

LICHAAMSBELEVING IN ONCOLOGIEREVALIDATIE

Wat kan een module lichaamsbeleving bijdragen binnen de oncologierevalidatie en/of het programma 'Herstel en Balans'?



**Opleiding Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie,
afdeling Calo van de Hogeschool Windesheim te Zwolle**

Naam: Joke Hellinga
Beoordelaar: Ad van der Ven
Datum: Juni 2008

Voorwoord

Dit onderwerp werd naar voren gebracht door een collega op mijn toenmalige stageplaats CVR Beatrixoord te Haren. Zij leidt al een aantal jaar het programma 'Herstel en Balans' en was nieuwsgierig naar de mate van lichaamsbeleving binnen dit programma. Als stagiaire en beginnend PMT'er had ik een goede positie om me hier in te verdiepen en te kijken naar de eventuele bijdrage die dit onderwerp voor de oncologierevalidatie kan hebben. Ik hoop uw nieuwsgierigheid te hebben gewekt en wens u veel leesplezier.

Inhoudsopgave

Voorwoord	Pagina 2
Inleiding	Pagina 4
Hoofdstuk 1 <i>Beschrijving van het programma 'Herstel en Balans'.</i>	Pagina 5
Hoofdstuk 2 <i>Lichaamsbeleving</i>	
Paragraaf 2.1 <i>Definitie van de term 'lichaamsbeleving'</i>	Pagina 8
Paragraaf 2.2 <i>In hoeverre wordt lichaamsbeleving toegepast binnen het huidige programma?</i>	
<i>-Vragenlijst</i>	Pagina 9
<i>-Verdieping in de literatuur</i>	Pagina 12
Hoofdstuk 3 <i>Door middel van diagnostische modellen en methodes kijken wat voor bijdrage 'lichaamsbeleving' kan leveren wanneer er meer aandacht aan wordt besteed</i>	Pagina 16
Hoofdstuk 4 <i>De bijdrage van Psychomotorische Therapie</i>	Pagina 19
Hoofdstuk 5 <i>Conclusie</i>	Pagina 21
Literatuurlijst	Pagina 22

Bijlage:

Vragenlijst voor de patiënten

Inleiding

Hieronder beschrijf ik de indeling van deze scriptie. Ik heb een ander format gebruikt, dan de opleiding Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie, afdeling Calo van de Hogeschool Windesheim te Zwolle voorschrijft. Deze vraag was ontstaan en kon niet beantwoord worden volgens de 'case-study' zoals gepland. De vraag is echter een goed gestelde waarbij het van belang is dat er aandacht aan besteed wordt.

Scriptievraag:

“Wat kan een module lichaamsbeleving bijdragen binnen de oncologierevalidatie en/of het programma 'Herstel en Balans'?”

Wanneer het over 'Herstel en Balans' gaat, dan spreken we over het programma zoals het op CVR Beatrixoord te Haren gegeven wordt.

Naast het voorwoord, de inleiding en de inhoudsopgave bestaat deze scriptie uit vijf hoofdstukken.

In het eerste hoofdstuk wordt het programma 'Herstel en Balans' beschreven.

In hoofdstuk twee wordt de 'lichaamsbeleving' beschreven. Hier wordt niet alleen de definitie van de term vermeld, maar er wordt ook ingegaan op de literatuurverdieping. Daarnaast wordt een vragenlijst voor de patiënten beschreven, om zo een onderbouwing te geven over de mate van aandacht voor lichaamsbeleving binnen het programma 'Herstel en Balans'.

In hoofdstuk drie worden diagnostische modellen en methodes toegepast om te kijken wat voor bijdrage de aandacht voor lichaamsbeleving kan leveren.

In hoofdstuk vier wordt de bijdrage van Psychomotorische Therapie (PMT) beschreven. Daarnaast wordt er bekeken welke vorm PMT en lichaamsbeleving binnen het huidige programma kunnen krijgen.

In hoofdstuk vijf wordt de conclusie beschreven.

Hoofdstuk 1 Beschrijving van het programma 'Herstel en Balans'.

Het programma 'Herstel en Balans' kan gebruikt worden in de revalidatie bij oncologiegroepen. Mijn stage vond plaats bij Centrum Voor Revalidatie Beatrixoord te Haren. Hier wordt bij de oncologiegroep gebruik gemaakt van het programma 'Herstel en Balans'.

Hoe ziet het programma 'Herstel en Balans' eruit?

Het revalidatieprogramma 'Herstel en Balans' is voor mensen met kanker en omvat componenten van lichaamstraining en educatie. Dit is gericht op een betere kwaliteit van leven en vermindering van klachten na kankerbehandeling.

DEELNAMECRITERIA

Voor de revalidatie is een verwijzing van de behandelend arts nodig op basis van criteria (indicatie).

▪ INDICATIE

Voor deelname aan 'Herstel en Balans' moet de conditie zodanig zijn dat er in redelijke mate bewogen kan worden en deelname aan een groepsprogramma mogelijk is.

'Herstel en Balans' is een geschikte revalidatie wanneer de persoon:

- 18 jaar of ouder is;
- een vorm van kanker heeft (gehad) en de primaire behandelingen heeft afgerond;
- last heeft van beperkingen die ontstaan zijn na kanker: lichamelijk, psychisch en/of sociaal;
- fysiek, psychisch en sociaal in staat is aan een groepsprogramma deel te nemen.

Bij het derde punt:

Lichamelijke beperkingen kunnen zijn: verminderde belastbaarheid, vermoeidheid, activiteiten minder lang of niet meer kunnen uitvoeren.

Beperkingen op psychisch en sociaal gebied zijn bijvoorbeeld: emotionele instabiliteit, angst, somberheid of depressiviteit, nervositeit of onzekerheid, slecht slapen, moeite met concentreren, minder evenwichtig sociaal functioneren;

▪ CONTRA-INDICATIE

Deelname is niet geschikt en niet mogelijk wanneer de persoon:

- ernstige lichamelijke risico's heeft door kanker, een andere ziekte of medicatie;
- ernstige stoornissen heeft in geheugen, aandacht, concentratie en/of psychisch functioneren;
- beperkende bijwerkingen heeft van een behandeling of medicatie;
- een indicatie heeft voor een ander revalidatieprogramma.

In dit geval kan er met de behandelend arts besproken worden welke vorm van nazorg en ondersteuning geschikt is.

INTAKEPROCEDURE

Tijdens het intakegesprek met de bewegingsagoog of fysiotherapeut en eventueel de psycholoog, wordt gekeken of de patiënt voldoet aan de deelnamecriteria (zoals hierboven beschreven). Dit gesprek vindt plaats na de maximaaltest op de fietsergometer. Ook wordt er gevraagd wat de persoonlijke doelen van de patiënt zijn en wordt er informatie gegeven over het programma, over de belasting die dit programma kan hebben op het dagelijkse leven van de patiënt.

