in 1974 ontwikkeld door onder anderen Charlotte Selver en komt voort uit het boeddhisme. Het richt zich op het opmerkzaam verkennen van wat we ervaren bij het zitten, staan, lopen en liggen (Tophoff M.M., 2004). Bij deze theorie staat het experimenteren centraal. De cliënt, in dit geval mevrouw M.Jansen, leert om opmerkzaam te zijn voor de inhoud en de vorm van veranderingen in haar lichaam. Op deze manier leert de cliënt omgaan met ontspanning en levendigheid, aldus Michael Tophoff (Tophoff M.M., 2000). Hiermee bedoeld hij dat het belangrijk is dat de cliënt leert dat ze iets kunnen laten gebeuren en leren het toe te staan. Ze leren bewust om te gaan met hun energie.

Sensory awareness is niet hetzelfde als Mindfulness van Kabat-Zinn. Bij mindfulness gaat het wel om het oefenen en worden om ander yoga oefeningen gebruikt. Bij Sensory Awareness gaat het om het experimenteren, een verkennende vorm in opmerkzaamheid, maar beide vormen zijn erop gericht dat men waarneemt wat er gebeurt in het lichaam (Tophoff M.M., 2004). Bij sensory awareness wordt geleerd hoe er omgegaan moet worden met de draagkracht en draaglast. Hier moet een fysiek balans in gevonden worden. Wat er weer voor zorgt dat er bewuster omgegaan wordt met de activiteiten waar de cliënt mee bezig gaat en hoe het lichaam daarbij functioneert (Tophoff M.M., 2004).

De nadruk van sensory awareness ligt op de boeddhistische verbinding tussen persoon en omgeving. Het gaat om de ondersteuning, autonomie, verbinding en bereidheid. Deze concepten zijn van invloed op het proces van sensory awareness voor de cliënt (Tophoff M.M., 2004).

4.5 koppeling hulpvraag aan psychomotorische therapie

De psychomotorische therapeut zou van grote invloed kunnen zijn binnen het revalidatie proces van een patiënt met MS. Zoals hierboven beschreven staat wordt de cliënt belemmerd door haar ziekte in het dagelijks functioneren. Zij kan niet meer de dagelijks activiteiten uitvoeren die zij normaal deed. Ook merkt ze dat haar grenzen verlegt worden door haar ziekte, ze kan steeds minder naarmate de ziekte een verder stadium bereikt. Dit valt haar erg zwaar. Haar vrienden proberen haar daar waar mogelijk te steunen, maar ook van deze kant krijgt zij niet altijd begrip voor haar ziekte. De pijn waar zij mee door het leven gaat blijkt niet altijd dragelijk te zijn en de vermoeidheid breekt haar vaak op.

Hulpvraag van de cliënt:

- Ik wil graag leren hoe ik mijn dagelijkse bezigheden, zoals werk, het beste op kan pakken zodat ik nog genoeg energie overhoud om 's avonds niet helemaal vermoeid te zijn.
- Ik wil graag leren hoe ik het beste met mijn ziekte kan omgaan met zicht op mijn toekomst.
- Ik wil graag leren omgaan met mijn pijn die ik regelmatig in mijn linker been voel.

Bovenstaande hulpvragen zouden goed binnen de psychomotorische therapie kunnen. Deze punten zouden omgezet kunnen worden in thema's waar de therapeut op in kan spelen. Hieronder zullen er enkele thema's uitgelegd worden die aansluiten bij de psychomotorische therapie.

- Lichaamsbeleving / bewustwording: Door het leren herkennen van haar lichaamssignalen leert M. Jansen om hier bewust van te worden zodat zij haar levensstijl hieraan kan aanpassen.
- Grenshantering: Doordat ze vaak over haar grenzen gaat is het belangrijk om het thema grenshantering toe te passen. Door dit thema zal zij leren om op tijd te stoppen en leren om te gaan met haar lichamelijke grenzen.
- Acceptatie: Acceptatie speelt een grote rol binnen de therapie. Ze zal moeten leren dat niet alles meer mogelijk is en dat zij op langere termijn steeds minder kan doen. Door hiermee te leren omgaan, zal de prognose dragelijker worden.

