

Is psychomotorische therapie effectief voor hartpatiënten?

*Een programma-evaluatie binnen het Centrum voor
Revalidatie, locatie Beatrixoord te Haren*

Dit artikel is geschreven in het kader van het afstuderen aan de
opleiding psychomotorische therapie en bewegingsagogie

Krista van Berkel
322091



School of human movement & sports



Universitair Medisch Centrum Groningen

Centrum voor Revalidatie, Beatrixoord

Stagebegeleider: Marcel ten Wolde *Centrum voor Revalidatie*

Scriptiebegeleider: Linda Vrielink *CALO Windesheim*

Scriptiebeoordelaar: Paul Hekking *CALO Windesheim*



Is psychomotorische therapie effectief voor hartpatiënten?

Een programma-evaluatie binnen het Centrum voor Revalidatie, locatie Beatrixoord te Haren

Psychomotorische therapie (PMT) is een relatief nieuwe discipline binnen de hartrevalidatie. Het Centrum voor Revalidatie heeft een programma Grenzen als onderdeel van de hartrevalidatie waarin psychomotorische therapie de boventoon voert. Niet alle hartrevalidatiecentra in Nederland volgen deze aanpak. Tijd voor onderzoek: hoe effectief is psychomotorische therapie?

Inleiding

Patiënten met hartproblemen hebben niet alleen een lichamelijk probleem. Door het hartprobleem kun je van het één op het andere moment je lichaam niet meer vertrouwen, moet je je levensstijl rigoreus veranderen; je kunt niet meer doen wat je altijd gewend was om te doen. Beschouwend vanuit het biopsychosociale model (Engel, 1977) heeft het biologische probleem, de hartaandoening, ook gevolgen op het psychische en sociale vlak. Psychische problemen kunnen ontstaan wanneer de stemming en de gedachten van de patiënt beïnvloed worden door het hartprobleem, zoals angstige gedachten voor het toekomstperspectief. Sociaal gezien kunnen er problemen ontstaan wanneer de patiënt bijvoorbeeld een inactieve levensstijl ontwikkelt door bewegingsangst, wat het sociale netwerk uitdunt en waardoor de patiënt zijn positie binnen de maatschappij verliest. De definitie van hartrevalidatie volgens de Wereld Gezondheids Organisatie sluit aan bij dit theoretisch uitgangspunt:

Het geheel aan activiteiten dat nodig is om de onderliggende oorzaak van de ziekte gunstig te beïnvloeden en er bovendien voor te zorgen dat de patiënt in de best mogelijke fysieke, psychische en sociale conditie verkeert om naar de voor hem/haar normale plaats in de maatschappij terug te keren en deze te behouden (WHO, 1993).

Psychomotorische therapie heeft binnen de hartrevalidatie nog geen stevige wortels in de grond geschoten en maakt dan ook in vele revalidatiecentra (nog) geen deel uit van het behandelprogramma.

Gezien het feit dat psychomotorische therapie gebruik maakt van lijfelijk voelen, bewegen, reflectie, ervaring door participatie van activiteiten waardoor nieuwe inzichten in het persoonlijk functioneren teweeg worden gebracht (Probst, 2001), zou dit zeker passen binnen de hartrevalidatie. Het Centrum voor Revalidatie maakt al vanaf het begin van het vorige decennium gebruik van deze therapie, er is echter nog gebrek aan onderzoek over de effectiviteit hiervan. Omdat onderzoek de positie van de psychomotorische therapie binnen de (hart)revalidatie kan verstevigen, is het zelfs een noodzaak om te doen.

Dit artikel beschrijft dan ook het onderzoek naar de effectiviteit van psychomotorische therapie binnen de hartrevalidatie van het Beatrixoord. Hiervoor is gekozen voor één specifiek programma (Grenzen), waarin psychomotorische therapie nadrukkelijk aanwezig is. De tweeledige onderzoeksvraag, waar een antwoord op gevonden moet worden, luidt: "In hoeverre worden de PMT-doelstellingen van de hartpatiënt in het Centrum voor Revalidatie, locatie Beatrixoord te Haren, volgens henzelf behaald aan het eind van de therapie en wat is het effect daarvan voor het dagelijks functioneren?"