Het programma bestaat uit de volgende onderdelen:

- Infomodule	Dinsdagochtend 30 min.	
- Sport en spel	Dinsdagochtend 30 min.	----- Vrijdagmiddag 60 min.
- Krachtraining	Dinsdagochtend 30 min.	---- Vrijdagmiddag 30 min.
- Fietstraining	Dinsdagochtend 45 min.	---- Vrijdagmiddag 45 min.
- P.E.P.	Dinsdagmiddag 120 min.	

Het programma vindt plaats in twee dagdelen. In de gesloten groep van maximaal tien personen wordt na vier weken observatie en oriëntatie een keuze gemaakt uit de volgende vier aandachtsgebieden: vermoeidheid, grenzen, conditie, kracht. Tijdens een evaluatie wordt in overleg tussen patiënt en bewegingsagoog/fysiotherapeut per persoon duidelijk waar het accent de volgende acht weken komt te liggen.

INVULLING VAN DE VERSCHILLENDE ONDERDELEN:

▪ INFOMODULE

Hier wordt één keer in de week een half uur aan besteed. De onderwerpen als ziektepercepties, zelfmanagement, fysieke training, vermoeidheid, belasting en belastbaarheid worden hier behandeld. In dit halve uur wordt er door de bewegingsagoog of fysiotherapeut informatie en instructie gegeven over deze onderwerpen. De patiënten kunnen dan ook vragen stellen. De doelstelling van deze module is informatie overdragen, voorwaarde scheppen om actieve werkhouding te krijgen, therapietrouw te bevorderen en de fysieke training op een goede manier te laten plaatsvinden.

▪ SPORT EN SPEL

Hier wordt per week anderhalf uur tijd aan besteed. Op de dinsdag een half uur na de infomodule en op vrijdag bij aanvang een uur. De invulling bestaat uit veel verschillende sportspelen. Het doel is bijdragen aan verbetering van het fysieke vermogen, bijdragen aan plezier in bewegen en het in de praktijk leren omgaan met grenzen. Patiënten maken kennis met verschillende sportactiviteiten.

▪ KRACHTTRAINING

Dit onderdeel vindt twee keer per week plaats. Op de dinsdag en de vrijdag ongeveer een half uur. Krachttraining draagt bij aan het verbeteren van het fysieke vermogen. Specifiek zorgt het voor meer spieruithoudingsvermogen. Na een submaximaaltest vindt er een opbouw plaats van beginnend drie apparaten naar vier apparaten in week vier. Men start met 15 herhalingen waarbij het vermogen ligt op 30% van het maximaal vermogen per individu. Daarna is er per week een verhoging in het aantal herhalingen of vermogensprocenten. De ene week gaan de herhalingen van 15 naar 20 in een serie van twee, wat gedurende het hele programma zo blijft. Wanneer de week erop het vermogen 5% omhoog gaat, gaan de herhalingen weer terug naar 15. Wanneer gekozen is voor het aandachtsgebied 'kracht' zal er meer stijging plaatsvinden in het vermogen ten opzichte van andere aandachtsgebieden.

- FIETSTRAINING

Ook dit onderdeel vindt twee keer in de week plaats. Op dinsdag en vrijdag gedurende drie kwartier. Fietstraining draagt bij aan het doel om het fysieke vermogen te verbeteren. Specifiek zorgt het voor meer uithoudingsvermogen en een verbeterd cardiovasculair vermogen. Na een maximale fietstest die tijdens de intakeprocedure afgenomen wordt, kan een ieder tijdens de fietstraining beginnen met 20 minuten fietsen op 40% Karvonen. Daarna volgt er de eerste weken alleen een verhoging in tijd, vervolgens worden zowel tijd als Karvonen afwisselend verhoogd. Na vier weken mogen de patiënten kiezen welk aantal Karvonen ze willen fietsen binnen een blijvende opbouw. De achterliggende gedachte hierbij is dat men naar het lichaam luistert en handelt naar de lichaamssignalen. Vooral de patiënten waar het accent op het aandachtsgebied 'grenzen' ligt, kunnen op deze manier oefenen met het luisteren naar het lichaam, de lichaamssignalen op waarde leren schatten en er naar handelen. Dit is nodig om de fysieke grenzen niet te overschrijden. Wanneer voor het aandachtsgebied 'conditie' wordt gekozen, zal er meer stijging in de Karvonen plaatsvinden ten opzichte van de andere aandachtsgebieden.

- P.E.P.

P.E.P. staat voor psycho-educatie en preventie. Onder leiding van een psycholoog (met als co-therapeut een fysiotherapeut) wordt er gekeken naar de strategieën (vooral cognitief) die patiënten gebruiken in de omgang met hun problemen. Hoe is het nu en hoe kan hier vaardiger mee omgegaan worden, zodat de patiënt minder snel uit balans is wanneer er stresssituaties plaatsvinden? Patiënten krijgen ook educatie over bijvoorbeeld verwerking, stress/vermoeidheid en inspanning, R.E.T., zelfmanagement et cetera. Tenslotte is er aandacht voor ontspanning, met punten als: "Wanneer er arbeid plaatsvindt, is er ook rust nodig.", "Hoe kun je met name in stresssituaties je balans houden?"

- AANDACHTSGEBIEDEN

Voor het aandachtsgebied 'vermoeidheid' wordt gekozen wanneer in de eerste vier weken blijkt dat de patiënt een onderbieder is. Hij durft minder goed te bewegen en kiest liever bij voorbaat voor de rustige activiteiten. De begeleiding is dan vooral gericht op het stimuleren van de patiënt om activiteiten te ondernemen. Voor het aandachtsgebied 'spierkracht' wordt gekozen wanneer in de eerste vier weken blijkt dat de patiënt vooral op dit gebied beperkingen bemerkt en het spierversmogen wil vergroten, wat de dagelijkse activiteiten gemakkelijker maakt. Voor het aandachtsgebied 'conditie' wordt gekozen wanneer in de eerste vier weken blijkt dat de patiënt vooral op dit gebied beperkingen bemerkt. Er zal dan stijging plaatsvinden in de Karvonen. Voor het aandachtsgebied 'grenzen' wordt gekozen wanneer in de eerste vier weken blijkt dat de patiënt vaak kiest om met een belastende activiteit door te gaan, terwijl de lichaamstaal laat zien (of de patiënt zelf aangeeft) dat de activiteit zwaar is. De patiënt wordt dan door het gehele programma heen meer bevraagd op keuzes wat betreft belastbaarheid.

