

Hoe gaat het weer kloppen?

Het bewerkstelligen van de constructieve integratie van denken, voelen en doen bij hartpatiënten

11 juni 2009

Scriptie

Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie, afdeling School
of Human Movement & Sports, Christelijke Hogeschool
Windesheim, Zwolle

Sjoukje Tolsma (auteur)

G.J.F. Jol (begeleider)

P.J.A.M. Hekking (beoordelaar)

Voorwoord

Deze casestudy heb ik geschreven als afstudeeropdracht van de opleiding psychomotorische therapie en bewegingsagogie van de School of Human Movement & Sports aan de Hogeschool Windesheim te Zwolle. Tijdens mijn stage aan het UMCG Centrum voor Revalidatie locatie Beatrixoord, ben ik in aanraking gekomen met hartpatiënten. In verschillende modules ben ik bezig geweest met het beïnvloeden van het denken, voelen en doen van de patiënten. Hierbij was het doel om tot gedragsverandering van de patiënten te komen. Daarnaast heb ik heel de 'hart onder controle' module meegelopen met een groep patiënten. Tijdens de evaluatie van de eerste dag van deze module zag ik dat veel patiënten geraakt waren door het programma. Enkele patiënten zaten voor zich uit te staren, een ander zat met tranen in de ogen. Mijn fascinatie voor het programma is op dat moment ontstaan. Wat gebeurt er in dit programma waardoor de patiënten geraakt worden en tot inzicht komen over het eigen denken, voelen en doen. Deze eerste dag van de 'hart onder controle' module was de aanleiding voor het ontstaan van mijn vraagstelling.

In dit voorwoord wil ik mijn dank graag uitspreken aan mijn stagebegeleider Marcel ten Wolde, voor het meedenken over scriptie onderwerpen en het meedenken en zoeken naar ondersteunende literatuur.

Daarnaast wil ik mijn scriptiebegeleider Dienneke Jol bedanken voor het begeleiden van het gehele proces. Zowel het meedenken over de vraagstelling en deelvragen, als de feedback heb ik als zeer nuttig heb ervaren.

Tot slot wil ik scriptiebeoordelaar Paul Hekking bedanken voor het kloppend maken van de vraagstelling.

Samenvatting

De vraagstelling van deze casestudy is als volgt: *Hoe wordt de constructieve integratie van denken, voelen en doen bij hartpatiënten van het UMCG in de 'Hart onder Controle' module bewerkstelligd en welke aanbevelingen vloeien hieruit voort voor psychomotorische therapie in de revalidatie?*

De 'hart onder controle' module van het UMCG Centrum voor Revalidatie, locatie Beatrixoord bestaat uit 4 onderdelen. Deze onderdelen zijn de psycho-educatie en preventie (PEP), de lichaamsbewustwording (LB), de bewegingsgeoriënteerde therapie (BGT) en tot slot de evaluatie.

Psycho-educatie en preventie

In de psycho-educatie en preventie, gegeven door een psycholoog of een maatschappelijk werkende, wordt de Rationeel Emotieve-Therapie van Ellis behandeld. Daarnaast wordt er voorlichting gegeven over onderwerpen die belangrijk zijn bij de preventie van hart- en vaatziekten. Emoties worden aangegrepen om met name via het denken gedragsverandering te beïnvloeden.

Lichaamsbewustwording

In de lichaamsbewustwording, gegeven door een fysiotherapeut of bewegingsagoog / psychomotorisch therapeut, wordt de ontspanningsinstructie van van Dixhoorn behandeld. Lichaamssignalen en grenzen worden aangegrepen om met name via het voelen gedragsverandering te beïnvloeden.

Bewegingsgeoriënteerde therapie

In de bewegingsgeoriënteerde therapie, gegeven door een bewegingsagoog / psychomotorisch therapeut, worden activiteiten uit de psychomotorische therapie aangeboden. Lichaamssignalen en grenzen worden aangegrepen om met name via het doen gedragsverandering te beïnvloeden.

Evaluatie

In de evaluatie wordt de gehele dag besproken en is er ruimte voor vragen en opmerkingen over de dag.

Door de kenmerken van de psycho-educatie en preventie, lichaamsbewustwording en bewegingsgeoriënteerde therapie te vullen in het ICF model ontstaat er een beeld over hoe de constructieve integratie van het denken, voelen en doen bewerkstelligd kan worden bij hartpatiënten.

Inleiding

Voor u ligt een scriptie met als titel: “Hoe gaat het weer kloppen?” De ondertitel luidt: ‘Het bewerkstelligen van de constructieve integratie van denken, voelen en doen bij hartpatiënten.’ De scriptie is gebaseerd op een stage aan het UMCG Centrum voor Revalidatie locatie Beatrixoord. Deze scriptie is een casestudy gericht op de hartrevalidatie en dan met name op de ‘hart onder controle’ module.

Hoofdstuk 1

Dit hoofdstuk bevat de verantwoording van de vraagstelling. De vraagstelling luidt: Hoe wordt de constructieve integratie van denken, voelen en doen bij hartpatiënten van het UMCG in de ‘hart onder controle’ module bewerkstelligd en welke aanbevelingen vloeien hieruit voort voor psychomotorische therapie in de revalidatie?

Hoofdstuk 2

In dit hoofdstuk wordt de casus beschreven. In eerste instantie gaat de casus over mevrouw Jansen en in tweede instantie gaat de casus over de groep in het algemeen.

Hoofdstuk 3

In dit hoofdstuk wordt de psycho-educatie en preventie besproken. Er wordt algemene informatie gegeven over de methode, daarnaast verdiept de module zich in de Rationeel-Emotieve Therapie van Ellis en wordt er verder ingegaan op theorie over het geven van voorlichting.

Hoofdstuk 4

In dit hoofdstuk wordt de lichaamsbewustwording besproken. Er wordt algemene informatie gegeven over de methode en er wordt verder ingegaan op de ontspanningsmethode van Van Dixhoorn.

Hoofdstuk 5

In dit hoofdstuk komt de bewegingsgeoriënteerde therapie naar voren. Er wordt algemene informatie gegeven over de methode en er wordt verder ingegaan op achterliggende theorieën.

Hoofdstuk 6

Dit hoofdstuk gaat over het ontstaan van de constructieve integratie van het denken, voelen en doen van hartpatiënten in de ‘hart onder controle’ module. Aan de hand van het ICF model wordt de integratie van het denken, voelen en doen duidelijk gemaakt.

Hoofdstuk 7

Dit hoofdstuk is de conclusie met beantwoording van de vraagstelling en de aanbevelingen.

Het geheel wordt afgesloten met een literatuuropgave.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	2
SAMENVATTING.....	3
INLEIDING	4
INHOUDSOPGAVE.....	5
1. VERANTWOORDING VRAAGSTELLING.....	6
2. CASUS	7
INDIVIDUELE CASUÏSTIEK.....	7
<i>Classificerende diagnostiek volgens het ICF-model</i>	<i>7</i>
<i>Hermeneutische diagnostiek.....</i>	<i>7</i>
<i>Kritische diagnostiek.....</i>	<i>8</i>
<i>De behandeling.....</i>	<i>8</i>
HARTREVALIDATIE BINNEN DE 'HART ONDER CONTROLE MODULE'	9
3. PSYCHO-EDUCATIE EN PREVENTIE.....	10
METHODIEK.....	10
<i>Rationeel-Emotieve Therapie.....</i>	<i>10</i>
<i>Gedragsverklaringsmodellen.....</i>	<i>11</i>
<i>Schematisch weergegeven</i>	<i>13</i>
4. LICHAAMSBEWUSTWORDING.....	14
METHODIEK.....	14
<i>Schematisch weergegeven</i>	<i>16</i>
5. BEWEGINGSGEORIËNTEERDE THERAPIE.....	17
METHODIEK.....	17
THEORETISCHE ONDERBOUWING	17
<i>Schematisch weergegeven</i>	<i>18</i>
6. INTEGRATIE VAN DENKEN, VOELLEN EN DOEN EN HET ICF MODEL.....	20
7. CONCLUSIE	23
DE VRAAGSTELLING	23
ALGEMENE AANBEVELINGEN.....	24
LITERATUUROPGAVE	25