Zoals al eerder genoemd is lichaamsbewustwording erg belangrijk. Dit thema loopt als een rode draad door de therapie heen. Lichaamsbewustwording zou kunnen worden toegepast in het thema grenshantering, omdat mevrouw M. Jansen niet weet waar haar grenzen liggen en met deze methode hier bewust van kan worden. Zodra ze meer bewust is van haar lichaamssignalen zal zij leren om beter om te gaan met haar ziekte en op deze manier haar ziekte leren accepteren of beter gezegd, Leren omgaan met haar ziekte. Het uiteindelijke doel is dan acceptatie van haar ziekte multiple sclerose.

Dit blijkt goed aan te sluiten bij cognitieve gedragstherapie waarin men stilstaat bij de cognitie van de cliënt en hiermee gaat oefenen. Uit de diagnose blijkt dat zij belemmerd wordt door haar prestatie gedachten. Door hierop in te spelen en te gaan oefenen met andere gedachten zal het gedrag veranderen. Attributie speelt hierin een belangrijke rol. Sensory awareness is ook een methode die goed aansluit bij deze casus. Zoals uit de theorie naar voren kwam richt men zich bij sensory awareness op de waarneembare signalen in het lichaam. De cliënt leer toe te staan dat er wat gebeurt met het lichaam. Op deze manier leert M.Jansen dat er vermoeidheid optreedt in het lichaam en hiermee om te gaan, het toe te laten. Op deze manier zou zij beter haar grenzen leren aanvoelen.

Sensory awareness zou goed uitgevoerd kunnen worden door middel van verschillende ontspanningsoefeningen en yoga oefeningen. Door de yoga oefeningen komt er ook een stukje mindfulness bij kijken.

H5 Behandel strategieën

In dit hoofdstuk zal er meer ingegaan worden over de structuur van de therapie. Er zal uitgelegd worden wat de rol van de therapeut is en welke interventies er toepasbaar zijn.

5.1 Therapeutisch attitude

Uit voorgaande theoretische uitleg is gebleken dat de cliënt uit de Casus problemen heeft met grenshantering en lichaamssignalen. Acceptatie zal een algemeen doel zijn die binnen beide vormen naar voren zal komen.

De attitude van de therapeut zal een grote rol spelen binnen de therapie. M. Jansen is prestatie gericht en wil haar ziekte niet accepteren. Het is belangrijk dat de therapeut in de eerste weken tijdens de oefeningen die gericht zijn op het oefenen, een structurerende rol aanneemt. Ook is het belangrijk dat de therapeut een veilig situatie neerzet waarin de cliënt zelf veiligheid ervaart om op deze manier te oefenen met ander gedrag. Het andere gedrag zal dan zijn, meer luisteren naar haar eigen lichaamssignalen. De therapeut gaat een samenwerkende relatie aan en op deze manier traint hij de cliënt om ander gedrag aan te leren.

In een later stadium van de therapie is men vooral gericht op het ervaren. Het ervaren dat het andere gedrag goed is. Ze zal ervaren dat dit ten goede komt van de snelle achteruit gang van haar ziekte, dat ze hierdoor meer energie overhoudt. Daarbij is het belangrijk dat de therapeut meer structuur uit handen geeft en ervoor zorgt dat M. Jansen meer de leiding gaat nemen en de structuur gaat bepalen. Zodat ze deze structuur toe kan passen in haar dagelijks functioneren.

5.2 Opbouw van de therapie

ViaReva werkt vooral vanuit de cliënt gerichte benadering. Deze benadering is niet gebruikt bij de benadering van deze casestudy. Binnen deze casestudy is gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie gericht op mindfulness en sensory awareness. Deze theorie is gebruikt omdat de hulpvragen nauw aansluiten bij deze theorie. Ze gaan over innerlijke gevoelens, ze kunnen ingezet worden bij pijn en vermoeidheid en ze kijken niet terug op het verleden maar bij deze theorie gaat het over het hier en nu. Dit blijkt erg belangrijk te zijn voor de casus die is gebruikt.