- DOELEN

In het programma is het van belang dat de patiënten eigen doelen stellen. Tijdens de intake wordt er al gevraagd waar de patiënt aan wil werken. Na de vierde week moeten de persoonlijke doelen volgens S.M.A.R.T.* opgesteld worden wat ze met name weer of beter willen kunnen na de revalidatie van twaalf weken.

** S.M.A.R.T.-doelstellingen worden vaak te vaag en vrijblijvend geformuleerd als wensen, intenties, of goede voornemens. S.M.A.R.T. staat voor: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden. Een S.M.A.R.T.-doelstelling is richtinggevend: het geeft aan wat je wilt bereiken en stuurt het gedrag. Bovendien wordt aangegeven welke resultaten wanneer moeten worden bereikt. Door een doelstelling S.M.A.R.T. te formuleren is de kans groter dat er in de praktijk iets van terecht komt.*

Hoofdstuk 2 Lichaamsbeleving

2.1 Definitie van de term 'lichaamsbeleving'

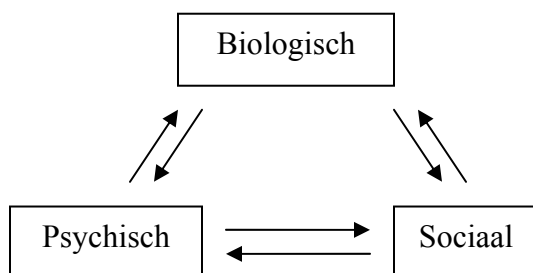
Onder lichaamsbeleving verstaat Probst in navolging van Bielefeld: *'alle individuele en sociale, affectieve en cognitieve, bewuste en onbewuste ervaringen'*. Deze definitie is nog niet concreet genoeg, daarom volgt hieronder de definitie die Marlies Rekkers geeft, in een navolging van Probst.

Definitie:

Lichaamsbeleving is een integratie van visuele en tactiele (exteroceptieve) informatie en perceptie en interpretatie van signalen, die van binnen uit het lichaam komen met subjectieve ervaringen van lichaamsfuncties (zowel affectief als emotioneel) en met ideeën en opvattingen (cognitief) over het eigen lichaam.

KANKER EN HET BIOPSYCHOSOCIALE MODEL (DE HERMENEUTISCHE INVALSHOEK)

Bij de patiënten die komen revalideren is er sprake van een verstoring in het biomedisch psychosociaal evenwicht. De hulpvraag van patiënten kan op individueel niveau verschillen. Ook hoeft deze niet op alle drie gebieden te liggen.



Een voorbeeld hoe het biopsychosociale model werkt:

Iemand die geïntegreerd (in biopsychosociaal evenwicht) functioneert, zal meer zelfrespect kunnen ervaren, zal zich assertiever kunnen opstellen, zal weinig moeite hebben met het stellen van grenzen en zal op tijd zich bewust zijn van lichaamssignalen die bijvoorbeeld verwijzen naar overbelasting. (Boonstra, Woudstra en Mengerink, 2002)

LICHAAMSBELEVING IN HET BIOPSYCHOSOCIALE MODEL

Als we kijken naar de lichaamsbeleving dan gaat dit onder andere over de opvattingen en ideeën die je over je lichaam hebt en de signalen die van binnen uit komen. Daarmee valt lichaamsbeleving onder het psychische gebied. Wanneer er iets plaatsvindt in het biologische gebied, dan heeft dit invloed op het psychische gebied, hetgeen weer invloed kan hebben op het sociale gebied.

Wanneer een (ex-)kankerpatiënte een borstamputatie heeft ondergaan, dan heeft dit plaatsgevonden in het biologische gebied. Dit heeft als invloed op het psychische gebied dat de patiënte bijvoorbeeld andere ideeën en opvattingen over haar lichaam heeft: zo kan ze als gevolg van de amputatie haar lichaam nu lelijk vinden. Dit kan weer gevolgen hebben voor het sociale gebied, omdat ze de deur niet meer uit wil vanwege schaamte.

2.2 In hoeverre wordt lichaamsbeleving toegepast binnen het huidige programma?

VRAGENLIJST

Er is een vragenlijst afgenomen bij zes patiënten in week vijf van hun behandeling van het programma 'Herstel en Balans'. Hieronder staat de vragenlijst met de verwerkte resultaten. De vragen zijn opgesteld uit de definitie gegeven door Marlies Rekkers. In de bijlage kunt u de oningevulde vragenlijst vinden.

Ten eerste wordt weergegeven hoeveel patiënten vinden dát er aandacht aan het onderwerp wordt besteed. Ten tweede wordt weergegeven hoeveel patiënten dan wel meer, dan wel minder aandacht voor dit onderwerp willen zien. Wanneer 'meer of minder' niet wordt ingevuld, vindt patiënt dat er voldoende aandacht aan het onderwerp wordt besteed.

▪ RESULTATEN

Ten aanzien van de eerste vraag: 'Wordt er stilgestaan bij de ervaringen van verandering in lichaamsfuncties?' antwoordden drie patiënten dat zij vonden dat er wel aandacht werd besteed aan dit onderwerp. Twee patiënten zien er graag méér aandacht voor in de beroepspraktijk.

Ten aanzien van de tweede vraag: 'Wordt er aandacht besteed aan ideeën of opvattingen die u over uw lichaam heeft?' antwoordden drie patiënten dat zij vonden dat er wel aandacht aan werd besteed.

Ten aanzien van de derde vraag: 'Wordt er stilgestaan bij de interpretatie van (lichaams)signalen?' antwoordden zes patiënten dat zij vonden dat er wel aandacht aan werd besteed. Eén patiënt zou graag meer aandacht voor dit onderwerp willen in de beroepspraktijk.

Ten aanzien van de vierde vraag: 'Wordt er stilgestaan bij de interpretatie over lichaamssignalen op cognitief(=denken) vlak?' antwoordden zes patiënten dat zij vonden dat er wel aandacht aan werd besteed. Eén patiënt zou graag meer aandacht willen in de beroepspraktijk en één patiënt minder.

Ten aanzien van de vijfde vraag: 'Wordt er stilgestaan bij de interpretatie van emotionele signalen?' antwoordden vier patiënten dat zij vonden dat er wel aandacht aan werd besteed. Twee patiënten zouden minder aandacht willen voor dit onderwerp.

Ten aanzien van de zesde vraag: 'Wordt er stilgestaan bij het vertrouwen in uw lichaam?' antwoordden vijf patiënten dat zij vonden dat er wel aandacht aan werd besteed. Twee patiënten zouden meer aandacht willen voor dit onderwerp en één patiënt minder.

Ten aanzien van de zevende vraag: 'Wordt er stilgestaan bij het ervaren van uw (lichaams)signalen tijdens een bewegingsactiviteit?' antwoordden zes patiënten dat zij vonden dat er wel aandacht aan werd besteed. Eén patiënt zou meer aandacht willen voor dit onderwerp.