1. Verantwoording vraagstelling

De vergrijzing van de samenleving is al enkele jaren een terugkerend thema binnen de Nederlandse samenleving. Door de verbeterde mogelijkheden van de geneeskunde neemt het aantal mensen dat last heeft van chronische aandoeningen ook sterk toe. Dit verschijnsel vraagt om meer specifieke zorg en behandelprogramma's, die gericht zijn op het leren leven met een chronische aandoening. Het denken, voelen en doen is vaak uit balans bij patiënten waarbij een chronische aandoening geconstateerd is, en in de revalidatie komen. Zij kunnen niet meer op de oude manier verder leven en zijn gedwongen om op zoek te gaan naar een nieuwe manier van leven. Binnen het UMCG Centrum voor Revalidatie locatie Beatrixoord is hier op de hartrevalidatie een module voor opgericht. Dit programma heet de 'hart onder controle' module. De module is gericht op het *"verminderen/opheffen van de (fysieke en psychosociale) problemen in het dagelijks functioneren"* (Lettinga, van Scheppingen, van Twillert & Woudstra). Binnen de module wordt in de verschillende onderdelen het denken, voelen en doen als aangrijpingspunt genomen om tot gedragsverandering te komen. In de psycho-educatie en preventie wordt met name het denken als aangrijpingspunt genomen om tot gedragsverandering te komen. In de lichaamsbewustwording wordt met name het voelen als aangrijpingspunt genomen en binnen de bewegingsgeoriënteerde therapie wordt met name het doen als aangrijpingspunt voor gedragsverandering genomen. Tot slot wordt in de evaluatie de dag besproken. Hierbij zijn zowel het behandelteam als de patiënten aanwezig.

Uit onderzoek blijkt dat de kwaliteit van leven van hartpatiënten na het volgen van de 'hart onder controle' module is verbeterd. (Schoemaker, 2007). Hieruit kan geconcludeerd worden dat patiënten na het volgen van het hart onder controle programma een balans hebben gevonden in het denken, voelen en doen. Uit deze conclusie komen verschillende vragen naar boven:

- Hoe ontstaat de constructieve integratie van denken, voelen en doen bij hartpatiënten waardoor de kwaliteit van leven verbeterd?
- Welke elementen uit het programma kunnen gebruikt worden voor ander doelgroepen uit de revalidatie?
- Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden voor de psychomotorische therapie in de Revalidatie?

De vraagstelling voor deze casestudy luidt dan ook als volgt:

Hoe wordt de constructieve integratie van denken, voelen en doen bij hartpatiënten van het UMCG in de 'Hart onder Controle' module bewerkstelligd en welke aanbevelingen vloeien hieruit voort voor psychomotorische therapie in de revalidatie?

2. Casus

Individuele casuïstiek

Classificerende diagnostiek volgens het ICF-model

Ziekte/aandoening		
Atriale ritmestoornis		
Functie / anatomische aandoening (beperking)	Activiteiten (beperkingen)	Participatie (participatie problemen)
Vermoeidheid	- Huishouden in delen - Wandelen met de hond alleen met korte afstanden.	- Niet meer sporten ((beach)volleybal, callentics en hardlopen. - Werken voor revalidatie met vermoeidheid. Tijdens revalidatie niet werken in verband met toenemende vermoeidheid.
Externe factoren		Persoonlijke factoren
- Partner verwacht vooruitgang bij revalidatie, onbegrip wanneer dit niet gebeurt. - Onbegrip in omgeving over onduidelijke oorzaak vermoeidheid.		43 jarige vrouw - Moeder van 2 kinderen - Gescheiden - Nieuwe partner - Dialyseverpleegkundige - Harde werker - Onzeker door onduidelijke oorzaak van de vermoeidheid

Hermeneutische diagnostiek

Mevrouw Jansen is een 43 jarige mevrouw die gediagnosticeerd is met ritmestoornissen. Daarnaast ervaart zij toenemende vermoeidheid wanneer zij zich meer inspant. Mevrouw heeft altijd veel gesport. Zij deed aan beachvolleybal, volleybal, callentics en hardlopen. Mevrouw Janssen had de laatste jaren het gevoel dat zij haar lichaam afbraak wanneer zij voor conditieverbetering aan het sporten was. Het gevoel van afbraak uitte zich in extreme vermoeidheid. Deze vermoeidheid zorgde ervoor dat zij niets meer kon ondernemen. Uiteindelijk is mevrouw Jansen met het sporten gestopt. Zij had het gevoel dat zij er alleen maar minder van werd. Doordat zij gestopt is met sporten, is ook een groot deel van haar sociale leven gestopt. Voor de vermoeidheid is nooit een medische oorzaak gevonden. Dit maakt mevrouw Jansen onzeker over het wel of niet oppakken van sportieve activiteiten. Mevrouw Jansen kan op dit moment 2 uur wandelen, 15 minuten fietsen en 3 trappen oplopen zonder dat zij hierbij gehinderd wordt door de vermoeidheid. Mevrouw Jansen doet het huishouden in delen, hierdoor lukt het haar wel om heel het huishouden te doen. Het gezin houdt rekening met de beperking van mevrouw Janssen. Al verwachten zij wel dat het na de revalidatie beter gaat met mevrouw Jansen. Tijdens het werken ervaart mevrouw Jansen wel vermoeidheid. Ondanks de vermoeidheid gaat zij gewoon door. Na afloop is zij vaak erg moe en moet zij gedwongen rust nemen.

In de bewegingsgeoriënteerde therapie ervaart mevrouw Jansen haar grenzen tijdens inspannende activiteiten. Op dat moment maakt zij de keuze om uit het spel te stappen. Ze doet of helemaal mee, of helemaal niet. Bij minder inspannende activiteiten kan mevrouw Jansen de hele tijd mee doen. De inspannende activiteiten vindt zij over het algemeen leuker omdat daar meer actie in zit. Bij het bespreken van de activiteiten kan zij haar keuzes goed verantwoorden. Ook de momenten waarbij zij over haar eigen grens heen gaat, kan zij prima verwoorden. Hiernaar handelen is soms wel lastig.

Kritischedagnostiek

Mevrouw Jansen is een 43 jarige mevrouw die gediagnosticeerd is met ritmestoornissen. Daarnaast heeft zij last van vermoeidheid. Voor deze vermoeidheid is geen medische oorzaak gevonden. Mevrouw Jansen doet haar hele lang leven aan sport. De laatste jaren heeft zij aan beachvolleybal, volleybal, callentics en hardlopen gedaan. Mevrouw Jansen was altijd een gewaardeerd lid van de sportverenigingen. Ze had een goede conditie en was altijd een fanatieke deelneemster. Op het moment dat mevrouw Jansen last kreeg van de ritmestoornissen en vermoeidheid veranderde dit. Mevrouw Jansen had nog steeds plezier in het bewegen, maar na afloop kreeg zij last van extreme vermoeidheid. Het leek alsof haar lichaam afbrak door de inspanning. Als mevrouw Jansen dit aan gaf bij haar teamgenoten, dan werd hier verbaasd op gereageerd. Dit kon toch niet, ze zou maar wat meer moeten slapen. Mevrouw Jansen ervoer onbegrip. Op een gegeven moment werd de vermoeidheid zo erg dat zij zich gedwongen voelde om te stoppen met sporten. Hierbij viel ook een groot deel van haar sociale omgeving weg.