Patiënten worden, na de intake, een drie weken durende observatiemodule en een evaluatiegesprek waarin de doelstellingen van de patiënt gevormd worden, geplaatst in één van de revalidatieprogramma's die het Beatrixoord te bieden heeft. Iedere vier weken wordt er met de patiënt geëvalueerd hoe het gaat met het bereiken van de doelstellingen en zonodig wordt het programma met vier weken verlengd. Door te onderzoeken of de patiënt zelf vindt of de doelstellingen zijn behaald na afloop van het programma, wordt getoetst of het programma aansluit bij de doelen van de patiënt. Met andere woorden, het programma wordt geëvalueerd. Het

tweede deel van het onderzoek gaat over de gedragsverandering die het programma teweeg heeft gebracht bij de patiënt. Voor de psychomotorische therapeut is dit van belang om te weten, want zodra de patiënt het geleerde tijdens de therapie toepast in het dagelijks functioneren, is er een grote kans op een blijvend positief resultaat. Dit artikel is als volgt opgebouwd: allereerst zal het programma beschreven worden, met daarbij het doel en inclusie- en exclusie criteria van het programma. Er volgt een stuk over de theorie waarop het programma gebaseerd is. Dan zal de onderzoeksmethode besproken worden en worden de resultaten, conclusies en discussie gepresenteerd. In het slot is er ruimte voor aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Programma Grenzen

Psychomotorische therapie maakt gebruik van lichaamsgeoriënteerde methodieken (oefeningen gericht op lichaamsbewustwording) en/of bewegingsgeoriënteerde methodieken (activiteiten vanuit de sport- en spelcultuur) (NVPMT, 2009). In het programma Grenzen worden beide methodieken toegepast.

Het programma bestaat uit drie aspecten: bewegingsgerichte therapie (2x 45 minuten), lichaamsbewustwording (45 minuten) en cardiofitness (45 minuten). Het betreft twee dagdelen per week in een open groep van maximaal acht patiënten. Op dinsdag komen de patiënten voor lichaamsbewustwording en bewegingsgerichte therapie. Op donderdag vervolgt het programma met cardiofitness en nog eens bewegingsgerichte therapie.

De overkoepelende doelen van het programma zijn:

- Inzicht krijgen in somatische grenzen¹;
- Om kunnen gaan met somatische beperkingen;
- Leren luisteren en adequaat interpreteren van de lichaamssignalen en daar naar handelen;
- Meer bewust worden van het eigen lichaam.

Tijdens de bewegingsgerichte therapie krijgt de patiënt de kans om lichaamssignalen te ervaren, benoemen en interpreteren tijdens bewegingsactiviteiten. De patiënt kan en leert experimenteren met alternatieve wijzen van deelnemen op basis van lichaamssignalen; naast doorgaan en stoppen het leren maken van aanpassingen. Het ervaren van lichaamssignalen door middel van ontspanningsoefeningen staat centraal binnen de lichaamsbewustwording. Om in een individuele setting te kunnen oefenen met het omgaan met grenzen is cardiofitness ook een onderdeel van het programma.

De lichaamsbewustwordingsoefeningen worden aangeboden in een groepsgesprekruimte. Na een klein gedeelte theorie (psycho-educatie) over onderwerpen die met lichaamsbewustwording te maken hebben, wordt er voor de ontspanningsoefeningen gebruik gemaakt van (lig)stoelen of matjes op de grond. De bewegingsgerichte therapie vindt plaats in de sporthal waar een ruim assortiment aan sportmaterialen beschikbaar is. In de fitnessruimte worden vijf verschillende cardio-apparatuur gebruikt, te weten een roeiapparaat, loopband, hometrainer, crosstrainer en cruiser.

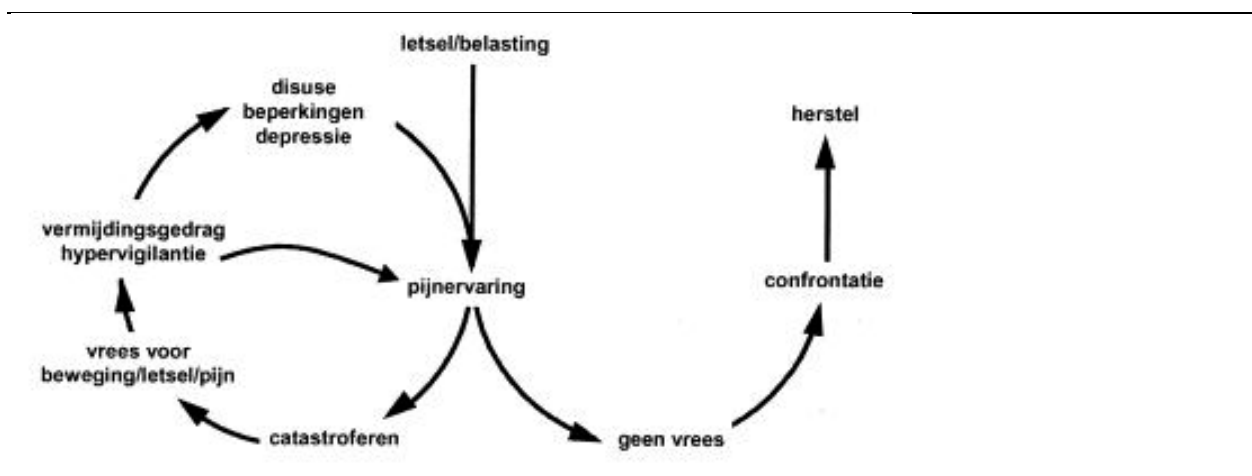
Zoals in elk programma zijn ook hier inclusie en exclusie criteria. De criteria voor het programma Grenzen zijn beschreven in onderstaande tabel.