Ten aanzien van de achtste vraag: 'Wordt er stilgestaan bij het ervaren van uw lichaam(ssignalen) in rust?' antwoordden zes patiënten dat zij vonden dat er wel aandacht aan werd besteed. Eén patiënt zou hier meer aandacht voor willen.

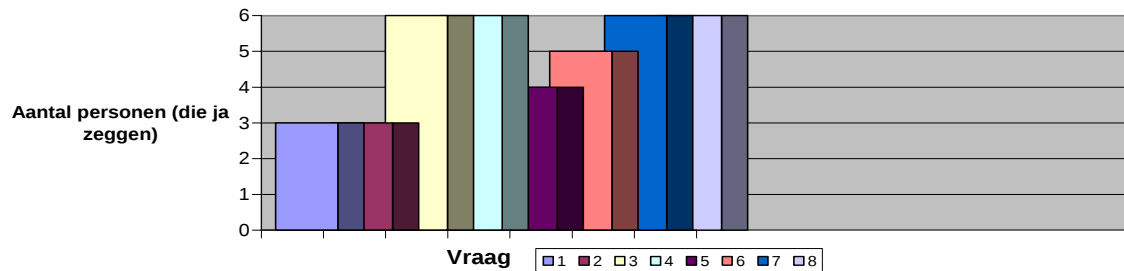
Ten aanzien van de negende vraag: 'Heeft u zelf nog aanvullingen?' antwoordden zes patiënten dat ze geen aanvullingen hadden.

De uitkomsten van de vragenlijst zijn verwerkt in de onderstaande grafische tabellen. De uitkomsten van het onderzoek zijn per vraag weergegeven.

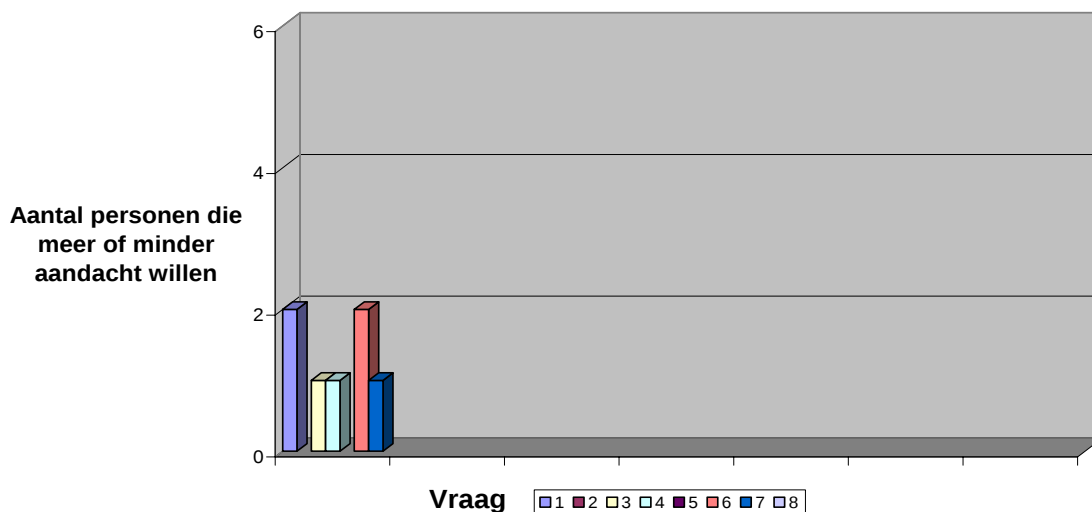
▪ TABELLEN

In de eerste tabel staat hoeveel aandacht patiënten vinden dat er is voor een onderwerp. In de tweede tabel wordt weergegeven hoeveel patiënten er méér aandacht willen voor een bepaald onderwerp.

Tabel 1: wel of geen aandacht



Tabel 2: Meer aandacht



▪ EINDCONCLUSIE

Het komt er op neer dat men bij vraag een, twee en zes niet altijd vindt dat er genoeg aandacht wordt besteed aan dat onderwerp. Bij elke vraag is er daarnaast wel iemand die meer of minder aandacht wil voor het onderwerp, hoewel het grootste aantal toch vindt dat er voldoende aandacht wordt besteed aan de onderwerpen. Over het algemeen willen de patiënten eerder méér aandacht voor een onderwerp dan minder. Het verschil is echter klein.

Met deze resultaten lijkt het erop dat er niet veel meer gedaan hoeft te worden aan het thema lichaamsbeleving. De groep die de vragenlijst heeft ingevuld was in de vijfde week van behandeling. Ze hadden net de observatieperiode achter de rug en waren gestart met gerichte doelen zoals het aandachtsgebied en S.M.A.R.T.

Dit kan ervoor gezorgd hebben dat ze minder inzicht hadden in hun eventuele behoeftes, omdat ze midden in het programma zaten en druk waren met de zojuist gestelde doelen. Misschien vonden ze dat er genoeg aandacht aan de onderwerpen besteed werd, omdat het op dat moment nog zoveel nieuws was. Wanneer het programma is afgerond, is het soms makkelijker te zeggen waar je meer aandacht voor gewild had.

Bij de vijfde vraag gaat het over de aandacht voor emotionele signalen. Twee patiënten zeiden hier minder aandacht voor te willen; de vraag is nu waarom? Een mogelijkheid is dat ze het misschien wel spannend vinden om hier meer aandacht voor te krijgen. Een andere mogelijkheid is dat ze het nut niet inzien van aandacht besteden aan emotionaliteit. Van de acht personen waaruit de groep bestaat, hebben er zes als aandachtsgebied 'grenzen'. Dit zegt iets over de aandacht die ze in het algemeen geven aan het luisteren naar hun lichaam.

Hiermee kom ik tot de volgende conclusie: zoals de patiënt in het programma opgevoed wordt om te luisteren naar het lichaam teneinde grenzen niet te overschrijden, zo moet hij misschien ook wel opgevoed worden in de aandacht voor andere aspecten van de lichaamsbeleving, zoals emotionele signalen, interactie of seksualiteit.

Een vragenlijst geeft een mooi beeld over hoe patiënten bepaalde dingen ervaren. Het is echter ook zo dat de zaken die hierboven beschreven zijn, meegenomen dienen te worden om een volledig antwoord op de vraag in deze scriptie te krijgen. Wanneer hier nu verder op ingegaan wordt, wordt er teveel afgeweken van het onderwerp. Deze vragen zouden eventueel in de toekomst beantwoordt kunnen worden.