De partner van mevrouw Jansen had moeite met de beperking van mevrouw Jansen. Vooral de vermoeidheid werd een probleem in de relatie. De onduidelijkheid over de oorzaak van de vermoeidheid was voor mevrouw Jansen en haar partner lastig te accepteren. Ze vonden weinig steun bij elkaar. De relaties is op andere gebieden welgoed. De kinderen van mevrouw Jansen vinden het lastig te accepteren dat mevrouw Jansen niet meer alles spontaan kan doen. Dit zorgt ervoor dat er wel eens strubbelingen binnen het gezin zijn. Het lijkt voor heel het gezin moeilijk te zijn dat er geen medische oorzaak is voor de vermoeidheid.

In de bewegingsgeoriënteerde therapie doet mevrouw Jansen goed mee met de groep. Op het moment dat zij uit het spel stapt, omdat het te intensief is, wordt zij gecomplimenteerd door haar groepsgenoten. Wanneer de therapeut aangeeft dat zij er ook voor kan kiezen om rustiger mee te spelen, geeft zij aan dat ze dit heel lastig vindt. De activiteiten zijn te leuk om rustig in mee te spelen. De uitdaging om fanatiek te spelen is te groot.

De behandeling

Na aanleiding van de intake zijn de volgende doelen voor mevrouw Jansen opgesteld:

- Verbeteren van het objectieve inspanningsvermogen. De patiënt ervaart na inspanning dat ze vermoeider wordt, in plaats van fitter. Het lijkt alsof haar lichaam afbreekt in plaats van opbouwt. Dit maakt de patiënt onzeker over inspanning.
- Optimaal hervatten van hobby/werk/sport. De patiënt heeft vroeger veel gesport en wil dit graag weer oppakken indien mogelijk. De onduidelijkheid over de vermoeidheid en de vermoeidheid zelf houden haar hier in tegen.
- Verbeteren van de ADL activiteiten. De patiënt doet het huishouden in delen, Dit lukt wel, maar ze wordt gehinderd door vermoeidheid. De patiënt zou dit graag wat gemakkelijker willen doen.
- Anders: De patiënt wil graag duidelijkheid over haar ziektebeeld. Hierbij helpt verdere diagnostiek. Aan de hand hiervan worden er nieuwe doelen bepaald.

Na de intakeprocedure is er in het multidisciplinaire team besloten, dat mevrouw eerst acht weken haar conditie ging verbeteren in de B-module. Deze module is gericht op fysiek verbeteren. In deze periode werd aanvullend diagnostisch onderzoek verricht naar de vermoeidheid. Hier is geen medische oorzaak voor gevonden. Na acht weken bleek, tijdens de evaluatie dat mevrouw niet fysiek verbeterd is. De vermoeidheid is toegenomen. In overleg met mevrouw Jansen is besloten om verder te gaan in de D-module. Deze module is gericht op grenzen. In deze module leert mevrouw Jansen haar grenzen te bepalen aan de hand van lichaamssignalen. Daarnaast volgt zij de 'hart onder

controle module' om beter om te leren gaan met haar beperking. De volgende doelen zijn hierbij opgesteld:

- Leren kennen van de somatische grenzen. De patiënt weet wat zij kan met betrekking tot de vermoeidheid.
- Op een functionele wijze omgaan met de hartziekte. De patiënt weet wat zij kan en mag met haar beperking. Zij kan hierbij haar leven zo inrichten dat zij zo weinig mogelijk last ervaart van haar beperking.

De casus van mevrouw Jansen richt zich verder op de 'hart onder controle module'.

Hartrevalidatie binnen de 'hart onder controle module'

De 'hart onder controle' module is gericht op patiënten die het advies van cardioloog hebben gekregen om wijzigingen in zijn of haar leefstijl aan te brengen. Het programma kan mensen helpen om deze gedragsverandering te bereiken.

Het programma bestaat uit vier opeenvolgende weken. Hierna is een pauzeweek. Na de pauzeweek volgt wederom een bijeenkomst. Hierna volgt weer een pauzeweek, gevolgd door nog een bijeenkomst. Tot slot zijn er vijf pauzeweken waarin de patiënt hetgeen wat zij geleerd heeft in de praktijk kan brengen. Na deze vijf bijeenkomsten volgt de slotbijeenkomst. In totaal komt de groep 7 keer bij elkaar.

Per bijeenkomst wordt 105 minuten psycho-educatie aangeboden door een psycholoog. Hierna volgt 90 minuten lichaamsbewustwording, dat begeleidt wordt door een fysiotherapeut of een psychomotorisch therapeut. Hierna volgt 60 minuten bewegingsgeoriënteerd therapie aangeboden door een psychomotorisch therapeut. De dag eindigt met 30 minuten evaluatie waarbij de drie behandelaren aanwezig zijn.

De instroomcriteria zijn:

- De patiënt is angstig en interpreteert zijn lichaamssignalen niet of niet goed.
- De patiënt is emotioneel uit evenwicht en kan zich (nog) niet aanpassen aan nieuwe situatie.
- De patiënt (er)kent zijn grenzen niet

De exclusiecriteria zijn:

- De patiënt heeft cognitieve functiestoornissen
- De patiënt is niet gemotiveerd of ontkent het probleem
- De patiënt heeft ernstige lichamelijke beperkingen, zodat men niet kan deelnemen aan activiteiten.
- De patiënt met afwijkende ergometrie (fietstest) in de zin van al of niet symptomatische hartritmestoornissen.
- De patiënt met ernstig (latent) hartfalen (die niet geheel stabiel zijn)
- De patiënt die klachten heeft van (nieuwe) hartritmestoornissen of een onbegrepen snelle of langzame hartslag.
- De patiënt met ICD (+ / - pacemaker) en een toename heeft van (de hem bekende) ritmestoornissen.
- De patiënt zonder een ergometrie.

3. Psycho-educatie en Preventie

Methodiek

De psycho-educatie en preventie ofwel PEP, wordt gegeven door een psycholoog of een maatschappelijk werkende. Binnen de PEP wordt met name ingegaan op het denken van de patiënten. In de bijeenkomsten worden de volgende thema's besproken:

- Het anders leren denken schema.
- Angst, wat is dat? Hoe uit angst zich? Hoe ga je er mee om?
- Gevolgen van een ingrijpende gebeurtenis. Verwerking, verschillen in reactie tussen patiënt en belangrijke anderen, zoals de partner.
- Omgaan met boosheid, somberheid en geïrriteerdheid.
- Stress, wat is dat? Hoe uit stress zich? Wat kun je er aan doen?
- Hoe verder na de revalidatie? Veranderen leefstijl en vasthouden goede voornemens. Oppakken taken en verantwoordelijkheden, bijvoorbeeld werkhervatting

De bijeenkomsten hebben een vaste structuur. In de eerste week worden de redenen van de revalidatie en de doelen van de patiënten besproken. Hierna wordt het 'anders leren denken schema' uitgelegd. Alle volgende weken worden de patiënten gevraagd om met dit schema te oefenen. Als er situaties zijn waarin dit lastig is of niet lukt, dan nodigt de psycholoog of maatschappelijk werkende de patiënten uit om dit te delen binnen de PEP. Na het bespreken van enkele voorbeelden van patiënten wordt er overgegaan naar het uitleggen van de theorie van het nieuwe onderwerp. Dit wordt besproken en vervolgens wordt de bijeenkomst afgesloten.