Tabel 1. Inclusie en exclusie criteria programma Grenzen

Inclusie criteria	Exclusie criteria
Verminderd inzicht in eigen kunnen en mogelijkheden	Cognitieve functiestoornissen
Vermindering van het subjectief inspanningsvermogen	Ontkennen van de problematiek
Discrepantie tussen het objectief en subjectief inspanningsvermogen	Ernstige lichamelijke beperkingen (voor deelname aan activiteiten)
Geen of onvoldoende inzicht in lichaamssignalen en het adequaat interpreteren daarvan	Beperkte zelfreflectie
Enige affiniteit met bewegen	Geen ergometriegegevens

Theorie

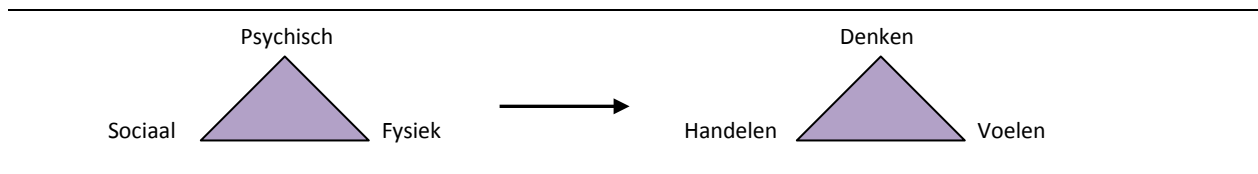
De patiënten die het programma volgen hebben allen een hartaandoening. Dit kan hartfalen zijn, waarbij de pompfunctie van het hart nooit meer optimaal zal zijn (linker ventrikel ejectiefractie < 35 à 40%; Voors & Kirkels, 2007) en de patiënt zich daaraan zal moeten aanpassen. Of de patiënt heeft een hartinfarct en/of hartoperatie gehad waarna het hart wel weer optimaal functioneert, maar de patiënt wel zijn levensstijl aan moet passen om recidiviteit te voorkomen. Daarnaast zijn er ook patiënten met hartritmestoornissen, stoornissen die nog regelmatig terug kunnen keren. Alle genoemde hartaandoeningen kunnen psychosociale gevolgen hebben voor de patiënt. Voor de patiënten die binnenkomen bij de hartrevalidatie geldt dan ook dat er sprake is van inadequate copingsmechanismen. Ze gebruiken strategieën die ineffectief zijn om met het hartprobleem en de gevolgen daarvan om te gaan. Vlaeyen, Kole-Snijders, Rotteveel, Ruesink en Heuts (1995) ontwierpen het volgende cognitief-gedragsmatig model voor chronische pijnpatiënten:



Figuur 1. Cognitief-gedragsmatig model van aan pijn gerelateerde vrees (Vlaeyen et al., 1995).

In bovenstaand model komt duidelijk naar voren dat angstgedachten (vrees voor beweging/letsel/pijn) voortkomen uit de pijnervaring. Door deze catastroferende gedachten wordt het handelen van de patiënt beïnvloed; er ontstaat vermijdingsgedrag om zo de pijn minder te ervaren. Dit copingsmechanisme is echter inadequaats, want door minder te bewegen ontstaan er beperkingen van het lichaam en/of een depressie wat weer pijnervaringen tot gevolg heeft. Dit maakt de cirkel weer rond, terwijl een ander copingsmechanisme (geen vrees en confrontatie) voor herstel kan zorgen (Vlaeyen et al., 1995). Wanneer de pijnervaring genegeerd wordt, kan het gedrag ook omslaan naar de andere kant en wordt er geen rekening gehouden met de pijn. Er wordt dan gedrag vertoond wat de patiënt gewend was om te doen, zonder die pijnervaring. Dit gedrag staat het herstel in de weg, omdat het lichaam op die manier beschadigd raakt. De patiënten met vermijdingsgedrag worden onderbieders genoemd, de laatst genoemden zijn overbieders. Dit model is ook toepasbaar voor hartpatiënten, want uit onderzoek binnen de hartrevalidatie is gebleken dat de psychosociale problematiek voornamelijk betrekking heeft op angst voor inspanning en bewegen, het niet weten wat nog kan/mag en op acceptatieproblematiek (Woudstra, van Twillert, van Scheppingen & Lettinga, 2008). De rationale van het programma is daarom het aanleren van adequate copingsmechanismen op cognitief, emotioneel en gedragsmatig niveau.