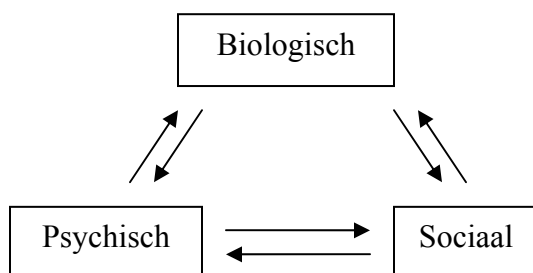
VERDIEPING IN DE LITERATUUR

Aan de hand van onder andere Probst, Marlies Rekkers en Mieke Oosterwijk wordt hieronder beschreven wat voor betekenis er gegeven kan worden aan lichaamsbeleving (binnen het programma 'Herstel en Balans'). Om een duidelijk beeld te krijgen, wordt er gebruik gemaakt van de onderstaande casus. In dit hoofdstuk zal er verwezen worden naar de casus en de definitie om duidelijkheid te creëren en ter onderbouwing. Met op het einde een toelichting wat betreft andere ongemakken als gevolg van kanker.

Casus:

Een vrouwelijke patiënt van 45 jaar komt ter behandeling in de oncologierevalidatie ('Herstel en Balans'). Zij heeft de behandeling ongeveer 2 jaar geleden afgerond, en staat alleen nog onder controle. Ze heeft borstkanker gehad en hierdoor een borstamputatie ondergaan. Haar voornaamste klacht is het verminderde energieniveau, ze wil meer kunnen op een dag dan alleen wat moet. Zoals voor de kinderen zorgen, het huishouden, werken (ze heeft verminderde werkuren naar aanleiding van haar kanker). Kortom: ze wil energie voor zichzelf overhouden.

Om zicht te krijgen op de patiënte bij wie het evenwicht verstoord is, wordt de hermeneutische invalshoek toegepast. Hieronder wordt zij in het biopsychosociale model geplaatst.



Onder het biologische gebied valt de ziekte kanker. Als gevolg van deze ziekte heeft de patiënte een borstamputatie ondergaan en een verminderd energieniveau. Hierdoor zal ze zich psychisch minder sterk voelen, haar draagkracht is verminderd. Doordat ze veel dingen 'moet' zal ze niet veel energie opdoen die haar draagkracht vergroten. Op het sociale gebied zal dit gevolgen hebben, zoals minder activiteiten ondernemen waardoor haar contact met de buitenwereld verslechtert.

Probst beschrijft twee basisopvattingen over lichaamsbeleving. De eerste opvatting is *dat therapeuten de gestoorde lichaamsbeleving als een secundair verschijnsel, een gevolg van wat anders beschouwen. Als dit laatste opgelost is, veronderstelt men dat het lichaamsbeeld spontaan normaliseert. Therapeuten die deze theorie aanhangen besteden geen directe aandacht aan de lichaamsbeleving opzich.*

Nu moeten we ons in de eerste plaats afvragen of er een 'gestoorde' lichaamsbeleving aanwezig is. Ik zou het eerder een verandering in de lichaamsbeleving noemen. De term 'gestoorde lichaamsbeleving' wordt vooral gebruikt bij patiënten met eetstoornissen. In dit verslag is het doel om te kijken in welke mate er verandering plaatsvindt in de lichaamsbeleving. Daarom noemen we het een verandering in de lichaamsbeleving.

In de eerste basisopvatting van Probst wordt lichaamsbeeld genoemd. Lichaamsbeeld is een gedeelte van de lichaamsbeleving. Het valt onder de subjectieve ervaringen van lichaamsfuncties (zowel affectief als emotioneel) en met ideeën en opvattingen (cognitief) over het eigen lichaam.

Bij de casus heeft er een verandering van het lichaamsbeeld plaatsgevonden. De patiënte zal nu anders naar haar lichaam kijken, er andere ideeën over hebben, met de bijbehorende gevoelens. Zij zal zich verdrietig en minder mooi voelen nu er een borst mist, waardoor ze negatiever denkt over haar lichaam.

De patiënten in de revalidatie zijn in principe vrij van de ziekte kanker. De verandering in de lichaamsbeleving zou volgens de eerste opvatting hiermee opgelost moeten zijn. Maar dit is niet het geval. Er is een verstoring in het biopsychosociale evenwicht, maar dit hoeft niet direct ten aanzien van de lichaamsbeleving te zijn. Maar verwacht u in het geval van de casus dat het biopsychosociale evenwicht helemaal hersteld zal worden wanneer er in de revalidatie geen aandacht wordt besteed aan het veranderde lichaamsbeeld?

Er kan geconcludeerd worden dat de eerste opvatting die Probst beschrijft hier niet opgaat. In de revalidatie en in het programma 'Herstel en Balans' gaat het vooral over de gevolgen van kanker, nadat de kanker in principe uit het lichaam is verdwenen.

In de tweede opvatting van Probst wordt het gestoorde (de verandering in het) lichaamsbeeld als een primair en essentieel aspect en wordt daarentegen wel gepleit voor een aanpak van dit facet. Een directe en specifieke aanpak om de lichaamsbeleving te beïnvloeden is nodig om een realistisch lichaamsbeeld te verkrijgen en het aanvaarden van het lichaam een noodzakelijke voorwaarde tot herstel zijn.

Nu is het echter zo dat niet iedere (ex-) kankerpatiënt die komt revalideren een amputatie heeft ondergaan. Dus wat gebeurt er met de lichaamsbeleving na de diagnose kanker? Mieke Oosterwijk schrijft dat de ziekte een aanslag is, niet alleen op het fysieke zelf, maar ook op de identiteit en het gevoel van eigenwaarde. Door de ziekte ontstaat verlies van vertrouwen in het lichaam, wat gepaard gaat met verlies van vertrouwen in sociale relaties en interacties. Daarmee kunnen we zeggen dat er bij (ex-) kankerpatiënten verandering in lichaamsbeleving heeft plaatsgevonden.

Naar aanleiding van de twee basisopvattingen is er geconcludeerd wat er met de lichaamsbeleving gebeurt bij (ex-) kankerpatiënten. Hieronder koppelen we deze bevindingen aan het programma 'Herstel en Balans'.

LICHAAMSBELEVING BINNEN HET PROGRAMMA 'HERSTEL EN BALANS'.

Als we het over revalidatie, kanker of lichaamsbeleving hebben, dan hebben we het in alle drie gevallen over het biopsychosociale evenwicht. Het revalidatieprogramma 'Herstel en Balans' heeft ook een biopsychosociale insteek. Hieronder wordt weergegeven in welke mate lichaamsbeleving voorkomt in de verschillende onderdelen en aandachtsgebieden.

De aandacht voor lichaamsbeleving is grotendeels gericht op het aanvoelen van lichaamssignalen die aangeven hoe het met het huidige energieniveau is. Dit is zo bij de krachttraining, de fietstraining en bij sport en spel.