Het doel van de PEP is het aanleren van een de methode Rationeel-Emotieve Therapie, ook wel RET-methode genoemd. Hierbij is het doel om de patiënt de angst te laten overwinnen, grenzen te leren kennen en erkennen. Met daarbij zich binnen zijn mogelijkheden aan te passen aan zijn nieuwe situatie als hartpatiënt. De aangrijpingspunten binnen de RET-methode zijn de emoties. Emoties over situaties waarin last wordt ervaren, worden gebruikt om achter de irrationele kerngedachten te komen. Zo wordt met name via het denken, het voelen en doen beïnvloed.

Theoretische onderbouwing

Rationeel-Emotieve Therapie

De RET- methode is een psychotherapeutische stroming die is ontwikkeld in 1955 door Elbert Ellis (1913-2007). Het hoofddoel van de RET- methode is patiënten in staat te stellen langer en gelukkiger te leven. Hiernaast is de RET- methode opgebouwd uit drie subdoelen. Ten eerste heeft de RET- methode als doel mensen rationeler te laten denken. Ten tweede is de RET- methode erop gericht dat mensen de juiste gevoelens op het juiste moment ervaren. En ten derde is het de bedoeling van de RET- methode om mensen functioneler en effectiever gedrag te laten vertonen. Een belangrijk uitgangspunt van de RET- methode is dat Ellis ervan overtuigd was dat mensen zichzelf ziek maken, doordat ze op een irrationele manier nadenken over zichzelf en de gebeurtenissen die hen overkomen. Niet de gevoelens maken ziek, maar de manier waarop wordt nagedacht. (Verhulst, 2005)

Ellis heeft een conceptueel schema ontwikkeld dat denkprocessen van mensen met emotionele stoornissen verheldert. Dit schema is het ABC-model van de RET-methode. De A staat voor activating event ofwel de activerende gebeurtenis. De B staat voor beliefs, ofwel de cognities en opvattingen die patiënten er op na houden. De C staat voor consequences ofwel emotionele en

gedragsmatige consequenties. Niet de gebeurtenis (A) leidt tot emotionele, cognitieve en gedragsmatige gevolgen (C), maar de meningen, overtuigingen, ideeën en houdingen (B) die een persoon er op na houdt. (Verhulst, 2005)

De meningen, overtuigingen, ideeën en houdingen zijn volgens Ellis terug te voeren naar drie irrationele basisgedachten. Deze drie 'moetachtige' basisgedachten luiden als volgt:

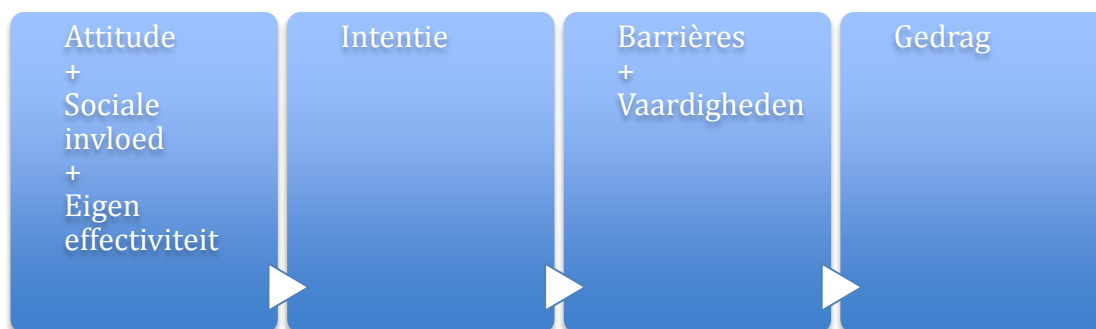
1. Ik moet altijd een goede prestatie leveren en daarvoor gewaardeerd worden, anders ben ik een waardeloos mens.
2. Iedereen moet aardig voor mij zijn en rekening met mij houden op een manier zoals ik dat graag wil. Als ze dat niet doen, moeten zij daarvoor door de maatschappij en de rest van de wereld gestraft worden.
3. Mijn leven moet op een zodanige wijze worden ingericht dat ik alles wat ik hebben wil op een vrij eenvoudige manier kan krijgen. Bovendien wil ik niets krijgen wat ik niet wil hebben.

(Verhulst, 2005)

"In de groep van mevrouw Jansen komen de risicofactoren van hart- en vaat ziekten aan bod. Verschillende patiënten hebben gerookt voordat zij hart problemen kregen. Ze zijn allemaal gestopt. De ene patiënt ervaart zo nu en dan nog de verleiding terwijl een andere patiënt een afkeer heeft gekregen van het roken. De groep geeft elkaar complimenten over hoe goed het stoppen met roken wordt volgehouden."

Gedragsverklaringsmodellen

De 'hart onder controle' module is er op gericht een wijziging in het gedrag of de leefstijl van patiënten aan te brengen. Om gedrag te beïnvloeden is het nodig om naar verklaringsmodellen van gedrag te kijken. Een van de modellen dat gedrag beredeneert, is het ASE-model (Fishbein & Ajzen, 1975). Dit model laat zien welke factoren of determinanten van de gedragsintentie tot stand komt en hoe deze vervolgens omgezet wordt in feitelijk gedrag. In het model staat de letter A voor Attitude, De S staat voor Sociale invloed en de E staat voor eigen effectiviteit. Deze drie factoren samen brengen de intentie tot bepaald gedrag voort.



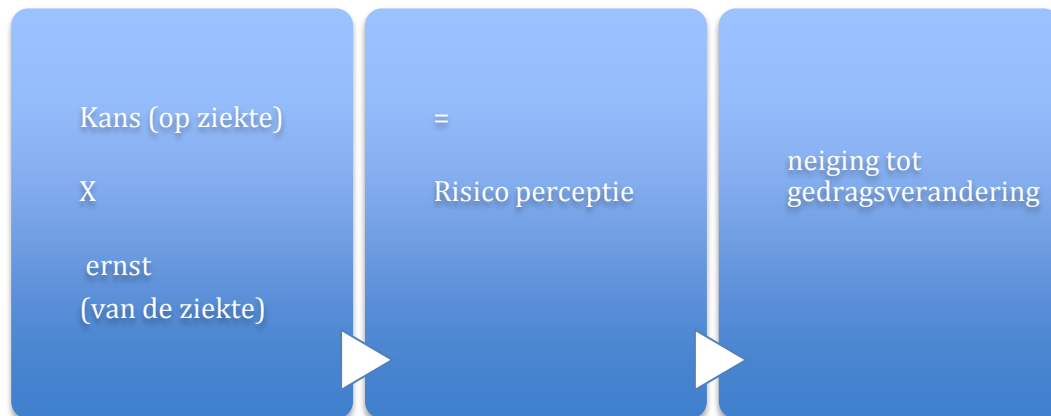
Attitude staat voor ideeën en opvattingen die mensen hebben over bepaald gedrag. Hun overwegingen en beleving van voor- en nadelen van dat gedrag. De sociale invloed geeft de rol aan van de ideeën, opvattingen en feitelijke gedragingen van de mensen in de directe omgeving. De eigen effectiviteit geeft aan in hoeverre mensen denken dat zij in staat zijn het voorgenomen gedrag uit te voeren. (Van der Burgt & van Mechelen-Gevers, 2002)

Het ASE-model kan uitgebreid worden met kennis en risicoperceptie. Kennis kan als determinant voorafgaan aan de determinanten A, S en E. Risicoperceptie zou ingevuld kunnen worden onder de determinant attitude. In het Health Belief Model van Jansz en Becker (Van der Burgt, 1996) is dit begrip verder uitgewerkt. In het kort komt het er op neer dat mensen meer geneigd zijn hun gedrag te veranderen, wanneer denken een groot gevaar te lopen. Het denken, ofwel de inschatting, is van

groter belang dat het feitelijk risico. Als men bepaalt dat het risico een ernstige ziekte is, dan is de neiging tot gedragsverandering nog groter. Schematisch weergegeven ziet dit er als volgt uit: (Van der Burgt & van Mechelen-Gevers, 2002)

Aanleiding

(nieuwe inschatting van)



Concluderend uit de theorie komt het denken naar voren in de PEP, in zowel de RET- methode als in de preventie. In de RET- methode worden wel de emoties aangegrepen als aanleiding tot het bespreken van problemen die patiënten tegen komen in het dagelijks leven. Hier wordt echter niet op ingegaan. Op denkniveau wordt de patiënt aangesproken op de kernideeën, waardoor de patiënt andere mogelijkheden krijgt om tegen de oorzaak aan te kijken. Tijdens de psycho-educatie wordt de patiënt op cognitief niveau aangesproken over thema's die tijdens de revalidatie naar voren komen. Ook hier zit de preventie in wat de patiënt denkt over wat er is gebeurd. Het denken over, zet aan tot gedragsverandering.