Bij deze laatste zin zal de psychomotorische therapeut direct de wisselwerking denken-voelen-handelen opmerken (net als het cognitief-gedragsmatig model van Vlaeyen et al. (1995) gebaseerd op het biopsychosociaal model; figuur 2). Van der Meijden - van der Kolk & Bosscher (2007) benoemen de visie dat "adequaats functioneren de integratie betekent van voelen, denken en handelen". Zodra één van deze aspecten uit het evenwicht raakt, zal dit consequenties hebben voor het functioneren van de patiënt. De patiënt wordt dan geleid door catastroferend denken, vermijdsnd of negerend handelen en/of zich depressief en angstig voelen (Vlaeyen et al., 1995; Van der Meijden - van der Kolk & Bosscher, 2007). Deze drie facetten van het menselijk gedrag worden volledig gebruikt in dit programma, wat hieronder verder wordt toegelicht.



Figuur 2. Vertaling PMT van het biopsychosociaal model (bewerking van Woudstra et al., 2008)

Denken

Binnen het programma wordt er psycho-educatie gegeven rondom het thema lichaamsbewustwording. Hierbij worden onderwerpen besproken als herkennen van lichaamssignalen, angst, stress, hartproblematiek en inspanning en belasting/belastbaarheid. Er is sprake van een interactionele sfeer, waarbij patiënten ook zelf voorbeelden kunnen geven uit het dagelijks leven of in gesprek raken met elkaar over het thema. Het doel hiervan is de patiënt meer inzicht te geven in de wisselwerking tussen denken, voelen en handelen waarbij het accent wordt gelegd op het denken.

Voelen

In de tweede helft van de lichaamsbewustwording is er ruimte voor adem- en ontspanningsoefeningen volgens de methode van Van Dixhoorn, Jacobson, body en sensory awareness (Van Dixhoorn, 1998;1999; Jacobson, 1938). Tijdens de oefeningen wordt de nadruk op het voelen van het lichaam gelegd; letten op lichaamssignalen als ademhaling, veranderingen in spierspanning, drukpunten etc. Met als doel om lichaamssignalen te kunnen verkennen en herkennen in een oefening.

Handelen

Binnen de bewegingsgerichte therapie en cardiofitness wordt gebruik gemaakt van twee behandelstrategieën: het ervaren en het oefenen. Bij het ervaren ligt de nadruk op het opdoen van (nieuwe) lichamelijke ervaringen, waardoor het gedragsrepertoire van de patiënt verkend wordt en uitgebreid kan worden. Tijdens het oefenen wordt er gewerkt aan het ontwikkelen en stabiliseren van nieuw passend gedrag (NVPMT, 2009). In het begin van de therapie staat ervaren op de voorgrond om de patiënt bewust te maken van zijn gedrag, het handelen. Hierbij doorloopt de patiënt de cyclus van het verkennen (wat doe of kan ik), herkennen (doe of kan ik dat ook in andere situaties) en erkennen (is dit helpend gedrag of moet dit anders) van gedrag en zijn somatische grenzen. Wanneer blijkt dat ander gedrag wenselijk is, dan kan daarmee geoefend worden. In het begin zal de therapeut dit structureren en leert de patiënt experimenteren met gedragsalternatieven. Uiteindelijk is er het streven dat de patiënt zelf leert structureren en niet afhankelijk is van de therapeut om te veranderen in gedrag. Waarbij ook de transfer gemaakt moet worden naar zelfstructurerend gedrag in het dagelijks leven.

Hoewel het denken, voelen en handelen hierboven is uitgesplitst, zal er evenwicht moeten ontstaan tussen deze drie facetten in het programma. Waardoor bijvoorbeeld bij de bewegingsgerichte therapie niet alleen naar het gedrag gekeken zal worden, maar ook de lichaamssignalen en gedachten betrokken worden. Volgens de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische therapie wordt ook juist door deze combinatie de integratie van het denken, voelen en handelen bevorderd (NVPMT, 2009).