Thema's die naar voren komen uit de casus:

- lichaamsbeleving
- grenshantering
- Uiteindelijk doel = Acceptatie (of ook wel het leren omgaan met je ziekte)

Zoals al eerder benoemd in hoofdstuk 4 loopt lichaamsbeleving als een rode draad door de therapie heen. Het is belangrijk dat dit het begin wordt van de therapie. Doordat ze eerst haar lichaamssignalen leert herkennen en hier bewust van wordt kan zij aan de hand van deze signalen haar grenzen aangeven wat uiteindelijk leidt tot het leren omgaan met haar ziekte.

Tijdens de therapie is het belangrijk om in te gaan op de attributie die speelt bij de cliënt. M. Jansen. Dit is waarschijnlijk een oorzaak waardoor zij elke keer over haar grenzen gaat. Zij heeft irrationele gedachten en deze beïnvloeden haar gedrag. Ze luistert niet meer naar haar eigen gevoelens, maar puur naar haar cognitie. Deze attributies zijn: *Ik moet hard werken en alles doen wat mijn baas zegt anders wordt ik misschien wel ontslagen. Ik moet altijd klaar staan voor mijn vriendinnen, anders willen ze geen vriendinnen meer zijn.* Dit zijn allemaal irrationele gedachten die waarschijnlijk vroeger zijn ontstaan toen ze alles goed moest doen van haar ouders, want alleen op deze manier werd ze beloond. Deze gedachten moeten omgedraaid worden naar positieve gedachten. Dit kan door middel van het G-schema.

Ook is het belangrijk om in deze tijd het thema lichaamsbeleving aan te halen. Door oefeningen te doen om zo haar eigen grenzen beter te leren voelen zal ze hier meer bewust van zijn en op deze manier hier mee kunnen leren omgaan. Als zij bewust is van haar irrationele gedachten en deze weet om te buigen naar rationele gedachten en zich meer bewust is van haar lichaamssignalen zal dit alles ervoor zorgen dat zij beter met haar ziekte kan omgaan en in zekere zin haar ziekte leert accepteren. Rationele gedachten die dan ontstaan; *Mijn baas wordt niet boos als ik aangeef dat ik die taak niet kan uitvoeren omdat mij dat dan teveel wordt. Mijn vriendinnen worden niet boos en laten mij niet alleen als ik aangeef dat ik vermoeid ben en even geen tijd heb.*

Wanneer men met het oefenen van ander gedrag bezig gaat is het van belang dat bij de eerste therapieën rekening gehouden wordt met de oefenruimte, deze moet veilig zijn voor de cliënt. Vragen die dan van toepassing zijn: *Denk je dat dit een ruimte is waar jij in zou kunnen oefenen? Zo niet, wat zouden we dan moeten veranderen. De cliënt mag hierin zelf beslissen wat ze wil veranderen en hierbij hulp vragen aan de therapeut.*

H6 Conclusie en aanbevelingen

6.1 Conclusie en aanbevelingen

Deze casestudy is bedoeld om uit te zoeken of psychomotorische therapie wat kan betekenen voor mensen met multiple sclerose.

Vanuit de diagnose is gebleken dat M. Jansen Multiple sclerose heeft en dat zij erg veel last ervaart van vermoeidheid. Doordat zij veel last ervaart van haar vermoeidheid kan zij vele bezigheden in haar dagelijks functioneren niet meer uitoefenen. Daar komt nog bij dat zij een vrouw is die altijd veel ondernam en van huis uit opgevoed is in een prestatie cultuur. Het 'nee' zeggen tegen activiteiten of andere bezigheden op het werk blijkt erg lastig te zijn. Hier kan ze moeilijk mee omgaan en hierdoor vind zij het lastig om met haar ziekte om te gaan en te accepteren dat dergelijke activiteiten niet meer voor haar weggelegd zijn.