"Mevrouw Jansen vertelt dat ze weer begonnen is met het werk op te pakken. Ze is begonnen met een dag van 8 uur. Wanneer mevrouw Jansen klaar is met werken is ze helemaal kapot, waardoor ze tijdens de autorit naar huis bijna in slaap valt. Wanneer de psycholoog vraagt waarom ze niet halverwege de dag heeft gezegd dat het niet meer ging, antwoordt mevrouw Jansen ze dat ze dat toch niet kon maken tegenover haar collega's. Samen met de psycholoog komt mevrouw Jansen er vervolgens achter dat ze al heel haar leven haar best doet om anderen niet teleur te stellen".

Schematisch weergegeven

RET grijpt aan op
Emoties.

Veranderen van
irrationele gedachten.

Effect op denken,
waardoor het voelen en
handelen veranderd.

4. Lichaamsbewustwording

Methodiek

De lichaamsbewustwording wordt gegeven door een fysiotherapeut of een bewegingsagoog / psychomotorisch therapeut. Binnen de lichaamsbewustwording worden lichaamssignalen en grenzen gebruikt als aangrijpingspunt voor gedragsverandering. Deze gedragsverandering wordt met name door het voelen beïnvloed binnen de lichaamsbewustwording. Binnen de lichaamsbewustwording worden de volgende thema's besproken.

- Waarom is lichaamsbewustwording belangrijk? Wat is de relatie tussen lichaamsbewustwording en ontspanning? Voorwaarden die nodig zijn om te leren ontspannen.
- Lichaamsbewustwording nodig om lichaamssignalen te herkennen.
- Actief en passief ontspannen.
- Hoe herken je spanning en hoe ga je er mee om.
- Ademhaling en lichaamsbewustwording.
- Hoe verder na revalidatie? Toepassing van lichaamsbewustwording in het dagelijks leven.

De bijeenkomsten hebben een vaste structuur. In de eerste week wordt uitgelegd wat lichaamsbewustwording is en waarom het belangrijk is. Daarna wordt er geoefend en worden de ervaringen besproken. In de daarop volgende weken wordt er altijd begonnen met het bespreken van de oefenervaringen thuis, waarna uitleg gegeven wordt over het nieuwe onderwerp. Daarna wordt er een oefening aangeboden.

Het doel van de lichaamsbewustwording is het opgang brengen van een proces van lichaamsbewustwording of inzichtelijk krijgen waarom het proces niet op gang gebracht wordt.

"Bij een van de bijeenkomsten lichaamsbewustwording vertelt mevrouw Jansen dat hoe meer ze stil staat bij haar lichaam en de lichaamsbewustwording oefeningen toepast hoe vermoeider ze wordt. Ze vindt dit erg vervelend en zegt: 'Ik kan helemaal niks meer.' Hierna barst in huilen uit"

Theoretische onderbouwing

Van Dixhoorn

Binnen de lichaamsbewustwording wordt de ontspanningsinstructie van dr. J.J. van Dixhoorn gebruikt als methode. Van Dixhoorn is in 1977 begonnen met werken als arts biofeedback primair bij hartpatiënten. Vanaf dat moment is hij ook bezig geweest met het ontwikkelen van de ontspanningsinstructie. Uit diverse onderzoeken is gebleken dat de ontspanningsinstructie leidt tot beter herstel van hartpatiënten, op zowel fysiek, psychisch als sociaal gebied. Na een analyse van 27 metastudies is dit bevestigd (EJCPR, 2005). (<http://www.euronet.nl/users/dixhoorn/>) De methode van van Dixhoorn is een combinatie van al bestaande methodes. Van Dixhoorn heeft gebruikt gemaakt van de progressieve relaxatie van Edmund Jacobson; de methode van autogene training van Schultz; de bewegingsleren van Mensendieck, Cesar en Feldenkrais; diverse vormen van meditatie; methoden van biofeedback; methoden die de ademhaling gebruiken. (Van Dixhoorn, 1998)

Van Dixhoorn stelt dat het einddoel van ontspanningsinstructie de toename is van interne zelfregulatie. Interne zelfregulatie houdt in dat men beter in staat is de eigen aandacht te regelen en de verhouding tot het lichaam reëler wordt. Men kan beter met zichzelf overweg. De instructie moet gezien worden als een middel daartoe. Om tot interne zelfregulatie te komen worden verschillende processen doorlopen. Een overzicht van de processen:

- Spanningsvermindering
- Herstel van evenwicht
- Aandachtsverschuiving
- Lichaamsbewustwording
- Functioneel bewegen
- Functioneel ademen
- Cognitieve herstructurering

(van Dixhoorn, 1998)

Van Dixhoorn maakt gebruik van een basisprocedure om de verschillende processen te doorlopen. De basisprocedure ziet er als volgt uit:

Voelen, neem de toestand van het lichaam waar

Doen, geef voorstel iets te doen

Stop daarmee

Voelen neem de verandering waar

(<http://www.euronet.nl/users/dixhoorn/>)

Het voelen van verandering kan een aangrijpingspunt zijn voor zelfregulatie. Er zijn vier vormen van zelfregulatie:

- Actief extern, deze vorm bestaat uit zelfhulp, zelfzorg, de opvoeding en het denken over jezelf.
- Passief extern, deze vorm bestaat uit de hulpverlening en mantelzorg.
- Actief intern, deze vorm bestaat uit oefentherapie en zelfcontrole.
- Passief intern, deze vorm bestaat uit ontspanningstherapie.

(Van Dixhoorn, 1998)

Binnen de lichaamsbewustwording wordt via het voelen in de ontspanningsinstructie een ingang gezocht naar interne zelfcontrole. Interne zelfcontrole kan in vijf niveau's verdeeld worden. Op niveau 1 ervaart iemand geen concrete verandering als gevolg van de instructie of handgrepen. Iemand kan hierop een toename van angst of onzekerheid vertonen. De ervaringen zijn vooral negatief. Bij niveau 2 ervaart iemand ook geen concrete verandering als gevolg van de instructie of handgrepen. De ervaringen zijn echter neutraal. Hier kunnen verschillende oorzaken voor zijn. Op niveau 3 zijn er duidelijk herkenbare processen en de ervaringen zijn divers. Niveau 4 bestaat uit een betere en meer preciezere herkenning van stressoren en hun invloed op spanning. Op het vijfde niveau ontstaat een toenemend niveau om de omstandigheden te wijzigen en openingen te zoeken of creëren die meer ruimte bieden voor rust, herstel, ontspanning en een meer creatieve omgang met stressoren.

Het aangrijpingspunt tot gedragsverandering en aanpassing in leefstijl binnen de lichaamsbewustwording is het voelen. Door middel van oefeningen wordt stil gestaan bij het lichaam en de veranderingen die daarin kunnen plaats vinden als men bewust voelt. Het gaat er hierbij om dat men constateert en niet oordeelt.