Concluderend heeft het programma veel te bieden en kunnen de drie verschillende aspecten niet los van elkaar worden gezien. Om inzicht te krijgen in somatische grenzen en daarop een goed copingsmechanisme te ontwikkelen, is het nodig om lichaamssignalen te kunnen voelen en adequaat te interpreteren. Daarnaast is het belangrijk om het geleerde tijdens de lichaamsbewustwording in de praktijk te brengen. Tijdens activiteiten binnen de bewegingsgerichte therapie en cardiofitness kan de patiënt dit aan den lijve ervaren, waardoor de patiënt bewuster wordt van zijn lichaamssignalen en de keuzes die je daarop kan maken. Waarbij het uiteindelijke streven is dat de patiënt zelf de juiste keuzes kan maken in zijn gedrag in allerlei situaties.

Methode

Voor dit onderzoek zijn zes patiënten geïnccludeerd die het programma Grenzen volledig hebben afgemaakt. Wanneer de patiënt voor de laatste keer het programma bijwoont, is er een zelf opgestelde open vragenlijst afgenomen met vragen over persoonsgegevens, de doelstellingen en de transfer van het geleerde binnen de therapie naar het dagelijks functioneren (gedragsverandering). Deze vragenlijsten zijn uiteindelijk per patiënt verwerkt door middel van het geordende schoenendoosmodel (Harinck, 2007). Om gemiddelden en standaarddeviaties uit te rekenen voor de persoonsgegevens is het programma SPSS 16.0 gebruikt. Er is gekozen voor open vragen om de patiënt zo alle vrijheid te geven voor zijn mening over het behalen van doelstellingen en de transfer naar het dagelijks functioneren. Zodra er gebruik wordt gemaakt van gesloten vragen, wordt de patiënt gestuurd in het geven van een antwoord en dat kan de mening van de patiënt beïnvloeden. Daarnaast is er ook nog maar weinig bekend over psychomotorische therapie binnen de hartrevalidatie waardoor het van te voren niet duidelijk was wat voor antwoordmogelijkheden er verwacht konden worden.

Resultaten

1. Persoonsgegevens

Zoals in tabel 2 te zien is, zijn er vijf mannen en één vrouw geïnccludeerd in dit onderzoek met een leeftijd tussen de 47 en 64 jaar. Drie patiënten hebben hartfalen waarbij de pompfunctie verminderd is in verschillende mate. Twee patiënten hebben last van hartritmestoornissen, waarbij één patiënt dit zeer recent heeft gekregen (twee maanden) en de ander vier jaar bekend is met deze klachten. Daarnaast heeft één patiënt drie maanden geleden tweemaal een bypass operatie ondergaan (omleiding bloedtoevoer, gemaakt met een ander bloedvat). Hoe lang geleden de diagnose is gesteld, varieert bij de patiënten van één tot zes jaar. Ook de duur van de totale revalidatie per patiënt is af te lezen in de tabel, met een spreiding van zeven tot 20 weken. In die totale duur is de observatiemodule van drie weken meegenomen. De totale revalidatie duurde voor vier van de zes patiënten langer door het volgen van het fysieke programma (kracht en conditie verbetering) alvorens het programma Grenzen te volgen. Deze trend is vaker terug te zien binnen de hartrevalidatie; patiënten beginnen met conditieverbetering, maar als blijkt dat dit niet meer te verbeteren is, komt de vraag hoe de patiënt het beste om kan gaan met de huidige energie. Daarnaast is te zien dat vier patiënten het programma Grenzen vier weken hebben doorlopen en twee hebben dit acht tot negen weken gevolgd. Deze laatste twee zijn de patiënten met hartritmestoornissen. Van de weken die de patiënten het programma Grenzen hebben gevolgd, werden over het algemeen alle contactmomenten benut. Patiënt 1 had ongeveer 2,5 jaar geleden het programma Grenzen al vier weken gevolgd binnen het Centrum voor Revalidatie.