Vooraf wanneer het aandachtsgebied 'grenzen' is, wordt er bij de krachttraining net iets vaker gevraagd wat voor lichaamssignalen men merkt en in welke mate. Bij de fietstraining is er een keuze op welke belasting (met behoud van de opbouw) men wil fietsen. De patiënten met het aandachtsgebied 'grenzen' zullen hier eerder op hun keuze worden bevraagd. Bij sport en spel geldt hetzelfde, de mensen met het aandachtsgebied 'grenzen' zullen meer op lichaamssignalen bevraagd worden. Verder gaat het vooral over het herstel van het fysieke vermogen en hier ligt dan ook de focus.

Bij het onderwerp 'ziektepercepties' uit de infomodule gaat het over lichaamsbeleving als je kijkt naar hoe iemand denkt over de ziekte kanker. De onderwerpen als zelfmanagement en belasting-belastbaarheid zijn meer gericht op het handelen naar de draagkracht van een patiënt.

Bij psycho-educatie en preventie (P.E.P.) wordt vooral gekeken naar de cognitieve strategieën die per persoon gebruikt worden om met de ziekte om te gaan. De ontspanning die hier plaatsvindt, is vooral gericht op de rust die iemand nodig heeft om te herstellen. De verhouding tussen rust en arbeid zorgt voor balans.

CONCLUSIE

De bovenstaande beschrijving laat zien dat er beperkte aandacht is voor lichaamsbeleving, omdat de focus vooral ligt op de ideeën en opvattingen over de ziekte, niet zozeer op die van de patiënt en zijn lichaam. En de aandacht die besteed wordt aan lichaamssignalen, is vooral bedoeld om de fysieke grenzen te leren kennen. Het is echter wel zo dat lichaamsbeleving niet alleen bestaat uit het verkennen, herkennen en erkennen van lichaamssignalen en er vervolgens naar handelen.

- GEKOPPELD AAN DE DEFINITIE

Wat betreft de lichaamsbeleving mist er in het programma 'Herstel en Balans' een gedeelte over subjectieve ervaringen, zowel op affectief als emotioneel vlak. Daarnaast ontbreekt er aandacht voor het lichaam in een breder aspect dan slechts wat de ziekte betekent, zoals bijvoorbeeld aandacht voor een amputatie. De interpretatie van signalen moet ook in een breder aspect dan slechts de gerichtheid op het fysieke, zoals bijvoorbeeld de emotionele signalen.

- GEKOPPELD AAN DE CASUS

Over de ervaringen betreffende de borstamputatie van de patiënte uit de casus wordt dus niet of nauwelijks gesproken. Niet de ideeën die de vrouw hierover heeft, noch de emoties die zij ervaart.

Wanneer iemand geen amputatie (of een verminderde armfunctie door de operatie voor borstkanker, of kaal van de bestraling) heeft ondergaan, zou het van minder belang kunnen zijn dat er aandacht besteed wordt aan de lichaamsbeleving. Het vertrouwen in het lichaam, dat de meeste revalidanten verloren zijn, kan door het fysieke herstel waar het programma grotendeels op gericht is in deze vorm verbeteren. Het is echter maar de vraag of het voldoende is.

Hoofdstuk 3 Door middel van diagnostische modellen en methodes kijken wat voor bijdrage 'lichaamsbeleving' kan leveren wanneer er meer aandacht aan wordt besteed.

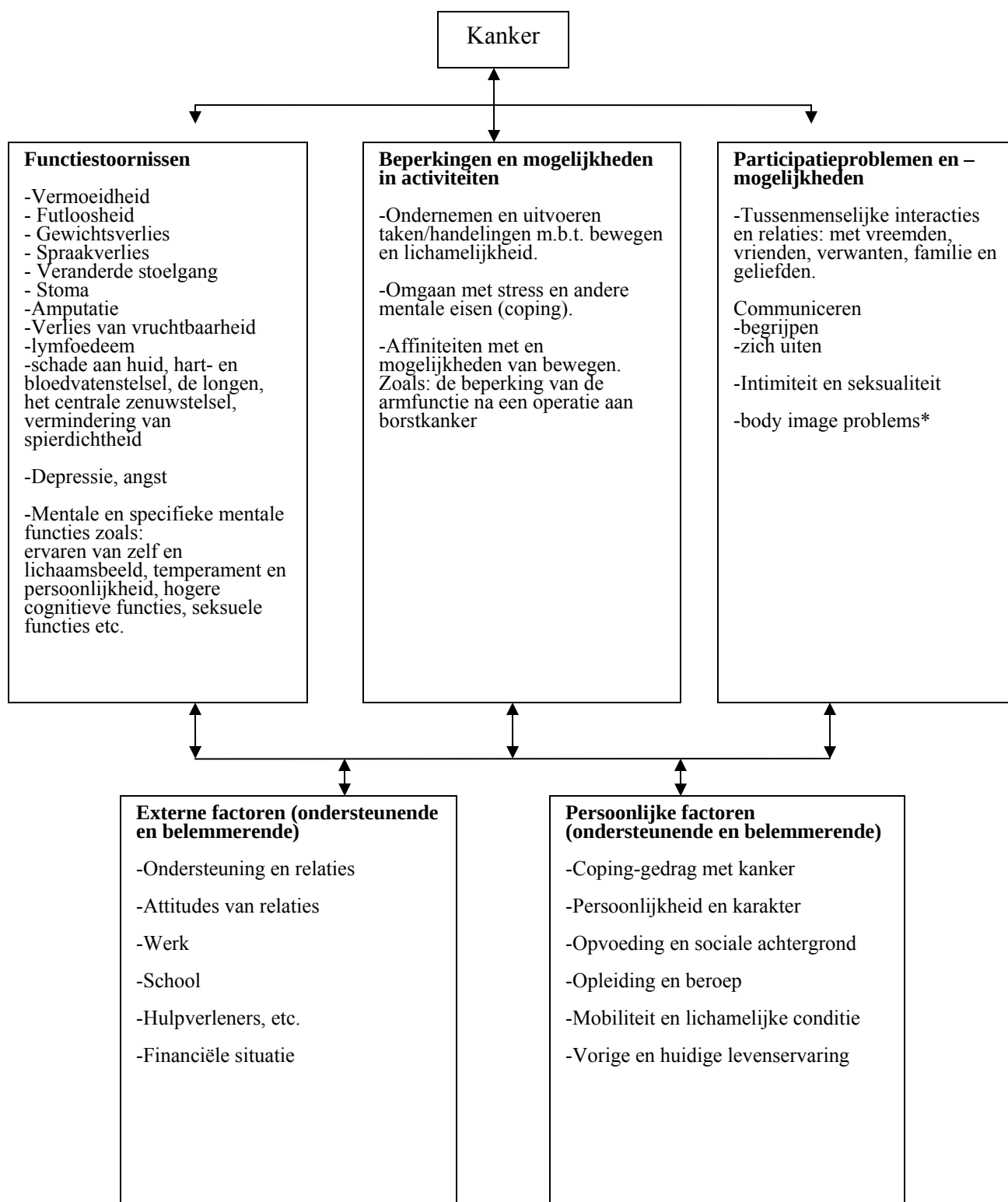
Om te kijken wat de eventuele mogelijkheden zijn en om een betere conclusie te kunnen trekken zet ik kanker in het ICF model. Het ICF (International Classification of Functioning) model geeft duidelijk het menselijk functioneren aan, in wisselwerking met verschillende factoren die samenhangen met de ziekte of aandoening en met externe en interne factoren.