“Na een aantal weken HOC vertelt mevrouw Jansen dat ze zich heeft aangesloten bij een yoga clubje. Ze heeft gemerkt dat ze eerst vermoeider werd toen ze stil ging staan bij haar lichaam. Nu ze er echter een tijdje mee bezig is merkt ze dat het haar rustiger maakt en dat ze daardoor iets meer energie heeft gekregen. ‘Op die goede dagen wil ik alleen wel van alles doen, waardoor ik daarna weer helemaal kapot ben’. “

Schematisch weergegeven

Lichaamsbewustwording grijpt aan op lichaamssignalen en grenzen.

Leren luisteren naar en herkennen van lichaamssignalen. Verkrijgen van innerlijke rust en verminderen van stress. Door middel van methode van Dixhoorn.

Door middel van aan den lijve ervaren effect op voelen, waardoor het denken en handelen verandert.

5. Bewegingsgeoriënteerde Therapie

Methodiek

De bewegingsgeoriënteerde therapie wordt gegeven door een bewegingsagoog/psychomotorisch therapeut. Binnen de BGT worden lichaamssignalen en grenzen gebruikt als aangrijpingspunt tot gedragsverandering. Door middel van de lichaamssignalen en grenzen die tijdens het doen worden ervaren, wordt de nadruk gelegd op het beïnvloeden van het doen waardoor ook het denken en voelen veranderen. Binnen de BGT komen de volgende onderwerpen aan de orde.

- Oefenvormen uit de psychomotorische therapie.
- Oefenen in het herkennen van lichaamssignalen in verschillende situaties. (van eenvoudig naar complex).
- Oefenen in het herkennen van het eigen handelen in verschillende situaties (van eenvoudig naar complex).
- Het oefenen in het toepassen van adequate coping strategieën.

De bijeenkomsten hebben een vaste structuur. Er wordt uitleg gegeven over het thema van de dag. Vervolgens wordt een warming-up gedaan, waarna de activiteiten worden aangeboden waarin de patiënten kunnen oefenen. Tijdens de activiteiten vinden momenten van reflectie plaats waarin patiënten de ervaringen kunnen delen.

“Tijdens een potje badminton is mevrouw Jansen fanatiek aan het meespelen. Op een gegeven moment neemt ze pauze en stapt uit het spel. Als de therapeut haar vraagt waarom ze stopt geeft ze aan dat ze wel door kan gaan, maar dat ze weet dat ze dan de rest van de dag of morgen heel vermoeid is. De therapeut geeft de mogelijkheid om door te spelen op een rustiger niveau. Mevrouw Jansen gaat hier niet op in. Ze heeft de mogelijkheid gevonden om rust pauzes te nemen, de opening naar op een andere manier van deelnemen is er nog niet.”

Theoretische onderbouwing

De definitie van psychomotorische therapie luidt als volgt:

Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met *psychische problematiek*, waarbij op *methodische wijze* gebruik gemaakt wordt van *interventies gericht op de lichaamsbelevingen hetbewegingsgedrag*. (Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut, conceptversie maart 2009)

Binnen de PMT heeft Fahrenfort (1986) onderscheidt gemaakt tussen bewegingsgeoriënteerde methodieken en lichaamsgeoriënteerde methodieken. Er wordt over bewegingsgeoriënteerde methodieken gesproken als er gebruikt gemaakt wordt van activiteiten die hun oorsprong kennen in het bewegingsonderwijs en de sport- en spelcultuur. Men spreekt van lichaamsgeoriënteerde methodieken als oefeningen gericht zijn op lichaamsbewustwording. Uit deze definitie volgt dat binnen de BGT gewerkt wordt met bewegingsgeoriënteerde methodieken, de lichaamsgeoriënteerde methodieken worden gebruikt in de lichaamsbewustwording. (Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut, conceptversie maart 2009)

Psychomotorische therapie is gebaseerd op theorievorming uit wetenschappelijke disciplines die elkaar deels overlappen: de filosofie, de sociale, ontwikkelings-, klinische, en gezondheidspsychologie, de geneeskunde (psychiatrie en Behavioural Medicine) en de bewegingswetenschappen. (Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut, conceptversie maart 2009)

Relationeel lichaamsbeeld

Uit onderzoek naar ziektespecifieke en ziektegenerieke aspecten binnen hart- en longrevalidatie van het Universitair Medisch Centrum Groningen Centrum voor Revalidatie locatie Haren, blijkt dat de bewegingsagogie en psychomotorische therapie binnen de BGT uitgaat van een relationeel

lichaamsbeeld. (Woudstra, van Twillert, van Scheppingen & Lettinga, 2008) Vanuit dit kader wordt beweging geïnterpreteerd als de relatie die de mens aangaat met zijn omgeving, waarbij bewegen wordt opgevat als zinvol gedrag. Bewegen fungeert als middel om het denken, voelen en handelen (het gedrag) positief te beïnvloeden en te leren kennen.

Ervaringsgericht stimulerende strategie

Binnen de BGT wordt de ervaringsgericht stimulerende strategie gebruikt om tot gedragsverandering te komen. Deze strategie is primair gericht op het aanbieden van concreet-lichamelijke nieuwe of alternatieve ervaringen en daarmee op het uitbreiden van mogelijkheden en gedragsrepertoire. Het ontwikkelen van of herontdekken van (bewegings)mogelijkheden kan ook onderdeel van deze strategie zijn en daarmee bevat deze strategie dus elementen van identiteitsversterking, zelfontplooiing en persoonlijkheidsontwikkeling. (Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut, conceptversie maart 2009)

Verkennen, herkennen en erkennen

Het uiteindelijke doel van de BGT is het verkennen, herkennen en erkennen van lichaamssignalen en grenzen, zodat de patiënt beter in staat is om de belasting in het dagelijks leven te bepalen.

Verkennen is hierbij patiënten laten kennismaken met de activiteit en laten zien door middel van contextmanipulaties en interventies welke betekenissen er in de activiteit naar voren kunnen komen. (Van de Blink, M BGM derde jaar BPT, Opdrachten en hand-outs, 2006)

Tijdens het herkennen wordt patiënten gevraagd wat hij of zij herkennen van zichzelf in de activiteit rond de betekenisverlening. De herkenning kan worden gestimuleerd door gerichte vragen te stellen of gedrag te duiden. Ook door middel van contextmanipulaties kan meer op herkenning worden gefocust. (Van de Blink, M BGM derde jaar BPT, Opdrachten en hand-outs, 2006)

De laatste stap is het erkennen. Hierbij is het van belang wat de deelnemer op basis van de herkenning er mee wil: erkent hij of zij de last voor zichzelf en/of anderen en zo ja, welke investering heeft iemand daarvoor over. (Van de Blink, M BGM derde jaar BPT, Opdrachten en hand-outs, 2006)

“Bij de terugkom dag krijgt de groep van mevrouw Jansen de opdracht om een korfbalspel te spelen. De opdracht die de therapeut meegeeft is als volgt: Er staan twee korfbalpalen, hier liggen lintjes en flapjes om een veld uit te zetten. Maak het spel zo dat iedereen mee kan spelen. Denk ook nog een aan je eigen valkuil. De groep zet het spel zo neer dat elk team een vak heeft achter de korf waar een speler van dat team in mag, een soort van rust plek. Tijdens het spel staat mevrouw Jansen regelmatig in dat vak. Ze kan de hele tijd blijven spelen. Na afloop zegt ze dat ze het spel nog steeds leuk vond, ook al deed ze rustig aan. Ze zegt dit ook mee te nemen uit de BGT. ‘Ik kan activiteiten aanpassen op mijn manier, zodat ik het toch kan blijven doen. Het is niet meer alles of niets bij mij.’ “

Schematisch weergegeven



6. Integratie van denken, voelen en doen en het ICF Model

De 'hart onder controle' module bestaat uit drie onderdelen, afgesloten met een evaluatie. Binnen deze onderdelen, de Psycho-educatie en preventie, de lichaamsbewustwording en de bewegingsgeoriënteerde therapie, moeten ergens het denken, voelen en doen bij elkaar komen, zodat er een constructieve integratie van denken, voelen en doen kan ontstaan.