Tabel 2. Persoonsgegevens patiënten

	M/V	Leeftijd	Aandoening	Diagnose	Duur revalidatie totaal (weken)	Duur programma Grenzen (weken)	Contact momenten
1.	V	50	Hartfalen LVEF* 45-50%	3 jaar	7	4	8
2.	M	53	Hartritme stoornissen	4 jaar	20	8	14
3.	M	64	Hartritme stoornissen	2 maanden	13	9	17
4.	M	55	Hartfalen LVEF 36%	6 jaar	15	4	8
5.	M	47	Hartfalen LVEF 23%	1 jaar	11	4	8
6.	M	63	Bypass operatie	3 maanden	7	4	8

*LVEF = linker ventrikel ejectie fractie; de hoeveelheid bloed wat weggepompt wordt tijdens de samentrekking van het hart (de pompfunctie van het hart is normaal 60%)

2. Doelstellingen

De doelstellingen van de patiënten zijn te vinden in tabel 3. De meeste patiënten zeggen dat ze hun doel(en) hebben behaald aan het eind van het programma. Één patiënt noemt het gedeeltelijk behaald, omdat het programma vooral gericht was op de fysieke grenzen en niet zozeer op emotionele grenzen (stress). Wat betreft fysieke grenzen is zijn doelstelling wel behaald, maar zijn emotionele grenzen zijn nog “een open veld”. Bij één patiënt bleek één doelstelling niet haalbaar te zijn binnen de hartrevalidatie, omdat er sprake was van vermoeidheid door sarcoïdose; een aandoening die behandeld moet worden met medicatie. Patiënt 3 had doelstellingen die passen binnen het type onderbieder, de rest als overbieder.

3. Gedragsveranderingen

Naast het behalen van doelstellingen is er ook gevraagd naar gedragsveranderingen. Of patiënten door de psychomotorische therapie activiteiten in het dagelijks leven anders zijn gaan doen dan voor de therapie. Vijf van de zes patiënten gaven aan te zijn veranderd in bepaald gedrag naar aanleiding van de therapie. In tabel 3 is te zien welke gedragsverandering ondergaan is bij welke doelstelling. Daarbij heeft één patiënt gemeld dat er na vier weken nog geen sprake was van gedragsverandering; het was nog geen onderdeel geworden van het dagelijks patroon.

Tabel 3. Doelstellingen & gedragsverandering

Doelstelling	Behaald	Gedragsverandering
1. Leren omgaan met beperkte energie	Ja	Planning maken voor de dag
2. Onder controle krijgen vermoeidheid; grenzen leren kennen en aangeven	Ja*	Beter nadenken hoe de energie het beste te doseren is over de dag; vaker rust nemen en/of nee zeggen
3. Omgaan met angst; weer normaal functioneren in de samenleving	Ja	Geen angst meer; meer opkomen voor zichzelf; voor iets te ondernemen eerst tot 10 tellen
4. Grenzen vooraf herkennen	Gedeeltelijk	Nog geen onderdeel van dagelijks patroon
5. Grenzen verkennen	Ja	Eerst beslissen of en hoe iets gaan doen; rustiger aanpakken; prioriteiten stellen
6. Leren kennen van grenzen	Ja	Op tijd rustperiodes nemen; besef dat het leven niet alleen uit werken bestaat; aanpassingsmogelijkheden zien binnen een activiteit

* Vermoeidheid bleek niet door hartproblematiek te zijn ontstaan

Conclusie & Discussie

In hoeverre worden de PMT-doelstellingen van de hartpatiënt volgens henzelf behaald aan het eind van de therapie?

In de meeste gevallen was er sprake van het behalen van de doelstelling na afloop van het programma. De doelstellingen die behaald zijn door de patiënten waren gericht op het lichamelijk functioneren; door grenzen te kennen, het gedrag zo aan te passen dat de energie optimaal wordt verdeeld over de dag. Waarin het programma voor één patiënt tekort schoot, was het emotionele vlak; het omgaan met emotionele grenzen. De patiënt gaf dan ook aan de doelstelling deels te hebben behaald.

Wat is het effect van de psychomotorische therapie voor het dagelijks functioneren?

Door het merendeel van de patiënten werd er aangegeven dat er een gedragsverandering had plaatsgevonden. De antwoorden die gegeven zijn, zijn te bundelen onder de noemer ‘eerst stilstaan en dan een beslissing maken voor je actie’. Uit de antwoorden spreekt dat de patiënten meer rust nemen om tot een gepaste keuze te komen voor gedrag. Voor één patiënt gold niet dat het geleerde van de psychomotorische therapie al tot een

gedragsverandering heeft geleid. Hoewel hij te spreken was over de leerzaamheid van het programma, was het nog te kort om het te verweven in het dagelijkse patroon. De resultaten uit dit onderzoek pleiten voor een positieve bijdrage van psychomotorische therapie binnen de hartrevalidatie. Niet alleen de overbieders, maar ook de onderbieder (patiënt 3) hebben hun doelstellingen (gedeeltelijk) behaald en daarnaast hebben ze hun gedrag aangepast in het dagelijkse leven.