Uit onderzoek naar multiple sclerose is naar voren gekomen dat vermoeidheid een grote rol speelt bij multiple sclerose cliënten en dat deze cliënten hier grote hinder aan ondervinden. Door mij hier verder in te gaan verdiepen ben ik tot de conclusie gekomen dat men door middel psychomotorische therapie en v lichaamsbeleving / bewustwording hier meer vat op kan krijgen. Dan gaat het over de cliënt die beschreven staat in deze casestudy

Ook is uit deze casestudy gebleken dat cognitieve gedragstherapie goed aansluit bij deze casus met mevrouw M. Jansen. Zoals te lezen is in de theorie gaat het bij cognitieve gedragstherapie om interpretaties die men opdoet en dit omzet in gedrag. Men gaat ervan uit dat men eerder een verkeerd interpretaties patroon heeft aangeleerd en dat deze veranderd moet worden. Dit geldt ook bij M. Jansen. Zij is zoals al eerder benoemd opgevoed in een prestatie cultuur. Deze gedachten moeten nu omgezet worden naar meer laag drempelig gedachten. Zoals; *Ik hoef niet alles goed te doen, mensen accepteren mij ook wel zoals ik nu ben.* Door middel van psychomotorische therapie en daarbij principes uit de cognitieve gedragstherapie toe te passen zal M.Jansen leren om deze gedachten om te zetten. Dit was niet het enige waar mevrouw M.Jansen tegenaan liep. Lichaamsbewustwording was ook een doel die behaald moest worden. Cognitieve gedragstherapie is rond de jaren 50 ontstaan en tot bloei gekomen in de jaren 60. Natuurlijk is deze ontwikkeling verder gegaan en een van de nieuwe aspecten van deze theorie is mindfulness. Mindfulness is niet toegepast binnen deze casus, omdat wij als psychomotorische therapie opgeleid moeten zijn om deze vormen aan te mogen bieden, wel kunnen wij sensory awareness aanbieden, een lichaamsgerichte methode, waarbij het doel ligt bij het herkennen en waarnemen van lichaamssignalen.

Door middel van sensory awareness aspecten toe te passen binnen de psychomotorische therapie zal M. Jansen leren om deze lichaamssignalen te herkennen en op deze manier haar grenzen leren aan te passen. Op dit moment gaat mevrouw M.Jansen door totdat ze erbij neer valt en merkt ze dat ze hierdoor dagen van slag is. Doordat ze leert om eerder te voelen dat haar lichaam haar grens bereikt en

hier verantwoord mee om leert gaan, zal zij positiever door het leven gaan, doordat ze meer dingen kan doen en zichzelf en anderen niet continue teleur hoeft te stellen.

Uit bovenstaande conclusie komt naar voren dat psychomotorische therapie toepasbaar is bij mensen met multiple sclerose. Deze mensen hebben kunnen een psychische problematiek hebben en hierdoor moeilijk omgaan met hun ziekte. Doordat ze er niet mee kunnen omgaan, zullen ze blijven leven zoals altijd deden, wat de ziekte niet ten goede komt. Doordat men psychomotorische therapie gaat toepassen zullen deze mensen bewuster worden van hun innerlijke gevoelens en hun levensstijl gaan aanpassen, wat ervoor zorgt dat de ziekte dragelijker wordt. Hierdoor zullen zij gelukkiger in het leven staan en rekening houden met multiple sclerose wat ten goede komt van hun ziekte.

Maar er is wel een aanbeveling, voor deze casestudy is namelijk 1 casus gebruikt. Bij deze casus is deze theorie toepasbaar, maar hieruit is niet gebleken dat deze regel telt voor elk persoon met multiple sclerose. Multiple sclerose kent namelijk vele vormen waarbij veel verschillende symptomen naar voren komen.