Binnen het revalidatiecentrum is een onderzoek gedaan naar ziektespecifieke en ziektegenerieke aspecten binnen de hart- en longrevalidatie. De onderzoekers hebben de 'hart onder controle' module in een schematisch overzicht neergezet.

Module HOC	Inhoud	Aangrijpingspunt	Beoogde uitkomst	Guiding principes
	BGT (doen)	Lichaamssignalen/ grenzen	Verbeteren van fysiek en psychisch functioneren en participatie	Cognitief gedragmatige principes
	LB (voelen)			
	PEP (denken)	Emoties		

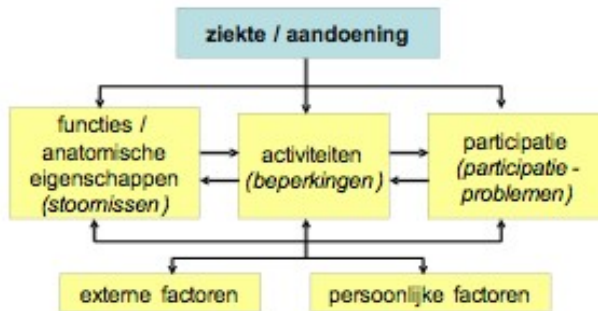
Lettinga, van Scheppingen, van Twillert & Woudstra. (2008)

Dit model laat zien waar de 'hart onder controle' module op aangrijpt om het fysieke functioneren, het psychische functioneren en de participatie van patiënten die aan de 'hart onder controle' module deelnemen te verbeteren. Het model laat niet zien waardoor de constructieve integratie van denken, voelen en doen bij de hartpatiënten kan ontstaan.

"Mevrouw Jansen vertelde in de laatste bijeenkomst dat er toch wel wat veranderd is in haar levenswijze na het volgen van de 'hart onder controle' module. Ze luistert beter naar haar lichaam en is minder geneigd om over haar grenzen heen te gaan. Op de momenten dat zij rust nodig heeft, neemt ze ook de rust. Gedachten die haar hier vroeger bij stoorden zijn lang niet altijd meer aanwezig. Hierdoor houdt ze energie over voor dingen die ze echt belangrijk vindt."

Het ICF model is een model waarin ruimte is voor biologische, psychologische en sociale factoren. Deze factoren hebben invloed op het denken, voelen en handelen van hartpatiënten. Door middel van het plaatsen van de onderdelen van de 'hart onder controle' module in het ICF model, ontstaat een beeld van hoe de integratie van denken, voelen en doen kan ontstaan bij hartpatiënten.

ICF schema



Ziekte/Aandoening

Binnen de HOC module wordt de ziekte of aandoening als een gegeven genomen. De ziekte of aandoening kan niet worden genezen.

Functies /a anatomische eigenschappen (stoornissen)

ICF World Health Organization, 2001

Functies zijn de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme. Anatomische eigenschappen betreffen de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam. Tot de onderdelen van het menselijk organisme worden gerekend: lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen. Stoornissen zijn afwijkingen in verlies van functies of in verlies van anatomische eigenschappen.

Vanuit deze definitie kan de 'hart onder controle' module invloed uitoefenen op de mentale functies. Zowel binnen de PEP, als lichaamsbewustwording wordt stil gestaan bij stress. In de PEP gebeurt dit door de RET- methode. Storende gedachten kunnen immers stress opleveren. Daarnaast wordt er voorlichting gegeven over stress. Binnen de lichaamsbewustwording worden oefeningen aangeleerd die kunnen helpen om te ontspannen, waardoor de stresssignalen kunnen verminderen. Binnen de BGT wordt geoefend met het aanpassen van situaties, waardoor in stressvolle situaties een adequate coping gebruikt kan worden.

Activiteiten en participatie / beperkingen en participatiemogelijkheden

ICF World Health Organization, 2001

Activiteiten zijn onderdelen van iemands handelen. Participatie is iemands deelname aan het maatschappelijk leven. Beperkingen zijn de moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten. Participatieproblemen zijn problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven.

Vanuit deze definitie kan de PEP invloed uitoefenen op de activiteiten en participatie door middel van de RET- methode. Storende, niet reële gedachten over het niet meer kunnen uitvoeren van activiteiten of participatie kunnen besproken worden. De lichaamsbewustwording kan helpen bij het ervaren van beperkingen binnen activiteiten. De BGT kan echter concrete ervaringen geven met betrekking tot het herkennen van het eigen gedrag binnen activiteiten. Hierdoor kan een mogelijk oorzaak en oplossing gevonden worden om de activiteit anders aan te pakken.

Externe en persoonlijke factoren

ICF World Health Organization, 2001

Iemands functionele gezondheidstoestand wordt beïnvloed door zowel factoren buiten het individu, de externe factoren, als door factoren binnen het individu, de persoonlijke factoren.

De 'hart onder controle' module kan binnen alle drie de onderdelen alleen de externe factor 'partner' beïnvloeden. De partners zijn binnen het gehele programma welkom. Onder interne factoren valt ook het karakter van een persoon. Binnen de PEP kan door middel van het opsporen van irreële gedachten invloed uitgeoefend worden op het karakter. Door middel van voorlichting kunnen de levensstijl en levensgewoonten beïnvloed worden. Binnen de lichaamsbewustwording wordt gewerkt aan het lichaamsgevoel, waardoor patiënten de ervaring krijgen dat zij invloed kunnen uitoefenen op het lichaam. Binnen de BGT kunnen ervaringen rond het bewegen op gedaan worden, die invloed kunnen hebben op de persoonlijke factoren.

ICF-model

Ziekte/aandoening		
Hier kan de 'hart onder controle' module geen invloed op uitoefenen		
Functie / anatomische aandoening (beperking)	Activiteiten (beperkingen)	Participatie (participatie problemen)
Beïnvloeding van mentale functies zoals stress in PEP, LB en BGT.	- Beïnvloeding van storende gedachten over activiteiten en participatie in de PEP. - Ervaren van beperkingen in activiteiten door stilstaan bij het eigen lichaam geoefend in de LB. - Herkennen van eigen gedrag in activiteiten en participatie in de BGT.	
Externe factoren		Persoonlijke factoren
Partners zijn welkom in PEP, LB en BGT.		- Beïnvloeding van storende gedachten in de PEP. - Voorlichting over levensstijl en gewoonten in de PEP. - Werken aan lichaamsgevoel waardoor een gevoel van controle kan ontstaan over het lichaam. - Ervaringen opdoen die invloed kunnen hebben op de persoonlijke factoren in de BGT.

7. Conclusie

De vraagstelling

Hoe wordt de constructieve integratie van denken, voelen en doen bij hartpatiënten van het UMCG in de 'Hart onder controle' module bewerkstelligd en welke aanbevelingen vloeien hieruit voort voor psychomotorische therapie in de revalidatie?

De 'hart onder controle' module bestaat uit vier onderdelen. De psycho-educatie en preventie, de lichaamsbewustwording en de bewegingsgeoriënteerde therapie en tot slot de evaluatie.

In de psycho-educatie en preventie worden emoties aangegrepen om gedragsverandering te bewerkstelligen. Hierbij wordt aan de hand van de RET- methode van Albert Ellis en aan de hand van het geven van voorlichting, het preventie gedeelte, ingehaakt op het denken van de hartpatiënten. Naast het denken is er ruimte voor het voelen en doen van de patiënten. Het middel om tot gedragsverandering, en zo tot integratie te komen is het denken.