Toch moet voorzichtigheid geboden worden om een eenduidige conclusie te trekken uit de resultaten, gezien een aantal beperkingen van dit onderzoek.

Allereerst is dit een kleinschalig onderzoek geweest. Helaas was het niet mogelijk om meer patiënten te includeren, doordat de groepen niet volledig bezet waren. Daarom is dit onderzoek meer te zien als een pilot study waarin wel een trend naar boven is gekomen dat dit programma goed aansluit bij de doelstellingen van de patiënten en dat er sprake is van gedragsverandering naar aanleiding van de psychomotorische therapie. Waar geen rekening mee is gehouden in dit onderzoek is de individuele hulp die het Beatrixoord biedt aan de patiënten. Omdat er in een multidisciplinair team gewerkt wordt, is het mogelijk voor de patiënt om gebruik te maken van de hulp van een diëtist, psycholoog of maatschappelijk werker. Een aantal patiënten uit dit onderzoek heeft van één of meerdere disciplines gebruik gemaakt; twee patiënten hebben alleen het programma Grenzen gevolgd. Voor dit onderzoek was het echter niet mogelijk om hier rekening mee te houden, maar de individuele behandelingen kunnen zeker invloed hebben gehad op het behandelproces van de patiënt in het programma. Ook kan de patiënt al beïnvloed worden in de twee weken van de observatiemodule, tijdens de intake, het evaluatiegesprek of het fysieke programma wat voor vier van de zes patiënten vooraf is gegaan aan het programma Grenzen.

Kanttekeningen die geplaatst kunnen worden bij dit programma, is het gebrek aan aandacht voor emotionele grenzen, dat gedragsverandering niet bij iedereen gelukt is en dat één patiënt na 2,5 jaar het programma voor een tweede keer heeft moeten doorlopen. Hierbij moet vermeld worden dat het programma vlak na dit onderzoek een vernieuwing heeft ondergaan. Er is nu de keus voor de patiënt om het programma, zoals hierboven beschreven is, aan te vullen met een Psycho-Educatieve Preventie module (PEP), waarbij ook de partner van de patiënt welkom is. Deze module wordt gegeven door een psycholoog, waardoor er meer nadruk komt te liggen op het emotionele vlak en denkwijzen en wordt nog duidelijker de transfer gemaakt naar het dagelijks functioneren door middel van huiswerkopdrachten. Deze PEP-module wordt gevolgd door een gesloten groep van maximaal tien patiënten en heeft een duur van zes weken en een zevende bijeenkomst als terugkomdag, vijf weken na de laatste therapiedag. De verwachting is dat door deze intensivering van het programma Grenzen er meer geleerd kan worden over emotionele grenzen en gedragsverandering blijvend is. Hiermee wordt al getracht om de genoemde kanttekeningen te voorkomen. Door meer diepgang te geven aan het programma, moet ook voorkomen worden dat een 'opfriscursus' nodig is.

Interessant is om te zien dat gedragsverandering al na vier weken bewerkstelligd kan worden. Dus wat betreft de duur van het programma lijkt het een goede gang van zaken om iedere vier weken te evalueren hoe het ervoor staat met de doelstellingen. Uit dit onderzoek lijkt het alsof de patiënten met hartritmestoornissen langer de tijd nodig hebben om doelstellingen te bereiken en gedrag aan te passen. Een logische verklaring zou kunnen zijn dat hartritmestoornissen nog regelmatig voorkomen en een vervelend en angstig gevoel geven. Een patiënt met hartfalen wordt niet overvallen door dit gevoel, maar wordt voortdurend belemmerd in conditie.

Aanbevelingen

Door de omvang van dit onderzoek kan er geen stellige conclusie getrokken worden, maar lijkt er wel een positieve invloed van psychomotorische therapie te zijn. Het is dan ook van belang om dit onderzoek grootschaliger op te zetten bij het vernieuwde programma. Niet alleen is het belangrijk om meer patiënten te includeren, maar ook om de patiënten langer te volgen zodat er meer zekerheid bestaat over blijvende gedragsverandering. Hierbij valt te overwegen om de patiënten na 3, 6 en 12 maanden, of nog later zoals in het onderzoek van Van Dixhoorn et al. (1999), nogmaals een vragenlijst te laten afnemen met vragen over gedragsverandering in het dagelijks leven. En daarbij gestandaardiseerde vragenlijsten te gebruiken. Om te onderzoeken of de doelstellingen en/of gedragsveranderingen puur behaald zijn door dit programma, is het nodig om invloeden als de individuele behandeling door andere disciplines en de observatie- of fysieke module in acht te nemen.