Om meer een helder beeld te krijgen of dit echt valide is zal er meer onderzoek gedaan moeten worden naar de mogelijkheden van psychomotorische therapie voor mensen met multiple sclerose. Deze casestudy is op 1 cliënt gebaseerd, maar men kan er vanuit gaan dat meer mensen met multiple sclerose dergelijke klachten hebben als deze, maar niet iedereen ervaart op hetzelfde niveau. Ook zal het zijn dat niet iedereen hetzelfde in elkaar zit, de één zal er beter mee overweg kunnen dan de ander. Het is wel zo dat mevrouw M. Jansen absoluut niet de enige zal zijn en dat men meer onderzoek zal moeten doen naar de psychische klachten en of pmt voor iedereen een bijdrage kan leveren. Hieruit komt naar voren dat deze casestudy dus alleen op deze casus van toepassing zal zijn, op mevrouw M. Jansen.

Literatuurlijst

Boeken

- Burnfield, A. *een arts zelf ms-patiënt helpt anderen, multiple sclerose* (1989) p 22,30, 33,32,35,44,45, Londen, Souvenir press
- Deelman, B.G., Eling, P., de Haan, E., Jennekes, A. & Van Zomeren, A.H. (2004), *Klinische Neuropsychologie*, p. 452 – 454, Amsterdam, Uitgeverij Boom BV
- Chorus, A. Takken, T, *Geneeskunde en sport*, 2006

Glassman W.E. *Stromingen in de psychologie*(2006) p. 87 – 146, Baarn HBuitgevers.
- Hintzen R.Q. & van Bakkum D.W. *Multiple sclerose*(1998) p.10-11, 11 -17 Rotterdam stichting bio-wetenschappen en maatschappij
- Korrelboom K. & ten broeke E. *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*(2004) p.28 -36, Bussum Coutinho.
- Krans D. *visie van bewegingsagogie binnen ViaReva* (2007) ViaReva
- Moors-Mommers M.C.T. *Een ziekte met vele gezichten, multiple sclerose* (1991) p.41 -53, Houten Bohn Stafleu Van Loghum
- Scott M.J. & Stradling S.G. & Dryden W. *cognitieve gedragstherapie, toepassing in de klinische praktijk* (1998) p.1-9, Lisse Swets & Zeitlinger.
- Siegel S.D. *mindfulness and psychotherapy*(2005) p.34 -100, New York Guilford Publications
- Weerman A. *Zes psychologische stromingen, één cliënt* (2006) p.77 – 125/p.147- 170, Soest Nelissen.
- Weber W.E.J & Hupperts R.M.M. *spreekuur thuis, multiple sclerose* (2001) p.9 – 17,24,25 Wormer innerc.
- Zwart A. *Impulscontrole in psychomotorische therapie met getraumatiseerde vluchtelingen*, Maandblad Geestelijke volksgezondheid (2001) p.218-230
- *Profiel van de vaktherapeutisch beroepen* (2008) p.4 – 14

Internetpagina's

Stichting ms research, geraadpleegd op 15 oktober 2009

pijnkliniek, Rotterdam, geraadpleegd op 10 oktober 2009.

<http://www.mscentrumnijmegen.nl> , 2007, geraadpleegd op 15 Oktober 2009

World health organization, 2002, Genève, geraadpleegd op 23 oktober 2009

<http://www.nationaalmsfonds.nl> , geraadpleegd op 29 oktober

<http://www.tophoff.nl/sensory.html>, geraadpleegd op 10 November 2009

<http://www.lgmanagement.nl/diensten.html>

Artikelen

Beck A.T. & B.S. Liese, *Cognitive therapy of substance abuse* (1993) Geraadpleegd op 10 Oktober 2009

Mindfulness: integratie in de cognitieve gedragstherapie, Ger schurink, schurink@worldonline.nl,
www.aandachtgerichtecognitievetherapie.nl, Borne, geraadpleegd op 4 November, 2009

Betina Heddes. IJsselmeerziekenhuis, klinische psycholoog, *Aandachtstraining*, Geraadpleegd op 10 oktober 2009

Bijlage

Uitgewerkte mogelijke oefeningen.