Het onderstaande model is ingevuld voor de ziekte kanker in het algemeen. Per persoon kan dit model ingevuld worden voor een specifiek beeld. Hieruit komen indicatie en doelen waarmee gericht een behandeling gestart kan worden. Wanneer er een indicatie is voor revalidatie, dan heeft dat meestal te maken met de gevolgen van lange duur, omdat de behandelingen al afgerond zijn. Het model is ingevuld voor deze situatie.

(zie pagina 17)

HET ICF MODEL

Een classificerende invalshoek:



*Body image problems: kanker en kankertherapie kunnen gevolgen hebben op de uiterlijke kenmerken. Wanneer bijvoorbeeld een lichaamsdeel is verwijderd, moeten patienten om leren gaan met veranderingen van het eigen lichaam.

HET PROGRAMMA 'HERSTEL EN BALANS' EN HET ICF-MODEL

Binnen het ICF model sluit lichaamsbeleving onder andere aan bij de 'beperkingen en mogelijkheden in activiteiten', omdat er binnen de activiteiten verkend, herkend en erkend wordt wat betreft psychosociale problematiek. Psychomotorische therapie grijpt aan bij bewegen en lichamelijkheid door bewegings- en lichaamsgeoriënteerde methodieken. Bij het programma 'Herstel en Balans' is sport en spel aanwezig waarin geen lichaamsgeoriënteerde methodieken naar voren komen.

Bij de P.E.P. worden ontspanningsoefeningen aangeboden, die vooral gericht zijn op de rust die iemand nodig heeft om te herstellen. De verhouding tussen rust en arbeid zorgt voor balans. Dit is een beperkt stukje van de lichaamsbeleving, zoals eerder al werd genoemd in paragraaf 2.2, pagina 14.

Op de andere vier domeinen van het ICF model wordt in deze scriptie niet verder op ingegaan. Met dezelfde reden dat het verslag dan geen concrete lijn behoud. Ze zijn echter wel belangrijk, ze dragen bij voor een betere aansluiting bij de patiënt als hulpverlener. Zoals het domein participatieproblemen en –mogelijkheden. De omgeving is van groot belang voor de patiënt maar de eerste insteek in de hulpverlening is de patiënt als individu alvorens de transfer te maken naar de omgeving.

Hieronder wordt weergegeven welke thema's en welke eventuele activiteiten er zijn op het gebied van lichaamsbeleving. Op deze manier kan er gekeken worden of de lichaamsbeweging voldoende aanwezig is in het huidige programma of welke activiteiten toegepast kunnen worden.

Thema's en activiteiten die door Henriette van der Meijden – Kolk en Ruud Bosscher worden beschreven in het boek: "Psychomotorische therapie voor mensen met chronische pijn, een methodisch raamwerk" sluiten goed aan bij de definitie van Marlies Rekkers.

Dit zijn:

1. Ver-, her – en herkennen van: Lichaamsbewustzijn, lichaamsattitude, lichaamsbeeld, lichaamsgrenzen.
2. Voelen van en leren omgaan met emoties.
3. Voelen van en leren omgaan met contact: intimiteit, seksualiteit

Activiteiten:

1. Teken, lichamelijk boetsen, spelen, video en foto's, stilstaan bij bewegen, stop zeggen, masseren
Kan toegepast worden binnen de lichaamsgeoriënteerde en bewegingsgeoriënteerde methodieken.
2. Psycho-educatie: emoties en lichamelijkheid (boos, bang, blij en bedroeft).
Lichaam en perceptie, lichaamsgeheugen, lichaamsexpressie, dans, verwoorden van gevoel
Kan toegepast worden binnen de lichaamsgeoriënteerde methodieken door Sensory Awareness, haptonomie en bewegingsexpressie. (*voor sommige methodieken wordt specialisatie gevraagd.*)
3. Psycho-educatie: intimiteit en seksualiteit.
Aanraken en aangeraakt worden, emoties leren hanteren, verwoorden van emoties, intimiteit ervaren
Kan toegepast worden binnen de lichaamsgeoriënteerde methodieken.

Binnen het programma 'Herstel en Balans' zien we aandacht voor punt twee, lichamelijkheid en verwoorden van gevoel komt gedeeltelijk naar voren in het meten van fysieke lichaamsgrenzen. En lichaam en perceptie komt terug wanneer er gesproken wordt over de ziekte kanker in zijn algemeenheid.

Hoofdstuk 4 De bijdrage van Psychomotorische Therapie (PMT)

In het vorige hoofdstuk is er al een koppeling gemaakt naar de psychomotorische therapie (PMT). Hierbij wordt er gekeken naar wat voor thema's en activiteiten onder lichaamsbeleving vallen en in hoeverre dit is toegepast binnen het programma 'Herstel en Balans'. In dit hoofdstuk wordt er dan ook ingegaan op de mogelijke vormen waarin PMT een bijdrage kan leveren aan de lichaamsbeleving.

In het programma 'Herstel en Balans' werken twee bewegingsagogen, een fysiotherapeut en een psycholoog. *(In de revalidatie wordt vaak de benaming bewegingsagoog gebruikt; dit sluit echter niet uit dat er geen psychomotorische activiteiten plaatsvinden.)* Hierin kunnen de PMT en de psycholoog een betekenis hebben voor de lichaamsbeleving. De PMT heeft de bewegingsgeoriënteerde en lichaamsgeoriënteerde methodieken als ingang. De psycholoog kan op psycho-educatief vlak de bijdrage leveren door het meer te hebben over de emotionaliteit die gepaard gaat met kanker, of door het meer te hebben over het gevoel met betrekking tot het lichaam.