Daarnaast zal een case-study meer en specifieke informatie kunnen opleveren over de invloed van de onderdelen binnen het programma en kan het ook meer inzicht geven in veranderingen in het dagelijks leven wanneer de patiënt zowel een periode voor als na het programma gevolgd wordt.

Ook is het interessant om te onderzoeken of het type hartaandoening een voorspeller kan zijn hoe lang de patiënt het programma moet volgen. Uit deze resultaten lijkt het alsof het type aandoening hierin een verschil maakt, maar gezien de kleine omvang van dit onderzoek is hier geen duidelijke conclusie uit te trekken.

Besluit

Dit onderzoek heeft een trend laten zien dat psychomotorische therapie effectief kan zijn voor hartpatiënten. In het bijzonder worden problemen, die betrekking hebben op het opnieuw leren ontdekken van de fysieke grenzen, door dit programma aangepakt. Gezien de kleine omvang van de onderzoekspopulatie is het van belang om meer, grootschaliger en langduriger evidence-based onderzoek te verrichten. Dit zal de positie van het vakgebied psychomotorische therapie binnen de hartrevalidatie kunnen verstevigen.

Voetnoten

¹ Somatische grenzen zijn de lichamelijke grenzen, als gevolg van de ziekte, die de patiënt belemmeren om deel te kunnen nemen aan de activiteit.

Literatuur

- Dixhoorn, J.J. van (1998). Ontspanningsinstructie. Principes en oefeningen. Maarssen: Elsevier/Bunge.
- Dixhoorn, van J.J. & H.J. Duivenvoorden (1999). Effect of relaxation therapy on cardiac events after myocardial infarction: a 5-year follow-up study. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 19, 178-185.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Harinck F. (2007). *Basisprincipes praktijkonderzoek*. Apeldoorn: Cyclus-Garant.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Meijden-van der Kolk, H. van der & R. Bosscher (2007). *Psychomotorische Therapie voor mensen met chronische pijn. Een methodisch raamwerk*. Christelijke Hogeschool Windesheim.
- NVPMT (2009). *Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut*. Utrecht: NVPMT.
- Probst, M. (2001). *De rol van de lichaamsbeleving in de PMT bij patiënten met eetstoornissen*. In: *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie*. Wageningen: Cure & Care Publishers.
- Vakgroep Bewegingsagogie Centrum voor Revalidatie UMCG (2010). Interne documentatie.
- Vlaeyen, J.W.S., A.M.J. Kole-Snijders, A.M. Rotteveel, R. Ruesink & P.H.T.G. Heuts (1995). The role of fear of movement/(re)injury in pain disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 5, 235-252.
- Voors A.A. & J.H. Kirkels (2007). *Leerboek Hartfalen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- World Health Organization (1993). *Needs and action priorities in cardiac rehabilitation and secondary prevention in patients with CHD*. Copenhagen.
- Woudstra G.A., S. van Twillert, C. van Scheppingen & A.T. Lettinga (2008). *Ziektespecifieke en ziektegenerieke aspecten binnen hart- en longrevalidatie. Het behandel aanbod van het Centrum voor Revalidatie – UMCG in theoriegestuurd perspectief*. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.

De auteur

Krista van Berkel MSc is sinds 2007 bewegingswetenschapper, afgestudeerd aan de RijksUniversiteit Groningen. Dit onderzoek is gedaan als afstudeeronderzoek van de studie psychomotorische therapie en bewegingsagogie aan de CALO Windesheim te Zwolle. Naast dat de auteur dit onderzoek heeft uitgevoerd bij het Centrum voor Revalidatie, was dit ook de instelling voor de eindstage.

Samenvatting

Psychomotorische therapie is nog niet in alle revalidatiecentra in Nederland een vaste waarde in het behandelteam. Dit praktijkonderzoek is daarom gericht op het aantonen van de effectiviteit van psychomotorische therapie bij hartpatiënten binnen het Beatrixoord. De onderzoeksvragen of doelstellingen behaald zijn en of het geïntegreerd is in het dagelijks functioneren staan centraal. Zes patiënten hebben aan het eind van het programma een open vragenlijst ingevuld, waaruit blijkt dat de doelstellingen zijn behaald op het gebied van fysieke grenzen en dit ook in het dagelijks functioneren is doorgevoerd. Het programma schoot voor één patiënt tekort op het gebied van emotionele grenzen.