- Eerste week

Oefening Lichaamsbewustwording Volgens Jacobsen.
Uitleg Jacobsen is een ontspanningsoefening waarbij spanning en ontspanning centraal staat. De cliënt gaat liggen op een mat wat zijzelf het prettigst vindt. Hierbij mag ze zoveel mogelijk materiaal pakken zoals kussens en andere voorwerpen om zo ontspannen mogelijk te gaan liggen of zitten. De cliënt sluit haar ogen en de therapeut begint met praten. De therapeut vertelt welke spieren de cliënt moet aanspannen en even later weer moet ontspannen. De therapeut leidt dit verhaal en de cliënt doet wat de therapeut haar vraagt. Dit alles duurt ongeveer 3 kwartier.
Mental Set Vandaag gaan we bezig met het thema lichaamsbewustwording. In ons lichaam vinden vele gebeurtenissen plaats en die geven signalen uit. Doormiddel van het opvangen van deze signalen doen wij iets of laten we juist iets. Als je verliefd bent voel je soms de adrenaline door je lichaam stromen, je voelt je opgewekt en blij. Als je jezelf stoot voel je een pijn in bijvoorbeeld je arm. Ook kan het zijn dan je voelt dat je spieren vermoeid zijn en dat je dan de volgende activiteiten niet meer kan uitvoeren
Rationale Door het oefenen van het opvangen en waarnemen van deze signalen zullen we ons gedrag aanpassen aan datgene wat je lichaam aankan. Op dit moment is de draaglast groter dan de draagkracht, door middel van deze oefeningen gaan we proberen om de je gevoel te leren voelen en hierop je gedrag aan te passen zodat je draaglast en draagkracht weer in evenwicht komt.
Doelen: - De cliënt oefent op deze manier het verschil tussen spanning en ontspanning - De cliënt oefent met het voelen welke signalen de spieren door kunnen geven naar de hersenen. - De cliënt oefent met het leren loslaten van spanning.

Attitude therapeut:

De therapeut biedt een vertrouwelijke en veilige omgeving aan

De therapeut biedt een structurende rol aan. Door zelf de therapie te leiden en de cliënt te laten ervaren.

Verwachte Gedrag cliënt:

De cliënt vindt het moeilijk om het verschil tussen spanning en ontspanning te voelen en zal aangeven dat ze het niet voelde.

Het zou kunnen zijn dat de cliënt haar gedachten niet bij de oefeningen kan houden en telkens af zou dwalen naar andere privé gedachten. Zoals dingen die ze nog moet doen.

Als ze geoefend heeft met haar gevoelens en dit oefent om dit te herkennen kan je een volgende stap maken naar grenshantering. Hierbij komen lichaamssignalen ook aan bod.

Oefening: Grenshantering**Uitleg:**

Door middel van 3 ballen en 5 hoepels gaan we deze oefening aanbieden. De cliënt krijgt eerst 1 bal van de therapeut en moet deze in beweging houden. Als dit goed gaat krijgt de cliënt een 2^e bal erbij. Dit maakt het voor de cliënt moeilijker. De therapeut zal om de zoveel minuten een soort materiaal erbij geven en vragen hoe het gaat. Hierop zal de therapeut vragen stellen of ze het alleen aan kan en of het lukt om alle materialen in beweging te houden.

Mental Set:

Vandaag gaan we bezig met grenshantering. Grenshantering betekend dat je jezelf kan begrenzen wanneer dit nodig is. Een voorbeeld is dat je aan het sporten bent en je merkt aan je lichaam dat je vermoeid raakt. Dit is niet erg, maar het is wel belangrijk om dan te stoppen om even bij te komen. Als je doorgaat en je lichaam geeft wat anders aan kun je bijvoorbeeld oververmoeid raken of zelfs de controle verliezen over je lichaam en kunnen er allerlei ongelukken gebeuren. Dit gebeurt veel op sport gebied, maar ook in het dagelijks leven, bijvoorbeeld in het huishouden. Ook hoef je niet alles alleen te doen. In veel huishoudens zijn er meer bewoners dan 1, de taken kunnen onderverdeeld worden.