In de lichaamsbewustwording worden lichaamssignalen en grenzen aangegrepen om gedragsverandering te bewerkstelligen. Hierbij wordt het voelen gebruikt als middel om de gedragsverandering op gang te brengen. Hierbij wordt de methode van van Dixhoorn gebruikt. Dit voelen, en aan den lijve ervaren, wordt niet los gezien van het denken en doen van de hartpatiënten. De nadruk binnen de lichaamsbewustwording ligt op het voelen om zo het denken en doen te beïnvloeden.

In de bewegingsgeoriënteerde therapie worden lichaamssignalen en grenzen aangegrepen om gedragsverandering te bewerkstelligen. Hierbij worden concrete ervaringen aangeboden waarin patiënten aan den lijve ervaringen kunnen opdoen. Hierbij worden technieken uit de psychomotorische therapie gebruikt. Door de concrete ervaringen in het doen, worden ook het denken en voelen van de patiënten beïnvloed.

In de evaluatie van het programma wordt de hele dag doorgenomen. Tijdens deze bespreking is er tijd om belangrijke inzichten te bespreken. Hier zijn de drie behandelaren bij aanwezig. De dag wordt samengevat. Hierin komen de hoofdlijnen naar voren die in de psycho-educatie en preventie, de lichaamsbewustwording en de bewegingsgeoriënteerde therapie zijn besproken.

In de revalidatie wordt het ICF model gebruikt om de problematiek van patiënten in kaart te brengen. In het ICF model is ruimte voor biologische, psychologische en sociale factoren. De kracht van de 'hart onder controle' module is dat het met zowel de psycho-educatie en preventie, de lichaamsbewustwording en de bewegingsgeoriënteerde therapie kan ingrijpen op alle onderdelen van het ICF model. De psycho-educatie en preventie neemt hierbij met name het denken als middel om interventies te plegen binnen de gebieden van het ICF model. De lichaamsbewustwording neemt hierbij met name het voelen als middel om interventies te plegen binnen de gebieden van het ICF model. De bewegingsgeoriënteerde therapie neemt hierbij met name het doen als middel om interventies te plegen binnen de gebieden van het ICF model. In de evaluatie kunnen zowel het denken, voelen als doen gebruikt worden als middel om interventies te plegen in het ICF model.

Een conclusie die hieruit af te leiden is, is dat de 'hart onder controle' module in elk onderdeel van het programma op een bepaalde manier interventies pleegt op de problematiek die patiënten kunnen ervaren in de onderdelen van het ICF model. Zo worden er gedurende de hele dag van het programma interventies gepleegd op de functie/anatomische aandoening, activiteiten, participatie, externe factoren en de persoonlijke factoren. Deze interventies hebben in elk onderdeel een bepaalde nadruk. Het programma begint met beïnvloeden van het denken, vervolgens van het voelen en dan van het doen. De veelvoud van interventies in een opeenvolgend programma met een vast thema maakt dat de constructieve integratie van het denken, voelen en doen wordt bewerkstelligd in de 'hart onder controle' module.

Uit deze conclusie komen enkele aanbevelingen voor psychomotorische therapie in de revalidatie voort. Als integratie van denken, voelen en doen kan ontstaan door een veelvoud van interventies op

de onderdelen van het ICF model, dan kan PMT hier een rol van betekenis in spelen.

Psychomotorisch therapeuten kunnen gebruik maken van lichaamsgeoriënteerde methodieken en bewegingsgeoriënteerd methodieken. Psychomotorisch therapeuten kunnen gebruik maken van de ervaringsgerichte stimulerende strategie. Aan de hand van deze strategie kunnen psychomotorisch therapeuten interventies plegen die via het voelen en doen invloed kunnen uitoefenen op het ICF model. (Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut, conceptversie maart 2009)

Een van de klinische en sociaal psychologische referentiekaders van de psychomotorische therapie is het cognitief-gedragstherapeutische model. (Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut, conceptversie maart 2009). De Rationeel-Emotieve Therapie van Albert Ellis valt onder dit referentiekader. Vanuit het ABC-schema van Ellis is het vijf G's schema ontwikkeld. Deze G's staan voor gebeurtenis, gedachten, gevoel, gedrag en gevolg. (Weerman, 2006) Dit G schema kan gebruikt worden door psychomotorisch therapeuten om zo via het denken interventies te doen die invloed uit kunnen oefenen op alle gebieden van het ICF model.

Door deze uitgebreidheid van interventie mogelijkheden kan psychomotorische therapie een therapie zijn waarin een constructieve integratie van denken, voelen en doen kan ontstaan. Om deze integratie te bewerkstelligen is het aan te raden om zowel via het denken, voelen als doen interventies te plegen op alle gebieden van het ICF model.

Psychomotorische therapie kan gebruikt worden als aanvulling op een Rationeel-Emotieve Therapie van een psycholoog. Hierbij wordt in de psychomotorische therapie de nadruk gelegd interventies vanuit de lichaamsgeoriënteerde en bewegingsgeoriënteerd strategie. Door deze aanvullende behandeling van de psychomotorisch therapeut kan een constructieve integratie van het denken, voelen en doen ontstaan bij patiënten.

Algemene aanbevelingen

De 'hart onder controle' module berust op cognitief gedragsmatige principes. Hierbij wordt gewerkt met een programma van vier onderdelen. De psycho-educatie en preventie, de lichaamsbewustwording, de bewegingsgeoriënteerde therapie en tot slot de evaluatie. Het programma haalt de kracht uit het interveniëren vanuit het denken, voelen en doen op de gebieden uit het ICF model. De theoretische achtergronden van de 'hart onder controle' module kunnen ook gebruikt worden voor andere revalidatie programma's als het doel van de revalidatie is "het verminderen / opheffen van de (fysieke en psychosociale) problemen in het dagelijks functioneren". Belangrijk hierbij is dat alle onderdelen op een dag plaats vinden. Ook kunnen er pauzeweken plaats vinden waarna er een evaluatie dag is. Tijdens deze dag worden de moeilijkheden besproken die de patiënten tegen zijn gekomen.

Literatuuropgave

Blink, M. van de, BGM derde jaar BPT, Opdrachten en handouts, Christelijke Hogeschool Windesheim, Zwolle, 2006.

Boelen, P.A., Bout J. van den, DiGiuseppe, R., Dryden, W., Kienhorst, I. & Walen, S.R. (2001) *Theorie en praktijk van de Rationeel-Emotieve Therapie* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg

Burgt M. van der & Mechelen-Gevers E.J. van (2002) *Preventie: samen werkt het! Gezondheidsvoorlichting door paramedici* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Dixhoorn J.J. van, (1998). *Ontspannings-instructie Principes en oefeningen* Maarsen: Elsevier gezondheidszorg

Lettinga, A.T., Scheppingen, C. van, Twillert, S. van & Woudstra G.A. (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, Centrum voor Revalidatie

Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2002). *ICF internationale classificatie van het menselijk functioneren* Bilthoven: Bohn Stafleu Van Loghum

Schomaker, J. (2007) *De invloed van psychomotorische therapie en psycho-educatie op de kwaliteit van leven van hartrevalidanten* Zwolle: School of Human movement & Sports, Christelijke Hogeschool Windesheim

Verhulst, J. (2005) *Gezond verstand als therapie* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen & een client* Soest: Uitgeverij Nelissen

Betram, R. (2009) *Behandelprogramma Hartrevalidatie Conceptversie juni 2009*

Beroepsprofiel psychomotorische therapeut Conceptversie maart 2009

Elektronische bronnen

<http://www.euronet.nl/users/dixhoorn/>