VOORSTEL

De PMT zou de thema's en activiteiten uit het vorige hoofdstuk kunnen toepassen. In welke vorm binnen het programma 'Herstel en Balans' zou dit gegoten kunnen worden? Het gedeelte van de P.E.P. laten we achterwege: hierboven is kort genoemd hoe de psycholoog een bijdrage zou kunnen leveren in het programma. Uitgebreider wordt er hier niet op ingegaan om specifiek bij het onderwerp te blijven. In samenwerking met een psycholoog kan een duidelijker en beter beeld tot stand komen bij eventuele uitbreiding. Hieronder wordt een aantal opties beschreven:

Wanneer we kijken naar het fysieke stuk van het huidige programma, dan dient dit hetzelfde te blijven. Het onderdeel sport en spel biedt veel mogelijkheden tot uitbreiding van activiteiten met betrekking tot de lichaamsbeleving. Het huidige doel van het onderdeel sport en spel is het plezier in bewegen ervaren, wat op lange termijn van belang is voor de assertiviteit en gezondheid van de patiënt.

Er wordt daarnaast nog aandacht besteed aan de lichaamssignalen, die voornamelijk betrekking hebben op de fysieke grenzen. Als je kijkt naar twaalf weken anderhalf uur sport en spel, dan is er weinig ruimte voor aandacht voor een extra onderwerp. De aandachtsgebieden 'vermoeidheid' en 'grenzen' vallen onder lichaamsbeleving, waarbij specifieke aandacht zeer gewenst is. Want wanneer iemand (lichaams)grenzen overschrijdt, dan is er in de twaalf weken revalidatie volop aandacht nodig om hier een verandering te laten plaatsvinden. Dus een uitbreiding van de lichaamsbeleving naar onderwerpen als lichaamsbeeld en dergelijke wordt lastig.

Als er geen tijd is voor extra onderwerpen, hoe zit dat dan met de aandachtsgebieden? Als er voor een aandachtsgebied gekozen wordt, dan kijkt men op welk gebied de patiënt het beste zijn levenskwaliteit kan verbeteren. Wanneer er gekozen wordt voor het aandachtsgebied 'spierkracht' of 'conditie', dan zijn er geen problemen met 'vermoeidheid' of 'grenzen'. Wanneer er gekozen wordt voor het aandachtsgebied 'vermoeidheid' of 'grenzen', dan zijn de gebieden 'spierkracht' en 'conditie' echter niet uitgesloten en de patiënt wil hier ook graag aandacht voor. De focus ligt niet op 'spierkracht' of 'conditie', omdat bijvoorbeeld lichaamsgrenzen van groter belang zijn voor fysiek herstel en evenwicht en in het programma zit standaard een opbouw van het fysieke vermogen. Dus wanneer de aandacht ligt op het aandachtsgebied 'grenzen', dan is er nog steeds een opbouw in de 'conditie' en de 'spierkracht', alleen in mindere mate.

Het invoeren van lichaamsbeleving als vijfde aandachtsgebied komt waarschijnlijk in conflict met de reeds bestaande gebieden 'vermoeidheid' en 'grenzen'. En wanneer zou dit vijfde aandachtsgebied plaats moeten hebben? 'Herstel en Balans' is een vaste groep met een vast programma. Hierboven hebben we net geconcludeerd dat er in de onderdelen geen ruimte is voor aandacht aan andere onderwerpen.

Daardoor ontstaan de volgende ideeën: een extra onderdeel voor patiënten die het nodig hebben, of voor een ieder, kortom het programma uitbreiden. De volgende vragen komen hierbij naar boven: is deze uitbreiding mogelijk wat betreft de belasting van patiënten met het weekprogramma? Of zou de totale omvang van het programma vergroot moeten worden?

Hoofdstuk 5 Conclusie

In de inleiding op pagina vier staat de scriptievraag geformuleerd:

“Wat kan een module lichaamsbeleving bijdragen binnen de oncologierevalidatie en/of het programma ‘Herstel en Balans’?”

In de vorige hoofdstukken zijn de lichaamsbeleving en het programma 'Herstel en Balans' zowel los van elkaar als gezamenlijk beschreven. Hierin zien we dat er aandacht wordt besteed aan lichaamsbeleving, echter in beperkte mate. Literatuur, vragenlijsten en diagnostische modellen kwamen hierbij te pas. Zoals op pagina 11 van paragraaf 2.2. ook beschreven staat kan er op veel aspecten in deze scriptie dieper ingegaan worden. Het doel van deze scriptie is echter bereikt, door te kijken in welke mate er aandacht is voor lichaamsbeleving binnen de het programma 'Herstel en Balans'.

Dit leidt tot het volgende antwoord: een module lichaamsbeleving kan bijdragen aan een beter herstel van het biopsychosociale evenwicht.

Het woord module is misschien niet helemaal juist en zou vervangen kunnen worden door de term 'onderdeel' zoals het in het programma 'Herstel en Balans' genoemd wordt. In hoofdstuk vier is het voorstel gedaan om het programma op deze manier uit te breiden met het specifieke onderdeel 'lichaamsbeleving'.

In de scriptievraag wordt ook de oncologierevalidatie genoemd. Het is echter beperkt gebleven tot het programma 'Herstel en Balans'. Deze scriptie kan wel informatie geven aan eventuele andere programma's in de oncologierevalidatie.

In deze scriptie is duidelijk geworden wat wel of niet aanwezig is wat betreft lichaamsbeleving. Er zijn ideeën beschreven voor een eventuele uitbreiding van het programma en voor de mogelijke verdieping. Het antwoord op de scriptievraag maakt duidelijk dat hier zeker aandacht aan besteed mag worden.

Literatuurlijst

www.herstelenbalans.nl

<http://www.herstelenbalans.nl/?page=39>

<http://www.herstelenbalans.nl/uploaded/docs/boekje/kankerenrevalidatieherstelenbalans2005.pdf>

www.herstel-en-balans.nl/system/inc/download.php?fKast=pub&la=23&id=122 -

Oosterwijk, M. (2004). Cognitieve strategieën van borstkankerpatiënten en de relatie met aanpassing: een longitudinale studie. PrintPartners Ipskamp B.V., Enschede.

Weert, E van (2003). ONCO-REV Een landelijke effectstudie naar oncologische revalidatie, programmaomschrijving van de fysieke module.

UMCG Groningen, CVR Locatie Beatrixoord, (2006/07). 'Herstel en Balans' deelnemers werkboek Psycho-educatie.

Meijden – van der Kolk, H. van der, Bosscher, R. (2007). Psychomotorische therapie voor mensen met chronische pijn, een methodisch raamwerk. Christelijke Hogeschool Windesheim, Zwolle.

Probst, M. (1997). Body experience in eating disorders.

Rekkers, M., Schoemaker, E., (2002). Gewichtige lichamen: lichaamsbeleving en eetstoornissen. Leusden.

Boonstra, i., Mengerink, B., Woudstra, G. (2002). Productbeschrijving psychomotorische therapie met "ex" kankerpatienten. NVPMT.

Verbeeten, S., Knegetering, H., (2006/07). Diagnostiek, indicatiestelling en behandelplanning. Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie, Windesheim.