Rationale:

Door te gaan oefenen met grenshantering zul je merken dat je meer energie overhoudt voor andere bezigheden in je dagelijks leven. Door het één te laten en hierdoor je energie te behouden voor het andere kun je de activiteiten doen waar jij

je het prettigst bij voelt. Op deze manier kun je van dag tot dag bekijken welke activiteiten je kan gaan ondernemen. Ook ga je oefenen met hulp vragen, doordat je hulp gaat vragen komen enkele taken te vervallen voor jou, zodat je ook weer meer energie overhoudt.

Doelen:

- Tijdens de oefening proberen om op tijd je grens te voelen.
 - Deze grensen ook aan te geven.
- na een kort overleg en evaluatie moment:
- Tijdens de oefening proberen om hulp te vragen daar waar nodig is.

Attitude therapeut:

De therapeut neemt een terughoudende rol aan, zodat de cliënt vrij gelaten wordt om te oefenen met haar eigen gedrag.
Tijdens het evaluatie moment probeert de therapeut door te vragen om het geuite gerag zodat tijdens een volgend moment eventueel hulp gevraagd kan worden.
De therapeut neemt een terughoudende rol aan en biedt hulp wanneer de cliënt dit vraagt.

Verwachte gedrag cliënt:

De cliënt zal waarschijnlijk tijdens de eerste oefening al het materiaal aannemen en inzien dat dit niet gaat werken. Ze zal geconfronteerd worden met haar gedrag.
Na de tussen evaluatie zal de cliënt naar alle waarschijnlijkheid om hulp vragen aan de therapeut zodat ze het niet alleen hoeft te doen en dit minder energie kost.

In de laatste weken:

Oefening:

leren omgaan met de ziekte

Uitleg:

De oefening wordt allereerst ingeleid door de therapeut. Het wordt fitness oefening. Zumba is een nieuwe vorm op de fitness school. Dansen op muziek met aerobische bewegingen. Normaliter zal er ook gebruik worden gemaakt van gewichtjes maar deze laten we weg. De therapeut heeft enkele oefeningen uitgewerkt en zal deze onder leiding van muziek aanbieden. De cliënt dient daar waar mogelijk zelf haar structuur aan te brengen zodat deze oefening voor haar dragelijk wordt.

Mental set:

We hebben nu enkele weken gewerkt aan je lichaamsbeleving / bewustwording en ook zijn we bezig geweest met grenshantering. Met deze thema heb je kunnen

oefenen en heb je geleerd wat dit met je lichaam en gedrag kan doen. Je hebt geprobeert om dit toe te passen in het dagelijks leven. We gaan hier nu een 1 thema van maken en dit is acceptatie / leren omgaan met je beperking.

Rationale:

Door middel van deze oefening gaan we kijken of je instaat bent om de uitgelegde informatie en oefeningen van de afgelopen weken toe te passen in de praktijk. Probeer je bewust te zijn van je lichaamssignalen en stop je zeggen wanneer dit nodig blijkt te zijn. Jij voelt dit het beste aan, niemand anders.

Doelen:

- gedrag toepassen wat de cliënt eerder tijdens de therapieën heeft geoefend.
- Zelf de structuur aanbrengen aan wat zij als prettig ervaart.

Attitude therapeut:

De therapeut zal op het begin meer leidend zijn.
de therapeut zal gedurende de oefening meer op de achtergrond treden en de cliënt zal zijn taak overnemen.

Verwachtte gedrag cliënt:

De cliënt ervaart op het begin waarschijnlijk moeite om aan te geven dat het niet haalbaar zal zijn. Doordat de therapeut naar de achtergrond zal verdwijnen zal dit veranderen en doordat ze in de voorgaande weken met dit gedrag heeft geoefend zal zij gedurende deze oefening de taak overnemen en zelf kunnen aangeven wat wel en niet haalbaar zal zijn.